Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2017

Universitat de les Illes Balears

CARMEN ORTE SOCIAS
Catedràtica d'universitat
Directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i
Promoció de l'Autonomia Personal

ANUARI DE L'ENVELLIMENT. ILLES BALEARS **2017**

Universitat de les Illes Balears

GOIB CONSELLERIA SERVEIS SOCIALS I COOPERACIÓ

Consell de Mallorca
Departament de Benestar i Drets Socials
Institut Mallorquí d'Afers Socials

Colonya
Fundació Guillem Cifre

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2017

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

Consell de Direcció:

Directora:
Dra. Carmen Orte Socias

Consell de Redacció:

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

Secretària:
Sra. Lydia Sánchez Prieto

Comitè Assessor:
Sr. Enrique Campos Alcaide
Sr. Ferran Dídac Lluch i Dubon
Dr. Jordi Forteza-Rey Borralleras
Sra. Josefa Marí Marí
Sr. Miquel Oliver Ramon

* © del text: els autors 2017
* © © de l'edició: Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES), Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i Universitat de les Illes Balears

* Disseny, maquetació i impressió: amadip.esment
* ISSN: 2174-7997
* Dipòsit legal: PM-2908-2008

MIXT
Paper procedent de fonts responsables
FSC® C111336
FSC www.fsc.org

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

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

Dra. Carmen Orte Socias. Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Ed. Guillem Cifre de Colonya. Campus de la UIB. Cra. de Valldemossa, km 7.5. 07122 Palma (Illes Balears).
Tel.: 971 17 30 00 / Fax: 971 17 31 90
E-mail: carmen.orte@uib.es

PRESENTACIONS 7
Presentació de la Consellera de Serveis Socials i Cooperació del Govern de les Illes Balears
Fina Santiago Rodríguez

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

INTRODUCCIÓ DE LA DIRECCIÓ DE L'ANUARI 15
Carmen Orte Socias

L'ANUARI DE L'ENVELLIMENT DE LES ILLES BALEARS: UNA DÈCADA DE CANVIS I DE CONTINUÏTATS 21
Belén Pascual Barrio, Rosario Pozo Gordaliza, Carmen Orte Socias i Lydia Sánchez Prieto

UNA APROXIMACIÓ AL PATRÓ ACTUAL DE LA MORTALITAT GENERAL I DE LA TERCERA EDAT A LES ILLES BALEAR 49
Ferran Dídac Lluch Dubon

ENVELLIR EN FEMENÍ 83
Carmen Orte Socias i Miren Fernández-de-Álava

SALUT I ESTILS DE VIDA EN L'ALUMNAT GRAN DE LA IX INTERNATIONAL SUMMER SENIOR UNIVERSITY 101
Carmen Orte Socias, Joan Amer Fernández i Carmen López-Esteva

PRODUCCIÓ CIENTÍFICA I PROJECCIÓ EUROPEA DELS PROGRAMES UNIVERSITARIS PER A PERSONES GRANS 117
Liberto Macías González

DEBATS INTERGENERACIONALS EN ENTORNS UNIVERSITARIS. UNA EXPERIÈNCIA A LA UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS 133
Carmen Orte Socias i Margalida Vives Barceló

EL TURISTA ACTIU SÈNIOR: EL CAS DE LES ILLES BALEARS 151
Francisco Rejón Guardia, Maria Antònia Garcia Sastre i Margalida Alemany Hormaeche

LES PERSONES GRANS I ELS SERVEIS FINANCERS: QUINES DIFICULTATS AFRONTEN? 173
Marcos Fernández-Gutiérrez i Myriam García-Olalla

FORMACIÓ FINANCERA I PRODUCTES D'ESTALVI A LLARG TERMINI 193
Eliseo Navarro Arribas

LA UTILITZACIÓ DE XARXES PER LLIGAR ENTRE ELS ADULTS GRANS 207
Carmen Orte Socias, Lluís Ballester Brage, Aina Mascaró Juan i Lluc Nevot Caldentey

LA VULNERABILITAT EN LES PERSONES GRANS. RADIOGRAFIA DELS USUARIS DELS CASALS (ASSOCIACIÓ INTRESS) 241
Lydia Sánchez Prieto, Carmen Orte Socias, Maria Teresa Coll Janer, Lluís Ballester Brage, Cristina Fraga Díaz, Belén Vaquer Arjonilla, Natalia Reinares Gagneten, Maria Antònia Gomila Grau i Margalida Vives Barceló

ÚS DE MEDICAMENTS I ENVELLIMENT 273
Joan Pou Bordoy, Sara Guerrero Bernat, Maria del Mar Vidal Cerdà, María Zaforteza Dezcallar i Immaculada Reig Navalon

ENVELLIMENT, PROBLEMES DE CONSUM DE SUBSTÀNCIES I PROCESSOS DE TRACTAMENT A LES ILLES BALEARS 291
Albert Moratinos Jaume, Mya Abousy i Rosario Pozo Gordaliza

LA DEMÈNCIA: UNA ENTITAT INFRADIAGNOSTICADA 307
Ana Espino Ibáñez, Clara Arbós Barber i Ingrid Pérez Cabanillas

OSTEOPOROSI EN POBLACIÓ GRAN 331
Antoni Juan Mas, Mònica Ibáñez Barceló, Catalina Melià Mesquida, Inmaculada Ros Vilamajó, Elide Toniolo i Ana Paula Cacheda

EXERCICI FÍSIC I PERSONES MAJORS: RESULTATS PRELIMINARS DE LA NOSTRA EXPERIÈNCIA A EIVISSA 353
Maria Jose Torres Planells

L'ESTAT CIVIL COM A FACTOR DE RISC DAVANT LA VULNERABILITAT: LA SOLITUD 375
Maria Teresa Coll Janer, Maria Antònia Gomila Grau, Belén Vaquer Arjonilla, Natalia Reinares Gagneten i Lydia Sánchez Prieto

DONAR VEU A LES PERSONES GRANS DE MALLORCA: CREACIÓ DE FÒRUMS DE PARTICIPACIÓ. RESULTATS DE L'EXPERIÈNCIA PILOT 397
José Aranda Huertas, María Isabel Cano Raya, Maria Isabel Cuart Sintes, Maria Ángeles Fernández Valiente, Cristina Gamundí Massagué, Maria Isabel Gelabert Vich, Liberto Macías González i Mariano R. Sbert Balaguer

ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA EN CENTRES RESIDENCIALS I SOCIOSANITARIS 417
Maria Lourdes Amer Forteza, Iciar Ancizu García, Raúl Vaca Bermejo, Diego Espina Rosales i Natalia Monteagudo Palma

LA UNITAT DE CONVALESCÈNCIA DE FELANITX, UN NOU MODEL D'ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS 433
Sofia Alonso Bigler, Apolonia Vanrell Pons, Maria Dolors Taberner Ferrer i Alejandra Mejía Benard

MORT DIGNA A ESPANYA 447
Carmen Orte Socias, Lluís Ballester Brage, Aina Mascaró Juan i Lluc Nevot Caldenteny

AGRESSIONS ENTRE RESIDENTS: UN ESTUDI DELS EPISODIS EN TRES RESIDÈNCIES DE MALLORCA 471
Sofia Alonso Bigler i Maria Valero de Vicente

VIURE A CASA O COM A CASA: MODELS PER A LES PERSONES GRANS DIFERENTS DE LES RESIDÈNCIES TRADICIONALS 489
Miren Fernández-de-Álava, Josep Lluís Oliver Torelló i Juan Manuel Martínez Álvarez

AVALUANT LA QUALITAT DE VIDA DELS CUIDADORS FAMILIARS 503
Sandra Sedeño Noguera i Margalida Vives Barceló

PRESENTACIONS

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

Novament ens tornam a trobar a la cita periòdica de l'Anuari de l'envelliment, mantenint la normalitat temporal del calendari anual. Efectivament, tenim un nou número, corresponent al 2017, de la publicació de referència en aquest àmbit a les Illes Balears, amb el suport i l'aixopluc de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació. Enguany l'Anuari arriba als deu anys de vida. No són moltes les publicacions d'aquests tipus que hi arriben, i menys encara mantenint excel·lents nivells de qualitat i ampliant el nombre d'autors i autores.

Som davant una edició plena de col·laboracions d'allò més diverses, com escau a una publicació oberta a la realitat de la recerca i de les millors experiències, amb vocació divulgadora del millor coneixement i en la nostra llengua.

La crisi, que quasi ha coincidit amb la vida de l'Anuari de l'envelliment, ens ha permès observar que, malgrat el creixement poblacional que la immigració internacional ha facilitat, les Illes Balears som una comunitat en què continua augmentant relativament la població gran, del 13,47 % el 2008 al 15,56 % el 2017, amb un índex d'envelliment que passa del 83,22 % al 96,09 % (INE, 2017). Aquestes dades, juntament amb la qualitat de vida en aquests anys, són una excel·lent notícia, però impliquen reptes polítics i socials.

Davant les dades que confirmen l'envelliment de la població, és necessari desenvolupar una perspectiva clara per al disseny de polítiques adequades pel que fa als recursos destinats a donar suport a les persones grans en situacions de dificultat, així com per aconseguir mantenir les persones grans amb el millor nivell de salut i qualitat de vida.

L'Anuari ens permet disposar de dades, experiències de bones pràctiques i orientacions reflexives per nodrir les nostres actuacions i replantejar-les de manera correcta. L'envelliment és un procés natural i progressiu que afecta de manera desigual les distintes societats humanes d'acord amb les característiques del mercat de treball, la qualitat de l'entorn, les tradicions i pràctiques alimentàries i d'activitat física, entre altres factors diversos. No s'ha de confondre envelliment amb vellesa; el primer és un procés que comença relativament aviat a les nostres vides; la vellesa és una etapa de la vida a la qual alguns afortunats arriben. Des del punt de vista biològic, cada vegada coneixem millor els mecanismes implicats en l'envelliment, i s'apunten procediments per retardar-lo, relacionats més amb els hàbits de vida que amb l'existència de solucions miraculoses. Però des d'una perspectiva social i poblacional, l'augment d'anys de vida d'un sector cada vegada més ampli de la població està donant lloc a situacions que ens resulten desconegudes i per a les quals la nostra societat s'ha de preparar, entre altres coses per garantir la millor qualitat de vida.

L'envelliment com a procés ens afecta o ens afectarà a tots i, des del punt de vista de la ciència, són moltes les disciplines implicades en el seu estudi i en la cerca de solucions als nous reptes que sorgeixen. Aquest monogràfic pretén donar una visió, necessàriament parcial, de l'amplitud i la complexitat del tema.

Ens complau comprovar que la lectura d'aquest Anuari us resultarà satisfactòria i enriquidora i que podem continuar comptant amb la complicitat i la col·laboració de professionals, investigadors, d'organitzacions diverses i de la població, en l'estudi dels processos d'envelliment. Agraïm a tothom la seva col·laboració i compromís ferm per haver posat tota aquesta informació, recerca i reflexions a l'abast del públic i desitjam que el contingut no només sigui interessant, sinó que també sigui útil per a tots i totes els qui treballam al nostre país en aquest àmbit, sigui com a professionals, voluntaris o amb responsabilitats polítiques.

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

Teniu a les vostres mans una nova edició de l'Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears que, any rere any i amb un gran rigor professional, edita la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la Universitat de les Illes Balears (UIB), en col·laboració amb diferents administracions competents en aquest àmbit, com és el nostre cas, l'Institut Mallorquí d'Afers Socials. Ja que des de l'IMAS continuam creient que val la pena col·laborar amb una publicació que s'ha convertit en un referent en l'àmbit de la gent gran i dels serveis socials.

Com a responsable dels serveis socials del Consell de Mallorca només tenc paraules d'agraïment per a totes les persones, entitats i administracions que s'impliquen cada any en la publicació d'un anuari totalment renovat de continguts i que es converteix, així, en una obra de consulta fidedigna i plenament actualitzada per a totes les persones que treballen en l'àmbit de la gent gran.

Des del Departament de Benestar i Drets Socials que presidesc, hi col·laboram enguany amb tres articles, en els quals exposam alguns dels programes i de les iniciatives que duim a terme des de l'IMAS per fomentar un envelliment digne i de qualitat.

Concretament, i segons tenc constància en el moment d'escriure aquestes paraules, des de l'Àrea d'Atenció a la Dependència de l'IMAS s'han escollit per a aquesta publicació tres temes ben actuals i que cal debatre en profunditat:

- Les agressions entre residents: un estudi dels episodis a tres residències de Mallorca.
- La Unitat de Convalescència de Felanitx. Un nou model d'atenció a la gent gran.
- Donar veu a la gent gran de Mallorca: creació de fòrums de participació.

Els tres articles estan relacionats amb una de les premises que sempre repetim des de l'IMAS: garantir que totes les persones puguin envellir d'una manera digna i amb una bona qualitat de vida. En aquest sentit, el primer dels articles està relacionat amb una de les xacres de la societat actual: la violència i el maltractament, si bé en aquests casos la violència, verbal o física, es produeix entre les persones residents. D'aquesta manera, des de l'IMAS es vol posar en evidència una de les dificultats principals amb què topam des del Consell de Mallorca: garantir una bona convivència entre totes les persones usuàries de les nostres residències de gent gran, independentment del nivell d'autonomia o del perfil social.

També, us presentam una de les grans iniciatives del Consell de Mallorca pel que fa a implantar un model nou d'atenció de la gent gran, més personalitzat: la Unitat de Convalescència que hem ubicat a la residència de l'IMAS Bartomeu Quetglas, de Felanitx, com a recurs sociosanitari coordinat amb l'Hospital de Manacor per als pacients majors crònics que s'han donat d'alta d'aquest centre hospitalari, però que requereixen una continuïtat en el tractament, cures i/o rehabilitació.

Igualment, des del Departament de Benestar i Drets Socials del Consell de Mallorca, també volem reivindicar la riquesa en experiències i la saviesa de la gent gran, que de vegades cauen en la temptació de deixar-se abandonar quan consideren que ja no poden oferir res útil a la societat.

Clarament no és així, i des de l'IMAS ho demostram contínuament facilitant la implicació de la gent gran en activitats puntuals de les seves residències o barriades, però també amb la posada en marxa de programes com «Donar veu a les persones majors de Mallorca». Ja us vàrem parlar d'aquest programa en l'edició anterior de l'Anuari, però en aquesta us presentam els resultats d'una de les iniciatives que s'hi varen dur a terme: els fòrums de participació.

En definitiva, novament l'Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears ha complert les expectatives de totes les persones que treballam en l'àmbit de la gent gran amb una nova edició que a través dels articles ens dona moltes respostes, però que també ens planteja moltes preguntes.

INTRODUCCIÓ

Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2017

Quan es parla d'envelliment, l'actualització de les dades sociodemogràfiques sol anar acompanyada de discursos alarmistes sobre la sostenibilitat del sistema sanitari i del sistema de pensions. No es tracta de negar-ho: la realitat actual és que augmenta progressivament la proporció de les persones de 60 anys i més, però si és important tenir en compte que «l'envelliment de la població és el resultat dels components del canvi demogràfic (fecunditat i mortalitat). En la mesura en què avança la transició demogràfica i es produeixen descensos de la mortalitat, i principalment de la fecunditat, s'assisteix a un procés gradual d'envelliment de la població (Chackiel, 2004, citat a CEPAL, s/d, pàg. 1)[1]. En relació amb aquests dos components, la demografia no és una situació estable i inamovible: és possible modificar-ne la trajectòria amb les polítiques adequades. Els fluxos migratoris són un dels elements que influeixen sobre la major o menor joventut de la població d'un mateix país. Sense anar més lluny, a Espanya trobem una diferència molt important en termes d'edat mitjana i envelliment de la població entre unes comunitats autònomes i unes altres (Castella i Lleó, Astúries, Galícia, País Basc, Aragó, com a comunitats autònomes més envellides respecte de la mitjana, enfront de Ceuta i Melilla, Canàries, Múrcia, Illes Balears i Andalusia). D'altra banda, i pel que fa a la fecunditat, no són poques les veus que advoquen per dur a terme polítiques actives de suport a la natalitat en una societat com l'espanyola amb uns índexs de fecunditat molt baixos. De fet, en l'actualitat la natalitat a Espanya és en uns mínims històrics. Per la seva banda, i a nivell comparatiu, prenent com a referència els països que integren la UE, Espanya és també un dels països que se situa a la cua en dades de fecunditat. Així doncs, i reprenent la qüestió d'influir sobre els components de la demografia, ens referim a la necessitat de dur a terme polítiques, en sentit ampli, que incloguin tant ajudes econòmiques concretes i sostingudes durant el temps necessari com reformes de més importància que recolzin l'accés a l'ocupació de qualitat. En definitiva, mesures que afavoreixin i recolzin la natalitat. Sobre aquest tema, recordem el cas de Suècia, un país pioner en la posada en pràctica de polítiques per a la conciliació de la vida laboral i familiar i el tercer país de la UE amb una major taxa de natalitat després de França i Irlanda.

Així, l'anàlisi de les dades i de les projeccions demogràfiques ha de prendre's com escenaris de debat i de propostes, no com prediccions inexorables i irresolubles que passen, com a única solució, per accions relacionades amb mesures econòmiques de contenció de la despesa de les pensions. Abans d'entrar de ple en aquesta qüestió, de l'abordatge de la demografia i de les pensions, volem deixar clar que el de les pensions és un tema sensible que afecta i afectarà una gran part de la població i, per això, ha de tenir consens, ser creïble i estable. La presa de decisions no pot estar basada únicament en el debat econòmic, el qual, sense ser prescindible, no és l'únic debat possible i, a més, no pot estar condicionat per interessos aliens al benestar col·lectiu. La qüestió de les pensions requereix tenir en compte totes les alternatives possibles amb transparència, l'aportació de dades i la seva

[1] *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. CEPAL, s/d. Recuperat de: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd65/vejez/cap1.pdf

disseminació. El debat de les pensions no és un debat comptable, sinó sociològic i polític. Totes les solucions impliquen conseqüències per a l'estat del benestar (Ballester, Sánchez i Macías, 2016).[2] Les pensions constitueixen un dels pilars bàsics de la protecció social i han de ser dignes i adequades a una etapa de la vida en la qual ja no es duu a terme un treball remunerat, el qual es va realitzar durant un llarg període de vida laboral. El sistema públic de pensions és una conquesta democràtica, una opció de societat, una opció política sobre el grau de solidaritat que vol donar-se un país, una opció que implica tenir també una visió solidària, que passa per una millor distribució de la riquesa. I, en tot cas, coincidim amb Zufiaur (2010)[3] en l'afirmació que no són els mercats financers sinó la societat la que ha de decidir políticament com és la part de la riquesa produïda que ha de destinar-se a les persones jubilades.

En qualsevol cas, i tenint en compte la reforma de les pensions al nostre país, observem que s'ha dut a terme fonamentalment considerant únicament la contenció de la despesa. No obstant això, una perspectiva àmplia d'aquesta qüestió requereix tenir també en compte el tema dels ingressos. En la mateixa línia del que comentàvem més amunt sobre el fet que les dades demogràfiques no són inexorables i que es pot dur a terme una acció política que influeixi en la joventut de la població, el mateix succeeix amb les pensions i l'equació d'ingressos i despeses. Encara que es parla menys de com millorar els ingressos que de com reduir les despeses, en aquest capítol és possible i necessari fer polítiques dirigides a millorar el finançament del sistema.

Recordem, en relació amb la regulació de les pensions a Espanya, que és entre 2011-2013 quan es produeix el major procés de regulació, amb la publicació d'una àmplia normativa orientada al manteniment del sistema i, alhora, a una profunda reforma del sistema mateix. Com s'ha indicat, les mesures es van orientar cap a la contenció de la despesa a partir de tres situacions o problemes de tipus demogràfic i sociològic: l'augment dels grups poblacionals jubilats (generació 1950-1970), l'augment de l'esperança de vida i la caiguda de la natalitat, i la reducció de treballadors que cotitzen. A partir d'aquestes premisses es duu a terme la reforma del sistema que passarà per diversos canvis, tots ells orientats, com diem, a la contenció de la despesa, i, amb això, de les pensions. Ens referim a l'augment de l'edat de jubilació, a l'augment del nombre d'anys de cotització, a l'augment del nombre d'anys per realitzar el càlcul de la pensió, a l'augment dels requisits per accedir a la jubilació anticipada i la jubilació parcial, i a la desvinculació de l'Índex de Preus al Consum (IPC), atès que la revaloració es vincula als ingressos i a les despeses de la Seguretat Social a través del factor de revaloració anual (FRA). Aquestes mesures donen com a resultat una

[2] Ballester Brage L., Sánchez Prieto L., Macías González, L. (2016). La reforma del sistema de pensions (95-114). Orte, C. (dir.) *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears 2016*. Palma: Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) / Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques / Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal / Universitat de les Illes Balears.

[3] Zufiaur, J. M. (2010). ¿Sólo hay una manera de reformar las pensiones?. Recuperat de: https://www.attac.es/2010/02/22/solo-hay-una-manera-de-reformar-las-pensiones/

pèrdua de poder adquisitiu de les pensions. El 2017, i per setè any consecutiu, les pensions perden valor adquisitiu. Sobre aquest tema, i com recull Sevilla en un article publicat en *El Mundo*, el 4 de juny de 2017, «en l'actualització del programa d'estabilitat 2017-2020 enviat a Brussel·les es calcula l'"estalvi per la reforma" en una corba creixent que comença en el 0,8% del PIB el 2020, fins a arribar al 3,4% el 2050, de tal manera que s'aconsegueix estabilitzar la ràtio despesa en pensions/PIB, malgrat la forta pressió demogràfica derivada de l'envelliment de la població». En la línia ja comentada, la reforma de les pensions s'ha orientat a contenir la despesa i a reduir-la, a costa d'empobrir els pensionistes.

Són moltes les veus a favor de la revisió dels ingressos del sistema. Això, és clar, significa tenir en compte qüestions importants de les quals amb prou feines es discuteix, encara que són de summa importància. Una de les més importants té a veure amb l'augment de l'atur i la reducció dels salaris, cosa que ha possibilitat la reforma laboral, i l'augment de l'ocupació temporal, de baixa remuneració i amb unes cotitzacions menors. Per contra, l'augment de l'ocupació i l'increment dels salaris d'acord amb la productivitat produirien un augment dels ingressos. Altres qüestions també mereixen atenció, perquè graven les despeses i redueixen els ingressos: entre d'altres, l'expulsió del mercat de treball dels treballadors grans abans d'arribar a l'edat de jubilació. A més, també cal tenir en compte el transvasament de despeses del Servei Públic Estatal d'Ocupació i la Seguretat Social als Pressupostos Generals de l'Estat, entre d'altres, aquells que afecten les bonificacions i reduccions de les quotes d'empreses. Hi ha altres qüestions que poden comentar-se aquí, per exemple el nivell de desgast i d'esperança de vida de les diferents professions, que no es contemplen al debat i que mereixerien un tracte diferencial i diferenciador. Ja hem comentat que les pensions són un pilar important de l'estat de benestar i per això val la pena no ja recuperar i activar el Pacte de Toledo, sinó també crear un debat social que inclogui totes les claus necessàries per completar l'equació no solament dels ingressos —que ja hem vist que no s'han tingut en compte—, sinó també la forma d'orientar les pensions en una societat moderna solidària i equitativa, tot considerant noves claus que orientin en la reformulació i l'augment dels ingressos, i que també tinguin en compte la possibilitat d'incloure noves partides econòmiques en el capítol d'ingressos que defensin la recuperació dels drets dels pensionistes.

L'ANUARI DE L'ENVELLIMENT DE LES ILLES BALEARS: UNA DÈCADA DE CANVIS I DE CONTINUÏTATS

L'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears: una dècada de canvis i de continuïtats

Belén Pascual Barrio
Rosario Pozo Gordaliza
Carmen Orte Socias
Lydia Sánchez Prieto

Resum

L'article resumeix deu anys de l'*Anuari de l'envelliment*. L'anàlisi del contingut, les conclusions i propostes dels articles publicats, projectes, recerques, experiències diverses, ens ajuda a valorar l'evolució d'una dècada en diferents àmbits de la vellesa. Deu anys després de la primera publicació, podem fer balanç del procés, dels resultats, i ens podem plantejar nous reptes de futur. A partir d'ara, caldrà seguir descrivint, documentant i analitzant línies temàtiques obertes, per continuar coneixent-ne els canvis i permanències, tal com s'ha fet fins ara. Però també serà enriquidor per a l'*Anuari* anar incorporant noves i actuals panoràmiques i perspectives sobre l'envelliment.

Resumen

El artículo resume diez años del *Anuario del envejecimiento*. El análisis del contenido, las conclusiones y propuestas de los artículos publicados, proyectos, investigaciones, experiencias diversas, nos ayuda a valorar la evolución de una década en diferentes ámbitos de la vejez. Diez años después de la primera publicación, podemos hacer balance de proceso, los resultados, y nos podemos plantear nuevos retos de futuro. A partir de ahora, habrá que seguir describiendo, documentando y analizando líneas temáticas abiertas, para seguir conociendo los cambios y permanencias, tal como se ha hecho hasta ahora. Pero también será enriquecedor para el *Anuario* ir incorporando nuevas y actuales panorámicas y perspectivas sobre el envejecimiento.

1. Introducció

En la societat actual, l'allargament de l'esperança de vida de les persones grans explica l'augment tant de l'autonomia com de les situacions de vulnerabilitat i dependència. La capacitat d'una societat per fer front a les noves necessitats del procés d'envelliment de la societat es materialitza tant en forma de dispositius de protecció social (inversió, serveis, especialització, grau de coneixement i atenció de les necessitats existents, etc.) com en forma d'un reconeixement públic efectiu, tant per part de l'administració com de la societat civil. Es necessita la comprensió per part de la societat d'aquestes noves necessitats de protecció i el reconeixement del potencial i les possibilitats d'autonomia i participació.

Aquest és finalment el gran repte de les societats desenvolupades, fer front a les necessitats de les persones grans, un col·lectiu amb perfils, preferències i valors molt diversos; i especialment atendre les necessitats de les persones grans en situació de dependència.

Amb aquesta finalitat neix el projecte de l'*Anuari de l'envelliment* de les illes Balears, la d'afavorir un major coneixement i comprensió, la de crear un espai generador de reflexió a partir de la col·laboració de les institucions publiques i les entitats especialitzades en la investigació i la intervenció social i educativa amb aquest sector de la població. Aquest repte implica el treball compartit de persones vinculades a la gerontologia des de la perspectiva de l'atenció i la prevenció, des de la vessant social, sanitària, econòmica, laboral, educativa, cultural i residencial.

En vistes a superar una visió homogènia de les persones grans, l'*Anuari* es planteja des del seu inici cinc objectius principals:

- fer visible el fet social de l'envelliment, i el sector de població cada vegada més nombrós i diversitat/heterogeni;
- contribuir al coneixement i comprensió d'aquest sector des de diferents vessants;
- donar a conèixer els programes i les polítiques d'intervenció;
- posar de manifest el risc d'exclusió social d'aquest sector de població, a causa de la seva vulnerabilitat econòmica, social, educativa o de salut, i
- d'acord amb aquestes possibles situacions de vulnerabilitat, apuntar aquelles alternatives polítiques i d'intervenció social que permetin fer realitat el repte de l'autonomia i qualitat de vida de totes les persones grans.

Enguany, deu anys després de la presentació d'aquest projecte, podem fer balanç del procés i dels resultats, així com plantejar nous reptes de futur. La quantitat i diversitat dels treballs presentats s'ha incrementat durant aquests deu anys, passant dels set articles publicats a l'Anuari de 2008 als 24 el 2016. En conjunt, al llarg d'aquesta dècada s'ha comptat amb 264 col·laboradors del món professional i acadèmic, i s'han publicat un total de 167 treballs (vegeu taula 1).

Taula 1 | *Els autors que han col·laborat durant aquests deu anys*

Adrià Muntaner Mas	Ana Andreu Mas	Ana Serra Devesa
Aina Maria Ferrà Cañellas	Ana Belén Velasco Rodríguez	Andrea Ramon Candela
Aina Mascaró Juan	Ana López García	Àngela Aguiló Llobera
Alba Alfonso Saura	Ana M. Uréndez Ruiz	Angélica Miguélez Chamorro
Àlex Llambrich Mañes	Ana Mantecón Carrero	Antoni Nadal Nadal
Alicia Rodríguez García	Ana Romo Taranchel	Antoni Ribas Prats
Amelia Antonia Ródenas Barcos	Ana Serapio Costa	Antònia Costa Bauzà

Antònia Fontanet Cifre	Cecília Padrós Cano	Iolanda Cirer Sotos
Antonia M. Abellán García	Clara Vidal Thomàs	Irene Amengual Quevedo,
Antònia Tur Torres,	Clemente Dorado Morgado	Irene Castaño Cárdenas
Antònia Vidal Arbós	Concepció Pou Soler	Irune Salaberry Navarro
Antonina Matamalas Enseñat	Concepción Padilla Franco	Isabel Maria Carrió Pons-Estel
Antonio Calvo Ara,	Cristina Fernández Coll	Isabel Molina Ramírez
Antonio Comas Barceló.	Cristina Nadal Lladó	Jaume Cantallops Ramon
Antonio Martínez Nicolás	Daniel Adrover-Roig	Jaume Gual i Móra
Antonio Molina Balsalobre	Dora Sánchez González	Jaume Perelló Alorda
Antonio Román Rodríguez	Edith Pérez Hernández	Jaume Pomar Pons
Apol·lònia Miralles Xamena	Elena Cabeza Irigoyen	Jaume Torres Bosch
Arnau Amer i Sastre	Elena Jorquera Riera	Javier Marrero Acosta
Aroa López Fernández	Elisa Pérez Ramon	Javier Murillas Angoiti
Bárbara García Arredondo	Elsa Herranz Sanz	Javier Ruiz Blanco
Bartomeu J. Barceló Ginard	Enric Benito Oliver	Javier Ureña Morales
Bartomeu Roig Roselló	Enrique Campos Alcaide	Javier Vich Morlà
Belén Hernández Jiménez	Enrique Gómez Prieto	Jerònia Miralles Xamena
Belén Pascual Barrio	Esperança Moll Mesquida	Jessica de Freitas Fernandes
Bernardo García de la Villa Redondo	Estefanía Gallardo Nielsen	Joan Amer Fernàndez
Bernardo López Oblaré	Estefania Serratusell Sabater	Joan Carles March i Cerdà
Biel Gelabert Noguera	Eva Cifre Moré	Joan Ferrer Riera
Blanca Rubio Velázquez	Evelyn García Rodríguez	Joan Mut Vives
Calatina Galmés Ferrer	Fèlix Grases Freixedas	Joana Ferragut Fiol
Carlos Vecina Merchante	Fernando Enríquez Palma	Joana Maria Fiol i Amengual
Carme Corredera Gascó	Fernando Ramón Gancedo	Jordi Forteza-Rey Borralleras,
Carmel Redondo i Ferrer	Ferran Dídac Lluch i Dubon	Jordi Parramon Coma
Carmen López Esteva	Francesc Joan Andreu Alcina	Jorge Llosá Céspedes
Carmen Mas Tous	Francesc Mas Ferrari	José Ángel Rubiño Díaz
Carmen Orte Socias	Francesc Xavier Delgado i Drover	José Arnay Puerta
Carolina Quiroga Parada	Francesc Xavier Ponseti Verdaguer	José Ignacio Torné Gutiérrez
Catalina Andreu Mestre	Francisca Isabel Rodríguez Fiol	José Manuel Portalo Prada
Catalina Caldés Melis	Francisca Rosselló Mas	José María Tugues Roure
Catalina Carme Cruelles Julia	Francisca Rosselló Muntaner	José Roberto Peñalver García
Catalina Garcia Garí	Francisco Barceló Galindo	Josefa Marí Marí
Catalina Juan Garau	Francisco José Perales López	Josep Antoni Pérez Castelló
Catalina Maria Vanrell Munar	Gemma Tur Ferrer.	Josep Lluís Riera Moll
Catalina Ribas Guasch	Gloria Cardenal Félix	Josep Vidal Conti
Catalina Rubio López	Gregorio Molina Paniagua	Juan Lal Asnani Kishnani
Caterina J. Massutí Sureda	Guillem Artigues Vives	Juan Manuel Martínez Álvarez
Caterina Maria Julià Alou	Inmaculada Fernández Esteban	Juan Manuel Rosa González

Ladislao Bernaldo de Quirós y Lomas	Maria Asunción Boronat Moreiro	Patricia Cornide López
Laura Espinàs Olvera	María Cruz Trigoso Arjona	Patricia Gómez Picard
Laura Pérez García	Maria de les Neus Homar Santaner	Patrícia Moncada Pons
Laura Vidal Bonet	María de los Ángeles Sanz Sobrino	Paula Muñoz Tartalo
Liberto Macías González	Maria Elena Gimeno Domènech	Pedro Montoya Jiménez
Liliana Curzi	Maria Elisabet Parera Amer	Pere Alzina Seguí
Lluís Ballester Brage	Maria Francisca Mas Riera	Pere Antoni Borràs Rotger
Lorena Expósito Irigaray	Maria Isabel Amer Riera	Pere Antoni Salvà Tomàs
Lorena Martín Mus	María Isabel Cuart Sintes	Pere Palou Sampol
Luis Cornide Santos	Maria Isabel Vidal Pérez	Petra Juan Socias
Lydia Sánchez Prieto	María José Arévalo González	Pilar Andrés Benito
M. Ángeles Pérez Albertí	María José Secilla Castro	Pilar Ferreras Más
M. Antònia Barceló Riera	Maria Magdalena Femenias Sureda	Rafael Borràs Ensenyat
M. Cristina Ferrer González	Maria Magdalena Medinas Amorós	Rafael Torres García
M. Isabel Cuart Sintes	Maria Magdalena Viedma Viedma	Ramón Bayés Sopena
M. Judith Alfaro Fajardo	María Riera Sagrera	Robert C. Fernández Garcia
M. Neus Llabrés Fuster	María Sánchez Delicado	Rocío Gómez Juanes
M. Rosa A. Arregui Álava	Maria Teresa López Sánchez	Roger Farré i Secall
Ma Carmen Maestre Bernal	Maria Valero de Vicente	Rosa Maria Adrover Barceló
Ma Dolores Castilla Quintero	Maria Zaforteza Dezcallar	Rosa Martorell Dols
Ma Dolores Valenzuela Fernández	Maria Nélida Tur Faúndez	Rosa Perelló Ferrer
Ma Dolors Fortuny Bennàssar	Maria Zulema Rodríguez Aguirre	Rosa Taberner Ferrer
Ma Victoria Riado Rian	Marián Vázquez Sánchez	Rosario Pozo Gordaliza
Magdalena Medinas Amorós	Maribel Merino Tomé	Rubén Fernández Tarrío
Manuel del Río Vizoso	Marina Blasco Escandell	Salud Mantero Heredia
Manuel Martínez-Sellés	Marta Fernández Tous	Sebastià Mascaró Cabrer
Margalida Gili Planas	Marta Uriarte Ituiño	Silvia Carretero Quevedo
Margalida M. Batle Mayrata	Martí X. March Cerdà	Sílvia Zapata Ruiz
Margalida Maria Batle Mayrata	Mauro García Toro	Sira Fiz Vozmediano
Margalida Perelló Llompart	Milagros González González	Sofia Alonso Bigler
Margalida Pocoví Fernández	Miquel Adrover Estelrich	Soledad Gallardo Bonet
Margalida Maria Ribot Moll	Miquel Josep Oliver Ramon	Sònia Palau Boned
Margalida Vives Barceló	Miquel Roca Bennasar	Susan Roig Merino
Margalida Rosselló Bauçà	Miriam Ramírez León	Tania Gutiérrez Inguanzo
Margarita Ferrer Cardona	Mirna Frascarelli	Teresa Jaudenes Gual de Torrella
Margarita Roser Hernández	Montserrat Carreras Pons	Tomàs Alías Aguiló
Margarita Isabel Viñuela Benéitez	Montserrat Llort Bové	Vicenç Ferretjans Moranta
Maria A. Alarcón Bigas	Nicolás Flaquer Terrasa	Victòria Alemany Abraham
Maria Bonet Oliver	Noèlia Martínez Martínez	Virginia Rivero Moreno-Ortiz
Maria Ángeles Fernández Valiente	Núria Masana Navarro	Yolanda Lázaro Fernández
Maria Antònia Gomila Grau	Núria Vaquer Reixach	Yolanda Rueda Falcón

2. Una introducció a l'envelliment en el segle XXI

Carmen Orte i Martí X. March, l'any 2009, al seu article «La realitat de la gent gran a les illes Balears» afirmaven que l'increment de l'esperança de vida havia estat un dels fenòmens socials més significatius del segle XX, i que continuarà durant el segle XXI. L'envelliment és un dels màxims desafiaments socials i econòmics del segle XXI per als països europeus, amb la proporció més gran de persones que superen els seixanta-cinc anys, juntament amb el Japó. L'envelliment progressiu i l'augment de la població gran impliquen un increment de la despesa de la societat pel que fa als plans de pensions i a la creació i el manteniment dels recursos sociosanitaris per a aquesta població envellida i amb un augment del percentatge de persones grans dependents. L'envelliment poblacional implica, a més, un increment del nombre d'estudis sobre aquest fenomen des de diverses perspectives disciplinàries. Hi ha un interès social, acadèmic, científic, polític, cultural, etc., creixent en relació amb aquest fenomen social.

Un dels temes que ha comptat amb una presència continuada a l'*Anuari* ha estat **l'anàlisi demogràfica**. Després del capítol de Sílvia Carretero, Ferran Dídac Lluch ha estat el responsable de fer un seguiment de les dades. A més, aquest darrer autor ens ha aproximat a la realitat multicultural de la gent gran (2010), la població gran estrangera (2010), el sobreenvelliment femení (2011), el sector de població nonagenària (2012) i l'ús que fa aquest grup d'edat de la llengua catalana (2015). Al darrer capítol de 2016, l'autor revisa els índexs de participació social i de la capacitat i adaptació a l'entorn per a un envelliment actiu i afirma que se situen per sobre de la mitjana de la UE28.

Marga Vives, l'any 2009, presenta una anàlisi dels indicadors socials de les persones més grans de 65 anys relacionats amb dades demogràfiques, sanitàries, econòmiques i de serveis socials. S'aporten dades sobre prestacions socials, formes de convivencia, relacions socials i actituds de la gent gran.

Paral·lelament al creixement de població es produeix un increment del nombre de **persones grans que viuen soles**, majoritàriament dones. El 2014, Maria Isabel Amer i Maria Isabel Quart ens acosten al tema de la soledat de les persones grans. L'article comença aprofundint en el concepte de soledat i les diferents tipologies, les variables que incideixen en aquest fenomen i les seves conseqüències. Amb la finalitat de visibilitzar el col·lectiu, les autores proposen una sèrie de recursos i projectes que es podrien implementar des de les institucions o entitats que treballen amb persones grans per afrontar aquest fet. Les línies d'intervenció per abordar aquest fenomen s'adrecen a: afrontar l'estrès induït per la soledat; millorar la xarxa de relacions interpersonals; incrementar la participació social a través de la promoció d'activitats dirigides a la comunitat i en entorns residencials. A partir d'aquesta base, s'exposa una sèrie de programes dirigits a les persones grans que viuen en entorns residencials i al propi domicili.

Pel que fa a la **situació econòmica i al sistema de pensions**, així com als efectes de la crisi econòmica, hem comptat amb aportacions específiques sobre la situació actual del sistema de pensions i les perspectives de futur, fent especial esment sobre el risc que suposa el trencament del pacte social europeu (Rafael Borràs, 2014) i l'augment actual de les situacions de vulnerabilitat i els «impactes ocults» de la crisi econòmica en la gent gran (Ferran Didac Lluch, 2014). La població de la tercera edat ha estat fonamental pel que fa al suport a la família extensa i a la societat en general en els moments més durs de la crisi. I, ho continua sent, com posa en relleu l'article publicat en aquest mateix anuari, «Els impactes ocults de la crisi en la tercera edat». Aquest darrer autor afirma que «mentre hi hagi situacions de mancança en la societat i en l'entorn familiar de les persones d'edat avançada, aquestes pateixen directament aquesta situació, perquè han d'ajudar econòmicament o amb prestacions directes (aliments, allotjament, guarda i custòdia dels membres més joves de la família...), o bé pel patiment psicològic que experimenten per empatia per la situació que pateixen familiars i coneguts».

La població de la tercera edat ha estat fonamental pel que fa al suport a la família extensa i a la societat en general en els moments més durs de la crisi. En relació amb aquest suport, l'any 2012 vàrem comptar amb dos treballs signats per Maria Nélida Tur i Maria Antònia Gomila i Belén Pascual, relatius al paper dels padrins en les famílies, concretament en relació amb la cura dels nets.

Antonio Comas, l'any 2010, ens parla de la realitat de les pensions en un context de canvi i apunta que l'impacte de la crisi econòmica en el sistema de protecció social, en general, i en el sistema de pensions, en particular, està per veure. Els canvis tant a Europa com a Espanya de «l'estat del benestar», les exigències —més que recomanacions— d'instàncies internacionals i el temor a reformes estructurals conformen un escenari d'incertesa per la irreversibilitat que suposa la pèrdua de drets adquirits durant tants anys.

Marga Vives, al treball que presenta l'any 2012, apunta que tot i la tasca realitzada per organismes internacionals com les Nacions Unides, manca una legislació prou sòlida per poder promoure els drets de la gent gran i protegir-los. L'autora apunta la necessitat de lluitar contra les barreres que obstaculitzen el ple desenvolupament dels drets de la gent gran i assegurar que aquests drets són coneguts i preservats per la població, tant els professionals que tinguin contacte amb una persona gran (i d'informar del no compliment, en el cas que fos necessari), les famílies i la comunitat, en general.

3. Envelliment, dependència i atenció sociosanitària

A l'inici del camí de l'*Anuari*, l'any 2008, Bartomeu J. Barceló presentava un treball sobre la dependència de la gent gran a les illes Balears, a partir de l'anàlisi de les poblacions de

gent gran, de gent gran dependent i de curadores potencials, posant èmfasi en la situació de les dones, la soledat i la prevenció.

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, estableix dues línies d'actuació envers la dependència. En primer lloc, 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. En segon lloc, els serveis d'atenció a la dependència amb caràcter assistencial: serveis domiciliaris, centres de dia, residències.

El 2014, M. Dolores Castilla, Sira Fiz, M. Carmen Maestre, José Roberto Peñalver, Rosa Perelló, Miriam Ramírez, M. Victoria Riado, Francisca Isabel Rodríguez, M. Dolores Valenzuela, en representació del Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), analitzen el context del Pla de Prevenció Nacional i com aterrar en el que ha de ser la primera fase del Pla de Prevenció de la Dependència i la Promoció de l'Autonomia Personal a les illes Balears. El treball es titula: «Plans de prevenció de les situacions de dependència i promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears: apostes segures sobre condicions de vida saludables».

Lluís Ballester i Apol·lònia Miralles, l'any 2014, presenten una revisió de l'evolució del sistema d'atenció a la dependència a l'Estat espanyol i a les illes Balears, a partir de les principals dades distribuïdes per l'IMSERSO. Al treball s'identifiquen i documenten els canvis de l'estructura de les prestacions: es desenvolupen cada vegada més les prestacions econòmiques de suport als cuidadors familiars, en detriment dels serveis. També s'observa un manteniment de la feminització del sector.

Lydia Sánchez i Carmen Orte, l'any 2009, examinen les necessitats formatives derivades de l'aplicació de la Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, mitjançant l'anàlisi del pla d'estudis desenvolupat.

El 2012, Lluís Ballester, Carmen Orte i Lydia Sánchez ens presenten un treball sobre el temps dedicat a la cura i els seus efectes en la vida quotidiana dels qui conviuen amb persones grans dependents. L'estudi tracta sobre el temps de cura i els seus efectes en la vida quotidiana dels qui conviuen amb persones grans dependents a la seva llar. L'estudi mostra que encara es mantenen intenses desigualtats en el repartiment de les responsabilitats de cura. Les cuidadores dediquen significativament més temps a tasques domèstiques i tenen menys temps lliure que la resta de persones de la seva llar, amb tot el que això representa per a elles. També s'observa una presència inferior de persones més joves de quaranta-cinc anys, clarament centrades en el mercat de treball.

Sofia Alonso i Ana Belén Velasco (2014) presenten el treball sobre l'evolució del perfil residencial en els darrers anys, amb l'aplicació de la Llei 39/2006, i el nou model d'atenció centrat en la persona, orientat a millorar l'atenció a les persones grans i la seva qualitat de vida. El desenvolupament d'aquest model requereix eines de valoració que permetin conèixer la persona d'una manera integral i tinguin en compte totes les àrees d'atenció de la persona. L'atenció s'orienta a la satisfacció de les necessitats biopsicosocials dels usuaris. Com a model de gestió de processos i millora contínua, cal disposar d'una planificació i dinàmica d'avaluació i autoavaluació que permetin els centres gestionar de manera proactiva, estructurada i eficaç.

L'any 2010 Yolanda Rueda i Núria Masana publiquen un article sobre l'aplicació de l'anàlisi de les necessitats de serveis socials de la gent gran amb dependència a la planificació dels serveis socials (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració). L'article explica aquest nou sistema de planificació dels recursos del sistema públic de serveis socials, necessaris per atendre les persones grans amb dependència, tot aplicant la metodologia Balance of Care, un nou sistema basat en l'anàlisi de les necessitats. Es planteja una oferta de serveis flexible, adaptable a les necessitats i voluntat de cadascú i als diferents entorns de les persones.

L'Equip de Vellesa i Família de la Secció de Foment de l'Autonomia per a Persones Majors del Consell de Mallorca (Maria Isabel Cuart, Roger Farré, Joana Ferragut, Joana Maria Fiol, Catalina Garcia, Maria de les Neus Homar i Margalida Pocoví) presenta un treball, l'any 2012, sobre els programes d'atenció psicosocial, accions de caire preventiu i de promoció personal al col·lectiu de persones grans i a les famílies que en tenen cura de gairebé tots els municipis de Mallorca (des de fa 18 anys). Es tracta d'un treball preventiu i de promoció de l'autonomia amb les persones grans i les seves famílies. En aquest sentit i tenint en compte les necessitats actuals d'aquest sector de la població, en cadascuna d'aquestes intervencions la persona usuària és considerada de manera integral amb l'objectiu final d'aconseguir una millor qualitat de vida de la persona gran i dignificar la vellesa en tots els vessants (personal, familiar, funcional, social...).

Margarita Roser, el 2015, ens presenta el projecte de la residència Oms-Sant Miquel (Conselleria de Serveis Socials i Cooperació). «Cor a casa» és un projecte que mostra la possibilitat de transformació dels entorns institucionalitzats en entorns casolans i confortables. El projecte té l'objectiu de fomentar un estat emocional de benestar a través de la modificació ambiental de les sales de convivència, en el context d'un centre que aposta per les teràpies no farmacològiques com a alternativa per a l'atenció a les persones amb demències avançades.

4. Envelliment i atenció sociosanitària

Al llarg d'aquests anys a l'Anuari s'han presentat estudis des de disciplines sanitàries tan diverses com la dermatologia (2016), la podologia (2015), la farmacologia

(2012), l'odontologia (2014), la gerontologia (2008 i 2016), la cardiologia (2013) o l'endocrinologia (2013). Concretament, sobre patologies associades a l'envelliment s'han tractat les malalties neurodegeneratives —el paper de les proteïnes, els aminofosfolípids— (2011), la calcificació de teixits blans —des de la patologia cardiovascular a l'Alzheimer— (2009), el virus de la immunodeficiència humana (2015), el dolor crònic (2010), l'estenosi aòrtica greu —noves opcions terapèutiques— (2012), els trastorns de la conducta alimentària (2016) i el delirium (2013). Enrique Campos, al treball presentat l'any 2015, explica el perquè de la necessitat d'una atenció geriàtrica especialitzada al servei de salut de les illes Balears, una comunitat amb menys recursos en aquest sentit. L'autor apunta la necessitat de proporcionar diagnòstic i curació a les persones grans de la forma més eficient possible, i incorporar a la seva tasca assistencial les cures i la continuïtat de l'atenció, amb la finalitat de rehabilitar i reinserir a la comunitat el nombre de persones grans més alt possible, la salut de les quals s'hagi vist malmesa per un procés agut o crònic.

Pel que fa a la psicologia, específicament, a la funció cognitiva, s'han presentat treballs sobre l'envelliment i flexibilitat cognitiva des d'un abordatge neuropsicològic (2009), metacognició i envelliment (2011), sobre l'efectivitat d'un programa de millora del funcionament cognitiu —el taller «entrenem el cervell»— (2008) i sobre el bilingüisme com a factor protector de l'envelliment cognitiu (2013).

El 2008, Enrique Campos i Catalina Andreu, al seu article sobre envelliment, salut i serveis socials fan una aproximació a alguns indicadors de salut de la gent gran a les illes Balears: les malalties cròniques, el consum farmacèutic, la percepció de la salut, les defuncions i les seves causes, l'esperança de vida, la qualitat de vida, la fragilitat i la dependència. En el marc de l'atenció sanitària es refereixen als recursos sanitaris, a l'atenció primària, a l'atenció especialitzada/hospitalària i a l'atenció sociosanitària. Quant als recursos sanitaris i els serveis socials, es fa referència a l'atenció primària, a l'atenció especialitzada/hospitalària i al servei d'atenció mèdica urgent. Des de la perspectiva dels serveis socials es refereixen al Servei d'Atenció Domiciliària, al Servei de Teleassistència, a l'atenció residencial, a les estades temporals en centres residencials, als centres de dia per a persones dependents i als allotjaments alternatius.

L'atenció sociosanitària implica l'actuació conjunta dels serveis sanitaris i socials per augmentar l'autonomia de les persones grans, pal·liar-ne les limitacions i facilitar-ne la reinserció social. Des d'una perspectiva sociosanitària, alguns dels treballs clau que han mostrat experiències concretes referides a l'assistència sociosanitària han estat:

- Les unitats assistencials geriàtriques a Mallorca (2010)

- L'atenció sociosanitària a Mallorca (2009)

- Programa d'atenció sociosanitària a Eivissa (2011)
- Atenció a l'envelliment en l'atenció primària de salut de Mallorca (2011)
- Atenció a les persones en situació de dependència al municipi de Palma (2011)
- Dependència i recursos a l'illa d'Eivissa (2012)
- Resposta dels serveis socials de la Mancomunitat del Pla de Mallorca a les persones grans de la Mancomunitat del Pla (2010)

Relacionades amb aquest plantejament sociosanitari s'han donat a conèixer experiències concretes de la pràctica professional tant en l'àmbit hospitalari com dels centres de dia i les residències (vegeu la taula 2). El tractament de la gent gran, les seves necessitats i l'atenció a les esmentades residències s'ha complementat amb la visió necessària de les necessitats dels professionals i les persones cuidadores.

Taula 2 | *Treballs presentats en relació a l'àmbit hospitalari, centres de dia i residencials*

Àmbit hospitalari
2010 L'atenció als malalts d'edat avançada en un hospital d'aguts de l'illa de Mallorca: l'hospital universitari Son Dureta.
2010 Estrès en persones grans hospitalitzades: una visió des de l'hospital sociosanitari.
2011 Cures pal·liatives geriàtriques. Model de l'hospital Sant Joan de Déu.
2015 Envelliment, vulnerabilitat, dignitat i solidaritat. Aportacions des del model de cures pal·liatives.
Centres de dia
2011 Descripció i valoració dels usuaris i dels recursos dels centres de dia.
2011 Centre de Formentera: els inicis en qüestió de dependència.
2012 El centre de dia per a malalts d'Alzheimer i altres trastorns cognitius. Consell Insular de Menorca (CIME).
2012 El curiós cas del centre de dia premiat. Una mirada a l'arquitectura sociosanitària de les Balears.
2014 Reptes d'una atenció integral de qualitat: visió actual i perspectives de futur des de Sarquavitae.
2016 Impacte del programa ajuda al cuidador en centres de dia Sarquavitae a Mallorca per pal·liar la sobrecàrrega associada a l'atenció de persones en situació de dependència.
Residències
2011 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.
2012 El paper del fisioterapeuta en una residència.
2014 Persones grans estrangeres residents a les llars dels ancians. Estudi de cas.
2014 Promoció de l'autonomia des de la llar d'Eivissa.

2014 Els reptes de l'atenció integral de qualitat, proposta d'implantació i desenvolupament de l'atenció geriàtrica especialitzada al servei de salut de les Illes Balears.
2015 Anàlisi de la sobrecàrrega de cuidadors de persones en situació de dependència ingressades en centres residencials.
2015 Agressió interpersonal en residències d'ancians: una aproximació al seu coneixement.
Serveis a domicili
2011 L'estimulació cognitiva en els serveis a domicili i criteris de qualitat.
2013 Experiència de millora contínua als indicadors del programa d'atenció domiciliària al centre de salut de Sant Antoni.
2016 De serveis socials, ajuda a domicili i dependència a les Illes Balears.
2016 Hospitalització a domicili en l'envelliment: aplicabilitat i avantatges.
2014 De l'atenció a persones assistides a l'atenció centrada en la persona. Eines de valoració.

Montserrat Llort i Ana M. Uréndez presenten un treball el 2011 sobre la perspectiva de l'envelliment des de l'atenció primària. Les autores expliquen el Programa d'Atenció a l'Ancià, una iniciativa adreçada a les persones grans que es troben en risc que planteja una valoració geriàtrica integral des d'una visió multidisciplinària: clínica, d'infermeria, funcional, mental i social. El coneixement del pacient, l'entorn i la família permeten una valoració integral i també reforçar el paper del cuidador. La coordinació entre l'àmbit de l'atenció primària i l'hospital afavoreix el treball en equip entre metges de família i metges hospitalaris, i és una peça clau per aconseguir un bon aprofitament dels recursos que tenim a la nostra disposició. Sobre la importància d'aquesta coordinació, el 2010, Patricia Gómez, Rosa Maria Adrover i Angélica Miguélez incideixen en la necessària coordinació entre tots els àmbits del Servei de Salut i d'aquests amb els serveis socials, per garantir la continuïtat assistencial tant als pacients com a les famílies. L'aposta per la formació del cuidadors informals i una planificació adient són considerats elements clau.

Des de la perspectiva de l'envelliment actiu i la prevenció del deteriorament funcional i en els diferents dispositius interdisciplinaris sociosanitaris de les illes Balears es compta amb un professional clau, el terapeuta ocupacional. El treball d'Edith Pérez, Tania Gutiérrez, Carolina Quiroga i Gloria Cardenal, publicat el 2015, explica les funcions d'aquest professional: recuperar i/o mantenir els nivells d'independència funcional i l'autonomia possible de la persona gran, en les diferents àrees d'acompliment ocupacional conformades per activitats de la vida diària.

5. La discapacitat en la gent gran

Avui es parla més de la gent gran amb discapacitat perquè, si bé l'esperança de vida augmenta en la població general, el col·lectiu de persones grans amb discapacitat també viu més anys. Els avenços mèdics en el tractament de les patologies associades a la discapacitat

psíquica i també els canvis en els estils de vida (alimentació, cures bàsiques, estimulació precoç, etc.) estan tenint una important repercussió en la longevitat de les persones amb discapacitat. Amb aquesta reflexió introdueixen el seu treball, publicat l'any 2015, Antoni Ribas, Ana Andreu, Belén Hernández i Andrea Ramon. El treball se centra en els aspectes mèdics preventius i en el manteniment de les capacitats bàsiques de la vida diària. S'analitza el que es fa i els recursos per a aquests pacients als centres de dia, centres residencials i domicilis. Els autors apunten la necessitat de comptar amb programes de suport i d'ajudes que donin resposta a les necessitats d'aquest col·lectiu, així com de les seves famílies, recursos i serveis sociocomunitaris que permetin a les persones amb discapacitat l'accés a activitats adaptades a les seves necessitats: activitats ocupacionals, servei residencial, oci i temps lliure, etc.

També relatiu a l'illa d'Eivissa, Javier Ruiz, Andrea Ramón, Lorena Expósito i Ana Serra (2014) presenten un treball sobre discapacitat i salut mental a l'illa: com envelleixen, quins trastorns pateixen i quins són els recursos més adequats, tant institucionals com domiciliaris, per fer-hi front. Els autors fan un recull històric des de 1981, en què els malalts mentals institucionalitzats a Palma varen ser traslladats a l'illa d'Eivissa. També es remarca el treball que es realitza al Consell Insular d'Eivissa, des de 1989, amb persones amb discapacitat, mitjançant la realització de tallers i programes.

José Manuel Portalo, al treball presentat l'any 2016, analitza la normativa de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (Consell de Mallorca) reguladora dels requisits d'autorització i acreditació dels serveis socials per a persones amb discapacitat de Mallorca i promotora dels nous models d'atenció.

Vicenç Ferretjans, Patricia Cornide, Antonio Román, Juan Lal Asnani, Maria Zulema Rodríguez (2016) presenten un treball sobre la prevenció d'envelliment saludable per a persones amb discapacitat intel·lectual greu i profunda. L'any 2011, l'equip tècnic del Centre de Dia Mater Misericordiae per a persones amb discapacitat intel·lectual engega el Programa de Prevenció d'Envelliment Saludable (PPES) adreçat als usuaris del Centre de Dia amb 45 anys o més i es desenvolupa en tres eixos diferenciats: activitat física i psicomotriu, control de salut i estimulació cognitiva. Els resultats mostren la utilitat del programa, la seva alineació amb els objectius proposats, un envelliment saludable i actiu, i al mateix temps nous reptes de futur de les persones amb discapacitat intel·lectual en procés d'envelliment.

6. Sexualitat i envelliment

Per a l'*Anuari* és clau fer visible la sexualitat i l'afectivitat en els adults grans, una realitat poc acceptada i diversa. Al respecte, Joan Riera, l'any 2012, reflexiona sobre la necessitat de construir conjuntament un nou concepte de sexualitat que incorpori l'expressió de

comunicació afectiva, tant verbal com corporal, entre persones grans, d'emocions i sentiments d'afecte, tendresa i recerca de plaer compartit. L'autor apunta la necessitat d'afavorir estratègies comunicatives, revisions conceptuals, repassar les opinions que sobre aquest tema tenen els mateixos protagonistes per tal de conèixer i comprendre aquesta realitat, a fi d'afavorir un canvi d'actituds.

Martí March, a l'estudi realitzat l'any 2014, apunta que és necessari començar a tractar la qüestió de la sexualitat en les persones grans de forma natural no només en la societat en general, sinó també entre les persones grans. La visibilitat del col·lectiu de la gent gran ha de dur implícita la visibilitat de la qüestió sexual, des del coneixement i rompent amb la visió negativa de la sexualitat en aquestes edats.

Marga Vives, l'any 2015, presenta una investigació sobre les relacions afectivosexuals en la gent gran des de la perspectiva intergeneracional. Després d'una recerca bibliogràfica que recull els vincles principals entre les relacions afectivosexuals, la qualitat de vida i l'envelliment actiu, presenta el resultat de 16 entrevistes a vuit homes i vuit dones, amb l'objectiu de conèixer les relacions afectivosexuals en gent gran de diferents generacions que practiquen alguna activitat física d'una manera regular i que viuen a Mallorca. Caterina M. Julià, l'any 2015, s'endinsa en l'àmbit de l'afectivitat i la sexualitat de les persones grans internades. A través d'entrevistes als residents de la Llar d'Ancians de Palma es planteja conèixer què pensen les persones grans sobre la sexualitat i l'afectivitat, i quins són els factors de risc i els de protecció que poden fomentar o, per contra, inhibir la sexualitat.

La poca visibilitat de la sexualitat en persones grans també es mostra en la docència, la recerca i la literatura científica. L'any 2016, l'equip GIFES publica un treball que recull diferents activitats de recerca i docència desenvolupades en els últims anys, amb referència a les diferents mirades de la sexualitat en les persones grans. Un dels darrers treballs del grup és de 2016, sobre l'augment de l'ús d'internet per part de la gent gran i també de l'ús de la xarxa per establir cites en línia. Carmen Orte i Aina Mascaró destaquen la necessitat de conèixer més sobre un tema poc investigat. La possibilitat d'iniciar relacions en edats avançades o la realitat de les persones adultes internades són temes que, no per desconeguts, deixen de tenir importància. Les activitats de docència i recerca són la millor plataforma per fer visibles aquestes realitats, canviar actituds, llevar prejudicis i, en definitiva, ajudar els col·lectius més vulnerables a gaudir plenament dels seus drets.

7. Envelliment actiu saludable i participació

Les recomanacions de l'OMS per assolir nivells òptims de qualitat de vida en les persones grans s'orienten a l'atenció i la prevenció de l'envelliment actiu i contemplen l'assistència sanitària, el manteniment físic, cognitiu i de les xarxes de relacions socials.

D'acord amb aquestes recomanaciones, podem trobar programes de promoció de la salut pel manteniment del to físic, de les funcions cognitives, pel desenvolupament afectiu i relacional, per a la participació social, l'oci i el temps lliure, així com el suport als familiars.

Joan Carles March, a l'article de 2014, afirma que les paraules clau per a les persones grans actives i saludables són: participació social, reconeixement i visibilitat social, autoestima, autoconfiança i habilitats relacionals i de comunicació. L'autor afirma que en les societats occidentals es parla molt d'envelliment actiu i saludable a pesar de l'existència de diferents graus de discriminació social de les persones grans. En concret, la situació de les persones grans a Espanya es basa en la importància dels vincles familiars (la família com a recurs de suport, ajuda protecció), l'escàs nivell de provisió de pensions privades i la reduïda participació en activitats de voluntariat.

En aquest sentit, Antonio Martínez i Adrià Muntaner, ens parlen al seu article de 2016 que l'envelliment afecta el rellotge biològic de la mateixa manera que la resta de l'organisme. No obstant això, hi ha multitud d'estratègies que permeten mantenir el rellotge biològic sa durant més temps, mitjançant una bona exposició a la llum, l'exercici físic, les relacions socials i els horaris d'alimentació. A més, també és necessari, com indica Francesc Joan Andreu, l'any 2016, reflexionar sobre la necessitat de prendre consciència que el desenvolupament integral i harmònic de la persona està directament relacionat amb la intel·ligència espiritual i la capacitat de viure de manera plena i satisfactòria.

La relació entre la salut mental i l'estil de vida és analitzada per Rocío Gómez, M. Neus Llabrés, Margalida Gili, Miquel Roca i Mauro García, en un treball publicat el 2015. Els autors afirmen que la depressió i l'ansietat són els dos problemes de salut mental més freqüents en aquest grup de pacients i amb més repercussió en la seva qualitat de vida. D'acord amb la relació de causalitat bidireccional entre la salut física i la mental, les intervencions basades en l'estil de vida demostren utilitat en la prevenció i el tractament dels trastorns mentals. Per exemple, la pràctica regular d'exercici físic, una dieta sana i equilibrada com la que ofereix el patró mediterrani, una correcta higiene de son i l'exposició moderada a la llum solar poden ser eines importants per a l'abordatge dels símptomes depressius en la població gran, a més de millorar la seva salut física.

Seguint aquesta línia argumental, la vocalia de psicologia de l'envelliment del Col·legi Oficial de Psicologia de les Illes Balears (COPIB) va presentar l'any 2014 un treball sobre la promoció de l'envelliment actiu, amb motiu de la celebració de l'Any Europeu de l'Envelliment Actiu i la Solidaritat Intergeneracional i, concretament, un programa d'activitats (revisió de memòria, relaxació i relació intergeneracional), amb l'objectiu de fer visible el rol del psicòleg i la contribució de la psicologia a l'envelliment actiu, a fi d'adquirir més consciència del procés d'envelliment com a experiència de creixement constant.

Marga Vives, l'any 2013, presenta un treball sobre la influència de la resiliència sobre la qualitat de vida de les persones grans i els factors de protecció que poden desenvolupar per augmentar les seves capacitats davant els efectes que provoquen situacions socioeconòmiques adverses, no sols en l'àmbit familiar, sinó també social. La mateixa autora presenta un treball sobre les ciutats amigables amb les persones grans a partir de la normativa de l'OMS (2011). L'article ens mostra la ciutat amigable com una nova forma de fer ciutat, a fi de facilitar que les persones grans es converteixin en ciutadans actius dins de la ciutat: espais a l'aire lliure i edificis amigables, transports cuidats i adaptats, habitatges accessibles, participació social, participació cívica i feina, respecte i inclusió social, comunicació i informació adaptades, suport social i serveis de salut. Possibilitar i fer accessibles opcions diverses que permetin ajustar-se a les demandes sempre respectant la llibertat de la gent gran. D'acord amb aquest model de ciutat, Alicia Rodríguez (2012) presenta un treball sobre els habitatges de protecció pública, en règim de lloguer de renda baixa, destinats a persones de més de 65 anys al municipi de Palma. Posteriorment, l'any 2016, Marga Vives ens parla d'una nova modalitat de convivència per a gent gran, les *senior cohousing*, i descriu els beneficis que comporta com a alternativa ajustada a les polítiques que potencien l'envelliment actiu i els entorns amigables envers la gent gran.

M. Ángeles Fernández, Maria Isabel Cuart i Margalida Maria Batle, el 2016, argumenten el paper tan important de la participació en el concepte d'envelliment actiu i expliquen l'objectiu de l'Observatori de Persones Majors i el projecte «Donar veu», una iniciativa per fomentar la participació i donar veu al col·lectiu de persones grans. En l'àmbit de la participació de la gent gran, l'*Anuari* també ha comptat amb experiències diverses d'associacionisme: una anàlisi de les associacions de gent gran a les illes Balears (2009), un estudi sobre la vivència de persones grans que hi participen (2016), que posa en valor la seva participació i, com a cas específic, el procés participatiu a l'Associació de Gent Gran de Son Real (2012).

A part, s'han presentat treballs sobre els programes d'intervenció comunitària en vellesa i família (2009), un treball sobre les xarxes de relacions i suport de les persones grans a Mallorca (2015) i una experiència de voluntariat d'un metge jubilat a l'illa d'Eivissa (2016). Pel que fa a les experiències sobre activitat física i esportiva, destaquen els diferents treballs sobre l'exercici físic com a filosofia de vida (2011), l'activitat física i altres factors de reserva cognitiva en l'envelliment (2012), envelliment, exercici físic i telèfons mòbils intel·ligents (2016), les rutes saludables al voltant dels centres de salut (2015), les noves tecnologies, envelliment actiu i gent gran (2013), el benefici de riure com a estratègia de treball en les activitats per a la gent gran (2016), l'ús del temps lliure (2016), les activitats museístiques i la gent gran (2013) o l'experiència artística de la fotografia com a eina terapèutica: estimulació emocional i normalització de la imatge de l'Alzheimer i la vellesa (2013).

8. Envelliment i educació: entre la formació i la recerca

El lligam entre la qualitat de vida i l'educació és un dels elements de la reflexió acadèmica i professional que més presència ha tingut al llarg d'aquest temps. El 2008, a l'article «Envelliment, educació i qualitat de vida: cap a la institucionalització de la gerontologia educativa», Carmen Orte i Martí March reflexionen sobre la idea de l'educació com a transformació de la vellesa —entesa com a període de declivi i dependència— en un període de repte i productivitat. Plantegen l'educació de la gent gran com un factor bàsic de les polítiques actuals de benestar social.

A part de la reflexió teòrica s'ha comptat amb una varietat de projectes i experiències, moltes de vinculades amb la Universitat Oberta de Majors (UOM): l'evolució i les característiques del seu alumnat (2008), la relació entre l'educació i la qualitat de vida (2009), el context europeu d'aquests programes (2011), els efectes del suport social en aquests programes (2010), ensenyament i aprenentatge per a l'emancipació (2011), la internacionalització (2012), la qualitat de vida dels participants (2013), les relacions socials, l'experiència intercultural de la International Summer Senior University (2015 i 2016).

El vincle entre l'experiència formativa i la recerca a les aules de la UOM és un element destacable, donat que ha permès desenvolupar competències acadèmiques en la pràctica d'un model de recerca que obre la possibilitat al coneixement i reconeixement de fets actuals i del passat a través dels mateixos actors socials implicats. El projecte intergeneracional Sharing Childhood (2015), en la línia de les experiències intergeneracionals de l'Ajuntament de Palma (2013), ens ha obert la possibilitat a entendre la participació de la gent gran en projectes educatius compartits amb els infants.

El 2011, Liberto Macías i Lluís Ballester presenten un treball titulat «Els alumnes de la UOM experimenten amb la investigació mitjançant les històries de vida». Un taller de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) amb els alumnes del tercer curs del diploma sènior pretén introduir l'alumne en el món de la investigació etnogràfica. A més, l'elaboració de les històries de vida ajuda al 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 través de les vivències de les persones que han viscut directament els esdeveniments que han marcat la seva vida i la trajectòria de tota la societat.

En aquesta mateixa línia d'investigació a través de les històries de vida, Joan Amer, Jaume Gual i Arnau Amer (2013) presenten, el 2013, un treball sobre gent gran i memòria al Raiguer de Mallorca. Els autors ens endinsen en el món dels protagonistes de la societat preturística i ens ajuden a entendre el trànsit a la societat turística actual, complementant tant les visions de la postguerra des de la ciència històrica com les representacions d'aquella època des dels mitjans de comunicació de masses. Els relats de les dones i els homes (que

superen els vuitanta anys d'edat) ens ajuden a entendre la seva infància, l'organització familiar de les tasques reproductives i productives, el festeig i matrimoni, la feina i la relació amb el moment històric.

Serà el 2014 quan els autors Joan Amer i Maria Francisca Mas realitzen un altre estudi sobre persones grans i memòria i recopilen les trajectòries i condicions de vida de quinze dones immigrades a les illes Balears durant el franquisme. Aquesta investigació va comptar amb la participació activa dels estudiants de primer d'Educació Social de la Universitat dels Illes Balears (curs acadèmic 2013-2014), encarregats de fer les entrevistes a les seves àvies. La investigació té dues finalitats: d'una banda, analitzar el testimoni d'aquestes dones; i, de l'altra, visibilitzar la gent gran com a subjectes actius en el marc d'activitats dels estudis universitaris i fomentar el diàleg i les relacions intergeneracionals entre l'alumnat i els seus avis.

9. Envelliment, vulnerabilitat i exclusió social

Hi ha tendència a pensar el procés d'envelliment de forma homogènia i no atendre la diversitat que caracteritza la gent gran, igual que altres grups d'edat. Les situacions de major vulnerabilitat són poc conegudes i a través de l'*Anuari* s'ha mantingut periòdicament un espai dedicat a donar a conèixer aquestes problemàtiques sovint invisibles. L'any 2014, Lydia Sánchez i Rosario Pozo afirmen que homes i dones d'edat avançada experimenten situacions i contextos de discriminació multidimensional i diferencial, basada no només en l'edat, sinó en altres factors, com el gènere, l'origen ètnic, el lloc de residència, el nivell de discapacitat, la pobresa, la sexualitat o el nivell cultural. Les autores, des d'una mirada global, reflexionen sobre la relació existent entre la discriminació per edat i els drets de les persones grans. Ens parlen dels instruments internacionals i nacionals de drets humans de les persones grans; de la vulnerabilitat social en les persones grans, així com dels seus contextos i processos d'envelliment al món.

L'abús econòmic i financer ha estat una de les qüestions tractades amb profunditat. L'any 2014, Lydia Sánchez, Marina Blasco i Lluís Ballester ens aproximen a la realitat de l'abús financer. L'elevat nombre de factors de risc associats a les persones grans les converteix en un col·lectiu vulnerable davant aquest tipus d'abusos i, per tant, s'han d'assumir vies d'actuació destinades a la identificació de signes d'abusos, la seva categorització adequada, la transmissió d'informació a les víctimes i, finalment, la intervenció adequada.

Núria Vaquer i Sofia Alonso, el 2015, afirmen que hi ha molt pocs estudis que quantifiquin els casos de maltractament de persones grans, i molt menys estudis que quantifiquin els casos de maltractament per abús econòmic a la persona gran. La falta de conscienciació de la mateixa persona gran fa que aquest sigui un problema actual molt poc visible, per

no dir invisible socialment parlant. Al treball s'analitza la situació de les persones víctimes d'abús econòmic des del punt de vista de les persones que sol·liciten ser valorades a través del Programa de Prioritat Social i les persones que ocupen places residencials públiques o concertades del Consell de Mallorca —IMAS. Aquest maltractament en el 50 per cent dels casos està provocat per un fill o una filla. S'aposta per programes de sensibilització i informació a la societat en general, per tal que, quan siguem grans, no siguem tan vulnerables, i perquè els professionals tinguin cura de nosaltres d'una forma responsable i respectant la nostra voluntat.

El treball publicat el 2014 per M. Bel Amer, M. Antònia Barceló i Maria Isabel Cuart ens acosta a la realitat del maltractament a les persones grans i proposa 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, s'aporten dades de la prevalença que té a Espanya i del perfil tant de la persona maltractada com de l'agressora. Es plantegen propostes de futur per prevenir-lo, detectar-lo i intervenir-hi.

Biel Gelabert i Lluís Ballester, l'any 2013, presenten un treball sobre l'envelliment de les persones sense sostre i reflexionen sobre els processos d'exclusió social i l'envelliment, tot partint de l'anàlisi dels usuaris del servei de Ca l'Ardiaca. Es refereixen a un estat de pobresa dins de la pobresa quan parlen de les persones grans sense sostre. Afirmen que durant la crisi econòmica, la possibilitat d'escapar-se de les situacions més greus de pobresa s'ha allunyat per a la gran majoria de les persones ateses a la xarxa de pobresa. Si els treballadors en situacions de precarietat per atur de llarga durada es troben en situacions difícils de canviar, els sense sostre de més edat poden percebre la seva situació com a definitiva.

Rosario Pozo, al treball presentat l'any 2013, explora el fenomen de l'alcoholisme en els processos d'envelliment d'homes i dones més grans de 55 anys a les illes Balears. L'objectiu fonamental de l'estudi és comprendre, analitzar i descriure els processos d'envelliment de persones alcohòliques que passen pels diversos serveis i institucions d'atenció, desintoxicació, deshabituació i de tractament o de reinserció. En l'article s'identifiquen els perfils de les persones grans, els factors de risc i de protecció, els canvis i continuïtats del fenomen.

10. Envelliment i gènere

Segons el Fons de Població de les Nacions Unides (ONU, 2012), les dones constitueixen la majoria del grup de persones d'edat més grans de 65 anys, és a dir, per cada 100 dones de 60 anys o més, hi ha 84 homes, i al de 80 (per cada 100 dones de 80 anys o més, hi ha 61 homes). A Espanya, segons dades de l'INE 2016, la situació és similar, el 57% de les

persones grans de 65 anys són dones. És per això que atenent a la lectura cronològica de totes les contribucions publicades durant una dècada a l'*Anuari d'envelliment* de les illes Balears ens agradaria destacar l'increment de l'interès per incorporar la perspectiva de gènere als treballs des de 2010.

Un article de l'any 2010 de Ferran Dídac Lluch ens parla sobre l'anàlisi de les característiques de l'envelliment femení a les illes Balears i destaca l'existència d'una bretxa de gènere i la constatació dels múltiples factors que intervenen en la supervivència i el manteniment de la salut.

El 2010 les autores Carmen Orte i Lydia Sánchez arriben a la conclusió que la dona gran no s'inclou al discurs de la violència de gènere a la dona, de manera que és una problemàtica individual i social invisible. En el seu treball van recopilar les necessitats existents, així com les respostes per part de les institucions, les barreres a la sol·licitud d'ajuda i la manca de serveis o programes específics destinats a aquest grup d'edat. El 2012, les mateixes autores analitzen i denuncien l'absència de campanyes preventives adreçades a aquest col·lectiu. A l'Anuari de 2013 es realitza una anàlisi de les creences i les actituds característiques de les dones grans víctimes de violència de gènere, posant de manifest la necessitat de combatre la violència mitjançant una eina essencial: la sensibilització (Lydia Sánchez i Salut Mantero).

Un altre estudi de 2013 ens parla de processos d'envelliment i alcoholisme a les illes Balears, en el cas de dones que estaven immerses en processos d'alcoholisme i la seva relació amb la violència de gènere.

Una altra proposta significativa és la de 2014 dels autors Margalida Vives i Liberto Macías, centrada en les persones grans lesbianes, gais, transsexuals i bisexuals (LGTB) a les illes Balears. El seu treball realitza una aproximació a la realitat sociodemogràfica i se centra en la discriminació i violència múltiple que pateix aquest col·lectiu, els seus estigmes socials i vitals, que es fan més pronunciats en l'etapa de la vellesa.

El 2013, els autors Jaume Perelló i Lluís Ballester ens parlen de les activitats no normatives de la gent gran sense recursos i del fenomen de la quasi-prostitució femenina a Mallorca. El 2014 els mateixos autors aprofundeixen en les dones grans i la quasi-prostitució a Espanya, tot completant el treball iniciat l'any anterior i ampliant la mostra de Mallorca amb una anàlisi d'àmbit estatal. Es tracta d'un tipus de prostitució associada a les condicions socioeconòmiques, que es dona al marge de tots els àmbits públics (carrer, clubs) i que és practicada gairebé sempre en pisos privats, amb contactes a través d'anuncis en pàgines web.

11. Conclusions, compromisos i reptes de futur

A l'inici de l'article apuntàvem que la finalitat de l'*Anuari de l'envelliment* de les illes Balears era donar visibilitat a les noves realitats de les persones, la diversitat que envolta aquestes realitats, els recursos existents per atendre les necessitats derivades de la dependència i les possibilitats per mantenir i augmentar l'autonomia. El repte era crear un espai generador de reflexió i d'anàlisi, que aportés elements per a un major coneixement i comprensió de la vellesa, mitjançant la col·laboració de les institucions públiques i les entitats especialitzades en la investigació i la intervenció social i educativa d'aquest sector de la població. Aquest repte implicava el treball compartit de persones vinculades a la gerontologia des de la perspectiva de l'atenció i la prevenció, des de la vessant social, sanitària, econòmica, laboral, educativa, participativa, cultural, etc. La publicació es conforma amb aportacions de totes les illes que conformen les illes Balears per aconseguir representar una realitat global de la Comunitat. Fent una ullada cap enrere de tota una dècada dedicada a publicar temes d'envelliment, podem fer balanç dels àmbits i els treballs desenvolupats i recollir les conclusions i principals propostes:

- Cal no perdre de vista la gent gran des de la perspectiva dels drets i per això convindrà continuar pendents del desenvolupament legislatiu i normatiu.

- Mantindrem la mirada posada en els indicadors socials que ens mostren l'evolució social, demogràfica, econòmica, cultural, sanitària i educativa.

- Atendrem a reflexions crítiques que interpreten tendències socials i alerten de possibles problemàtiques.

- Serà necessari continuar valorant els recursos disponibles per a l'atenció i l'assistència de la gent gran, tant des dels serveis de salut com socials.

- Continua sent un repte mostrar estudis sobre les polítiques d'anàlisi i intervenció per a un envelliment actiu i saludable, iniciatives d'educació i promoció de la salut, prevenció i diagnòstic precoç, iniciatives per a un envelliment actiu, autonomia, vida independent i inclusió social.

- S'han d'incorporar també investigacions i estudis establerts a partir d'evidència empírica i basats en resultats per poder oferir la màxima eficàcia de les intervencions.

- Hem vist que les persones majors amb discapacitat s'enfronten a un doble repte: al del seu propi procés d'envelliment i a la indiferència i els obstacles de la societat que els envolta. No hem d'oblidar que ha de fer-se la mateixa valoració per a persones grans amb discapacitat com per a la població en general.

- La importància de les prestacions socials per tal de mantenir els mínims de subsistència material de les persones grans sense sostre, en especial les prestacions no contributives.

- S'ha de visualitzar la situació de col·lectius en situació de vulnerabilitat o d'indefensió, reflectint les seves necessitats i les seves mancances.

- S'han de donar a conèixer les intervencions emergents i innovadores, les propostes de millora que possibiliten una millor qualitat de vida i els principals resultats aconseguits en investigacions pioneres.

- L'heterogeneïtat del col·lectiu ha de constituir una variable que s'ha de considerar, que eviti estereotips, discriminacions o prejudicis i que fomenti actuacions personalitzades i focalitzades en les característiques de cada grup.

- S'ha de continuar treballant la sexualitat en les persones grans des d'una perspectiva de les actituds i de l'educació, tant dels serveis de salut com dels serveis socials i des dels mitjans de comunicació social.

- Cal aprofundir en les experiències de voluntariat i participació política, també en les representacions socials de la gent gran a través dels mitjans de comunicació.

- Caldrà analitzar l'impacte que els fluxos migratoris, principalment els residents nord-europeus, provoquen sobre la població gran en els propers anys, situacions de dependència i/o vulnerabilitat social, processos d'aïllament i de manca d'integració amb un col·lectiu que és habitualment percebut com acomodat.

La diversitat de problemàtiques no ens ha de fer perdre de vista la dimensió de l'autonomia i les possibilitats i experiències que ens mostren aquest augment de la participació i presència social de la gent gran. Cal mantenir una mirada crítica sense perdre de vista els avenços i les oportunitats. Continua sent necessari considerar els elements d'intervenció socioeducativa que l'any 2008 (Carmen Orte i Martí Mach) marcaven un camí: assegurar l'accés a una informació veraç i contrastada que mostri la pluralitat i diversitat d'aquest col·lectiu (evitar estereotips); representar el col·lectiu en totes les dimensions del col·lectiu; introduir criteris de normalització, d'integració, d'individualització, de participació i d'integració social; fomentar els programes intergeneracionals; aprofundir en la formació gerontològica dels professionals de l'àmbit social i educatiu; formar grups d'ajuda mútua i d'autoajuda, perquè fan possible una percepció positiva, participativa i activa de la vellesa; desenvolupament interdisciplinari en pro de la qualitat de vida i d'un envelliment «tan satisfactori com sigui possible». Alguns altres reptes de futur serien:

- Seguir col·laborant i motivant les institucions i entitats públiques i privades, i grups de recerca especialitzats, per fer una transferència del coneixement que es va creant al voltant de l'envelliment en les illes Balears.

- Continuar amb els projectes ja iniciats sobre necessitats i problemàtiques de l'envelliment, però també aportar noves recerques sobre reptes i oportunitats que ajudin a rompre estereotips i amb l'imaginari tendent a problematitzar la vellesa, a través de projectes encoratjadors que ens mostrin noves possibilitats per fer efectius els drets de ciutadania dels grans.

- Fer transversal el pla de continguts d'acord amb el criteri territorial, mirant de projectar totes aquelles experiències que ens aproximen a zones diferents de les illes i la seva diversitat.

- Cal incorporar la veu dels protagonistes, no només com a subjectes d'estudi sinó també com a part dels equips de recerca, i assumir també la responsabilitat com a autors.

Considerem necessari incorporar la visió intercultural als treballs i, específicament, una visió transversal de gènere no únicament centrada en el que és problemàtic, sinó també en les resistències quotidianes i proactives, per arribar a un canvi de paradigma i de percepció social de les dones en processos d'envelliment diferencials. Específicament, alguns dels temes a tractar serien gènere, dones grans i economia, impactes del turisme, política, educació, mitjans de comunicació, ecologia, ecofeminismes, noves tecnologies, ciutats del futur, arquitectura, biologia, líders comunitàries, processos biculturals, interculturalitat, etc. Es podrien plantejar treballs des de la perspectiva de l'antropologia del gènere i processos d'envelliment; xarxes de suport i solidaritat de les dones grans; cànons de bellesa femenins en la tercera edat; heroïnes femenines i processos d'envelliment; salut mental i processos d'envelliment; perspectives teòriques de l'envelliment femení, etc.

Compartim les reflexions a AgeWatch (2015) relatives a: tota una vida de discriminació de gènere combinada amb la desigualtat en la vellesa pot tenir efectes devastadors en les dones adultes grans. Davant les desigualtats de gènere constatades, hem d'apostar per l'oportunitat de canvi i seguir en la línia de la construcció dels significats socials de l'envelliment femení, via representacions socials, esquemes de percepció, creences, prejudicis i pràctiques.

Per tant, d'una banda cal seguir descrivint, documentant i analitzant les línies temàtiques ja iniciades per seguir coneixent-ne els canvis i permanències, tal com s'ha fet fins ara. Però també serà enriquidor per a l'Anuari anar incorporant noves i actuals panoràmiques sobre l'envelliment.

Per concloure ens agradaria citar l'autor Ramon Bayés que al seu article titulat «Envellir» compartia amb nosaltres, el 2012, uns versos del poeta turc Nazim Hickmet: «Has de prendre tan seriosament el viure / que, als setanta anys, per exemple, / si fos necessari, plantaries oliveres / sense pensar que algun dia serien per als teus fills: / cal que ho facis, amic, cal que ho facis, / no perquè, encara que li tinguis por, no creguis en la mort, / sinó perquè la teva tasca és viure». Aquestes paraules recullen el sentit d'aquests deu anys d'*Anuari de l'envelliment.*

Referències bibliogràfiques

Help Age International (2015). Índice global de envejecimiento, AgeWatch 2015: Resumen ejecutivo. Recuperat de http://www.helpage.es/noticias/lanzamiento-del-ndice-global-sobre-envejecimiento-2015/

INE (2016). Instituto Nacional de Estadística (*INE*). Recuperat de http://ine.es/

ONU (2012). Informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas 2012.

Autores

BELÉN PASCUAL BARRIO

Palma (1968). És llicenciada en Sociologia i Ciències Polítiques per la Universitat Complutense de Madrid i doctora en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social de la UIB (http://gifes.uib.eu), les seves línies de recerca s'integren en les àrees de Sociologia de l'Educació i Pedagogia Social i inclouen la intervenció socioeducativa en famílies, la intervenció comunitària i l'anàlisi del sistema educatiu. Des de 2004 participa en projectes de recerca competitiva relacionats amb els programes familiars basats en evidència. Ha estat vicedegana de la Facultat d'Educació i cap d'estudis d'Educació social entre els anys 2009 i 2016.

ROSARIO POZO GORDALIZA

Doctora en Sociologia, diplomada en Educació Social i llicenciada en Psicopedagogia amb diverses especialitzacions (màster) en Problemes Socials, Etnicitat i Gènere, entre altres. Ha estat becària del Departament de Sociologia de la Universitat de Granada i consultora internacional en temes de gènere i desenvolupament a l'Àsia. Actualment és professora ajudanta doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears.

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. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC). Directora del Màster Universitari. Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família (MISO). Codirectora de l'Anuari de l'educació de les Illes Balears. Directora de la International Summer Senior University.

Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El curs 1997-1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears, que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de

la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional.

Des de 2003 és investigadora principal en diversos estudis competitius sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques, i sobre l'educació per a la competencia familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat, i també de diverses investigacions europees en el context de la formació de formadors en prevenció de drogues, de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans i de l'educació intergeneracional en diversos països europeus.

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran per la Universitat Nacional d'Educació a Distància. Màster universitari en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família i màster en Intervenció Multidisciplinària per Trastorns de la Conducta Alimentària, Trastorns de la Personalitat i Trastorns Emocionals.

Professora associada del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, i imparteix l'assignatura de Gerontologia Educativa. Treballa com a psicòloga general sanitària a l'Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda) des de 2010 i al Centre Es Pla des de 2016.

Ha treballat com a tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal des de 2008 fins a 2013. Ha coordinat el màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB. Ha tutoritzat i coordinat cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència. Les seves línies principals de recerca són els programes de prevenció del consum de substàncies, trastorns de la conducta alimentària i violència de gènere en les dones grans. És secretària de l'*Anuari de l'envelliment de Illes Balears* des de 2009.

UNA APROXIMACIÓ AL PATRÓ ACTUAL DE LA MORTALITAT GENERAL I DE LA TERCERA EDAT A LES ILLES BALEARS

Una aproximació al patró actual de la mortalitat general i de la tercera edat a les Illes Balears

Ferran Dídac Lluch Dubon

Resum

Actualment, les Illes Balears, així com el conjunt dels països desenvolupats, presenten un model de mortalitat estable, caracteritzat per la concentració progressiva dels òbits en els estrats superiors de la població.

Aquesta situació s'explica per la reducció extrema de la mortalitat infantil i juvenil i pel control de les causes de mortalitat evitables, ja sigui mitjançant campanyes de salut o amb polítiques de control de determinades activitats, com ara la conducció de vehicles de motor, que causen una xifra significativa de defuncions. Aquest retard mitjà del moment de la defunció es reflecteix en l'augment d'una taxa molt coneguda i utilitzada: l'esperança de vida, que a les Illes Balears actualment se situa en els 85 anys per a les dones i sobre els 80 per als homes.

La mort ha esdevingut un fenomen de cada cop més lligat a l'anomenada tercera edat, en un procés que solament podem qualificar de veritable èxit social.

En aquest article, que centram en les dades definitives de les Illes Balears referides a l'any 2015, introduirem els lectors en aquest nou model de mortalitat i en destacarem els aspectes que estan més lligats a les diferències per edat i sexe, sobretot pel que fa a la tercera edat.

Destacarem els grups principals de mortalitat: les malalties del sistema circulatori (amb especial incidència en les dones), els tumors (molt importants entre els homes) i les malalties respiratòries, i reflexionarem sobre la incidència que l'envelliment té sobre determinats processos degeneratius –com l'Alzheimer– i certs tipus de demència, o altres fonts de mortalitat que poden tenir més prevalença en edats avançades, com serien les causes externes de mortalitat. Fer front amb èxit a l'increment dels casos futurs d'aquestes patologies, tant des d'un punt de vista mèdic com assistencial, és un dels reptes més importants que es presenten a la nostra societat a curt i mitjà termini.

Resumen

Actualmente, las Islas Baleares, como el conjunto de los paises desarrolados, presentan un modelo de mortalidad estable, caracterizado por la progresiva concentración de los óbitos en los estratos superiores de la población.

Esta situación deriva de la reducción extrema de la mortalidad infantil y juvenil, y del control de las causas de mortalidad evitables, ya sea mediante campañas de salut o mediante políticas de control de determinadas actividades, como la conducción de

vehículos a motor, que causan una cifra significativa de defunciones. Este retardo medio en el momento de la defunción se refleja en el incremento de una tasa muy conocida y utilizada: la esperanza de vida, que se situa actualmente en las Illes Balears en los 85 años para las mujeres y sobre los 80 años para los hombres.

La muerte se ha convertido en un fenómeno cada vez más ligado a la denominada tercera edad, en un proceso que sólo puede calificarse de verdadero éxito social.

A lo largo de este artículo, que se centra en las cifras definitivas de las Illes Balears referidas al año 2015, introduciremos a los lectores en este nuevo modelo de mortalidad, del que destacaremos los aspectos relacionados con las diferencias por edad y sexo, sobretodo por lo que se refiere a la tercera edad.

Descubriremos los principales grupos de mortalidad: las enfermedades del sistema circulatorio (con especial incidencia en las mujeres), los tumores (muy importantes entre los hombres) y las enfermedades respiratorias. Reflexionaremos sobre la incidencia que el envejecimiento tiene sobre determinados procesos degenerativos –como es el Alzheimer–, ciertos tipos de demencia u otras fuentes de mortalidad que pueden presentar una mayor prevalencia en edades avanzadas, como las causas externas de mortalidad. Afrontar con éxito el incremento de los casos futuros de estas patologías, tanto desde un punto de vista médico como asistencial, es uno de los retos más importantes que se presentan a nuestra sociedad a corto y medio plazo.

1. Les defuncions a les Illes Balears

En aquest article, pretenem fer un esbós de les dimensions estructurals de mortalitat a les Illes Balears, en relació amb l'edat i el sexe. Això no obstant, pensem que no és possible fer aquesta anàlisi sense parlar, encara que sigui breument, de les xifres de decessos que es registren actualment al nostre arxipèlag.

Segons dades provisionals de 2016 de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), a les Illes hi va haver poc més de 8.000 defuncions, quan al conjunt de l'Estat van ser 409.099, és a dir, les morts de les Balears representaren poc menys d'un 2% del total.

La taxa bruta de mortalitat (la relació entre la xifra d'òbits i el total de població) és d'un 8,8 per mil per al conjunt de l'Estat i de solament un 7% per a les Illes Balears. Els factors demogràfics estructurals expliquen aquesta taxa tan baixa, ja que les Balears tenen una estructura més jove que la del conjunt de l'Estat, fruit d'uns fluxos immigratoris molt potents i de l'aportació del potencial de fecunditat dels immigrants joves i de la població

jove resident. Això no vol dir, tot al contrari, que no es produeixi un increment significatiu dels efectius de més edat en la nostra societat, la qual cosa origina una de les característiques demogràfiques més significatives de les societats actuals, sinó que aquesta acumulació d'efectius es desdibuixa estructuralment pel volum de població nouvinguda o nounada.

Taula 1 | *Defuncions a les Illes Balears per illes (1986-2015)*

	ILLES BALEARS	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera
TOTAL					
1986	6.618	5.563	504	522	29
1987	6.363	5.271	574	488	30
1988	6.237	5.246	469	477	45
1989	6.716	5.624	526	531	35
1990	6.743	5.591	575	545	32
1991	6.895	5.708	583	563	41
1992	6.684	5.579	507	555	43
1993	6.832	5.690	558	550	34
1994	6.650	5.514	540	559	37
1995	6.896	5.716	561	572	47
1996	6.781	5.645	565	532	39
1997	6.959	5.751	571	603	34
1998	7.079	5.844	586	606	43
1999	7.418	6.170	610	591	47
2000	7.309	6.008	641	617	43
2001	6.927	5.831	515	536	45
2002	7.111	5.921	566	590	34
2003	7.356	6.022	670	615	49
2004	7.049	5.764	633	617	35
2005	7.356	6.062	613	643	38
2006	7.250	5.958	607	646	39
2007	7.233	5.976	565	647	45
2008	7.488	6.149	626	665	48
2009	7.794	6.477	634	644	39
2010	7.683	6.327	612	701	43
2011	7.668	6.296	599	722	51
2012	8.068	6.565	645	813	45
2013	7.660	6.193	628	768	71
2014	7.847	6.444	611	751	41
2015	8.322	6.807	646	816	53

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears. Defuncions. Indicadors

L'increment de la longevitat mitjana de les persones (l'esperança de vida) i la reducció del nombre de fills per dona porten a un envelliment progressiu de la població en les societats del nostre entorn i, si no hi ha mecanismes correctors, a l'extinció a llarg termini. A algunes de les comunitats autònomes de l'Estat espanyol ja es comptabilitzen més defuncions que naixements i, si hi afegim uns fluxos migratoris febles o negatius, arribarem a concloure que el futur demogràfic de determinats indrets és més aviat incert. De fet, les dades provisionals de 2016 ja oferien un creixement vegetatiu negatiu per al conjunt de l'Estat espanyol, això sí, molt feble.

El cas de les Illes Balears és menys greu, atès que la potència dels moviments migratoris i la fecunditat addicional que comporten determinen que, a curt i mitjà termini, els naixements superaran les defuncions. Així, tant des d'un punt de vista del balanç migratori (diferència entre immigrants i emigrants) i del creixement vegetatiu o natural (diferència entre morts i naixements), el balanç és positiu, i, per tant, cal pensar que la tendència demogràfica és de creixement de la població que habita a l'arxipèlag. Aquest increment de la pressió residencial i turística fa que alguns científics es qüestionin sobre la capacitat de càrrega del territori, tema sobre el qual nosaltres no entrarem a debatre. Això no obstant, si esteu interessants a conèixer quina és la càrrega que suporta el nostre arxipèlag, podeu consultar les dades sobre l'Índex de Pressió Humana que publica l'Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT).

La tendència a l'envelliment demogràfic és, malgrat tot, també una característica demogràfica dels nostre arxipèlag, amb l'acumulació ràpida d'efectius de població de més de 65 anys i que és especialment significativa en les edats més avançades. Així mateix, unes minses taxes de fills per dona (1,24, aproximadament), molt enfora de la taxa de reemplaçament, faran que la tendència s'acceleri els pròxims anys.

Entre els diversos indicadors que existeixen per il·lustrar aquest fet, el de l'anomenada esperança de vida és el més habitual. Aquest indicador estadístic assenyala la quantitat d'anys que de mitjana una persona pot esperar viure mentre es mantinguin les característiques de salut actuals. Dit d'una altra manera, més crua i comprensible, el moment estadísticament més probable de morir-se. Les darreres dades disponibles de les Illes Balears ofertes per l'IBESTAT, referides a 2015, mostren que les dones ja superen una mitjana de probabilitat de vida de 85 anys, mentre que la dels homes s'acostaria als 80 (79,83). Aquesta bretxa per sexe és un fenomen que ja analitzàrem en anuaris anteriors i sobre el qual solament incidirem per manifestar que existeix una diferència important en l'esperança de vida que beneficia les persones del sexe femení. Aquesta desigualtat en les expectatives de vida es reflecteix en alguna de les característiques que destacarem en aquest article. Per una banda, les taxes de mortalitat superiors per als homes, que expliquen la menor supervivència mitjana, i, per una altra, l'increment de problemes de salut lligats a la senectut i que són el desencadenant de defunció, en el cas de les dones

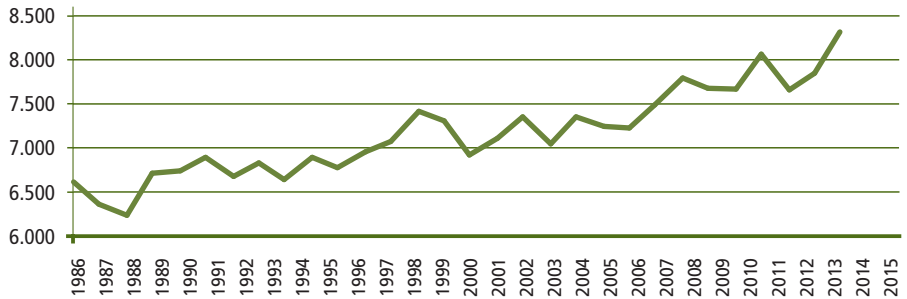
(per exemple, augment de les malalties del sistema circulatori i respiratori, demències, Alzheimer...).

2. Quantes persones es moren a les Illes Balears?

2.1. Anàlisi dels valors absoluts

Si ens fixem en l'evolució de les defuncions per illes els darrers vint anys, comprovarem que la tendència arreu de l'arxipèlag és que el nombre de decessos augmenta d'una manera significativa. Aquesta evidència no és contradictòria amb l'increment de l'esperança de vida: la gent viu més, però finalment i inexorablement, es mor, fet inevitable que convé no perdre de vista. Alguns dels articles publicats en aquest anuari han destacat la necessitat que hom es prepari positivament per a aquest moment, que forma part del procés de la vida. Ser-ne conscients, fins i tot, pot constituir un element enriquidor de la persona i del seu entorn.

Gràfic 1 | *Defuncions a les Illes Balears (1986-2015)*



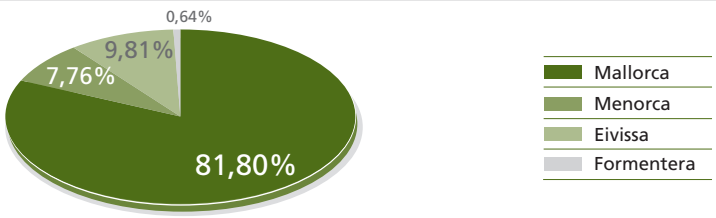
Si fa no fa, tot i la variabilitat interanual, actualment i per a tot l'arxipèlag, es registren prop d'un 20% més de morts que fa vint anys. Així, hem passat de devers 6.500 defuncions anuals al final de la dècada dels vuitanta a aproximadament 8.000.

Si hi reflexionem uns instants, ens adonem que aquestes xifres són bastant elevades: a les Illes Balears es moren una mitjana de més de 650 persones cada mes, això és, devers 22 cada dia! Segur que algú se sorprendrà amb aquesta dada. La veritat és que vivim en una societat en què l'experiència de la mort (a banda d'alguns sectors sanitaris o d'activitats industrials relacionades) la considerem bastant allunyada del dia a dia i, de fet, gairebé solament hi pensem quan afecta algun familiar o conegut directe. Evidentment, aquesta experiència, a més a més, varia molt segons la perspectiva vital i l'edat. Afortunadament,

els patrons de mortalitat general han canviat molt i de cada vegada el pes de les defuncions es concentra en edats més avançades. D'això ja en parlarem més endavant, però fa que la gent jove i madura de la nostra societat vegi la mort com una experiència bastant allunyada en el temps i en l'entorn vivencial.

També vivim en una societat en què suportem un bombardeig constant d'informacions molt variades, i en molts de casos no podem analitzar el que ha succeït en realitat ni reflexionar-hi. Estam tan acostumats a sentir a parlar de xifres i fets catastròfics que de vegades perdem la sensibilitat i la capacitat d'empatia. Darrere cada xifra, almenys en el tema que ens ocupa, hi ha una vida, un entorn, una família, una història...Tot i que l'anàlisi d'aquests aspectes defuig l'àmbit i la finalitat del nostre article, hem considerat oportú fer-hi una petita referència.

Gràfic 2 | *Distribució de les defuncions per illa (Illes Balears, 2015)*



Hi ha una correlació clara entre el volum demogràfic de l'illa i la xifra de defuncions observades. Així, a Mallorca, es concentraren més del 80% dels decessos de tot l'arxipèlag (6.807 òbits). Aquesta xifra, si fa no fa, era la de tot l'arxipèlag fa vint anys i demostra l'augment del nombre de traspassos de què hem parlat suara.

L'illa d'Eivissa ocupa la segona posició quant a nombre total de defuncions: 816, prop d'un 10% del total. Aquesta dada solament pot sorprendre algú que no tingui en compte que Eivissa supera en població Menorca d'ençà dels anys vuitanta del segle passat i que, amb més de 142.000 habitants l'1 de gener de 2016, té més de 50.000 habitants més que Menorca! Aprofitaré per fer un incís i recordar la rapidíssima taxa de creixement experimentat a l'arxipèlag balear les darreres dècades, que és particularment intensa a Eivissa.

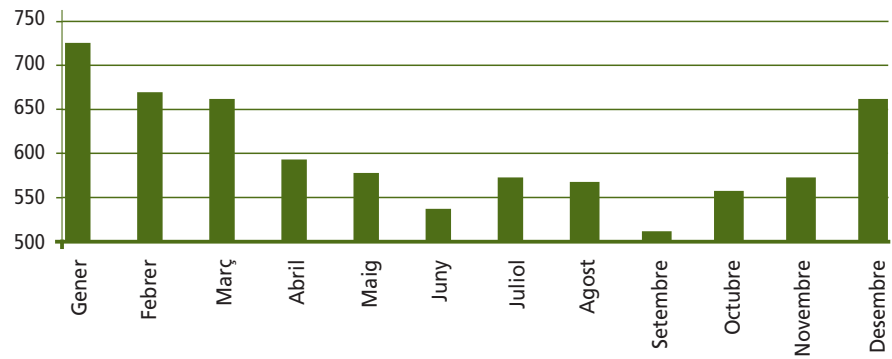
A la tercera posició, amb poc menys d'un 8% del total de defuncions de l'arxipèlag (646 morts), s'hi situaria Menorca, i, finalment, amb molta diferència, Formentera, amb 53 òbits i poc més d'un 0,6% del total.

2.2. L'estacionalitat de les defuncions

Sí, es constata una estacionalitat bastant clara en les dates en què estadísticament hi ha més defuncions, realitat que té uns factors explicatius bastant lògics.

Aquesta estacionalitat dels decessos no és l'únic factor demogràfic en què s'han detectat alguns factors de concentració estadística. Pel que fa als naixements, fins als anys seixanta del segle passat, a l'Estat espanyol la majoria es produïen el mes de març, ja que les fecundacions augmentaven després de les collites agrícoles. Durant els anys setanta i vuitanta, però, la generalització de les vacances d'estiu, sobretot al mes d'agost, feu que el maig guanyés protagonisme com a mes en què hi havia més naixements. D'ençà dels noranta, altres factors com que hi hagi més planificació de la natalitat i que la situació laboral sigui més inestable, en un món en què predominen els serveis, han fet que no hi hagi un patró de distribució tan clar.

Gràfic 3 | *Mitjana de defuncions mensuals (Illes Balears, 1986-2015)*



Alguns estudis fets sobre el període 1975-2015 per al conjunt de l'Estat espanyol apunten que el mes en què es registren més defuncions és el gener, amb un percentatge mitjà d'un 24% més que la resta. Aquest percentatge pot ser superior algun any en què s'esdevingui una mutació de la grip amb una elevada capacitat d'infecció. En aquest cas, el percentatge pot arribar a ser un 50% més elevat.

L'increment del fred fa que persones fràgils estiguin més exposades a infeccions per virus, com la grip, i bacteris, com la pneumònia. Així mateix, pot contribuir a descompensar patologies cròniques, com la insuficiència respiratòria, la malaltia pulmonar obstructiva crònica o la insuficiència cardíaca.

A l'extrem oposat trobem el setembre, com el mes més benigne quant a nombre de defuncions registrades. Això s'explica perquè és una època moderadament càlida, amb pocs virus i sense onades de calor significatives. Aquest fenomen meteorològic és un risc per a la salut, encara que no és tan important com el fred.

Cal assenyalar que els fenòmens extrems són especialment negatius. Així, serà més danyosa i mortífera una onada de calor que afecti un país on la mitjana de la temperatura és baixa o moderada que quan afecti una zona acostumada a la calor. Una mateixa onada de calor serà més mal tolerada pels habitats de França o Alemanya que no els de Còrdova, en què les elevades temperatures són habituals (enguany han assolit màximes històriques pròximes als 47 ºC). De la mateixa manera, una onada de fred pot causar més defuncions en una zona acostumada a temperatures moderades que en una altra on són habituals estacions amb temperatures molt baixes. Però, no són les morts causades directament per fenòmens atmosfèrics les que ens interessen, sinó la relació existent entre les àrees de clima temperat quan hi arriba l'estació freda amb l'increment de la xifra d'òbits.

El gràfic 3 ens permet arribar a unes conclusions similars: el mes més benigne quant a defuncions és el setembre, que, amb devers 501 de mitjana, registra un 40% d'òbits menys que el gener, mes que, amb una mitjana de 720 òbits, concentra més traspassos. De fet, es dibuixa un quadrimestre en què les xifres de defuncions queden clarament per sobre de les de la resta de l'any: des de desembre fins a març, és a dir, des del solstici d'hivern a l'hemisferi nord fins a l'equinocci de primavera; per tant, coincidiria amb la nostra estació hivernal.

2.3. Defuncions per edat i sexe

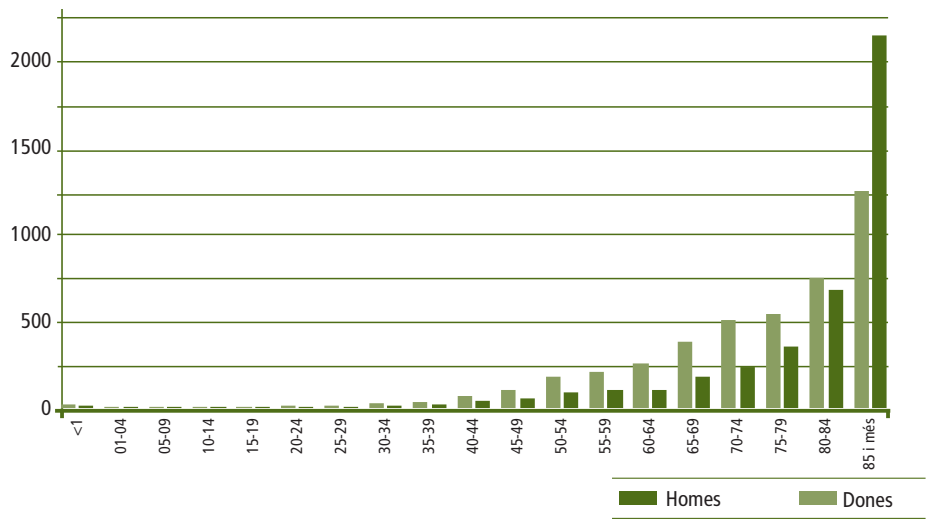
Entram en l'anàlisi estructural de les defuncions. És important analitzar quina és la situació i l'evolució dels decessos en relació amb dues de les variables bàsiques de la demografia: l'edat i el sexe, ja que és aquesta anàlisi la que en bona mesura ens permetrà definir els principals trets del patró actual de mortalitat.

Taula 2 | *Defuncions per grans grups d'edat i sexe. Illes Balears (1986 i 2015)*

	1986			2015		
	Ambdós sexes	Homes	Dones	Ambdós sexes	Homes	Dones
ILLES BALEARS						
Total	6618	3615	3003	8322	4307	4015
<1	88	46	42	29	16	13
01-04	25	12	13	6	3	3

	1986			2015		
	Ambdós sexes	Homes	Dones	Ambdós sexes	Homes	Dones
05-09	21	13	8	8	3	5
10-14	7	4	3	6	5	1
15-19	44	30	14	8	6	2
20-24	63	44	19	11	8	3
25-29	51	37	14	15	12	3
30-34	42	31	11	35	22	13
35-39	82	54	28	53	34	19
40-44	107	75	32	106	69	37
45-49	133	99	34	148	98	50
50-54	215	165	50	259	175	84
55-59	344	237	107	302	204	98
60-64	452	314	138	358	254	104
65-69	592	393	199	553	377	176
70-74	813	505	308	738	503	235
75-79	1079	596	483	888	535	353
80-84	1105	482	623	1421	743	678
85 i més	1355	478	877	3378	1240	2138

Gràfic 4 | *Defuncions per grups quinquennals i sexe. Illes Balears. 2015*



Pel que fa al sexe, únicament destacarem que predominen clarament les defuncions masculines per sobre de les femenines. El 2015, a les Illes Balears, aquesta diferència fou d'un 7%, mentre que per al conjunt de l'Estat no arribà a un 2%.

Molt més interessant resulta l'anàlisi conjunta de l'edat i el sexe en relació amb la mortalitat, ja que ens permetrà establir les principals característiques del patró actual de mortalitat de les Illes Balears.

Existeix una tendència significativa que les defuncions es concentrin majoritàriament en els grups de l'anomenada tercera edat. Així, segons dades de 2015, prop del 84% de les morts a les Illes Balears es registraren entre la població de 65 i més anys.

Aquesta tendència és molt evident quan l'interval de temps considerat s'allarga. Així, a començament del segle passat (1905), poc més d'un 23% de la població espanyola es moria amb més de 65 anys i actualment (2014) en són més del 85%. Aquest comportament s'ha assolit gràcies a un descens significatiu de les defuncions entre la població jove i madura, però sobretot entre la que és més jove. A principi del segle XX (1905), a l'Estat espanyol, el grup de població amb una edat compresa entre els 10 i els 64 anys concentrava més de la meitat dels traspassos . L'any 2014 aquest percentatge s'havia reduït, si fa no fa, per quatre i era d'un 14,4%; a més a més, es concentrava en els grups de més edat, això és, a partir dels 50 anys, principalment.

En qualsevol cas, el canvi més espectacular s'ha produït en el descens de la mortalitat entre la població més jove de la societat. La reducció de la mortalitat infantil ha estat espectacular i representa un dels pilars fonamentals en què se sustenta aquest nou patró de mortalitat. Les campanyes massives de vacunació, l'avenç general de la medicina, les millores en infraestructures sanitàries assistencials primàries i especialitzades, les xarxes d'aigua potable i, sobretot, de clavegueram, l'arsenal de medicaments disponibles, les millores en l'alimentació, l'habitatge i l'educació per a la salut són motius que expliquen aquest canvi tan significatiu.

A principi de segle, a l'Estat espanyol, una de cada quatre persones es moria durant la infantesa, una xifra espectacular que revela la fragilitat dels infants davant moltes malalties que avui considerem poc importants, com serien diarrees o afeccions respiratòries. Solament unes quantes dades per il·lustrar aquest fet: l'any 1905 es moriren, a l'Estat espanyol, més de 32.500 menors d'un any a conseqüència de patir diarrea, i prop de 15.000 que tenien entre un i quatre anys; de bronquitis aguda es van morir, respectivament, 13.000 i 7.400 infants. A aquestes malalties hi hauríem d'afegir moltes patologies que avui en dia solament de manera extraordinària arriben a causar la mort, com ara la rosa, l'escarlatina, etc., o de les que estem protegits per les vacunes, per exemple, la meningitis; i d'altres que no són ordinàries actualment, com el còlera o el tifus, o que s'han erradicat, com la pigota.

Actualment, la mortalitat entre el grup de 0-9 anys s'ha reduït extraordinàriament i assoliria uns valors 25 vegades més baixos. Així, solament devers un 0,5% dels difunts registrats el 2015 a les Illes Balears tenien menys de deu anys.

Hi ha diferències significatives entre els homes i les dones quant al moment del decés. Les dades de 2015 per a les Illes Balears (vegeu la taula 2) són molt il·lustratives en aquest sentit. Les defuncions de població jove i adulta masculina (entre els 10 i els 64 anys) dupliquen les registrades entre la població femenina: 1 de cada 5 homes s'ha mort abans de complir els 65 anys, mentre que només en moren 1 de cada 10 dones.

Aquestes diferències són molt significatives en els grups d'edat més joves, que han reduït de manera molt considerable el nombre de casos.

Contràriament, en el grup de 65 i més anys és l'únic tram en què hi ha més morts femenines: 3.580 casos front als 3.398 de masculins, atès que arribem a aquest interval en el límit biològic de l'espècie humana. Aquest topall de cada vegada s'allunya estadísticament, però culmina, finalment, amb la defunció de tots els membres de la societat.

El gràfic 4 ens mostra d'una manera molt eloqüent el patró de defuncions actual de les Illes Balears: unes xifres baixíssimes per als grups d'edat més joves, que prenen progressivament força a partir de la quarantena i, principalment, de la cinquantena, i que mostren una progressió geomètrica amb l'edat. Així mateix, destaca el predomini d'òbits de persones de sexe maculí sobre el femení en totes les edats. Marca el punt d'inflexió l'interval de 80-84 anys, en què es registren unes xifres similars. A partir d'aquest moment, la relació s'inverteix i predominen els decessos de dones d'edat molt avançada, ja que són les dones les que majoritàriament arriben a aquelles edats.

3. Les taxes de mortalitat

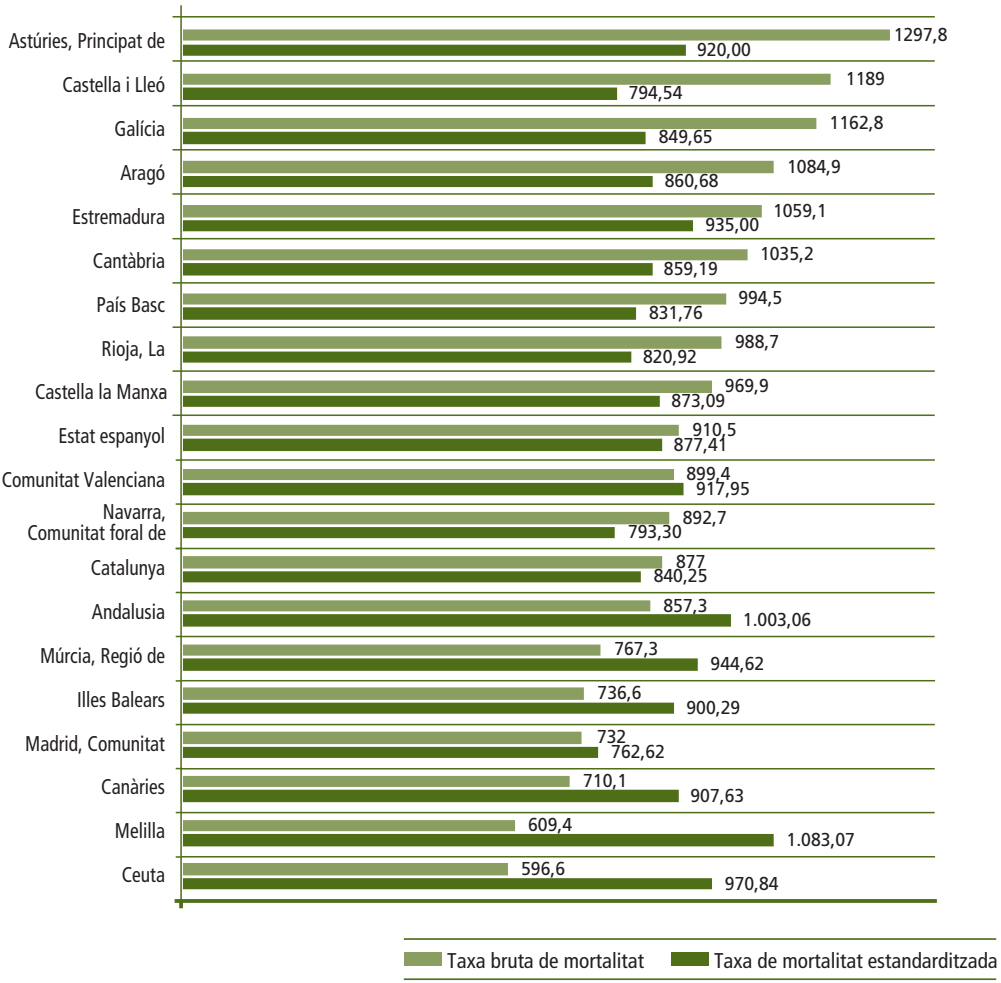
Les taxes de mortalitat són un dels indicadors utilitzats tradicionalment quan hom analitza les defuncions. La taxa bruta és la ràtio que s'estableix entre els òbits registrats a una determinada zona i la població total d'aquella àrea.

Les taxes de mortalitat estandarditzada, en canvi, són un indicador més complex, ja que comparen la mortalitat de distintes àrees a partir de la hipòtesi que totes les àrees presenten una mateixa composició per edat.

Així, d'acord amb les dades de defuncions de l'Institut Nacional d'Estadística referides a l'any 2015, les comunitats autònomes que oferiren una taxa bruta més elevada per 100.000 habitants foren Astúries (1.297,8), Castella i Lleó (1.189) i Galícia (1.162,8), i les

que en presentaren de més baixa foren, a banda de les ciutats autònomes de Ceuta i Melilla, les Canàries (710,1), Madrid (732) i les Illes Balears (736,6).

Gràfic 5 | *Taxes de mortalitat bruta i estàndard per CA. 2015*



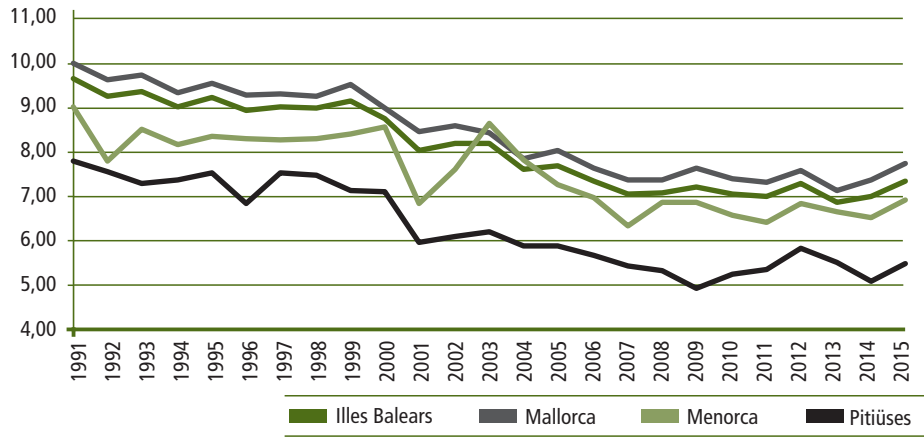
La taxa bruta de mortalitat, amb l'excepció de Ceuta, augmentà a totes les àrees.

Val a dir que hi ha una relació directa entre l'estructura demogràfica de la població i la xifra de defuncions que es registren. Així, els territoris envellits presenten més òbits per una edat mitjana més elevada de la seva població, i, per tant, més propera a les edats en què és més freqüent aquest fenomen.

Les dades estandarditzades pretenen suprimir aquestes diferències estructurals i ens ofereixen unes xifres prou diferents. Les taxes estandarditzades més elevades de mortalitat es registrarien a Melilla (1.083,1), Andalusia (1.003,1) i Ceuta (970,8), mentre que les més baixes es localitzaren a Madrid (762,6), Navarra (793,3) i Castella i Lleó (794,5).

Les Illes Balears se situarien un poc per sobre de la mitjana estatal (877,4), amb una taxa de 900,3.

Gràfic 6 | *Taxa bruta de mortalitat per illa. Illes Balears (1991-2015)*



L'evolució de les taxes brutes de mortalitat a les Illes Balears durant el període 1991-2015 mostra una tendència clara de descens inicial i una certa estabilització final, entorn a uns valors baixos en comparació amb els d'altres regions de l'Estat espanyol. Aquestes taxes es relacionen amb una estructura demogràfica molt dinàmica, rejovenida pels potents fluxos migratoris i els naixements lligats a la fecunditat que afegeixen els contingents migratoris de tipus laboral. I també, com ja sabem, per un increment de l'esperança de vida, tant dels homes com de les dones.

Destaquen particularment la baixa taxa bruta de mortalitat de les illes Pitiüses, que assolia un valor del 5,51 per 1.000, molt per sota de la mitjana de l'arxipèlag (7,37 per mil).

4. Anàlisi de les causes de defunció

Tot seguit intentarem posar de relleu quines van ser les principals causes de les defuncions que es registraren a les Illes Balears, d'acord amb les darreres dades definitives disponibles.

4.1. Principals causes de defunció per grups de malalties

Les 8.322 defuncions que hi va haver a les Illes Balears el 2015 (IBESTAT) suposen un augment d'un 6,05% dels decessos generals totals i d'un 1,41% de les causes externes de mortalitat respecte de l'any anterior. Aquests xifres són un 1% inferiors en el primer cas i dues dècimes superiors en el segon, pel que fa a les mitjanes estatals.

Les principals causes de mort a les Illes Balears segueixen el mateix patró que les del conjunt de l'Estat espanyol, amb uns percentatges gairebé idèntics.

Taula 3 | *Defuncions per grans grups d'edat i sexe. Illes Balears (1986 i 2015)*

	2015	2014	2010	2005	2000	Variació 2014/2015	Variació 2000/20015
Ambdós sexes							
Total	**6.618**	**3.615**	**3.003**	**8.322**	**4.307**	**4.307**	**4.015**
TOTAL DEFUNCIONS	8.322	7.847	7.683	7.356	7.309	6,05	13,86
I MALALTIES INFECCIOSES I PARASITÀRIES	246	157	112	146	123	56,69	100,00
II TUMORS	2.198	2.117	2.129	1.928	1.803	3,83	21,91
III MALALTIES DE LA SANG/ÒRG. HEMATOPOÈTIC/TRAST.IMMUNITAT	31	42	38	30	22	-26,19	40,91
IV MALALTIES ENDOCRINA, NUTRICIONAL I METABÒLICA	383	298	221	219	211	28,52	81,52
V TRASTORN MENTAL I DEL COMPORTAMENT	334	397	356	233	256	-15,87	30,47
VI-VIII MALALTIES SISTEMA NERVIÓS I ÒRGANS DELS SENTITS	533	469	443	308	229	13,65	132,75
IX MALALTIES DEL SISTEMA CIRCULATORI	2.418	2.288	2.451	2.471	2.615	5,68	-7,53
X MALALTIES DEL SISTEMA RESPIRATORI	927	778	627	779	788	19,15	17,64
XI MALALTIES DEL SISTEMA DIGESTIU	355	368	387	369	396	-3,53	-10,35
XII MALALTIES DE LA PELL I DEL TEIXIT SUBCUTANI	21	35	30	12	20	-40,00	5,00
XIII MALALTIES SIST. OSTEOMUSCULAR I DEL TEIXIT CONJUNTIU	87	105	87	90	52	-17,14	67,31
XIV MALALTIES DEL SISTEMA GENITOURINARI	272	263	258	248	182	3,42	49,45
XV EMBARÀS, PART I PUERPERI	1	0	0	0	0	-	-
XVI AFECCIONS PERINATALS	16	17	23	21	27	-5,88	-40,74
XVII MALFORMACIÓ CONGÈNITA I ANOMALIA CROMOSÒMICA	15	15	17	19	20	0,00	-25,00
XVIII SÍMPTOMES, NO CLASSIFICATS EN UNA ALTRA BANDA	125	143	186	161	214	-12,59	-41,59
XX CAUSES EXTERNES DE MORTALITAT	360	355	318	322	351	1,41	2,56

continua

	2015	2014	2010	2005	2000	Variació 2014/2015	Variació 2000/20015
Homes							
TOTAL DEFUNCIONS	4.307	4.049	3.991	3.874	3.838	6,37	12,22
I MALALTIES INFECCIOSES I PARASITÀRIES	116	85	62	77	62	36,47	87,10
II TUMORS	1.309	1.278	1.316	1.194	1.119	2,43	16,98
III MALALTIES DE LA SANG/ÒRG. HEMATOPOÈTIC/TRAST.IMMUNITAT	13	20	16	11	6	-35,00	116,67
IV MALALTIES ENDOCRINA, NUTRICIONAL I METABÒLICA	184	147	99	84	83	25,17	121,69
V TRASTORN MENTAL I DEL COMPORTAMENT	114	145	116	92	87	-21,38	31,03
VI-VIII MALALTIES SISTEMA NERVIÓS I ÒRGANS DELS SENTITS	214	186	162	126	94	15,05	127,66
IX MALALTIES DEL SISTEMA CIRCULATORI	1.101	1.052	1.137	1.168	1.207	4,66	-8,78
X MALALTIES DEL SISTEMA RESPIRATORI	551	453	372	457	486	21,63	13,37
XI MALALTIES DEL SISTEMA DIGESTIU	200	200	211	186	205	0,00	-2,44
XII MALALTIES DE LA PELL I DEL TEIXIT SUBCUTANI	6	12	11	4	7	-50,00	-14,29
XIII MALALTIES SIST. OSTEOMUSCULAR I DEL TEIXIT CONJUNTIU	30	36	25	23	12	-16,67	150,00
XIV MALALTIES DEL SISTEMA GENITOURINARI	131	127	118	116	73	3,15	79,45
XV EMBARÀS, PART I PUERPERI	0	0	0	0	0	-	-
XVI AFECCIONS PERINATALS	10	12	12	13	14	-16,67	-28,57
XVII MALFORMACIÓ CONGÈNITA I ANOMALIA CROMOSÒMICA	5	9	10	10	10	-44,44	-50,00
XVIII SÍMPTOMES, NO CLASSIFICATS EN UNA ALTRA BANDA	73	59	94	75	106	23,73	-31,13
XX CAUSES EXTERNES DE MORTALITAT	250	228	230	238	267	9,65	-6,37
Dones							
TOTAL DEFUNCIONS	4.015	3.798	3.692	3.482	3.471	5,71	15,67
I MALALTIES INFECCIOSES I PARASITÀRIES	130	72	50	69	61	80,56	113,11
II TUMORS	889	839	813	734	684	5,96	29,97
III MALALTIES DE LA SANG/ÒRG. HEMATOPOÈTIC/TRAST.IMMUNITAT	18	22	22	19	16	-18,18	12,50
IV MALALTIES ENDOCRINA, NUTRICIONAL I METABÒLICA	199	151	122	135	128	31,79	55,47
V TRASTORN MENTAL I DEL COMPORTAMENT	220	252	240	141	169	-12,70	30,18
VI-VIII MALALTIES SISTEMA NERVIÓS I ÒRGANS DELS SENTITS	319	283	281	182	135	12,72	136,30
IX MALALTIES DEL SISTEMA CIRCULATORI	1.317	1.236	1.314	1.303	1.408	6,55	-6,46
X MALALTIES DEL SISTEMA RESPIRATORI	376	325	255	322	302	15,69	24,50
XI MALALTIES DEL SISTEMA DIGESTIU	155	168	176	183	191	-7,74	-18,85
XII MALALTIES DE LA PELL I DEL TEIXIT SUBCUTANI	15	23	19	8	13	-34,78	15,38

continua

	2015	2014	2010	2005	2000	Variació 2014/2015	Variació 2000/20015
XIII MALALTIES SIST. OSTEOMUSCULAR I DEL TEIXIT CONJUNTIU	57	69	62	67	40	-17,39	42,50
XIV MALALTIES DEL SISTEMA GENITOURINARI	141	136	140	132	109	3,68	29,36
XV EMBARÀS, PART I PUERPERI	1	0	0	0	0	-	-
XVI AFECCIONS PERINATALS	6	5	11	8	13	20,00	-53,85
XVII MALFORMACIÓ CONGÈNITA I ANOMALIA CROMOSÒMICA	10	6	7	9	10	66,67	0,00
XVIII SÍMPTOMES, NO CLASSIFICATS EN UNA ALTRA BANDA	52	84	92	86	108	-38,10	-51,85
XX CAUSES EXTERNES DE MORTALITAT	110	127	88	84	84	-13,39	30,95

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

Els tres primers capítols de la *Classificació internacional de malalties, 10a revisió (CIE-10)* de l'OMS, per nombre de defuncions a les Illes Balears el 2015, foren les malalties del sistema circulatori (2.418 difunts i un 26,41% del total), els tumors (2.198 òbits i un 26,06% del total) i, a molta distància, les malalties del sistema respiratori (927 i un 11,14% del total).

En aquests tres grups s'ha produït un increment percentual significatiu el darrer any, però, a efectes de tendència, si analitzem la variació entre les dades de 2000 i 2015, comprovarem que es produeix un important increment percentual en els capítols dels tumors (prop d'un 22%) i malalties respiratòries (17,6%), mentre que les malalties del sistema circulatori presenten una certa tendència a l'estabilització i, fins i tot, un descens del nombre d'òbits. L'increment dels capítols dels tumors i també d'altres malalties de naturalesa degenerativa reflecteix el progressiu envelliment de la població i els efectes que això té en indicadors com el tipus de mortaldat que es registra.

Un altre patró de mortalitat important és que hi ha diferències entre els homes i les dones, fins i tot en els principals grups de defuncions.

També aquest patró és comú a l'Estat espanyol i, per tant, no n'oferirem les xifres per no saturar el lector, que les podrà consultar directament a la base de dades de l'INE o a la nota de premsa del 27 de febrer de 2017 dedicada a les defuncions segons la causa de mort.

El 2015 es registraren 4.307 morts d'homes a les Illes Balears. El dels tumors, amb 1.309 decessos, es presenta com el principal grup de malalties entre els homes com a causa de defunció, amb un percentatge superior a un 30% del total. Les malalties del sistema circulatori, amb 1.101 òbits i un poc més d'una quarta part de les defuncions entre els homes, ocupa la segona posició, mentre la tercera l'ocupen les malalties del sistema respiratori, amb 551 casos i poc menys d'un 13% del total.

Taula 4 | *Defuncions totals per principals grups (CIE-10) per illes (any 2015)*

	ILLES BALEARS	MALLORCA	MENORCA	EIVISSA	FORMENTERA
TOTAL DEFUNCIONS	8.322	6.807	646	816	53
I MALALTIES INFECCIOSES I PARASITÀRIES	246	211	15	20	0
II TUMORS	2.198	1.789	177	222	10
III MALALTIES DE LA SANG/ ÒRG. HEMATOPOÈTIC/TRAST. IMMUNITAT	31	24	3	4	0
IV MALALTIES ENDOCRINA, NUTRICIONAL I METABÒLICA	383	308	27	43	5
V TRASTORN MENTAL I DEL COMPORTAMENT	334	281	29	22	2
VI-VIII MALALTIES SISTEMA NERVIÓS I ÒRGANS DELS SENTITS	533	435	43	51	4
IX MALALTIES DEL SISTEMA CIRCULATORI	2.418	2.005	196	205	12
X MALALTIES DEL SISTEMA RESPIRATORI	927	751	67	102	7
XI MALALTIES DEL SISTEMA DIGESTIU	355	300	17	36	2
XII MALALTIES DE LA PELL I DEL TEIXIT SUBCUTANI	21	21	0	0	0
XIII MALALTIES SIST. OSTEOMUSCULAR I DEL TEIXIT CONJUNTIU	87	66	15	6	0
XIV MALALTIES DEL SISTEMA GENITOURINARI	272	220	25	26	1
XV EMBARÀS, PART I PUERPERI	1	1	0	0	0
XVI AFECCIONS PERINATALS	16	10	0	6	0
XVII MALFORMACIÓ CONGÈNITA I ANOMALIA CROMOSÒMICA	15	10	0	4	1
XVIII SÍMPTOMES, NO CLASSIFICATS EN UNA ALTRA BANDA	125	99	8	15	3
XX CAUSES EXTERNES DE MORTALITAT	360	276	24	54	6

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

L'any 2015 es registrà una xifra d'òbits femenins més baixa que la dels homes i foren 4.015. Els dos primers grups de defunció s'inverteixen respecte de la classificació masculina. Així, entre les dones, el grup principal de causes de mort són les malalties del sistema circulatori, amb gairebé un terç del total i responsable de 1.317 decessos. En el segon lloc s'hi posicionen els tumors, responsables de poc més d'una cinquena part de les defuncions femenines, amb 889, i, finalment, les malalties del sistema respiratori, amb 376 òbits i menys d'un 10% del total.

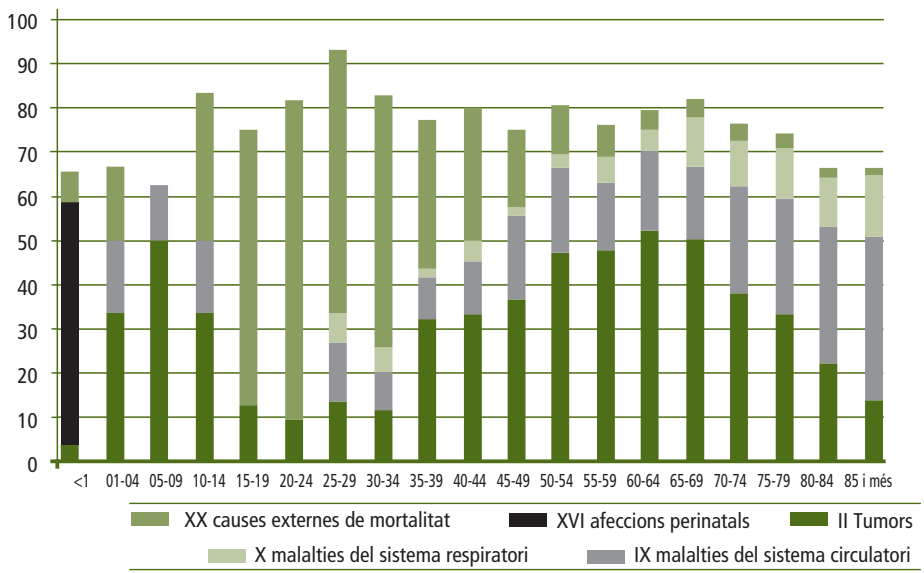
Si analitzéssim el perfil de mortalitat per illes, també arribaríem a unes conclusions molt similars pel que fa a les causes principals de defunció per sexes, per la qual cosa solament us n'oferim les dades per si voleu completar l'anàlisi en l'àmbit del vostre interès.

4.2. Principals causes de mort segons l'edat

La distribució de les principals causes de mort segons l'edat també presenta un patró característic, que tot seguit resumim. Aquest perfil no solament caracteritza la causalitat de les defuncions de les Illes Balears de 2015, sinó que és un model extrapolable al conjunt de l'Estat i reflecteix el patró actual de les causes de mort.

Les principals causes de decés entre la població de menys d'un any són les afeccions perinatals i les malformacions congènites, amb un percentatge de causalitat destacadíssim. Actualment, el controls prenatals, els diagnòstics genètics i els processos de gestació assistida amb selecció embrionària, si és el cas, fan que les defuncions en aquest grup siguin de cada vegada menys freqüents.

Gràfic 7 | *Principals causes de defunció segons grup quinquennal d'edat. Illes Balears (any 2015)*



Entre 1 i 14 anys, el factor de mortalitat predominant són els tumors (40%) i, amb una certa presència, les causes externes (15%). Si ho recordem, les taxes de defunció suportades per aquests grups d'edat són molt baixes i, per tant, poden presentar-se significatives

variabilitats interanuals que modificarien en bona mesura la distribució percentual, sense que suposin canvis en la representació de les causalitats.

Entre els 15 i els 39 anys, les causes de mort predominants són les externes (49%, a les Illes Balears, el 2015), tot i que ja a partir dels 35 augmenta la incidència dels tumors (1/3 el 2015).

A partir dels 40 anys, en què encara és molt important el pes de les defuncions per causes externes, i fins als 79, el factor més destacat són els tumors (aproximadament, 4 de cada 10 decessos).

En el grups d'edat més avançat, a partir dels 80 anys, i sobretot a partir dels 85, les malalties del sistema circulatori (un poc més d'una de cada tres) són les que ocupen el primer lloc com a causa de mort, seguides pels tumors; a més, es registra una creixent incidència de les malalties del sistema respiratori.

Taula 5 | *Defuncions per grans grups d'edat i per causes de mort principals, per illes. Illes Balears (any 2015)*

	ILLES BALEARS	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera
Menys de 16 anys	**50**	**35**	**3**	**12**
Total més freqüents: menys de 16 anys	38	27	0	11
Menys de 16 anys: II Tumors	9	9	0	0
Menys de 16 anys: XVI Afeccions perinatals	16	10	0	6
Menys de 16 anys: XVII Malformació congènita i anomalia cromosòmica	7	5	0	2
Menys de 16 anys: XX Causes externes	6	3	0	3
16 - 24 anys	**18**	**17**	**0**	**1**
Total més freqüents: 16 - 24 anys	12	11	0	1
16 - 24 anys: XX Causes externes	12	11	0	1
25 - 44 anys	**209**	**163**	**11**	**35**
Total més freqüents: 25 - 44 anys	160	122	11	27
25 - 44 anys: II Tumors	58	44	7	7
25 - 44 anys: IX Malalties del sistema circulatori	23	18	1	4
25 - 44 anys: XX Causes externes	79	60	3	16
45 - 64 anys	**1.067**	**857**	**73**	**137**
Total més freqüents: 45 - 64 anys	696	565	46	85
45 - 64 anys: II Tumors	507	410	35	62

continua

	ILLES BALEARS	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera
45 - 64 anys: IX Malalties del sistema circulatori	189	155	11	23
65 o més anys	**6.978**	**5.735**	**559**	**684**
Total més freqüents: 65 anys o més	4.697	3.862	383	452
65 anys o més: II Tumors	1.622	1.324	135	163
65 anys o més: IX Malalties del sistema circulatori	2.203	1.831	183	189
65 anys o més: X Malalties del sistema respiratori	872	707	65	100

Font: Institut Balear d'Estadística

4.3 Una anàlisi més acurada de les malalties del sistema circulatori i els tumors com a causes de defunció a les Illes Balears

Intentarem, tot seguit, afinar un poc més les causes de defunció. Ho farem a partir de l'anàlisi de la llista reduïda de malalties que s'agrupen en els grans grups de malalties que hem analitzat a l'epígraf anterior.

Entre les malalties del sistema circulatori, que convé recordar que són les que provoquen el nombre general més elevat de defuncions a les Illes, destaquen les isquèmiques del cor (infarts: 259), altres malalties isquèmiques (419) i les malalties cerebrovasculars (471, a les Illes Balears el 2015).

Per sexes, també trobem diferències prou significatives. Entre els homes, les malalties isquèmiques del cor són responsables d'un nombre elevat de defuncions, mentre que les malalties cerebrovasculars ho són en el cas de les dones.

Pel que fa als tumors, el segon grup de causes de defunció més important a l'arxipèlag i al conjunt de l'Estat espanyol, destaquen, en primer lloc, els de pulmó, bronquis i tràquea, molt lligats al tabaquisme, i, amb 401 decessos el 2015, foren la causa de prop d'1 de cada 5 per càncer a les Illes Balears. El de còlon en causà 254, que suposaren poc més d'1 mort de cada 10 per càncer.

Per sexes, la importància dels tumors com a causa de defunció és molt diversa, no solament per la diferent prevalença de determinats hàbits, sinó pel fet de tenir fisiologies diferents i òrgans propis d'un sexe determinat. Així mateix, convé recordar que, en els homes, els tumors són el principal grup de malalties que originen, finalment, el traspàs dels qui els pateixen. Un fet pot resultar revelador en aquest sentit: prop del 75% de les defuncions per càncer el 2015 a les Illes Balears afectaren membres del sexe masculí (298).

Entre els homes, el càncer que causà més defuncions el 2015 fou el de pulmó, bronquis i tràquea. Aquest càncer, amb 298 casos, suposà gairebé 1 de cada 4 morts per càncer entre els homes. En segona posició, apareix, com ho feia també en la distribució general per ambdós sexes, el càncer de còlon, que, amb 146 difunts, suposà un 11,15% de decessos per càncer entre els homes. Finalment, en tercera posició i amb 100 defuncions el 2015, sorgeix el càncer de pròstata, que forma part de sistema reproductor masculí.

Entre les dones, el càncer responsable de més morts és el de mama, que, amb 140, representa un 16% de les defuncions femenines per càncer. Com a curiositat, cal dir que el càncer de mama no és exclusiu de les dones, tot i que la prevalença entre els homes és molt baixa. Hem volgut fer aquesta puntualització perquè, el 2015, un home es morí a conseqüència d'aquesta patologia. En el segon lloc, com en els homes, s'hi situa el càncer de còlon, amb 108 defuncions i un 12% de les femenines per càncer, i, en tercer lloc, el càncer responsable de la majoria de morts per càncer entre els homes: el càncer de pulmó, bronquis i tràquea, amb 103 casos i un percentatge similar a l'anterior.

4.4. Les malalties que causen més morts a les Illes Balears

Hem decidit afegir dues taules amb les causes més freqüents de defuncions a les Illes Balears l'any 2015. Una ofereix les patologies detallades que provocaren més de 100 morts i l'altra, les principals causes per sexe.

Taula 6 | *Causes més freqüents de defunció per sexe i per illes. Illes Balears (any 2015)*

Homes	ILLES BALEARS	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera
Tumor maligne de la tràquea, dels bronquis i del pulmó	298	234	20	44
Malalties cròniques de les vies respiratòries inferiors	270	216	18	36
Altres malalties isquèmiques del cor	235	188	16	31
Altres malalties del cor	202	166	14	22
Malalties cerebrovasculars	200	156	18	26
Diabetis mellitus	157	126	9	22
Altres malalties del sistema respiratori	156	134	8	14
Insuficiència cardíaca	155	130	11	14
Tumor maligne del còlon	146	125	9	12
Infart agut de miocardi	140	120	10	10
Altra malaltia del sist. nerviós i dels òrgans dels sentits	112	90	6	16
Malalties hipertensives	110	88	12	10
Pneumònia	101	77	6	18

continua

Dones	ILLES BALEARS	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera
Malalties cerebrovasculars	271	228	23	20
Malalties hipertensives	239	195	21	23
Insuficiència cardíaca	238	205	19	14
Malaltia d'Alzheimer	226	186	16	24
Altres malalties del cor	216	184	20	12
Trastorns mentals orgànics senil i presenil	214	181	18	15
Altres malalties isquèmiques del cor	184	159	13	12
Altres malalties del sistema respiratori	179	146	18	15
Diabetis mellitus	150	121	13	16
Tumor maligne de la mama	140	118	10	12
Infart agut de miocardi	119	95	12	12
Tumor maligne del còlon	108	92	3	13
Tumor maligne de la tràquea, dels bronquis i del pulmó	103	85	7	11

En les primeres posicions, quant a nombre de casos, trobem distints tipus de tumors, entre els quals destaca el maligne de bronquis i pulmons, que ocupa la primera posició com a causa de defunció, i d'altres com el maligne de còlon, el maligne de mama, de fetge i vies biliars, de pàncrees, de bufeta urinària i de pròstata; diverses malalties del sistema circulatori, entre les quals destaquen la insuficiència cardíaca, la malaltia isquèmica crònica del cor i l'infart agut de miocardi; determinades malalties del sistema respiratori (altres patologies pulmonars obstructives cròniques, pneumònia o altres trastorns respiratoris) i algunes malalties degeneratives del sistema nerviós central (Alzheimer, demències...).

El llistat de les principals causes de mort reforça el que diguérem a l'epígraf dels grups de defunció (importància de les malalties del sistema circulatori, els tumors i les malalties respiratòries) i posa de relleu la presència de causes pròpies d'edats avançades, relacionades amb els processos degeneratius lligats a l'envelliment demogràfic. Això perfila el model de defunció actual: un model concentrat en els estrats superiors de la piràmide d'edat o, si ho voleu dir d'una altra manera, en la tercera edat.

Hi ha, com ja hem esmentat abans, diferències importants segons el sexe i les causes de mort. Entre els homes, predominen els tumors i algunes malalties lligades a hàbits de consum tòxics, com el tabaquisme (càncer de pulmó, tràquea i bronquis) o el consum excessiu d'alcohol (càncer hepàtic), com també determinades malalties del sistema circulatori (malalties hipertensives, infarts, malalties isquèmiques o accidents cerebrovasculars) i del sistema respiratori (pneumònia, malalties cròniques de les vies inferiors i altres afeccions del sistema respiratori).

Taula 7 | *Defuncions per causes de mortalitat externa per sexe i grup d'edat. Illes Balears (any 2015)*

	Total	65-69	70-74	75-79	80-84	85 i més	65 i més	% 65 i més anys / Total
Ambdós sexes								
XX CAUSES EXTERNES DE MORTALITAT	360	22	28	29	33	58	170	47,22
Accident de trànsit de vehicles de motor	53	1	4	6	5	2	18	33,96
Altres accidents de transport	10	2	0	0	1	0	3	30,00
Caigudes accidentals	53	5	7	7	6	16	41	77,36
Ofegament, submersió i sufocació	59	3	6	4	7	21	41	69,49
Accidents a causa del foc, fum i substàncies calentes	7	0	1	0	0	0	1	14,29
Enverinament accidental per psicofàrmacs i drogues	30	0	0	1	1	4	6	20,00
Altres enverinaments accidentals	1	0	0	0	1	0	1	100,00
Altres accidents	33	1	1	5	5	13	25	75,76
Suïcidi i lesions autoinfligides	93	9	9	5	5	1	29	31,18
Homicidis	7	0	0	0	0	0	0	0,00
Events d'intenció no determinada	9	1	0	0	1	0	2	22,22
Complicacions de l'atenció mèdica i quirúrgica	3	0	0	1	1	0	2	66,67
Altres causes externes	2	0	0	0	0	1	1	50,00
Homes								
XX CAUSES EXTERNES DE MORTALITAT	250	17	20	18	18	29	102	40,80
Accident de trànsit de vehicles de motor	41	1	3	2	2	1	9	21,95
Altres accidents de transport	10	2	0	0	1	0	3	30,00
Caigudes accidentals	35	4	7	4	3	9	27	77,14
Ofegament, submersió i sufocació	37	2	5	4	4	9	24	64,86
Accidents a causa del foc, fum i substàncies calentes	7	0	1	0	0	0	1	14,29
Enverinament accidental per psicofàrmacs i drogues	25	0	0	1	1	1	3	12,00
Altres enverinaments accidentals	0	0	0	0	0	0	0	
Altres accidents	20	0	1	3	3	7	14	70,00
Suïcidi i lesions autoinfligides	62	7	3	4	3	1	18	29,03
Homicidis	4	0	0	0	0	0	0	0,00
Events d'intenció no determinada	6	1	0	0	0	0	1	16,67
Complicacions de l'atenció mèdica i quirúrgica	2	0	0	0	1	0	1	50,00
Altres causes externes	1	0	0	0	0	1	1	100,00

continua

	Total	65-69	70-74	75-79	80-84	85 i més	65 i més	% 65 i més anys / Total
Dones								
XX CAUSES EXTERNES DE MORTALITAT	110	5	8	11	15	29	68	61,82
Accident de trànsit de vehicles de motor	12	0	1	4	3	1	9	75,00
Altres accidents de transport	0	0	0	0	0	0	0	
Caigudes accidentals	18	1	0	3	3	7	14	77,78
Ofegament, submersió i sufocació	22	1	1	0	3	12	17	77,27
Accidents a causa del foc, fum i substàncies calentes	0	0	0	0	0	0	0	
Enverinament accidental per psicofàrmacs i drogues	5	0	0	0	0	3	3	60,00
Altres enverinaments accidentals	1	0	0	0	1	0	1	100,00
Altres accidents	13	1	0	2	2	6	11	84,62
Suïcidi i lesions autoinfligides	31	2	6	1	2	0	11	35,48
Homicidis	3	0	0	0	0	0	0	0,00
Events d'intenció no determinada	3	0	0	0	1	0	1	33,33
Complicacions de l'atenció mèdica i quirúrgica	1	0	0	1	0	0	1	100,00
Altres causes externes	1	0	0	0	0	0	0	0,00

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

La primera causa de defunció entre les dones foren les malalties cerebrovasculars. Així mateix, deixant de banda malalties gairebé exclusives de la dona, com el càncer de mama, que provoca una xifra important de defuncions, trobem malalties en els primers llocs de causa de mort en què el pes d'aquest col·lectiu és molt superior al dels homes: Alzheimer (prop del 70% de les 326 defuncions a les Illes el 2015 foren de dones), les demències no especificades (amb el 72% del total), la malalties cardíaca hipertensiva i la hipertensió primària (un 71% dels casos, aproximadament). Predominen, en tot cas, les defuncions per malalties del sistema circulatori (malalties cerebrovasculars, insuficiència cardíaca, infarts...), els tumors (a banda del de mama, els de còlon i del sistema respiratori) i les malalties respiratòries. El model de defunció reflecteix els processos degeneratius lligats a una esperança de vida molt superior a la dels homes.

4.5. Les causes externes de mortalitat

Les causes externes de mortalitat són aquelles no relacionades amb problemes de salut derivats de malalties, sinó que es deuen a accidents o a altres causes exteriors, com ara homicidis, suïcidis o ofegaments, per esmentar-ne alguns exemples.

No és, ni de bon tros, el grup de causes més important, atès que les 360 d'aquest epígraf significaren un 4,3% del total de l'arxipèlag el 2015. Si en parlem és perquè algunes de les causes en aquest epígraf tenen una certa incidència en el grup de la tercera edat i perquè moltes vegades s'hi dedica una atenció específica.

Les causes externes de mortalitat tenen més prevalença en els homes. Així, el 2015, els 250 homes morts per causes incloses en aquest epígraf suposaren el 70% del total.

L'anàlisi per edat mostra que els casos de defuncions per causes externes és ben important entre els membres de la tercera edat. Els 170 òbits d'aquest grup representaren més d'un 47% del total de casos.

En aquest col·lectiu, també predominen els difunts masculins (102) per sobre dels femenins (68). És important matisar, però, que, quan calculem el pes de les defuncions registrades sobre el total de cada sexe, podem comprovar que els homes de la tercera edat morts per causes externes són poc menys d'un 41% del total d'homes finits per causes externes, percentatge que s'acosta al 62% en el cas de les dones.

Els grups de causes externes que registraren, el 2015, més casos són els suïcidis, com a primera causa; els ofegaments, les submersions i les sufocacions i els accidents de trànsit, després.

Entre la tercera edat, les causes externes que produïren més defuncions foren les caigudes accidentals i els casos d'ofegaments, de submersions i sufocacions, amb 41 morts en cada grup. Després, els suïcidis (29) i altres accidents (25).

Cal destacar la importància que té el col·lectiu de la tercera edat en alguns epígrafs de mortalitat externa. Així, més del 75% de les morts per caigudes accidentals foren de persones d'aquest col·lectiu. Un percentatge molt similar representarien els difunts per altres accidents i prop del 70% serien els casos d'ofegament, de submersió i sufocació.

Aquest col·lectiu també destaca en altres causes externes, poc importants quantitativament, com ara els enverinaments accidentals (un únic cas i d'un membre de la tercera edat) o les complicacions de l'atenció mèdica i quirúrgica (2 dels 3 difunts eren d'aquest col·lectiu).

Destaquem que la importància de les defuncions d'aquest grup entre els membres de la tercera edat està lligada als processos de deteriorament motriu, sensorial, físic o mental que acompanyen els processos d'envelliment i que condueixen, com sabem, a la mort, ja sigui per una determinada malaltia o per una causa externa de mortalitat.

Tot seguit dedicarem un breu epígraf a parlar dels suïcidis.

4.6. Els suïcidis

Els suïcidis són la causa de defunció que produeix més preocupació i alarma social, i, a més, és el primer factor de mortalitat externa, molt per sobre dels accidents de trànsit, de les caigudes i dels ofegaments accidentals.

L'any 2015 es registraren, a l'Estat espanyol, 3.910 suïcidis, dada que suposa un increment entorn a un 25% en cinc anys, taxa que és inferior a la mitjana europea.

L'any 2015 es produïren 93 suïcidis a les Illes Balears: 62 d'homes i 31 de dones. Aquest fet confirma que hi ha més tendència suïcida entre els homes, característica del patró general de mortalitat.

Pel que fa al sistema utilitzat per cometre'l, en primer lloc i amb gairebé el 50% dels casos, destaca el penjament, que registrà 45 casos, 37 dels quals eren homes. En segon lloc, destaca llençar-se des d'un lloc elevat, amb 15 casos, 7 dels quals eren homes i 8, dones. Uns anys enrere, a Mallorca, molts suïcides triaven la zona del cap Blanc per precipitar-se a la mar amb el vehicle.

Pel que fa a la resta de mètodes, hi ha diferències entre homes i dones. Els primers utilitzen més les armes de foc i objectes tallants, i les drogues i els narcòtics, més les segones.

Pel que fa a l'edat, es produeixen suïcidis en tots els grups d'edat, però sembla que n'augmenta el nombre a partir dels 40 anys. Prop d'un terç dels suïcides a les Illes Balears, l'any 2015, foren de la tercera edat (29 suïcides de 65 i més anys, 18 dels quals eren homes).

4.7. Un cas especial de mortalitat: defuncions de no residents

No volíem acabar l'article sense comentar que, a més de les defuncions de residents, que hem analitzat per extreure'n el patró de mortalitat, també es produeixen defuncions de visitants temporals.

A les Illes Balears, l'any 2015 es produïren 356 defuncions de no residents, 233 dels quals eren homes (65%) i 133, dones.

Com a causes principals de defunció destaquen, en primer lloc, les malalties del sistema circulatori, amb 141 morts, el 67% de les quals eren homes, i, en segon lloc, les causes externes, amb 73 decessos, el 64% de les quals eren homes.

Les causes externes de defunció tenen més representació entre la població més jove, mentre que les malalties del sistema circulatori afecten principalment la població de més de 50 anys.

5. Conclusions

- Hi ha més defuncions d'homes que de dones. Aquest és un tret característic de les societats desenvolupades, en què, atesa l'escassa incidència en la mortalitat dels embarassos i els períodes puerperals, i la major longevitat de les dones, les taxes de mortalitat dels homes són més elevades.

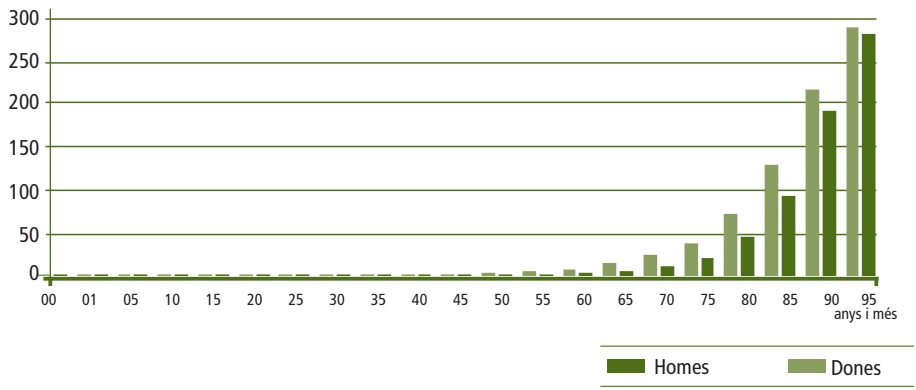
- Es detecta una tendència creixent en la xifra de defuncions registrades. Pel que fa a les Illes Balears, aquest fet es deu a una doble circumstància. D'una banda, al gran increment demogràfic general experimentat, i, de l'altra, per l'acumulació d'efectius en el llindar superior de la piràmide d'edat.

- De cada cop la mort arriba a edats més tardanes, fruit de l'increment de l'esperança de vida i, sobretot, per la reducció de la mortalitat infantil i juvenil. Així, més del 83,5% de les defuncions de 2015 a les Illes Balears es produïren entre el grup dels 65 i més anys. Una xifra que assolia el 85% per al conjunt de l'Estat espanyol. Si ens inventéssim un terme per descriure el model actual de mortalitat, hauríem de parlar de la «terceraedatització» de la mortalitat. Que hi hagi moltes defuncions a la tercera edat és un èxit de la societat, que ha aconseguit que els seus membres visquin més anys (i també millor) que en èpoques anteriors.

- Hi ha diferències importants pel que fa a les causes de defunció segons l'edat. En el moment posterior al naixement, predominen les afeccions perinatals i congènites;

en els joves, són les causes externes (accidents de trànsit, caigudes...) les que tenen més protagonisme; en els adults, els tumors passen a ocupar el lloc més destacat, i, finalment, en les persones de més edat, les morts es produeixen majoritàriament per problemes del sistema circulatori, tumors i problemes respiratoris.

Gràfic 8 | *Taxa de mortalitat específica per mil habitants estimada per edat i sexe. Illes Balears. 2015*



- Hi ha, així mateix, diferències importants quant a les defuncions i el sexe. Els homes es moren més i més prest, i la seva primera causa de mortalitat són els tumors, seguida per les malalties del sistema circulatori i les respiratòries. En canvi, entre les dones, s'inverteix l'ordre de les dues principals causes de mortaldat. Així, el primer lloc, l'ocupen les malalties del sistema circulatori i, el segon, els tumors; el tercer lloc és compartit per les malalties respiratòries.

Evidentment, aquestes diferències també es detecten quan recorrem a escales de més detall i analitzem malalties més concretes. N'hi ha algunes que, amb repercussió important en les defuncions, presenten una xifra de casos destacats i són específiques (o gairebé) d'un sexe determinat. Aquests serien, per exemple, els casos de càncer maligne de pròstata o el càncer de mama en la dona.

Podem destacar, també, determinades malalties degeneratives que tenen és prevalença en les dones, perquè viuen més anys.

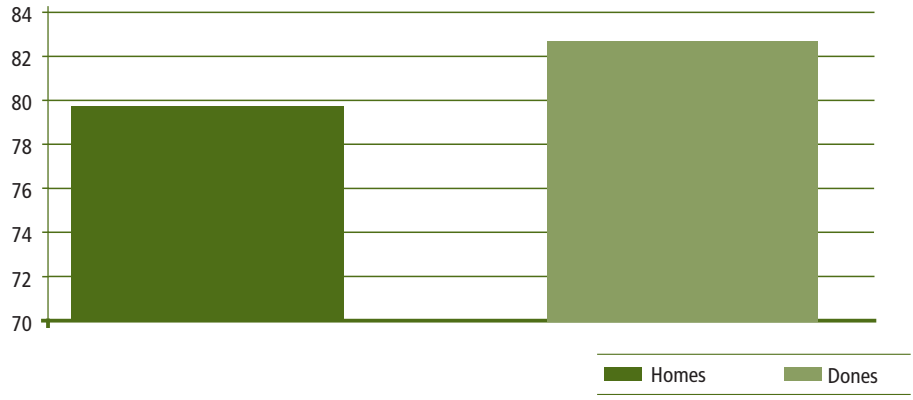
- Són molt importants, tant quantitativament com qualitativament, les afeccions degeneratives del sistema nerviós i malalties com l'Alzheimer, que provoquen abans de la mort situacions d'alta demanda assistencial i que impliquen la necessitat d'una resposta sociosanitària adequada. A més a més, com que la previsió és que l'esperança de vida

continuï augmentant i també de manera molt significativa el nombre d'efectius de la tercera edat, aquestes patologies també seran molt més habituals.

- Així mateix es detecta una incidència elevada de la mortalitat per causes externes en el grup de la tercera edat. Ho comprovem si comparem el pes d'aquest grup de població (13,5% del total) amb el percentatge de casos que la tercera edat representa en el total de defuncions per causes externes (47%) (vegeu la taula 8). La major fragilitat física i la progressiva pèrdua d'habilitats perceptives, motrius i psicològiques, estarien darrere diverses causes que han provocat la defunció de membres del col·lectiu (caigudes accidentals, ofegaments, complicacions mèdiques...).

- Les defuncions per causes externes tenen més representació general entre els homes. També és així en la tercera edat. Però, si analitzem el pes per sexe del col·lectiu sobre el total de difunts per sexe, comprovarem que el pes d'aquesta causa guanya protagonisme en les dones de la tercera edat, que suposen prop del 62% de les defuncions femenines totals, mentre que els homes del col·lectiu no arriben a un 41%. Com sabem, les dones tenen una esperança de vida més llarga, cosa que es reflecteix en els processos degeneratius que expliquen l'elevada incidència d'accidents amb conseqüència de mort, que hem descrit al punt anterior.

Gràfic 9 | *Esperança de vida en nèixer. Illes Balears. 2002 -2015*



Referències bibliogràfiques

Abellán, A. i Pujol, R. (2017). Un perfil de las personas mayores en España. 2017. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red, 15.* CSIC. Ministeri d'Economia i Competitivitat. Recuperat de: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos17.pdf

IBESTAT – www.ibestat.cat

Padró d'habitants, 1 de gener de 2016

Estadística de defuncions

Índex de Pressió Humana (IPH)

INE – www.ine.es

Indicadors demogràfics

Taules de mortalitat

Ramiro, D.; Pujol, R. i Abellán, A. *Patrón de mortalidad de la población española*. Blog recuperat de: https://envejecimientoenred.wordpress.com/2016/03/30/patron-de-mortalidad-de-la-poblacion-espanola/

Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó (1965). Geògraf. Ha publicat diversos llibres i articles sobre la geografia i demografia de les Illes Balears. Durant alguns anys, ha estat coautor del capítol de sanitat de l'*Informe econòmic i social*, de Sa Nostra, i del capítol sobre demografia i llar, de la *Memòria econòmica i social* del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears.

En el camp de l'envelliment, destaquem –a banda d'altres– els articles publicats a l'*Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears,* com ara «Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural» (*Anuari* 2010, 17-74); «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears» *(Anuari* 2011, 21-77); «La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística» (*Anuari* 2012, 49-76); «Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears» (*Anuari* 2013, 103-141); «Els impactes ocults de la crisi econòmica en la tercera edat» (*Anuari 2*014, 153-182); «Recuperar la llengua del cor: el coneixement i l'ús de la llengua catalana de la població de 65 i més anys a les Illes Balears» (*Anuari* 2015, 25-62), i «Un perfil aproximat de la població de la tercera edat a les Illes Balears. Indicadors estadístics bàsics» (*Anuari* 2016, 31-94).

Dedicatòria

A Fraterno Lluch Tudurí, mon pare, que actualment lluita amb fe i serenor contra un càncer metastàtic.

ENVELLIR EN FEMENÍ

Envellir en femení

Carmen Orte Socias
Miren Fernández-de-Álava

Resum

L'envelliment i la longevitat són assoliments de la humanitat; i les dones són majoria del seu grup d'edat. Concretament, a Espanya, el 2016, hi havia 8.657.705 persones de 65 anys o més, de les quals 4.940.008 eren dones. No obstant això, i tot i que l'esperança de vida en néixer i passats els 65 anys és major en elles, són més vulnerables per qüestions —a més de la ja esmentada esperança de vida en néixer i als 65 anys— com el risc de pobresa, la cura dels fills i el suport a la família, l'educació superior, les llars unipersonals, la bretxa salarial i la violència domèstica i la violència de gènere. L'anàlisi de les últimes dades nacionals publicades sobre aquestes variables ens fa concloure que: (i) s'han d'incorporar qüestions d'envelliment en les polítiques de gènere i a l'inrevés; (ii) s'ha de treballar sobre els nivells de vulnerabilitat, pobresa i exclusió social als quals està exposada la dona; (iii) s'han de reduir les diferències salarials entre homes i dones; (iv) s'han de millorar les condicions de les dones pensionistes; i (v) s'ha de pal·liar qualsevol tipus de violència exercida contra la dona, mitjançant la legislació, les accions i les estratègies adequades.

Resumen

El envejecimiento y la longevidad son logros de la humanidad; y las mujeres son mayoría de su grupo de edad. Concretamente, en España y en 2016, había 8.657.705 personas de 65 años o más, de las cuales 4.940.008 eran mujeres. Sin embargo, y a pesar de que la esperanza de vida al nacer y pasados los 65 años sea mayor en ellas, son más vulnerables por cuestiones —además de la ya mencionada esperanza de vida al nacer y a los 65 años— como el riesgo de pobreza, el cuidado de los hijos y el apoyo a la familia, la educación superior, los hogares unipersonales, la brecha salarial y la violencia doméstica y la violencia de género. El análisis de los últimos datos nacionales publicados sobre dichas variables nos hace concluir que: (i) se deben incorporar cuestiones de envejecimiento en las políticas de género y a la inversa; (ii) se debe trabajar sobre los niveles de vulnerabilidad, pobreza y exclusión social a los que está expuesta la mujer; (iii) se deben reducir las diferencias salariales entre hombres y mujeres; (iv) se deben mejorar las condiciones de las mujeres pensionistas; y (v) se debe paliar cualquier tipo de violencia ejercida contra la mujer, a través de la legislación, las acciones y las estrategias adecuadas.

«Tota una vida de discriminació de gènere combinada amb la desigualtat en l'envelliment poden tenir efectes devastadors en les dones adultes grans» Age Watch (2015)

1. Introducció

El 2012, el Fons de Població de les Nacions Unides va publicar un informe titulat «Envelliment al segle XX1: una celebració i un desafiament»; celebrant, entre altres qüestions, que: (i) en deu anys hi haurà mil milions de persones grans; (ii) cada segon, dues persones compleixen 60 anys, la qual cosa suposa que gairebé 58 milions de persones fan 60 anys; (iii) en la dècada passada, el nombre de persones amb 60 o més anys va ascendir a 178 milions; i, (iv) devers 2050, el 80% de la població gran viurà en països en desenvolupament.

Davant aquestes dades, podem afirmar que l'envelliment i la longevitat són assoliments de la humanitat, però no podem oblidar els desafiaments econòmics, socials i culturals als quals ens enfrontem (Fons de Població de les Nacions Unides, 2012). Sabem, per Katz (1992), Havinghurst (1963), Neugarten (1996) i Pszemiarower (1988), que, tot i que l'esperança de vida augmenta, l'exclusió social de les persones grans també pot incrementar-se. A més, si sumem a aquest aïllament la falta d'activitat, ens trobem davant un empitjorament de les seves habilitats. No obstant això, en moltes ocasions no existeix una correlació entre el desgast gradual de l'organisme i el desgast degeneratiu i la involució psicològica (Krzemien, Urquijo i Monchietti, 2004). Conseqüentment, hem de procurar que l'envelliment sigui saludable i que tingui un impacte positiu en les oportunitats i en la reducció de costos individuals, familiars i socials (Fons de Població de les Nacions Unides, 2012).

Atenent a l'objecte que ens ocupa, l'envelliment de la dona, volem detenir-nos en algunes idees clau exposades en l'esmentat informe per, posteriorment, reprendre-les i analitzar-les amb dades actuals (Fons de Població de la Nacions Unides, 2012: p. 4):

- Els homes i les dones experimenten l'envelliment de forma diferent;
- les dones d'edat solen ser més vulnerables a la discriminació; tenen un deficient accés a l'ocupació i a l'atenció a la salut, i estan subjectes a maltractaments, a la denegació del seu dret a la propietat i l'herència de béns, i a la falta d'un ingrés mínim bàsic i a la manca de mesures de seguretat; i,
- les dones d'edat, juntament amb altres grups de persones d'edat —p. e. pobres, persones grans d'edat molt avançada, analfabets o residents rurals— tenen necessitats i interessos particulars que s'han d'atendre específicament mitjançant programes i models d'intervenció que els atinguin.

2. L'envelliment de la dona en xifres

Japó és el país amb major proporció de gent gran, seguit d'Itàlia i d'Alemanya (Eurostat, 2016). A Espanya, d'acord amb l'Institut Nacional d'Estadística (INE, 2016a), el 2016 hi havia més de 8 milions de persones de 65 anys o més (exactament, 8.657.705), dels

quals 3.717.697 eren homes i 4.940.008 eren dones. A les Illes Balears, el total ascendia a 153.577; 67.318 homes i 86.259 dones. Vistes les dades, les dones constitueixen una gran majoria. Per cada 100 dones de 60 anys o més, hi ha solament 84 homes; i per cada 100 dones de 80 anys o més, hi ha 61 homes (Fons de Població de les Nacions Unides, 2012). No obstant això, i com apuntàvem anteriorment, l'envelliment divergeix en funció de la cultura, la societat, els grups socials i, fins i tot, d'homes i dones (Yuni i Urbano, 2008). Concretament, en aquest article ens centrarem en les diferències entre homes i dones en diferents variables, a saber: l'esperança de vida en néixer i als 65 anys; el risc de pobresa; la cura dels fills i el suport a la família; l'educació superior; les llars unipersonals; la bretxa salarial i la violència domèstica i la violència de gènere.

L'esperança de vida en néixer i als 65 anys

Centrant-nos, en primer lloc, en les diferències de l'esperança de vida entre homes i dones sabem, per l'INE (2016a), que en tots dos casos ha augmentat i que les diferències entre tots dos és menor. A pesar que per factors biològics, estils de vida i conductes de risc la mortalitat masculina d'homes era més elevada, en els últims anys la diferència a favor de la dona s'ha escurçat.

Entre 1994 i 2014, l'esperança de vida al naixement de les dones ha passat de 81,6 a 85,6 anys i la dels homes de 74,4 a 80,1 anys (vegeu la taula 1). Com veiem en aquesta taula, el 1994 se situava en 7,1 anys de diferència a favor d'elles; en 6,6 deu anys més tard i en 5,5 el 2014. Si es manté un patró similar, el 2029 l'esperança de vida al naixement seria de 84 anys en els homes i de 88,7 en les dones; i de 91,0 anys per als homes i de 94,3 per a les dones, el 2063 (INE, 2016a).

Taula 1 | *Bretxa de gènere en l'evolució de l'esperança de vida al naixement.*

	Homes	Dones	Bretxa de gènere (dones-homes)
1991	73,5	80,6	7,1
1992	73,9	81,1	7,2
1993	74,1	81,2	7,1
1994	74,4	81,6	7,1
1995	74,5	81,7	7,2
1996	74,6	81,8	7,2
1997	75,3	82,2	6,9
1998	75,4	82,3	6,9
1999	75,4	82,3	6,9
2000	75,9	82,7	6,8

	Homes	Dones	Bretxa de gènere (dones-homes)
2001	76,2	83,0	6,8
2002	76,4	83,1	6,7
2003	76,4	82,9	6,6
2004	77,0	83,5	6,6
2005	77,0	83,5	6,5
2006	77,7	84,1	6,4
2007	77,8	84,1	6,3
2008	78,2	84,3	6,1
2009	78,6	84,6	6,0
2010	79,0	85,0	6,0
2011	79,3	85,1	5,8
2012	79,3	85,1	5,7
2013	79,9	85,5	5,6
2014	80,1	85,6	5,5

Font: INE (2016a)

La reducció a favor de la dona no només es constata en l'esperança de vida en néixer, sinó també en l'esperança de vida als 65 anys. D'acord amb l'INE (2016a), en tots dos casos l'horitzó de vida ha augmentat en 3 anys (vegeu la taula 2).

Taula 2 | *Bretxa de gènere en la projecció de l'esperança de vida als 65 anys*

	Homes	Dones	Bretxa de gènere (dones-homes)
2013	18,9	22,8	3,9
2014	19,0	22,9	3,8
2019	19,9	23,9	3,9
2024	20,9	24,8	3,9
2029	21,8	25,6	3,9
2034	22,7	26,5	3,8
2039	23,5	27,3	3,8
2044	24,4	28,1	3,7
2049	25,2	28,8	3,6
2054	26,0	29,6	3,6
2059	26,8	30,3	3,5
2063	27,4	30,8	3,4

Font: INE (2016a)

El risc de pobresa, la cura dels fills i l'educació superior

En el Projecte d'estratègia i pla d'acció mundials sobre l'envelliment i la salut (OMS, 2016) s'incideix en la longevitat de les dones i el seu vincle amb el risc de pobresa. Sobre aquest tema, si bé les dones viuen més anys que els homes, solen tenir pitjor salut i majors taxes de pobresa. D'acord amb l'INE (2016b), les dones, avui dia, segueixen assumint la majoria de les responsabilitats familiars i domèstiques. En dades proporcionades per aquesta última font, el 2015, un 27,6% de les dones espanyoles —amb edats compreses entre els 25 i els 54 any—— amb un fill treballa a temps parcial (vs. un 5,8% en el cas dels homes); i un 25,4%, quan tenen tres fills o més (vs. un 5,9% en el cas dels homes). A fi de conciliar vida laboral i familiar, el 20,9% de les dones va reduir el nombre d'hores treballades durant, almenys, un mes, enfront del 2,0% dels homes (Enquesta de Població Activa, 2010). Així mateix, l'INE (2016c) va estudiar el temps mitjà dedicat per homes i dones a les tasques domèstiques i a la cura de infants, ancians i persones dependents i va concloure que el 91,9% de les dones dedica 4 hores i 29 minuts a aquestes tasques; mentre que el 74,7% dels homes dedica 2 hores i 32 minuts. En aquest mateix estudi, però vinculant temps mitjà dedicat a la llar i a la família, i el tipus de llar, van descobrir que la dedicació diària de la dona en llars unipersonals o en llars de mares amb algun fill, la dedicació diària era menor que en llars formades per una parella sola o per una parella amb fill (vegeu la taula 3).

Taula 3 | *Durada mitjana diària dedicada a activitats de llar i família segons el tipus de llar, per les persones que realitzen aquesta activitat (hores i minuts). Font: INE (2016c)*

	Homes	Dones
Parella amb fills	2:34	4:45
Parella sola	2:34	4:37
Un altre tipus de llar	2:34	4:26
Llar unipersonal	2:23	3:38
Pare o mare solament, amb algun fill	2:15	3:48

Font: INE (2016c)

D'acord amb l'OMS (2016), aquest rol que exerceixen les dones en la cura i en el suport a la família —sovint sense remuneració i sense reconeixement— pot tenir un impacte negatiu en la seva vida laboral i formativa. Quant a això, si comprovem les dades sobre dones espanyoles graduades en educació superior, d'acord amb l'última actualització de l'INE (21 de juny de 2016), el 2014, el 53,3% de les dones ho estava, enfront d'un 46,7% dels homes. Concretament, les dones es graduen més en ciències socials, empresa i dret (17,3%), i menys en agricultura i veterinària (0,7%) (vegeu la taula 4).

Taula 4 | *Dones graduades en educació superior per camp d'estudi*

Camp d'estudi	
Ciències socials, empreses i dret	17,3%
Salut i benestar	9,8%
Educació i formació	9,2%
Arts i humanitats	6,4%
Enginyeria, manufactura i sector de la construcció	4,2%
Ciències, matemàtiques i informàtica	3,0%
Serveis	2,8%
Agricultura i veterinària	0,7

Font: INE (2016d)

D'acord amb el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, la Secretaria d'Estat de Serveis Socials i Igualtat i l'Institut de Majors i Serveis Socials (2015), les dones cuidadores ascendeixen al 93%, enfront del 7% dels homes; l'edat mitjana d'elles és de 51 a 60. Si consultem les dades referents al llindar de risc de pobresa, l'INE (2017a) apunta l'augment d'aquesta taxa per als grans de 65 anys (0,7 punts). Si ens centren en la taxa de risc de pobresa persistent, aquesta és major per a les dones espanyoles que per als homes a la franja 25-49 anys (16,0% dones; 15,0% homes). No obstant això, aquesta taxa de risc persistent disminueix —tant per als homes com per a les dones— conforme avança l'edat. Concretament, i d'acord amb les últimes dades publicades el març de 2017, es passa de 16,0%, en les dones amb edats compreses entre els 25 i els 49, a 10,2%, en les de 65 o més (vegeu la taula 5).

Taula 5 | *Taxa de risc de pobresa persistent per grups d'edat i període. Espanya*

Edat	Sexe	Any 2015
De 25 a 49 anys	Home	15,0%
	Dona	16,0%
De 50 a 64 anys	Home	15,5%
	Dona	11,0%
De 65 o més anys	Home	6,8%
	Dona	10,2%

Font: INE (2017b)

Les llars unipersonals

A Espanya, el 2016, el total de llars unipersonals va ascendir a 4.638.300, 1.933.300 dels quals corresponien a persones de 65 anys o més (41,7%). És sorprenent que d'aquest total 1.367.400 eren llars habitades per dones, cosa que representa el 70,7% (vegeu la taula 6). Pel que fa a 2015, s'ha vist un increment del 4,0% en les llars unipersonals de persones de 65 anys o més; un 0,1% en el cas de llars unipersonals de dones. Segons l'estat civil, la majoria de les llars unipersonals estaven habitades per vídues, el 47,5% del total (vegeu la taula 7) (INE, 2017e).

Taula 6 | *Llars unipersonals per edat i sexe*

Edat	Sexe	Any 2016	Any 2015	Variació absoluta	Variació relativa (%)
Menys de 65 anys	Total	2.705.100	2.724.400	-19.300	-0,7%
	Home	1.595.800	1.606.300	-10.500	-0,7%
	Dona	1.109.300	1.118.000	-8.700	-0,8%
65 i més anys	Total	1.933.300	1.859.800	73.500	4,0%
	Home	565.800	503.500	62.300	12,4%
	Dona	1.367.400	1.356.300	11.100	0,8%

Font: INE (2017e)

Desgranant el total de llars unipersonals de dones de 65 anys o més (1.367.400), per comunitats autònomes i per estat civil, veiem que en la seva majoria, com dèiem abans, són vídues (1.053.100), seguides de solteres (169.500) (vegeu la taula 7). D'acord amb l'INE (2017e), el 39,6% de les dones més grans de 85 anys vivien soles (vs. el 25,9% dels homes). La propensió és que una vegada superats els 65 és la dona la que viu sola.

Taula 7 | *Nombre de llars unipersonals per comunitats i ciutats autònomes segons sexe, edat i estat civil*

	Soltera	Casada	Vídua	Separada	Divorciada
Total llars unipersonals de dones de 65 i més anys	169.500	39.900	1.053.100	35.700	69.300
Andalusia	25.200	4.600	170.500	3.800	10.400
Aragó	4.700	900	35.700	400	1.100
Astúries, Principat de	5.700	600	34.700	1.100	3.400
Balears, Illes	4.600	1.600	17.200	1.000	1.300

	Soltera	Casada	Vídua	Separada	Divorciada
Canàries	3.900	3.500	27.800	3.200	3.900
Cantàbria	3.400	700	15.100	500	800
Castella - La Manxa	7.800	1.700	42.900	2.500	1.800
Castella i Lleó	12.400	1.800	73.800	1.700	2.700
Catalunya	21.600	5.400	175.300	5.900	14.000
Comunitat Valenciana	16.200	4.700	116.800	5.300	13.700
Extremadura	3.700	1.400	28.800	400	200
Galícia	11.200	2.100	66.100	1.500	4.200
Madrid, Comunitat de	34.200	5.700	130.000	5.500	8.400
Múrcia, Regió de	1.800	400	31.300	600	--
Navarra, Comunitat Foral de	3.500	600	13.700	600	800
País Basc	8.100	3.000	63.500	1.400	2.200
Rioja, la	1.100	1.000	7.900	300	200
Ceuta	100	100	1.300	--	100
Melilla	300	100	700	0	100

Font: INE (2017f)

La bretxa salarial

D'acord amb l'INE (2017c), les diferències salarials entre homes i dones es deuen a múltiples factors socials, legals i econòmics tals com: (i) segregació del mercat de treball amb equilibris dispars entre homes i dones en els diferents sectors econòmics; (ii) característiques de les ofertes de treball d'ocupació femenina, condicionades, sovint, per la vida familiar; (iii) participació en el treball a temps parcial; i (iv) mecanismes de retribucions salarials.

D'acord amb les últimes dades recollides (INE, 2017c), el 2014, el salari més freqüent de les dones ascendia a 14.497,9 €, que representa el 87,8% del salari més freqüent en els homes (16.515,7 €). A la taula 8 s'han inclòs els salaris, per edat i sexe, a temps complet, mitjà brut, mitjà, més freqüent i a temps parcial dels dos últims anys recollits; de manera que es constata en tots els casos una bretxa de gènere en els salaris.

Aquesta bretxa de gènere en els salaris s'incrementa conforme avança l'edat. Com es constata a la taula 9, el 2014, es passa d'un valor de 5,7 en menors de 25 anys a 21,1 en 55-64 anys. No obstant això, si bé només s'inclou un any anterior a la taula 9, des de 2012 ha disminuït en tots els grups d'edat.

Taula 8 | *Salari anual mitjà, mitjà, modal, a temps complet i a temps parcial, per període*

				Quocient dones respecte a homes	Quocient dones respecte a homes
Edat	Sexe	Any 2014	Any 2013	Any 2014	Any 2013
Salari a temps complet	Home	28.318,1	28.095,6	88,4	85,4
	Dona	25.041,6	23.994,3		
Salari mitjà brut	Home	25.727,2	25.675,2	76,7	76,0
	Dona	19.744,8	19.514,6		
Salari mitjà	Home	21.528,5	21.371,1	77,9	77,0
	Dona	16.771,3	16.452,4		
Salari més freqüent	Home	16.515,7	17.498,7	87,8	82,9
	Dona	14.497,9	14.501,8		
Salari a temps parcial	Home	10.028,9	10.670,7	96,6	91,5
	Dona	9.690,5	9.766,2		

Font: INE (2017c)

Taula 9 | *Bretxa salarial de gènere (no ajustada a les característiques individuals) en salari per hora per edat i període*

	Any 2014	Any 2013
Menys de 25 anys	5,7	7,3
De 25 a 34 anys	6,6	9,9
De 35 a 44 anys	11,5	15,9
De 45 a 54 anys	19,0	19,6
De 55 a 64 anys	21,1	23,0
De 65 i més anys	45,3	43,5

Font: INE (2017c)

La violència domèstica i la violència de gènere

Com s'apunta en la Llei orgànica 1/2004, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, aquesta és «una violència que es dirigeix sobre les dones pel fet mateix de ser-ho, per ser considerades, pels seus agressors, mancades dels drets mínims de llibertat, respecte i capacitat de decisió» (exposició de motius); la seva manifestació més extrema és la mort (INE, 2016e).

D'acord amb aquesta última font (vegeu la taula 10), el 2015, 27.624 dones van ser víctimes de violència de gènere —amb ordre de protecció o mesures cautelars—, un 2,0% més que el 2014 (27.087 víctimes).

Taula 10 | *Víctimes de violència de gènere (amb ordre de protecció o mesures cautelars) per edat*

	Any 2015	Any 2014	Taxa de variació (%)
Total	**27.624**	**27.087**	**2,0**
Menys de 18 anys	637	576	10,6
De 18 a 19 anys	909	911	-0,2
De 20 a 24 anys	3.093	3.025	2,2
De 25 a 29 anys	3.785	3.860	-1,9
De 30 a 34 anys	4.638	4.602	0,8
De 35 a 39 anys	4.928	4.880	1,0
De 40 a 44 anys	3.794	3.830	-0,9
De 45 a 49 anys	2.632	2.495	5,5
De 50 a 54 anys	1.521	1.293	17,6
De 55 a 59 anys	738	676	9,2
De 60 a 64 anys	381	382	-0,3
De 65 a 69 anys	267	268	-0,4
De 70 a 74 anys	143	141	1,4
75 i més anys	158	148	6,8

Font: INE (2016e)

Sobre les víctimes mortals, el 2015, 60 dones van morir a les mans de la seva parella o exparella. Per grups d'edat, 12 dones (20%) tenien 30 anys o menys; 39 tenien entre 31 i 64 anys (65%); i 9 tenien 65 anys o més (15%) (vegeu la taula 11).

Taula 11 | *Víctimes mortals per violència de gènere segons grups d'edat*

	Nombre	Percentatge (%)
Total víctimes	**60**	**100,0**
Menys de 16	0	0,0
De 16 a 17	0	0,0
De 18 a 20	0	0,0
De 21 a 30	12	20,0

	Nombre	Percentatge (%)
De 31 a 40	18	30,0
De 41 a 50	19	31,7
De 51 a 64	2	3,3
De 65 i més	9	15,0

Font: INE (2017d)

Andalusia va ser la comunitat autònoma on va haver-hi més víctimes mortals per violència de gènere, seguida de València i Galícia. A les illes Balears va haver-hi una víctima (vegeu la taula 12).

Taula 12 | *Víctimes mortals per violència de gènere segons la comunitat autònoma. 2015*

	Nombre	Percentatge (%)
Total víctimes	**60**	**100,0**
Andalusia	14	23,3
Aragó	1	1,7
Astúries, Principat de	3	5,0
Balears, Illes	1	1,7
Canàries	3	5,0
Cantàbria	1	1,7
Castella - La Manxa	1	1,7
Castella i Lleó	2	3,3
Catalunya	6	10,0
Comunitat Valenciana	11	18,3
Extremadura	1	1,7
Galícia	8	13,3
Madrid, Comunitat de	4	6,7
Múrcia, Regió de	1	1,7
Navarra, Comunitat Foral de	0	0,0
País Basc	3	5,0
Rioja, La	0	0,0
Ceuta	0	0,0
Melilla	0	0,0

Font: INE (2017d)

3. Conclusions

En vista de les dades aportades, no podem estar més d'acord amb la cita que incloíem a l'inici d'aquest article: «Tota una vida de discriminació de gènere combinada amb la desigualtat en l'envelliment poden tenir efectes devastadors en les dones adultes majors» (AgeWatch, 2015). Conseqüentment, i a fi de pal·liar aquests efectes, hauríem de realitzar un camí bidireccional que incorporés l'envelliment en les polítiques que tracten aspectes de gènere i en les polítiques d'envelliment, qüestions de gènere, sempre partint de les necessitats de les dones grans (Fons de Població de les Nacions Unides, 2012).

Concloent sobre els aspectes analitzats —l'esperança de vida en néixer i als 65 anys; el risc de pobresa, la cura dels fills i l'educació superior; les llars unipersonals; la bretxa salarial, i la violència domèstica i la violència de gènere— podem apuntar que les dones se situen en nivells superiors de vulnerabilitat, pobresa o exclusió social perquè, en viure més, afavoreixen el benestar dels seus cònjuges (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Secretaria d'Estat de Serveis Socials i Igualtat i Institut de Majors i Serveis Socials, 2015; OMS, 2016).

L'assumpció, majoritària, per part de la dona de les càrregues del treball domèstic, de la cura dels infants i/o les persones dependents i d'altres responsabilitats de la llar incideix que tinguin menors relacions socials, tot sabent que són primordials per a l'envelliment actiu. Desgraciadament, les dones han de seguir responsabilitzant-se de les tasques prèviament esmentades en el context familiar més proper i en el dels fills que viuen fora de la llar. Conseqüentment, l'assumpció d'aquest rol té repercussions en el seu àmbit laboral i formatiu (p. e. limitant-los l'acumulació de drets de pensió o l'accés a l'assegurança sanitària) (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Secretaria d'Estat de Serveis Socials i Igualtat i Institut de Majors i Serveis Socials, 2015).

Ara bé, la vivència de la solitud és més positiva per part de les dones. Mentre que ells vinculen solitud amb relacions familiars, elles van més enllà de la família quan se senten soles (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Secretaria d'Estat de Serveis Socials i Igualtat i Institut de Majors i Serveis Socials, 2015). Reprenent l'Estratègia i el pla d'acció mundials sobre envelliment i la salut 2016-2020, s'hi atén a les dones i a la seva mobilitat i suggereix que la capacitat de les dones grans per conservar-la pot estar condicionada pel seu desig de romandre actives, pels dispositius que la facilitin (p. e. cadires de rodes), pel grau d'accessibilitat i seguretat (p. e. voreres, edificis) i per l'ajuda de la societat (p. e. conductors d'autobús o passatgers que les ajuden a pujar o a baixar).

Sens dubte, hem de millorar les condicions de les dones pensionistes que no han exercit professionalment o, en el cas d'haver-ho fet, reduir la bretxa salarial perquè la diferència entre les pensions de les dones grans i la dels homes grans no sigui tan elevada (Ministeri

de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Secretaria d'Estat de Serveis Socials i Igualtat i Institut de Majors i Serveis Socials, 2015) i perquè puguin tenir una vida digna. Com apunta l'INE (2017c), a més de pagar igual a homes i dones pel mateix treball, hem de treballar per eliminar els factors socials, legals i econòmics que incideixen en aquestes diferències salarials.

Quant a les pensions, en l'Informe de Rosa Kornfeld-Matte sobre el gaudi de tots els drets humans per part de les persones d'edat es remarquen les diferències entre els sistemes de seguretat social contributiva i els sistemes no contributius, ja que els primers són menys oportuns, atès que «tendeixen a accentuar la desigualtat de gènere, ja que és probable que les dones d'edat rebin menors pensions i altres prestacions contributives». No obstant això, molts països compten amb un sistema de pensions de jubilació bàsiques, les quals proporcionen subsidis per discapacitat o prestacions addicionals que complementen les pensions de jubilació. D'aquesta manera, es pretén que tinguin un nivell de vida adequat i que no freguin la pobresa (ibídem).

Probablement per aquestes qüestions, en l'Estratègia i el pla d'acció mundials sobre envelliment i la salut 2016-2020 es fixa com a objectiu estratègic el desenvolupament de sistemes de prestació d'atenció a llarg termini sostenibles i equitatius. Més concretament, i com s'apuntava anteriorment, el que les persones visquin més temps fa que requereixin durant més temps atenció i suport, però no per això s'està incrementant el nombre de persones joves que els prestin aquesta atenció o, inclusivament, algunes dones (tradicionalment associades al paper de cuidadores) estan (o pretenen estar-ho) ocupades en altres funcions socials i econòmiques.

Finalment, no hem de passar per alt la necessitat de pal·liar qualsevol tipus de violència exercida contra la dona. Cal seguir treballant en una legislació, accions i estratègies adequades que afavoreixin que les xifres disminueixin (fins i tot, desapareguin) i perquè les noves generacions no exerceixin aquestes manifestacions extremes de violència. En el cas de la violència exercida contra les dones grans, caldria una formació i una detecció primerenca per part de tots els agents implicats.

Davant les desigualtats de gènere constatades, hem d'apostar per l'oportunitat de canvi i pel desenvolupament personal de les dones (Lazarus i Folkman, 1986; Slaikeu, 1991), en el qual irremeiablement incideix —de manera molt positiva— el suport social (Seidmann, 2001; Thoits, 1995). Per exemple, mitjançant grups de suport i d'autoajuda entre dones per donar resposta als seus problemes. Elles, pel fet de viure més temps i soles, necessiten més suports —individuals i socials—, inclòs el suport a la independència física, psicològica i social. Al cap i a la fi, hem de visualitzar l'envelliment femení i hem d'analitzar la construcció dels significats socials de l'envelliment femení, via representacions socials, esquemes de percepció, creences, prejudicis i pràctiques (Yuni i Urbano, 2008).

Referències bibliogràfiques

AgeWatch (2015). *Índice Global de Envejecimiento. Resumen ejecutivo.* Recuperat de: goo.gl/mZlh4L

Enquesta de Població Activa (2010). *Conciliación entre la vida laboral y la familiar. Módulo año 2010.* Recuperat de: goo.gl/C1w0K5

Fons de Població de les Nacions Unides (2012). *Envejecimiento en el siglo XX1: una celebración y un desafío*. Recuperat de: goo.gl/hPRhxo

Havinghurst, R. J. (1963). Successful aging. R. Williams, C. Tibbits i W. Donohue (Eds.). *Process of aging: social and psychological perspectives*. Nova York: Alberton.

INE (2017a). *Encuesta de condiciones de vida (ECV). Año 2016*. Recuperat de: goo.gl/D8tdvl

INE (2017b). *Población en riesgo de pobreza persistente por grupos de edad*. Recuperat de: goo.gl/3ZVO7r

INE (2017c). *Salario anual medio, mediano y modal. Salario por hora. Brecha salarial de género (no ajustada) en salarios por hora*. Recuperat de: goo.gl/wN3ze4

INE (2017d). *Víctimas mortales por violencia de género.* Recuperat de: goo.gl/cf49iz

INE (2017e). *Encuesta continua de hogares. Año 2016. Nota de prensa.* Recuperat de: goo.gl/tycagW

INE (2017f). *Encuesta continua de hogares.* Recuperat de: goo.gl/Dmahhj

INE (2016a). *Esperanza de vida*. Recuperat de: goo.gl/ACpSGD

INE (2016b). *Cuidado de personas dependientes (niños o adultos enfermos, incapacitados o mayores).* Recuperat de: goo.gl/FeK73m

INE (2016c). *Tiempo medio dedicado a las distintas actividades. Actividades de hogar y familia (según tipo de hogar, según situación laboral).* Recuperat de: goo.gl/FL8gJD

INE (2016d). *Mujeres graduadas en educación superior.* Recuperat de: goo.gl/46kYUU

INE (2016e). *Estadística de violencia doméstica y violencia de género. Año 2015. Notas de prensa*. Recuperat de: goo.gl/rBBFEU

Informe de Rosa Kornfeld-Matte sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad. Recuperat de: goo.gl/5dTsJy

Katz, I. (1992). *La tercera edad. Un proyecto vital y participativo para reinsertar la vejez en nuestra sociedad*. Buenos Aires: Planeta.

Krzemien, D., Urquijo, S. i Monchietti, A. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontameinto a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema, 16*(3), 350-356.

Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere. Recuperat de: goo.gl/5LFFeI

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Secretaria d'Estat de Serveis Socials i Igualtat i Institut de Majors i Serveis Socials (ed.) (2015). *Marco de actuación para las personas mayores. Propuestas y recomendaciones para fortalecer el ejercicio de los derechos de las personas mayores*. Recuperat de: goo.gl/5r4E3a

Neugarten, B. L. (1996). *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.

OMS (2016). *Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Informe de la Secretaría*. Recuperat de: goo.gl/E9aJC6

Pszemiarower, S. (1988). Prevención en gerontología. *Medicina de la Tercera Edad*, *8*, 7.

Seidmann, S. (2001). *Soledad, redes sociales de apoyo y estilos de afrontamiento en diferentes grupos generacionales de mujeres*. Octava Reunión Nacional de la Asociación Argentina de Ciencias del Comportamiento, 14-6.

Slaikeu, K. (1991). *Intervención en crisis.* México: Manual Moderno.

Thoits, P. (1995). Stress, Coping, and Social Support Processes: Where Are We? What Next? *Journal of Health and Social Behavior,* 53-79.

Yuni, J. A. i Urbano, C. A. (2008). Envejecimiento y género: perspectivas teóricas y aproximaciones al envejecimiento femenino. *Revista Argentina de Sociología*, *6*(10).

Autores

CARMEN ORTE SOCIAS

Santander, Cantàbria. Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació; catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC). Directora del Màster Universitari. Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família (MISO). Codirectora de l'Anuari de l'educació de les Illes Balears. Directora de la International Summer Senior University.

Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El curs 1997-1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears, que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional.

Des de 2003 és investigadora principal en diversos estudis competitius sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques, i sobre l'educació per a la competencia familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat, i també de diverses investigacions europees en el context de la formació de formadors en prevenció de drogues, de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans i de l'educació intergeneracional en diversos països europeus.

MIREN FERNÁNDEZ-DE-ÁLAVA

Vitoria-Gasteiz (1985). Llicenciada en Traducció i Interpretació i doctora en Educació amb menció internacional per la Universitat Autònoma de Barcelona. Investigadora postdoctoral Juan de la Cierva del Ministeri d'Economia i Competitivitat al Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. La seva recerca se centra, principalment, en els col·lectius vulnerables, la interculturalitat i els joves, la família, i el gènere. És membre de GIFES de la UIB.

SALUT I ESTILS DE VIDA EN L'ALUMNAT GRAN DE LA IX INTERNATIONAL SUMMER SENIOR UNIVERSITY

Salut i estils de vida en l'alumnat gran de la IX International Summer Senior University

Carmen Orte Socías
Joan Amer Fernández
Carmen López-Esteva

Resum

En les darreres dècades, l'envelliment i l'augment de l'esperança de vida han comportat que les persones visquin més anys. Un aspecte fonamental és millorar la qualitat de vida de les persones en els seus darrers anys de vida, promovent la seva autonomia. En aquest sentit, els estils de vida saludable al llarg del cicle vital són molt importants per arribar a la darrera etapa en millors condicions. La International Summer Senior University (ISSU) va dedicar la seva darrera edició a aquesta temàtica. En el marc de l'esdeveniment, en foren entrevistats els participants per conèixer les seves pràctiques i expectatives en relació amb els hàbits saludables. L'objectiu del capítol és recollir aquesta experiència. El mètode va ser qualitatiu, amb entrevistes semiestructurades. Quant als resultats, s'apunten els principals aspectes assenyalats pels estudiants ISSU en relació amb els hàbits d'alimentació, l'exercici físic i els aspectes psicosocials de la qualitat de vida. Pel que fa a les conclusions, en primer lloc, l'experiència ha servit per constatar que l'alumnat apreciava el contingut formatiu de la ISSU en relació amb els estils de vida saludable. Segon lloc, els participants demostren en general unes bones pràctiques, probablement lligat al fet que l'alumnat ISSU és un segment de la població de la gent gran format i sensibilitzat, que assisteix habitualment a programes d'aprenentatge permanent.

Resumen

En las últimas décadas, el envejecimiento y el aumento de la esperanza de vida han comportado que las personas vivan más años. Un aspecto fundamental es mejorar la calidad de vida de las personas en los últimos años de vida, promoviendo su autonomía. En este sentido, los estilos de vida saludable a lo largo del ciclo vital son muy importantes para llegar a la última etapa en mejores condiciones. La International Summer Senior University (ISSU) dedicó su última edición a esta temática. En el marco del evento, los participantes fueron entrevistados para conocer sus prácticas y expectativas con relación a los hábitos de vida saludables. El objetivo del capítulo es recoger esta experiencia. El método fue cualitativo, con entrevistas semiestructuradas. En cuanto a los resultados, se apuntan los principales aspectos señalados por los estudiantes ISSU en relación con los hábitos de alimentación, el ejercicio físico y los aspectos psicosociales de la calidad de vida. En cuanto a las conclusiones, en primer lugar, la experiencia ha servido para constatar que el alumnado apreciaba el contenido formativo de la ISSU en relación con los estilos de vida saludable. En segundo lugar, los participantes demuestran en general unas buenas prácticas, aspecto tal vez vinculado al hecho que el alumnado ISSU es un segmento de la población mayor formado y sensibilizado, que asiste habitualmente a programas de aprendizaje permanente.

1. Introducció

En el marc de les accions universitàries relacionades amb persones grans de 55 anys a les illes Balears, trobam la universitat d'estiu per a grans en anglès, la International Summer Senior University (ISSU), que es realitza cada setembre al campus de Mallorca de la Universitat de les Illes Balears, des de fa 9 anys consecutius. La ISSU consisteix en un programa educatiu i alhora és un punt de trobada vinculat a un eix temàtic.

En la darrera edició el tema principal van ser els estils de vida saludable. Es varen dur a terme un conjunt de conferències i activitats impartides per experts de la UIB i professionals de l'illa. Primer, en salut física es va profunditzar en la manera de fer exercici i els beneficis que aporta al cos; segon, en la temàtica de la nutrició saludable va tenir un paper important la dieta mediterrània complementada per la visita a horts ecològics; i, tercer, es treballà el pensament positiu amb un taller de teatre i una aproximació teòrica a l'autoestima. Tot acompanyat de sessions de ioga matinals incloses que permeten fomentar la pràctica diària com a estil de vida.

Segons la bibliografia, una escassa o nul·la activitat física, el sedentarisme i uns mals hàbits alimentaris són un estil de vida poc saludable que contribueix a un augment del risc de sofrir obesitat i múltiples malalties cronicodegeneratives. D'altra banda, l'envelliment és un procés natural i irreversible que determina una pèrdua progressiva de la capacitat d'adaptació (Carvajal, Castaño i Caler; 2015), aquesta pèrdua pot ser regulada, fins a certs nivells, per l'estil de vida que cada persona porti. Per exemple, hi ha factors clau de l'estil de vida que s'associen amb el risc a patir càncer i s'assegura que la prevenció del càncer podria augmentar (McKenzie et al., 2016). La idea de l'envelliment saludable guarda relació amb una àmplia gamma de factors que, des del punt de vista holístic de la qualitat de vida, també comprèn el paper de l'estat emocional i psicològic de la persona. Aquest aspecte és mencionat en molts estudis en pro del foment d'una vida social activa i uns vincles interpersonals positius.

Es pot envellir de diferents maneres. Aquest estudi la investigació se centra en els factors de l'envelliment saludable o l'envelliment exitós. L'envelliment amb èxit és el concepte més acceptat segons la classificació de Rowe i Khan (1997) (citat a García, Casinello, Bravo, Nicolás, López, i Del Moral; 2010). Friedman, Shah i Hall (2015) postulen que fins a l'actualitat la major part dels estudis s'han dedicat al sector de persones grans d'especial fragilitat, tot i que són minoria. Afegeixen que l'estudi de l'envelliment exitós pot beneficiar tot un gruix de persones i els pot ajudar a evitar l'estat de fragilitat. En pro d'aquest objectiu, es recomana portar un estil de vida saludable, que no només és important si s'ha duit al llarg de la vida, sinó també, en particular, si es posa en pràctica durant aquesta etapa del cicle vital. Com diuen els resultats del Consorci sobre Xarxa de Salut i Envelliment de Cohorts a Europa i als Estats Units (CHANCES), l'esperança de vida augmentarà, però no només

es viuran més anys, sinó que practicant un estil de vida saludable es podrà mantenir la qualitat de vida (Kuulasmaa i Palosaari, 2016).

Un envelliment saludable té repercussions tant a nivell individual com comunitari o social. Cal fer una menció als efectes sobre la comunitat, sobre tot donat el nivell demogràfic creixent d'aquest sector de la població. La importància d'afavorir un envelliment actiu queda reflectida en les accions i/o els informes de caràcter internacional, com els de Nacions Unides (1999) i els de l'Organització Mundial de Salut (2005, 2014) (citats a Carvajal, Castaño i Caler; 2015). Els governs de diferents països, per exemple, dels Estats Units, així com els de la Unió Europea, destaquen la necessitat de desenvolupar guies nacionals de recomanacions o convertir les esmentades recomanacions d'exercici en un objectiu principal de la sanitat pública (Romo-Pérez, Schwingel i Chodzko-Zajko, 2011). El benestar de les persones grans afecta el seu entorn i la creixent càrrega de malalties cròniques repercuteix en els sistemes de salut i les economies. Per tant, l'estil de vida és una variable clau per gaudir d'un envelliment amb èxit; «condicions de salut [bones], funcionament físic òptim, alt funcionament cognitiu, afecte positiu i participació social són els criteris generalment acceptats per identificar aquesta forma d'envellir» (Fernández-Ballesteros, 2008, citats a García, Casinello, Bravo, Nicolás, López i Del Moral, 2010).

L'estil de vida està compost per una sèrie d'accions i actituds que es converteixen en hàbits perquè es mantenen en el temps i estan relacionats amb la manera personal d'entendre la vida i desenvolupar-la, els valors i les creences. En oposició, en un estil de vida poc saludable, l'anomenat saludable tendrà com a conseqüències una major autonomia i capacitat de decisió. En aquest punt, la formació de les persones, l'educació sanitària, té un paper important per apoderar la població posant la informació i el seguiment necessaris a l'abast de tothom per tal que es permeti una elecció real de l'estil de vida que una persona vol dur (Garcia, 2013, citat a Carvajal, Castaño i Caler; 2015). Sumat a aquesta acció, des d'un punt de vista sociològic, una intervenció preventiva primerenca és clau, ja que la manera d'envellir està altament determinada per les condicions de vida des de la infantesa (Zunzunegui i Béland, 2010, citat a Carvajal, Castaño i Caler; 2015).

En el marc d'un estil de vida saludable, la majoria dels determinants investigats en la literatura són, essencialment: no consumir tabac ni alcohol, una adequada alimentació, exercici físic, una condició psicològica que destaca per un balanç emocional positiu i formar part d'una xarxa de relacions positives i activitats intel·lectuals (García, Casinello, Bravo, Nicolás, López i Del Moral; 2010). Tots aquests factors estan enllaçats i, finalment, actuen de manera conjunta.

En primer lloc, tot i la dificultat d'analitzar cada factor de manera individual, l'exercici físic, el fet de practicar o no practicar exercici i els motius perquè això succeeixi han estat objecte d'estudi. Quina es la font de motivació en les persones adultes grans? Què és de-

terminant? L'estudi de Leyton, Jiménez, Naranjo, Castillo i Morenas (2011) enumeren nou factors diferents: la vitalitat, l'afecte positiu, l'autoestima positiva, la capacitat de gaudir, la satisfacció, l'interès, la concentració, l'esforç i la persistència en la pràctica física. Aquestes nou variables tenen una incidència molt important i correlacionen positivament amb el fet que una personi s'adhereixi a la pràctica d'exercici, practicant, així, un estil de vida saludable. Tot i així, cal destacar la diferència existent analitzada en funció del gènere.

L'exercici físic no només està relacionat amb la millora i el manteniment d'una condició física que permet major autonomia i benestar personal, sinó amb el manteniment dels circuits neuronals. Un envelliment cognitiu saludable, des de la perspectiva neurològica, té a veure amb el fet que els circuits neuronals preservats puguin compensar els més deteriorats, en el cas que hi hagi hagut una malaltia, i que es pugui millorar el rendiment de la xarxa i el funcionament neurològic, en general. Pérez, Padilla i Andrés (2012) expliquen que l'exercici físic afavoreix que s'enforteixin les dendrites de les neurones i la creació de noves espines en les mateixes neurones, és a dir, que ajuda a la reserva cognitiva i evita la pèrdua de funcionalitat del cervell. Al mateix temps, la dieta i un alt nivell educatiu, mantenir activitats d'aprenentatge i participar en l'activitat cultural també són factors destacats que afavoreixen la reserva cognitiva. Exemples d'aquests factors són el coneixement i la utilització de vàries llengües i desenvolupar activitats de compromís social com els voluntariats. Segons Carvajal, Castaño i Caler (2015) la bibliografia científica mostra l'evidència dels beneficis que aporta formar part de xarxes socials (actes culturals, agrupacions, etc.) per a la salut de les persones grans (com de tota la població).

No es pot oblidar tampoc l'impacte psicològic positiu que té el fet de realitzar exercici, no només relacionat amb les hormones que es produeixen, sinó amb el fet de sentir i percebre els canvis positius que es generen al propi cos. Com mencionen Castillo, Ortega i Ruiz (2005) contribueix a millorar la salut mental en relació amb la autoimatge i l'autoestima, i amb quadres de depressió, ansietat o trastorn del pànic.

En concordança amb la línia dels arguments aportats pels estudis anteriors, Castillo, Ortega i Ruiz (2005) plantegen la importància d'un «programa adequat d'exercici físic que permeti a la persona desenvolupar el seu potencial físic, atenuar les conseqüències de l'envelliment i millorar l'estat de salut físico-mental» (pàg. 153). Es pot dir que, tot i que l'exercici adequat necessita ser complementat per les altres variables per tenir un impacte realment positiu en la persona, les repercussions d'aquesta eina sobre el cos no es poden aconseguir per cap altra via, la força muscular cal ser exercitada. Com especifiquen els autors, l'entrenament de la força «afecta positivament a la salut cardiovascular i resulta favorable per malalties cròniques com la diabetis o l'osteoporosi» (pàg. 44), i dona a la persona gran autonomia, ja que manté o guanya la capacitat d'evitar caigudes, per exemple, i aquesta autonomia facilita la independència personal, ja que afavoreix «la possibilitat de viure més temps sense ajuda externa».

En segon lloc, l'altre gran pilar d'un estil de vida saludable és l'alimentació. El desenvolupament de totes les patologies mencionades es veurà afectat positivament o negativament en funció de l'alimentació que es porti, i té una major repercussió en la població d'edat avançada. Els ancians amb una millor qualitat de la dieta presenten menor risc de sofrir malalties cròniques (Martí, Cascales, Martínez, Sánchez i Pérez, 2015).

En particular, en relació amb la dieta mediterrània, una bona adherència a aquesta dieta s'associa a una disminució del pes corporal i de la pressió arterial. Per tant, disminueix el risc cardiovascular i afavoreix la prevenció de malalties cròniques i d'alguns tipus de càncer (Martí et al., 2015). Aquesta dieta, segons els mateixos autors, es caracteritza per un consum elevat de verdures, hortalisses, llegums, cereals de gra sencer, fruita i fruita seca, alhora que s'ingereix de forma elevada oli d'oliva. Per altra banda, domina un consum moderat del peix i els productes làctics, mentre que el consum de carn i derivats ha de ser baix. També destaca la presència del vi durant els àpats amb un consum regular però moderat. Dit això, sobretot relacionant la dieta mediterrània amb la prevenció de les malalties cardiovasculars, s'emfatitza la necessitat de combinar aquest patró d'alimentació amb la pràctica regular d'activitat física.

Finalment, en tercer lloc, la vida social i el benestar emocional. Es por observar que aquest tercer gran factor incideix en tots els altres i és crucial per gaudir de qualitat de vida. L'activitat social i generar vincles afectius positius augmenta la motivació de les persones i facilita l'adherència a activitats, activitats que duen a la persona a seguir activa en el seu dia a dia. A més, afavoreixen la preservació de les funcions cognitives i són un mitjà clau per mantenir actiu l'ús de les llengües i desenvolupar nous aprenentatges.

En conjunt, els objectius del capítol són conèixer els hàbits i les expectatives de l'alumnat participant a la ISSU en relació amb els estils de vida saludable. En concret, s'estudia què entenen per estil de vida saludable, s'indaga en els seus hàbits en relació amb l'alimentació i l'exercici físic, es demana quins haurien de ser els hàbits desitjables i se subratllen els aspectes psicosocials que contribueixen a l'estil saludable.

2. Mètode

2.1 Participants

Es tracta principalment de persones més grans de 65 anys (73%), amb un nivell educatiu alt, i especialment dones (77%). Per conèixer el seu perfil i estil de vida, a les entrevistes també se'ls demana pels seus hobbies i inquietuds culturals. Entre d'altres, els entrevistats citen la lectura, la pintura, la fotografia, el muntanyisme, el voluntariat i aprendre anglès.

Taula 1 | *Participants (N=13)*

Sexe	%	Edat	%	Estudis	%	Situació laboral	%
Home	23%	<65	14%	Secundaris	33%	Jubilats	73%
Dona	77%	>65	73%	Universitaris	67%	Altres	27%

2.2 Instruments

A partir dels objectius plantejats s'estructura un guió per a les entrevistes. Aquest guió és utilitzat també com a arbre de continguts per a la posterior anàlisi. Els ítems inclosos al guió són els següents: beneficis de l'estil de vida saludable, alimentació saludable, formació rebuda sobre estils de vida saludable, hàbits d'alimentació i salut, hàbits de consum d'alcohol i tabac, dieta mediterrània, relació de l'estil de vida saludable amb la prevenció de malalties cròniques i/o càncer, exercici físic realitzat, freqüència i duració de l'exercici físic realitzat, lligam entre dieta i activitat física i unes preguntes de tancament sobre quins factors es relacionen amb el fet de viure bé.

2.3 Procediment

Es van dur a terme entrevistes entre els participants de la ISSU. Es van encarregar de les entrevistes (10 entrevistes en espanyol i 3 en anglès) l'alumnat col·laborador de l'esdeveniment (principalment estudiants dels darrers cursos dels graus d'Educació Social i Pedagogia, també comptàrem amb dues persones grans voluntàries). Prèviament a les entrevistes, es va fer una breu sessió de formació a l'alumnat col·laborador per indicar-los els objectius i la metodologia de les entrevistes i per facilitar-los els guions. Les entrevistes, aproximadament d'una hora de duració, es feren al llarg de la setmana que durava la ISSU. Posteriorment, l'alumnat col·laborador s'encarregà de la transcripció, abans d'enviar-ho als autors del capítol per al buidatge de contingut.

2.4 Anàlisi de dades

La proposta metodològica utilitzada és qualitativa, concretament d'anàlisi de contingut. Per al buidatge, es classifica el contingut de les transcripcions mitjançant el programa NVIVO11 d'anàlisi qualitativa de dades. La informació recollida es categoritza a partir dels temes que apareixen en les respostes de les persones protagonistes entrevistades. Les preguntes del guió de les entrevistes i els grups de discussió estructuren les categories prèvies, mentre que aquelles informacions que van més enllà de les preguntes plantejades al guió es recullen com a categories emergents.

3. Resultats

Els resultats de l'article s'estructuren en quatre blocs: estils de vida saludable, alimentació, exercici físic i qualitat de vida. Quant al primer bloc, relatiu a la definició de l'estil de vida saludable i els seus beneficis, es recullen a les entrevistes diferents visions que tenen com a denominador comú la importància dels factors físics i psicològics. Quant als factors físics fan sobretot referència a l'alimentació i l'exercici. Quant als factors psicològics, esmenten principalment les relacions socials i l'actitud proactiva. Vegem-ne dos exemples:

> Primer, la satisfacció personal. Evidentment, sentir-se bé amb un mateix és fonamental, no té preu. I després dur una vida sana, trobar-se bé i no tenir malalties o tractar de tenir les menys possibles (entrevista 12).

> [Beneficis de l'estil de vida saludable] ...un se sent amb més energia. Experimentes coses noves, aprens diferents maneres de cuinar. I es pot conèixer més gent si vas a un gimnàs o participar en activitats esportives. I al meu entendre és un benefici perquè es pot viure més temps, i un se sent més brillant (entrevista 9).

El segon bloc de les entrevistes fa referència a l'alimentació. Es dona molta importància a l'alimentació en l'estil de vida saludable. Les persones entrevistades són conscients de la importància d'una alimentació sana i, en especial, del consum de fruita i la verdura i la disminució de la ingesta de carn, dolços i alcohol. En aquest sentit, hi ha bastant consens a les entrevistes a l'hora d'entendre el concepte d'alimentació saludable. Cal destacar que l'alumnat entrevistat, amb alguna excepció puntual, no ha rebut formació específica més enllà del curs d'estiu que atenien en el moment de fer les entrevistes. És important assenyalar el component autodidàctic a partir de la informació que reben dels professionals sanitaris, els mitjans de comunicació i els grups d'iguals. En les entrevistes, també fan referència als hàbits de consum lligats a aquest tipus d'alimentació saludable.

> Bàsicament, és menjar de tot. Tot el que sigui de temporada i en la seva justa mesura, mai en excés. Però menjar absolutament de tot.

> Som partidària de fer una dieta el més variada possible i aprofitar-se dels aliments de temporada, quilòmetre zero.

> Allà on visc cada dissabte fan un mercat de verdures ecològiques i m'acost i compr les verdures fresques. És un poc més car que el supermercat, però així m'assegur que les verdures siguin fresques (entrevista 11).

A les persones entrevistades se'ls demana sobre la seva dieta quotidiana i, segons expliquen, duen a terme una pràctica alimentària bastant en consonància amb els hàbits saludables. Durant el curs d'estiu, es dediquen sessions específiques a la dieta mediterrània i aquesta surt també a les converses. A les respostes alineen bastant l'alimentació que fan en el marc d'aquesta dieta. Les definicions que fan a les entrevistes recullen de manera bastant fidedigna els elements de la dieta mediterrània. Pel que fa al consum d'alcohol, es redueix en la majoria de casos a ocasions especials. També hi ha diferents entrevistats abstemis. Una pauta semblant succeeix amb el consum de tabac, algunes persones entrevistades manifesten haver fumat anys enrere, però només una ho fa actualment.

> Durant la setmana menj molta fruita, molta verdura, molt peix, una vegada a la setmana carn i un altre dia llegums. Tot cuinat a la brasa (entrevista 6).

> Menj molt variat, però depèn molt de si és estiu o hivern. A l'hivern et venen de gust plats més calents i a l'estiu més gaspatxos, fruita. I, a la nit sopars lleugers, tant és si és estiu o hivern (entrevista 7).

El tercer bloc de l'entrevista fa referència a l'exercici físic. Els entrevistats exposen que fan activitat física setmanal i tenen integrat l'esport dins la seva rutina i quotidianitat. Les activitats més populars són caminar, la natació i la gimnàstica. De totes, caminar és la més destacada. Els entrevistats realitzen l'activitat física principalment tots sols, amb l'excepció d'aquells que acudeixen a activitats programades a un gimnàs. En alguns casos, combinen l'activitat física amb dieta.

El quart bloc de l'entrevista es dedica a la qualitat de vida lligada als hàbits de vida saludable. En aquest sentit, s'apunten distints factors tant de caire psicològic personal com de caire material. Són els casos de la importància de mantenir-se actiu, la resiliència com una actitud vital, l'equilibri entre vida laboral, exercici físic i vida personal/familiar, satisfacció personal, tenir les necessitats materials cobertes. També parlen d'aspectes que canviarien per millorar la seva qualitat de vida, relatius a les relacions familiars i la importància que atorgaren a la vida laboral en el passat. En altres paraules, reconeixen que ara preferirien haver dedicat més temps a l'àmbit familiar. També l'alimentació té un paper:

> Que som el que mengem: pots modificar els teus hàbits d'alimentació i pots modificar els teus hàbits de pensament i sempre pots millorar en tot. I per descomptat sí, mir la vida amb molt optimisme (entrevista 8).

> Una persona que no s'alimenta adequadament té mancances vitamíniques o de proteïnes i aquestes mancances et porten a malalties. L'alimentació és fonamental. Jo considero que una persona viu bé quan té els mitjans per alimentar-se bé i per viure

> bé en una casa bona, amb les teves necessitats bàsiques cobertes i, dins d'això, escollir amb cura el que menges. El menjar bé va en la teva qualitat de vida (entrevista 11).

En general donen molta importància a la part psicològica i a la part econòmica.

> Però si una persona ha anat acceptant en la vida tots els passos, tot el que li ha passat. Jo que sé, doncs tindrà sofriments també, tot. Jo em fixo en la gent molt gran, hi ha persones que tenen una cara serena (entrevista 2).

> Amb estar satisfet, sembla molt petulant, però és veritat que estic satisfeta amb la meva vida i llavors això s'ha de notar. Satisfeta, miro enrere i m'agrada com ha estat la meva vida, com he arribat fins aquí. Tot i que he tingut moltes dificultats sóc aquí a gust (entrevista 8).

> Som privilegiada perquè faig el que em dona la gana, però per a això has de tenir salut, un cert nivell econòmic raonable, la serenitat de tenir coberta les teves necessitats, perquè una persona pobra, que no tingui diners per arribar a final de mes, ha de passar molta angoixa i això no et fa feliç (entrevista 12).

En conjunt, a les entrevistes a més de parlar de l'alimentació i l'activitat física, els entrevistats introdueixen altres aspectes personals i materials, tot aportant una definició més àmplia de les relacions entre els estils de vida saludable i la qualitat de vida.

4. Discussió i conclusions

Una persona gran activa i saludable seguirà participant activament en la societat i gaudirà d'una vida autònoma i enriquidora (García, 2013, citat a Carvajal, Castaño i Caler, 2015). Tant al marc teòric com a les entrevistes hem trobat una sèrie de denominadors comuns lligats a l'estil de vida saludable: la importància de l'alimentació, l'exercici físic i unes relacions socials actives. Donat que l'esperança de vida ha augmentat, aquests elements són claus per garantir que es viu més temps amb qualitat de vida. En aquest sentit, també cal afegir que tant la literatura com els entrevistats estan d'acord en la rellevància de tenir uns hàbits saludables encara que es comenci tard. A més, també a les entrevistes, les persones entrevistades contrasten allò que fan (els seus hàbits) amb allò desitjable per tenir un estil de vida més saludable.

Com afirmen O'Doherty, et al. (2016), «mai és massa tard» (pàg. 455), en un article on apel·len directament a les autoritats públiques, a les qual inciten que es facin càrrec d'aquesta necessitat social tan imperativa avui en dia. Al marc teòric, i en part a les entrevistes, queda palesa la diferència entre viure més anys i gaudir d'una alta esperança

de vida amb qualitat de vida, tot identificant la qualitat de vida amb un bon nivell d'autonomia, no dependència d'altres persones, tant motriu com de presa de decisions, i de benestar, tant emocional com psicològic.

Per aconseguir aquest nivell de qualitat de vida durant el màxim temps possible de la vida s'han detectat un conjunt de claus que s'han tenir en compte. Com diuen García et al. (2010) els factors principals on cal centrar l'atenció són l'exercici físic, l'alimentació i la vida personal i relacional. Coincidint amb el testimoni de les entrevistes realitzades, no només són importants els factors físics com l'exercici i l'alimentació, sinó que els factors psicològics, mantenir una vida social i una actitud proactiva, són també factors destacats. En el cas dels testimonis, associen els factors físics amb factors de caire social «hi vas i hi coneixes gent», cosa que destaquen com un punt positiu i motivador.

Realment destaca el paper que les persones donen a les relacions socials. Mencionen la vida familiar i personal com a una clau de la qualitat de vida. Alhora, assenyalen el benestar personal i mantenir una actitud de resiliència o un pensament positiu. Per tant, donen un pes important als factors psicosocials. D'altra banda, no deixen de banda el fet que un suport econòmic i material és imprescindible per poder desenvolupar la resta de processos.

El present capítol també compta amb limitacions, principalment lligades a la desitjabilitat social en les respostes dels entrevistats. A més, la mostra són els participants en un programa educatiu, per tant, el que persegueix l'estudi és identificar els estils de vida d'un sector determinat de la gent gran. Quant a les implicacions pràctiques i polítiques, es recullen bones pràctiques dels entrevistats, contrastades i alineades amb la literatura acadèmica. Per tant, són pràctiques que potencialment es poden exportar a altres sectors de la població gran. Pel que fa a les línies de futur de la recerca, se'n poden anomenar dues. En primer lloc, explorar més el lligam entre els continguts dels programes educatius de la gent gran i els seus hàbits de salut. En segon lloc, ampliar la recerca més enllà d'un perfil determinat de persones grans que atenen a programes formatius internacionals.

En conjunt, la ISSU és per ella mateixa un punt de trobada, un espai de socialització, convivència i d'aprenentatge compartit. Aquesta orientació li permet actuar, més enllà de la temàtica tractada, com un espai que, des d'una perspectiva de l'aprenentatge al llarg de la vida, fomenta una vida social activa i unes relacions interpersonals que s'alineen amb els aspectes psicològics d'un estil de vida saludable.

Agraïments

Els autors volen agrair a Àlex Tamayo i Margalida Fiol la col·laboració en les tasques de revisió documental i de les entrevistes. També volen agrair a Abolaji Ayodele, María Teresa Quirk, Talita Van Der Berg i Lídia Gili la col·laboració en la realització de les entrevistes.

Referències bibliogràfiques

Carvajal, M. J. C., Castaño, A. L., i Caler, I. L. (2015). *Envejecer bien física, psicológica y socialmente. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento*. Volum III, 111-117.

Castillo, M., Ortega, F. i Ruiz, J. (2005). Mejora de la forma física como terapia antienvejecimiento. *Med. Clin*., 124 (4), 146-155.

Friedman, S. M., Shah, K., i Hall, W. J. (2015). Failing to focus on healthy aging: a frailty of our discipline?. *Journal of the American Geriatrics Society*, *63*(7), 1459-1462.

García, R. F. B., Casinello, M. D. Z., Bravo, M. D. L., Nicolás, J. D., López, P. M., i Del Moral, R. S. (2010). Envejecimiento con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, *22*(4), 641-647.

Kuulasmaa, K., Palosaari, T. (ed.) (2015). Contributors from Partners of the Consortium on Health and Ageing: Network of Cohorts in Europe and the United States (CHANCES). CHANCES cohort descriptions, assessment of the availability and quality of data, and definitions of variables. MORGAM Project e-publications (6). Recuperat de http://www.thl.fi/publications/morgam/chances_d9/index.html

Leyton, M., Jiménez, R., Naranjo, J., Castillo, M. i Morenas, J. (2011). Aplicación de un programa motivacional para promocionar la actividad física en adultos y mayores. *Arch. Med. Deporte*, *30*(1), 25-33.

Martí, A. Z., Cascales, R. F., Martínez, M. J. C., Sánchez, J. A. H. i Pérez, A. L. (2015). Adherencia a la dieta mediterránea y su relación con el estado nutricional en personas mayores. *Nutrición Hospitalaria*, *31*(n04), 1667-1674.

McKenzie, F., Biessy, C., Ferrari, P., Freisling, H., Rinaldi, S., Chajès, V., ... i Trichopoulos, D. (2016). Healthy lifestyle and risk of cancer in the European prospective investigation into cancer and nutrition cohort study. *Medicine*, *95*(16).

O'Doherty, M. G., Cairns, K., O'Neill, V., Lamrock, F., Jørgensen, T., Brenner, H., ... i Boffetta, P. (2016). Effect of major lifestyle risk factors, independent and jointly, on life expectancy with and without cardiovascular disease: results from the Consortium on Health and Ageing Network of Cohorts in Europe and the United States (CHANCES). *European journal of epidemiology*, *31*(5), 455-468.

Pérez, L., Padilla, C. i Andrés, P. (2012). L'activitat física i altres factors de reserva cognitiva en l'envelliment. A Orte, M. C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012*, 250-264.

Romo-Pérez, V., Schwingel, A. i Chodzko-Zajko, W. (2011). International resistance training recommendations for older adults: Implications for the promotion of healthy aging in Spain. *Journal of Human Sport and Exercise*, *6*(4), 639-648.

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. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC). Directora del Màster Universitari. Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família (MISO). Codirectora de l'Anuari de l'educació de les Illes Balears. Directora de la International Summer Senior University.

Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El curs 1997-1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears, que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional.

Des de 2003 és investigadora principal en diversos estudis competitius sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques, i sobre l'educació per a la competencia familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat, i també de diverses investigacions europees en el context de la formació de formadors en prevenció de drogues, de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans i de l'educació intergeneracional en diversos països europeus.

JOAN AMER FERNÀNDEZ

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

CARMEN LÓPEZ-ESTEVA

Educadora social llicenciada en Psicopedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Orientada en els temes d'inclusió i participació familiar amb el treball de fi de màster sobre Orientació educativa per a la transformació escolar als centres de secundària, pendent de

publicar. Cursa el doctorat d'Educació en el grup de recerca GIFES (Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social) i les seves línies de recerca són l'envelliment amb èxit i la cohesió social.

PRODUCCIÓ CIENTÍFICA I PROJECCIÓ EUROPEA DELS PROGRAMES UNIVERSITARIS PER A PERSONES GRANS

Producció científica i projecció europea dels programes universitaris per a persones grans

Liberto Macías González

Resum

L'accés, generalitzat i universal, a l'educació superior de persones més grans de 50 anys és un element significatiu tant per la persona que accedeix als programes educatius com per a la pròpia institució. Amb aquest article es vol presentar una aproximació al fenomen dels Programes Universitaris per a Persones Grans (PUM), tot fent un repàs de com varen sorgir les primeres experiències a nivell internacional per arribar a com es varen iniciar els primers programes a Espanya i realitzant una anàlisi de la feina que s'ha fet en aquest àmbit. Un aspecte que resulta interessant i que es tractarà a l'article és la projecció científica que s'ha produït en el marc d'aquest tipus de programes, quin tipus d'estudis i investigacions s'han desenvolupat en relació amb les persones grans, l'envelliment actiu i la gerontologia en general; també es tractarà la projecció internacional, a través dels programes europeus, que tenen en aquest moment els PUM, i revisarem quin tipus de projectes són els que més interès susciten i quins països són els més participatius i col·laboratius en aquest tipus de projectes.

Resumen

El acceso, generalizado y universal, a la educación superior de personas mayores de 50 años es un elemento significativo tanto para la persona que accede a los programas educativos como para la propia institución. Con este artículo se quiere presentar una aproximación al fenómeno de los Programas Universitarios para Personas Mayores (PUM), ver cómo surgieron las primeras experiencias a nivel internacional para llegar a cómo se iniciaron los primeros programas en España y analizar el trabajo que se ha hecho en este ámbito. Un aspecto que resulta interesante, y que se tratará en el artículo, es la proyección científica que se ha producido en el marco de este tipo de programas, qué tipos de estudios e investigaciones se han desarrollado con relación a las personas mayores, el envejecimiento activo y la gerontología en general. También se tratará la proyección internacional, a través de los programas europeos, que tienen en este momento los PUM, y revisaremos qué tipos de proyectos son los que más interés suscitan y qué países son los más participativos y colaborativos en este tipo de proyectos.

1. Els programes educatius per a persones grans

Dins el fenomen del moviment educatiu de persones grans es pot situar un primer moment, referència principal en tots els estudis i anàlisis que es realitzen sobre aquesta temàtica, que pertany a la creació de la primera iniciativa educativa per a persones

grans en una institució universitària a França. El naixement i desenvolupament de la primera Universitat per a la Tercera Edat (UTE) es realitzà a la Universitat de les Ciències Socials de Tolosa el 23 de febrer de l'any 1973. En aquesta universitat, el Consell de la Unité d'Enseignement et de Recherche «Etudes Internationales et Développement» creà la Université du Troisième Âge sota la direcció del professor en Dret Internacional Pierre Vellas (Orte i Vives, 2006, AEPUM, 2012). El professor Vellas estava engrescat en un estudi que va ser el que desencadenà el disseny d'una escola d'estiu per a persones jubilades, amb un programa de conferències, concerts, visites guiades i altres activitats culturals. El professor Vellas pretenia repetir aquesta experiència l'estiu següent per la bona acollida que va tenir i per com havia anat tot, però a causa de l'èxit aconseguit i de l'interès manifest dels estudiants que varen participar en aquella primera edició, es va imposar dissenyar un programa de cursos impartits per professorat universitari al campus, durant el curs acadèmic següent (Orte i Vives, 2006).

A causa d'aquest èxit, l'any 1975, es creà l'Associació Internacional d'Universitats de la Tercera Edat (AIUTA), amb els objectius següents:

- Promoure els intercanvis d'experiències entre els alumnes de les universitats de la tercera edat.
- Suscitar la creació de noves universitats de la tercera edat en els cinc continents.
- Aspirar a ser reconeguda cada vegada més com l'interlocutora representativa de les universitats de tercera edat als grans debats sobre la problemàtica de l'envelliment.
- Participar en la tasca de recerca realitzada en el camp de l'envelliment de les persones i de la societat.

En aquesta primera experiència de l'AIUTA van formar part universitats de França, Bèlgica, Suïssa, Polònia, Itàlia, Suècia, Alemanya, Gran Bretanya i Estats Units, que agruparen més de 3.000 experiències educatives (AEPUM, 2012).

Després d'aquella primera experiència a França, en començaren a sorgir de similars en altres països, i aparegueren, d'aquesta manera, diversos models d'universitat de la tercera edat:

Model francès: conegut com UTA (Université du Troisième Âge), aquest model es pot datar a l'any 1968, quan es va aprovar la legislació que exigia a les universitats franceses proporcionar una educació permanent. El 1973, el professor Pierre Vellas, a la Universitat de Tolosa, dissenyà una universitat d'estiu per a jubilats locals. L'any 1975 la UTA es va estendre a altres llocs de França, cosa que facilità, així, la participació a tots els jubilats,

ja que no s'exigien exàmens i la quota de matrícula era mínima. La metodologia es basava principalment en la realització de conferències, cursos, tallers, excursions, entre d'altres activitats. A partir d'aquest moment, entre els anys 1970 i 1980, el moviment de les UTA s'anà estenent a altres universitats europees de Bèlgica, Suïssa, Itàlia, Polònia i Espanya, a l'Europa continental, i fins i tot a l'altra banda de l'Atlàntic, arribant fins a Sherbrooke, al Quebec (Canadà), i a Sant Diego, a Califòrnia (Estats Units) (Swindell i Thompson, 1995; Leung, Lui i Chi, 2006, Swindell, 2009, Shinagel, 2012).

Model britànic: conegut com U3A (University of the Third Age), aquest model, també conegut com Cambridge, es desenvolupà al Regne Unit amb la finalitat de canviar l'enfocament que fins al moment tenien les UTA. El juliol de 1981, en arribar a la Universitat de Cambridge, va canviar el nom per evidenciar aquest enfocament diferent que es pretenia imposar. Aquest model es caracteritza per adoptar una metodologia d'ensenyament basat en l'autoajuda, és a dir es fonamenta en un ensenyament de participació entre iguals sense la necessitat de la figura del mestre o professor. Tots els participants són experts jubilats en alguna temàtica i d'aquesta manera s'anima la persona gran a transmetre les seves habilitats i els seus coneixements entre la resta de companys (Leung et al., 2006). Aquest model ha tingut èxit a les universitats de Gran Bretanya, Austràlia i Nova Zelanda, sobretot (Swindell i Thompson, 1995, Swindell, 2009, Shinagel, 2012).

Donada l'existència d'aquests dos models, amb el temps sorgí un model híbrid que adoptà característiques de tot dos models ja existents, apareixent un altre tipus d'estructura, el conegut com:

Model mixt: com es reflecteix en el seu nom reuneix característiques de cadascun dels models anteriors, solen ser propostes organitzatives que contemplen aspectes de les universitats populars (formació permanent, animació sociocultural, etc.) i les universitats de la tercera edat (universitat oberta, d'extensió cultural, etc.), per tant comparteix qualitats de les dues tradicions (Orte, Touza i Holgado, 2006).

Com assenyala Formosa (2012), des del sorgiment del moviment UTA s'ha convertit en un èxit a nivell mundial, ja que ha arribat a tots els continents i s'ha expandit per multitud de ciutats de tots els països. S'ha de comentar que no en tots els llocs s'ha mantingut la mateixa estructura, que s'ha adaptat a les característiques de l'entorn i a la influència rebuda d'altres països.

2. Els inicis dels Programes Universitaris per a Persones Grans a Espanya

El naixement d'aquest tipus d'oferta educativa, a nivell espanyol, és una mica més tardà, com assenyala AEPUM (2012). El 1978, a proposta de la Sotsdirecció General de la Família se signaren diversos convenis amb diferents entitats culturals privades per fomentar estudis

universitaris per a les persones més grans. A partir d'aquell moment s'organitzaren dues jornades, en les quals a manera de reunió s'inicià el fenomen de les Aules de la Tercera Edat. Les primeres experiències foren les següents:

- L'octubre de 1978 se celebraren les I Jornades Nacionals d'Aules de la Tercera Edat a Santiago de Compostel·la.

- El setembre de 1979 se celebraren les II Jornades Nacionals d'Aules de la Tercera Edat a Múrcia.

Passats uns anys, el 1982, començaren a funcionar les Aules de Formació per a Persones Adultes de Catalunya (AFOPA), que desenvolupaven, i segueixen desenvolupant, programes educatius, prioritàriament conferències, sota la tutela de diferents universitats catalanes (Orte et al., 2006).

Arribada la dècada dels anys noranta, s'inicià a Espanya una nova proposta, la d'obrir la universitat a les persones grans, sense crear centres diferents com les Universitats Populars o les Aules de la Tercera Edat. Es tractava de projectes educativoculturals destinats a la població més gran, sota l'auspici de la universitat i el suport d'institucions nacionals i autonòmiques de tipus social i, en alguns casos, com per exemple a les illes Balears, de tipus educatiu (Orte i Vives, 2006). No es tractava de crear universitats de persones grans o de tercera edat, sinó de dissenyar programes reconeguts oficialment, títols propis, que oferirien les universitats públiques i privades a un col·lectiu que fins aleshores no tenien un accés obert a la institució principal d'educació superior.

La denominació de Programes Universitaris per a Persones Grans (PUM) va ser consensuada pels representants d'aquests programes i es va respectar la proposta del Ministeri que només es denominessin universitats els centres reconeguts com a tals. Les primeres experiències sorgiren a principis dels anys noranta. La Universitat d'Alcalá Henares fou la primera, el 1991, a obrir la universitat a les persones més grans; més endavant, l'any 1993, la Universitat Pontifícia de Salamanca va ser la següent a dissenyar cursos a la seva institució i dos anys més tard, en 1995, va ser la Universitat de Granada la que va seguir els passos de les universitats pioneres. A partir d'aquells moments es varen anar creant programes en la majoria de les universitats espanyoles. El mes de novembre de l'any 1996, a la Universitat de Granada, s'organitzà la Primera Trobada de Programes Universitaris per a Persones Grans (AEPUM, 2012). Les illes Balears no han estat una excepció, més aviat al contrari, la Universitat de les Illes Balears, mitjançant el seu programa Universitat Oberta per a Majors (UOM), forma part d'aquests inicis. El 2018 complirà el vintè (20è) aniversari de la seva creació.

L'accés, generalitzat i universal, a l'educació superior de persones més grans de 50 anys és un element significatiu tant en la persona que accedeix als programes educatius com per a la pròpia institució. Segons dades de l'Associació de Programes Universitaris per a Persones Grans (AEPUM), durant l'any acadèmic 2016-17 es van matricular, en totes les universitats que formen part d'aquesta associació, un total de 51.712 alumnes, dels quals un 38% són homes i un 62% són dones. Com assenyalen les autores Orte et al. (2006) el moviment, d'aquest tipus de programes, va sorgir en un moment, i immers en un context, en el qual el fenomen de l'envelliment de la població s'estava produint en unes condicions de salut, de recursos i serveis, d'expectativa de vida i de disponibilitat de temps i llibertat de decisió molt àmplia per a aquest col·lectiu.

Un dels objectius principals dels PUM és possibilitar al seu alumnat l'adaptació als canvis que es produeixen a la societat actual, o al menys facilitar-los-hi o fer-los accessibles les eines necessàries per a aquesta adaptació. Aquest objectiu prioritari pot ser un dels motius perquè bona part de les programacions acadèmiques dels plans d'estudis d'aquests programes incloguin continguts vinculats a l'aprenentatge de les habilitats i destreses que permetin aconseguir-les. A través dels PUM s'intenta contribuir a un envelliment actiu, competent i a una millora de la qualitat de vida de les persones més grans. Aquesta qualitat de vida, aquesta cerca d'un envelliment actiu, d'un envellir amb saviesa, s'ha de complementar amb un domini o coneixement adequats de les eines informàtiques que la nostra societat ens està requerint per poder avançar, d'una manera adequada, en les diferents àrees de la nostra vida, així com també possibilitar la comunicació i la relació amb els altres.

Amb l'aparició dels PUM, al voltant de tot el territori nacional, sorgeix la necessitat d'organitzar encontres, jornades, seminaris, entre d'altres activitats, amb la finalitat de crear un espai en el qual els responsables dels diferents programes que estaven en marxa, d'aquells que començaven a formar-se i d'aquells que tenien en ment llançar-se a implementar-los a la seva universitat d'origen, tinguessin l'oportunitat de veure's i compartir les experiències que estaven realitzant a les seves respectives institucions. Els Encontres Nacionals, i més tard els Seminaris de Treball s'han convertit en un punt de trobada i reflexió de professionals en què es possibilita el debat sobre el dia a dia dels diversos programes i es comparteixen aquells aspectes que poden ser útils per a la millora del programa, a fi de conèixer tant les dificultats detectades com els èxits aconseguits i que poden ajudar en la tasca a una altra institució amb les mateixes característiques.

Des de l'organització del Primer Encontre Nacional, l'any 1996, s'han realitzat moltes i diverses activitats que es destaquen a continuació.

Taula 1 | *Relació d'activitats realitzades emmarcades en els PUM*

Activitat	Nombre i anys
Encontres nacionals	S'han realitzat 15 encontres nacionals des de 1996 fins a 2017
Seminaris de treball	S'han realitzat 8 seminaris de treball des de 2005 fins a 2016
Simposi i seminaris (nacionals i internacionals)	S'han dut a terme 5 des de 1998 fins a 2010: un simposi internacional en el 2003 un seminari nacional en el 2002 tres seminaris internacionals el 1998, 2008 i 2010
Jornades	S'han dut a terme 17 jornades des de 2005 a 2015. S'inclouen: Jornades tècniques, científiques, etc. Jornades sobre associacionisme als PUM. Jornades organitzades per una universitat determinada sobre una temàtica relacionada amb els PUM.

Font: pàgina web AEPUM (elaboració pròpia)

Com es pot apreciar, el treball que s'ha fet i que s'està realitzant des de les primeres experiències fins ara és considerable. Molta d'aquesta feina ha estat possible pel suport constant de l'AEPUM que des de la seva creació, el 2004, ha estat recopilant informació i donant forma al que són actualment els PUM.

L'AEPUM està format per universitats públiques i privades, així com per altres entitats amb personalitat jurídica que tinguin entre les seves finalitats la formació universitària per a persones grans. Entre les seves finalitats es troba fomentar els programes educatius per a persones grans dins l'àmbit universitari, a fi de contribuir al desenvolupament formatiu i cultural del col·lectiu de les persones grans.

L'Associació, per al compliment de les seves finalitats, entre moltes d'altres, tractarà de:

- promoure noves estructures educatives, formatives i culturals relacionades amb les persones grans;
- procurar la col·laboració i presència de l'Associació en les activitats universitàries de caràcter científic, acadèmic o cultural;
- concertar amb les administracions públiques estudis i projectes que siguin d'interès per a la formació permanent en l'àmbit dels programes per a persones grans i la formació permanent;

- col·laborar amb les administracions públiques i entitats privades que tinguin per objecte la formació de les persones majors;
- participar en programes europeus destinats a finalitats anàlogues als de l'Associació;
- l'execució d'accions encaminades a afavorir les innovacions educatives en la formació permanent i al llarg de la vida;
- la promoció d'activitats i de xarxes destinades a afavorir les relacions intergeneracionals;
- l'estímul per a la publicació de treballs científics, estudis, monografies i tesis doctorals, realitzades en l'àmbit de les persones grans;
- promoure l'establiment de sistemes de beques i ajudes, i
- impulsar i realitzar publicacions per a la seva edició amb caràcter periòdic (com el butlletí de l'AEPUM i el portal web www.aepumayores.org) o circumstancial (recerques i documents), sobre temes i qüestions relacionats amb les finalitats de l'Associació, així com col·laborar en publicacions periòdiques i altres mitjans de difusió que puguin contribuir al major coneixement recíproc de la universitat i l'Associació.

L'AEPUM està integrada per 44 universitats, repartides per les comunitats autònomes d'Andalusia (7), Madrid (5), Castella i Lleó (6), Catalunya (5), Cantàbria (1), Galícia (3), Canàries (2), Comunitat Valenciana (5), Múrcia (2), la Rioja (1), Castella la Manxa (1), Extremadura (1), Navarra (1), País Basc (1), Principat d'Astúries (1), Illes Balears (1) i la UNED. La seva acció reuneix més de 50.000 alumnes més grans de 50 anys que desenvolupen activitats formatives als centres associats.

3. Producció científica en el marc dels Programes Universitaris per a Persones Grans

S'ha fet una consulta a disset responsables[1] (gestors i responsables tècnics i acadèmics) de diferents PUM de tota la geografia nacional, per saber si en el marc dels seus programes educatius per a les persones més grans s'ha produït, o se segueix, d'alguna manera una línia de feina que proporcioni estudis i/o materials per a una bona implementació i un bon

[1] Els disset responsables participants en la consulta són de les següents universitats: Universitat d'Alacant, Universitat Catòlica Santa Teresa de Jesús d'Àvila, Universitat Autònoma de Barcelona, Universitat de Burgos, Universitat de Cantàbria, Universitat Pontifícia de Comillas (Madrid), Universitat de Deusto, Universitat d'Extremadura, Universitat de Granada, Universitat Jaume I, Universitat de la Laguna (Tenerife), Universitat de las Palmas de Gran Canaria, Universitat de Lleida, Universitat Politècnica de València, Universitat Pontifícia de Salamanca, UNED i Universitat de Valladolid.

desenvolupament dels diversos programes, així com unes guies de bones pràctiques amb la finalitat de millorar el funcionament futur dels programes mateixos.

Taula 2 | *Producció científica: universitats participants*

	Universitats participants		Percentatges	
Producció científica	No	Sí	No	Sí
Tesis doctorals	10	7	59%	41%
Treballs final de grau i/o final de màster (TFG/TFM)	12	5	71%	29%
Treballs presentats en congressos nacionals i internacionals	2	15	12%	88%
Publicacions en revistes especialitzades	8	9	45%	53%

Font: elaboració pròpia

Com es pot apreciar a la taula 2, al marc dels PUM, les universitats consultades tenen una participació d'una manera molt diversa. En general, s'ha generat una producció científica important, en forma de treballs acadèmics i/o d'estudis científics. Si es revisen els percentatges, es pot observar que, pel que fa a tesis doctorals i treballs de final de grau i/o màster (TFG /TFM), el nombre d'universitats que en el marc dels seus programes educatius per als més grans han generat aquest tipus de materials no és molt elevat; de les 17 universitats que participaren a la consulta només 7, és a dir el 41%, han duit a terme una tesi doctoral, i només el 29%, 5 del total d'universitats participants en la consulta, han realitzat emmarcats als seus estudis de grau TFG i TFM relacionats amb el col·lectiu de persones grans, l'envelliment o de temàtica gerontològica.

De manera destacada un 88% de les universitats consultades, 15 han aportat treballs científics a congressos nacionals i internacionals; com s'aprecia molta més producció, segurament el motiu és perquè aquests tipus d'estudis han sorgit dels responsables mateixos dels diferents PUM. Així mateix, un 53%, 9 universitats del total consultat, ha publicat en revistes especialitzades.

Taula 3 | *Producció científica: treballs realitzats*

Producció científica	Nombre de treballs
Tesis doctorals	13 tesis doctorals presentades i 2 en procés de redacció
Treballs final de grau i/o final de màster (TFG/TFM)	Més de 14 treballs realitzats
Treballs presentats en congressos nacionals i internacionals	Més de 87 treballs presentats en congressos nacionals i més de 42 treballs presentats en congressos internacionals
Publicacions en revistes especialitzades	Més de 40 publicacions nacionals i més de 15 publicacions internacionals

Font: elaboració pròpia

Analitzant la taula 3, es pot apreciar el nombre de treballs realitzats en cada una de les opcions que s'han donat. Com s'observa, en el marc dels PUM, s'han presentat 13 tesis doctorals i 2 estan en procés de redacció, en el moment de la consulta. Quant als TFG i TFM, es pot apreciar que els alumnes dels estudis de grau han realitzat i presentat més de 14 treballs.

Pel que fa als estudis i articles presentats en congressos, tant nacionals com internacionals, s'observa que s'han fet més de 87 comunicacions i/o pòsters en congressos, encontres i jornades nacionals, i més de 42 en congressos d'àmbit internacional. A més, s'han publicat més de 55 articles en revistes especialitzades tant nacionals com internacionals.

Aquestes xifres demostren l'interès que suscita aquest tipus d'estudis i d'investigacions entre els professionals que fan feina per millorar i arribar a una qualitat en els seus programes educatius.

4. La internacionalització dels Programes Universitaris per a Persones Grans

La participació i col·laboracions interuniversitàries, tant en projectes nacionals com internacionals, és una de les estratègies i línies de feina que les diferents universitats estan posant en valor, per una banda, per la possibilitat de fer participar d'una manera molt activa l'alumnat més gran i, per l'altra, perquè són projectes que enriqueixen molt el programa de tots els socis participants.

A la taula 4 es pot apreciar que la participació en aquest tipus de programa encara no està molt generalitzada en els PUM, només el 41% (7 universitats) han participat o participen en projectes a nivell nacional i el 29% (5 universitats) participen en projectes europeus. La dificultat de la participació en projectes internacionals, a part de la necessitat de recursos humans per poder ampliar activitats i el suport que cada PUM pugui tenir de la seva universitat és la de trobar països socis per compartir projecte, a més de la necessitat d'una mínima infraestructura per poder funcionar bé en aquest tipus de programes. Un comentari generalitzat dels responsables de programes que participen en projectes europeus és que quan s'hi comença ja no se'n pot sortir, és una experiència tan positiva per a tots que enganxa i s'ha de continuar per aquest camí; camí ja una mica més fàcil perquè ja es té un bagatge i uns socis de viatge.

El que fa la majoria de PUM és col·laborar amb altres institucions i entitats de diversa indole. El 88% de les universitat consultades ha realitzat col·laboracions amb entitats, tant públiques com privades.

Taula 4 | *Participació en projectes nacionals i internacionals*

	Universitats participants		Percentatges	
Participació en projectes	No	Sí	No	Sí
Participació en projectes nacionals	10	7	59%	41%
Participació en projectes europeus i iberoamericans	12	5	71%	29%
Col·laboració amb altres institucions	2	15	12%	88%
Participació en projectes nacionals	Més de 15 projectes nacionals			
Participació en projectes europeus i iberoamericans	Més de 26 projectes europeus i 1 iberoamericà			
Col·laboració amb altres institucions	Unes 81 col·laboracions amb altres institucions, com col·legis, instituts, residències, ajuntaments, centres culturals, associacions, etc.			

Font: elaboració pròpia

En una revisió de les pàgines web dels diferents PUM que participen en projectes europeus i del web de l'AEPUM s'ha trobat informació que fa referència a projectes europeus en els quals han participat els següents PUM:

Universitat Permanent (Universitat d'Alacant)
Universitat per a Majors (Universitat Jaume I)
Universidade Sénior (Universitat de la Corunya)
Aula de Mayores +55 (Universitat de Màlaga)
Aula Permanente de Formación Abierta (Universitat de Granada)
Universidad para los Mayores (Universitat Complutense de Madrid)
Cátedra Intergeneracional Programa Universitario de Mayores (Universitat de Còrdova)
Universitat Oberta per a Majors (Universitat de les Illes Balears)

Els països que han participat i col·laborat en els projectes dels PUM de les universitats espanyoles són pràcticament la majoria dels països europeus, aquí hi ha una selecció dels socis més col·laboratius: Alemanya, Àustria, Bulgària, Dinamarca, Eslovàquia, Eslovènia, Finlàndia, França, Grècia, Hongria, Irlanda, Islàndia, Israel, Itàlia, Letònia, Luxemburg, Noruega, Països Baixos, Polònia, Portugal, Regne Unit, República Txeca, Suècia, Turquia i Xipre. També s'han trobat projectes amb països llatinoamericans, un exemple són: Argentina, Costa Rica, Guatemala i Perú.

Les àrees temàtiques dels projectes que s'ha dut a terme, o estan en marxa, són sobretot per al foment i treball en quatre àrees o àmbits:

El foment de les eines TIC: en aquesta àrea es poden trobar projectes dirigits a promocionar les competències TIC entre els ciutadans més grans per la importància que en aquests moments tenen en la nostra societat com a recurs d'informació i de comunicació i per reduir la bretxa digital que es dona en aquest col·lectiu. Projectes com ICT+50, SenTrain, SeaApp, ActiveICT, de la Universitat Jaume I, SENNET (Seniors in Net), EuCoNet (European Computer Network), eLiLL (elearning in Late Life), de la Universitat d'Alacant, i E-Com+45 (E-COMPETENCES and E-COMMUNICATION for People from their Mid to Late FORTIES and SENIORs), de la Universitat de Màlaga, són un exemple de la feina en aquest àmbit TIC.

Foment de la ciutadania europea a través de la cultura i les llengües: en aquesta àrea es poden trobar projectes destinats a promocionar una ciutadania europea, una ciutadania activa i unida a una característiques comunes com a ciutadans europeus. En aquests projectes es fomenta l'estudi i l'aprenentatge d'idiomes com a eina de comunicació entre els països socis, a més de l'ús de les TIC per estar en contacte amb tots els participants. Un exemple de projectes d'aquesta àrea, són: ODE (Open Doors for Europe), SENIOR (Support European Neighbours in Open Relations), de la Universitat d'Alacant, Routes Towards Europe, European Senior Citizens' Storyboard, de la Universitat de la Corunya, i NATURE (Natural Active Teaching as Unique Realisation of Education), de la Universitat de les Illes Balears.

Foment dels hàbits saludables en les persones grans: un altre àmbit que es treballa molt és el dirigit a promocionar hàbits de salut positius, així com un envelliment actiu. Alguns d'aquests projectes són BALL (Be Active through Lifelong Learning), PPS (Peer to Peer Support Fostering Active Ageing), EHLE (Empowering Health Learning in the Elderly), del programa de la Universitat Permanent d'Alacant, ProHospiz (Guia pràctica y multicultural per a l'establiment de cures pal·liatives), de la Universitat de la Corunya, i KIFLI (Keeping Fit in Later Life), de l'Aula de Mayores de Màlaga, que fomenta l'activitat física com una manera de mantenir-se actiu tant física com mentalment.

Foment de les relacions integeneracionals: una altra àrea que es treballa molt és la relacionada amb les activitats entre membres de diferents generacions pels beneficis que n'obtenen tots els participants. Exemples d'aquests tipus de projectes els trobam a la Universitat Permanent d'Alacant amb el projecte Liestyles Revisited: Educational Experiments in Intergenerational Environments i a la Universitat de les Illes Balears amb el projecte SACHI (Sharing Childhood), en el que fan feina conjunta els més grans amb els més petits.

Aquests projectes només són una petita mostra de tota la feina que es du a terme en els PUM, la qual implica la participació i col·laboració de moltes persones, entre alumant, professionals, entitats col·laboradores, etc. La feina i el temps dedicat s'han de posar

en valor i han de rebre el reconeixement que mereixen. S'ha de seguir i aprofundir en aquesta línia de feina, ja que una feina compartida és una millor feina, l'aprenentatge és més ampli i la transmissió del coneixement és més extensa i més intensa.

Referències bibliogràfiques

Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores. (2012, juliol). *Boletín monográfico de la AEPUM*, 1. Recuperat de http://www.aepumayores.org/sites/default/files/Boletin_Monografico_AEPUM.pdf

Formosa, M. (2012). Education and Older Adults at the University of the Third Age. *Educational Gerontology*, *38*(2), 114-126. doi: 10.1080/03601277.2010.515910

Leung, A.; Lui, Y. H. i Chi, I. (2008). Later Life Learning Experience Among Chinese Elderly in Hong Kong. *Gerontology & Geriatrics Education*, *26*(2), 1-15.

Orte, C.; Touza, C. i Holgado, A. (2006). Los programas universitarios de mayores en España. A Orte, C. (coord.). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores.* Madrid: Dykinson.

Orte, C. i Vives, M. (2006). Apoyo social, calidad de vida y programas universitarios de mayores. A Orte, C. (coord.). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores.* Madrid: Dykinson.

Shinagel, M. (2012). Demographics and Lifelong Learning Institutes in the 21st Century. *Continuing Higher Education Review*, *76.*

Swindell, R. i Thompson, J. (1995). An international perspective on the University of the Third Age. *Education Gerontology*, *21*, 429-447. Recuperat de http://worldu3a.org/resources/u3a-worldwide.htm

Swindell, R. (2009). Educational initiatives for older learners. *Online Submission, U3A Online.*

Pàgines web consultades

AEPUM. http://www.aepumayores.org/es/listaProyectos/26

Universidade Sénior da Universidade da Coruña. http://www.udc.es/senior/Dimension_Europea/

Universitat Permanent de la Universitat d'Alacant. https://web.ua.es/es/upua/proyectos/proyeccion-nacional-e-internacional.html

Universitat per a Majors de la Universitat Jaume I. http://www.uji.es/institucional/umajors/base/projectes/peuropeus/

Autor

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma (1975). Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Formació en dependència i promoció de l'autonomia. Expert universitari en Intervenció en Qualitat de Vida de Persones Grans per la UNED (2013). Diploma d'Estudis Avançats en Ciències de l'Educació per la UIB (2013).

Actualment és el coordinador tècnic de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) i participa en una comissió de treball de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca en representació de la UOM.

Ha participat en diversos congressos nacionals i internacionals. Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) per part de les persones grans, l'aprenentatge permanent i la qualitat de vida de les persones grans.

DEBATS INTERGENERACIONALS EN ENTORNS UNIVERSITARIS. UNA EXPERIÈNCIA A LA UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Debats intergeneracionals en entorns universitaris. Una experiència a la Universitat de les Illes Balears

Carmen Orte Socias
Margalida Vives Barceló

Resum

L'educació al llarg de tota la vida s'ha configurat com un element bàsic per al desenvolupament de l'envelliment actiu i de la qualitat de vida de les persones grans. Un col·lectiu, aquest, que cada any presenta un major nombre de persones, causat, entre d'altres, per l'augment de la qualitat de vida i de l'esperança de vida. Aquest fet fa que les relacions intergeneracionals, en àmbits familiars, laborals i comunitaris siguin una realitat a la nostra societat.

Aquest capítol presenta l'experiència d'aprenentatge en un entorn universitari a través dels diàlegs intergeneracionals. A partir de la confluència de competències i continguts de dues assignatures (una del grau de Pedagogia i una altra de la UniversitatOberta per a Majors), s'ha pogut fer realitat una proposta didàctica basada en el diàleg, l'intercanvi d'opinions, de reflexions i de vivències, que ha fet possible la conscienciació de la importància de les relacions intergeneracionals, l'eliminació de pensaments negatius vers les altres generacions (mites i estereotips) i la comprensió entre generacions, especialment important si tenim present que hi han participat futurs professionals de l'educació.

Resumen

La educación a lo largo de toda la vida se ha configurado como un elemento básico para el desarrollo del envejecimiento activo y la calidad de vida en las personas mayores. Un colectivo, el de personas mayores, que cada año presenta un mayor número de personas, debido, entre otros factores, al aumento de la calidad de vida y de la esperanza de vida. Este hecho provoca que las relaciones intergeneracionales, en ámbitos familiares, laborales y comunitarios estén presentes en nuestra sociedad.

Este capítulo presenta la experiencia de aprendizaje en un entorno universitario, a través de los diálogos intergeneracionales. A partir de la confluencia de competencias y contenidos de dos asignaturas (una del Grado de Pedagogía y otra de la Universitat Oberta per a Majors), se ha hecho realidad una propuesta didáctica basada en el diálogo, el intercambio de opiniones, de reflexiones y de vivencias, que ha hecho posible la concienciación de la importancia de las relaciones intergeneracionales, la eliminación de pensamientos negativos hacia otras generaciones (mitos y estereotipos) y la comprensión entre generaciones; aspectos, estos, que cobran mayor relevancia al participar en esta propuesta didáctica futuros profesionales de la educación.

1. Els programes universitaris per a persones grans

De tots ja és conegut l'augment del nombre de persones grans al món i la progressió permanent que el col·lectiu de persones grans experimenta i experimentarà. A l'augment del nombre de persones grans s'ha d'afegir el fet que vivim més anys (l'esperança de vida a Espanya és de 80,1 anys per als homes i de 85,6 anys per a les dones, segons Abellán i Pujol, 2016) i amb millor qualitat de vida (Muñoz, 2012); per exemple, a Espanya, Abellán i Pujol (2016) confirmen que la població més gran de 65 anys conforma el 18,4% de la població total (un 5,8% són més grans de 85 anys), mentre que l'expectativa per a 2061 és que la població més gran de 65 anys a Espanya sigui del 38,7% de la població total. A aquest fet cal afegir dos elements: el col·lectiu de persones més grans de 65 no és el que més processos migratoris emprèn (Morón-Marchena, 2014), i la reducció, en alguns casos, de la vida laboral (Camacho, 2006). En definitiva, cada vegada hi ha més persones més grans de 65 anys, amb millor qualitat de vida i amb més temps per, entre d'altres coses, formar-se (Morón-Marchena, 2014); persones que tenen un rol molt important al seu entorn i a les seves comunitats (Subirats, 2011).

Clarament aquest fet ha tengut conseqüències en tots els àmbits, a nivell individual, familiar, comunitari i polític. Prova d'això són les nombroses iniciatives que no sols potencien un envelliment qualitatiu, sinó que se n'han impulsat diverses a nivell mundial, com l'envelliment actiu, la qualitat de vida i l'aprenentatge al llarg de tota la vida. A manera d'exemple, dues fites: la inclusió per primer cop del terme «envelliment actiu» a l'OMS (2002, Pinazo-Herrandis et al., 2016) i la declaració de l'Any Europeu de les Persones Grans i de la Solidaritat entre Generacions el 2012.

Un dels factors que ha esdevingut clau per a aquestes fites mencionades anteriorment és l'educació. La potencialitat de l'educació no sols s'ha d'entendre com un dret que recullen diferents lleis internacionals, com ara la Declaració Universal dels Drets Humans (ONU, 1948) i l'article 27 de la Constitució espanyola, que confirma que tots tenim dret a l'educació. L'educació, com a tal, ha de proporcionar competències, habilitats i coneixements per poder adaptar-se i contribuir a la societat, amb l'objectiu de ser inclosos de forma satisfactòria en les dinàmiques familiars, comunitàries i socials i per potenciar una salut física, psicològica individuals; a més, cal tenir present que l'augment de l'esperança de vida ha fet que al grup de persones més grans de 65 anys conviuen diferents generacions, amb experiències vitals diferents (Montero i Bedmar, 2010, citat a Muñoz, 2012), especialment si tenim present el gènere de la persona gran (per citar sols un exemple de com es configuraven les persones cuidadores, especialment les dones, quan a la família hi havia persones dependents), persones que al llarg de la seva vida han hagut d'adaptar-se a una societat constantment canviant (Camacho, 2006). A les dimensions socials i individuals, cal afegir la dimensió cultural i l'econòmica. Per exemple, la taxa de risc de pobresa per a la població més gran de 65 anys era la més alta abans de

la crisi econòmica (prop del 25% el 2008), en canvi, en els darrers informes la taxa del grup de més de 65 anys és la més baixa, de l'11,4%, davant el 26% del grup de persones d'entre 16 i 29 anys. Aquest fet probablement es pot relacionar amb l'augment de llars intergeneracionals (Abellán i Pujol, 2016). Tot i que també cal tenir present un dels reptes que la nostra societat ens planteja: la solitud, tant objectiva com subjectiva, i l'aïllament social i/o emocional que pot provocar.

Com enfocar, doncs, l'educació al llarg de tota la vida? La UNESCO ho contextualitzava ja no sols com una adquisició de coneixements i destreses en persones d'edat, sinó que Incorporà els processos d'aprenentatges relacionats amb actituds i comportaments que en potencien la participació social (Morón-Marchena, 2014). Les primeres bases les podem identificar a l'Informe Delors (1996), en què se cita per primer cop el concepte «educació al llarg de tota la vida». Certament, no sols cal atendre les necessitats, els interessos i les posicions vitals de cada una de les persones grans, sinó que cal enfocar-ho tot des d'un model que Muñoz (2012) denomina «d'autorrealització i expressió», tot deixant de banda els models basats en l'entesa de les persones majors des de prejudicis (model de rebuig), des de la simple satisfacció de necessitats (model d'assistència) o d'interessos (model de participació). En altres paraules, cal entendre l'educació com una inversió individual i social (Camacho, 2006) que tingui presents les necessitats, les inquietuds i els interessos actuals i futurs d'aquest col·lectiu (Camacho, 2006).

En aquest sentit, doncs, caldrà tenir presents els principis bàsics de caràcter vitalici de l'educació, la seva unitat i globalitat i universalitat (Morón-Marchena, 2014). Per a García i Troyano (2006), un dels elements importants dels programes educatius destinats a persones grans és la presa de consciència del propi procés d'envelliment i la reconstrucció de la seva pròpia història de vida, tot reforçant la seva identitat i aconseguint la integració del passat en el present (Viguera, 2001). En definitiva, rompre estereotips i edatismes, donar veu a les persones grans i fomentar el seu esperit reflexiu, tot aprofitant al màxim la seva experiència vital.

2. Experiències intergeneracionals a les universitats

Les relacions intergeneracionals no sols es configuren com uns espais compartits entre diferents generacions, sinó que potencien una interacció (Newman i Sánchez, 2007) que promou respecte i comprensió entre aquestes generacions, amb l'objectiu de fomentar comunitats més cohesionades (Hatton-Yeo, 2015). Com es pot comprovar a Amer, Pascual i March (2016), fomentar aquestes relacions per potenciar valors relacionats amb la solidaritat, l'equitat i la participació és una constant al llarg dels programes intergeneracionals. Lirio i Morales (2012) complementen aquesta definició aportant a la seva conceptualització el fet que són un espai de reflexió i d'aprenentatge entre generacions.

En un primer moment, es pot suposar que les generacions que comparteixen espais intergeneracionals poden estar molt allunyades entre sí; és a dir, que molts programes mencionen el distanciament entre generacions com a punt de partida; altres mencionen (in)solidaritat familiar, aïllament, manca de suport social adequat, baixa autoestima i estereotips negatius (Sánchez, Kaplan i Sáez, 2010); no obstant aquests autors, i en referència a les generacions de persones grans i de joves (objecte del nostre estudi), les distàncies no són tan grans. Per justificar-ho, se citen les dades del CIS de 2009, en què es menciona com a principal preocupació dels joves de 18 a 24 anys l'atur, en segon lloc, l'econòmic i, en tercer, la llar. Per a les persones grans, són les mateixes, però invertides la primera i la segona (en comptes de l'atur, les pensions).

Espais compartits que potencien valors, autoconeixement i eliminació d'estereotips són constants als programes intergeneracionals, no obstant això, no s'ha d'oblidar el caràcter educatiu individual d'aquestes experiències. Tal i com cita Viguera (2001) a García i Troyano (2006) han de contemplar:

- conèixer les potencialitats individuals d'aprenentatge,
- afavorir, a través de la informació, l'eliminació de prejudicis i mites vers el procés d'envelliment i l'eliminació de l'edatisme,
- ajudar a treballar en el temps disponible les tres àrees fonamentals de la qualitat de vida (física, psíquica i social),
- aportar elements per poder adaptar-se a les noves realitats socials, per exemple en el tema de les noves tecnologies,
- promoure la salut a través de l'autocura i el foment de l'autonomia, i
- donar suport i formació al model de l'envelliment actiu.

Contextualitzar l'experiència educativa a la universitat té com a objectiu no sols el fet de potenciar l'aprenentatge al llarg de tota la vida, sinó que incorpora un recorregut ja iniciat fa anys a Espanya en l'educació universitària per a persones grans. Aquests inicis els podem situar ara ja fa quasi quatre dècades, el 1978, amb la creació de la primera Aula de Tercera Edat a la universitat; programes que tenien ja com a referent experiències prèvies realitzades a França pel professor Vellas i que als anys vuitanta a Espanya tingueren una gran expansió (García i Troyano, 2006). Des dels orígens, es presenten dos models, un que incorpora programes universitaris per a persones grans al sistema universitari mateix, com a estudis reglats; com el cas de la Universitat Oberta per a Majors (UIB). Independentment del model, cal tenir present la particularitat de les demandes per aconseguir la màxima participació i facilitar l'accés a la universitat (Leal, Toribio i Sotomayor, 2009; citat a Morón-Marchena, 2014).

La participació activa dels alumnes universitaris grans la podem situar, en un primer moment, en la seva implicació com a element avaluador (Jiménez, Palmero i Luís, 2013), seguida, en altres moments per intercanvis intergeneracionals puntuals, com ara les trobades intergeneracionals (Martínez, 2014), destinades a eliminar estereotips, prejudicis, imatges errònies negatives entre joves universitaris i persones grans.

A nivell internacional són diversos els treballs intergeneracionals realitzats en l'entorn universitari, per exemple al llarg d'un curs (Shippee, Schafer i Pallone, 2008), d'un semestre (Tam, 2014, i Clyne, Cordella, Schüpbach i Maher, 2013) o de forma puntual (dues trobades), com els treballs presentats per Zucchero (2010) o Loe (2013). Alguns dedicaren més específicament el treball a les noves tecnologies i l'escletxa digital, com Corrigan, McNamara i O'Hara (2013), o a futurs professionals de la gerontologia (Krout, et al., 2010; Ortiz, Cross i Day, 2012, i Hantman, Oz, Gutman, i Criden, 2013).

A nivell espanyol es pot destacar l'experiència d'alumnat universitari de grau de Magisteri d'Infantil amb els alumnes de la Universitat dels Majors de la Universitat de València (Pinazo-Herrandis, 2016), el qual, a més de treballar en l'eliminació d'estereotips, va permetre incorporar i obtenir diferents visions dels participants. Per als autors, el contacte directe a través de la transmissió d'experiències vitals permet un canvi actitudinal i el fet d'entendre millor els problemes socials que afecten totes les generacions. De fet, els quatre objectius del programa foren: a) establir un diàleg sobre l'educació al llarg de tota la vida entre persones de diferents generacions que mostrin perspectives diferents de l'educació i de la vida; b) transmetre, compartir i donar valor als testimonis orals i a les històries de vida dels participants, tot donant un valor a les seves aportacions per tal d'augmentar el seu sentit d'utilitat i de millorar la seva autoestima; c) superar estereotips mutus a través de la interacció directa, i d) avaluar el programa intergeneracional.

Com a valor afegit, i recollint les conclusions d'Ortelli (2012), els diàlegs intergeneracionals no sols creen un espai d'aprenentatge comú, sinó que al mateix temps poden aparèixer nous temes rellevants durant el procés, com ara la igualtat de gènere.

Dos elements són importants perquè els processos d'aprenentatge intergeneracional siguin efectius. Per una banda, emprar estratègies metodològiques adequades, per exemple, al *Libro blanco sobre el envejecimiento activo* (2011) ja s'apunta la utilització de les estratègies que potenciïn la qualitat de la interacció, rols igualitaris, múltiples i canviants per a tots. Un segon element important és la formació del professorat que participa als programes intergeneracionals, no sols com a difusor, sinó per la seva sensibilització i posada en marxa dels programes; fet que els ha de capacitar per desenvolupar la seva pràctica innovadora (García i Troyano, 2006; Imbernón, 2006).

Finalment, destacam la importància de la dimensió social de la qualitat de vida, dimensió que és potenciada als programes intergeneracionals a través de les relacions socials i de la comunicació interpersonal que afecten directament la millora del benestar personal i la qualitat de vida (Amer, Pascual i March, 2016).

3. Metodologia

Participants

L'intercanvi d'aprenentatges ha de tenir una base prèvia que permeti aprofitar al màxim l'espai intergeneracional. Per aquest motiu, es varen seleccionar dos grups universitaris que compartien, al mateix semestre, competències i aprenentatges a les seves assignatures. En aquest cas, es va plantejar la participació del grup de 3r de la UOM, de l'assignatura La gent gran al segle XXI: nous rols, nous reptes, i un subgrup d'alumnes de l'assignatura Convivència i gestió de conflictes, de 3r de Pedagogia.

Instruments

Amb l'objectiu d'aprofitar al màxim les sessions, es plantejà un treball previ amb els dos grups (vegeu l'apartat següent); a partir d'aquest treball, es realitzà un guió previ per a cada una de les sessions; un guió obert que permetia debatre en petits grups els principals aspectes centrals de cada sessió; la primera sessió destinada a les persones grans al segle XXI i la segona, a les relacions intergeneracionals.

Procediment

Tot i ser un element diferenciador d'un programa intergeneracional, els diàlegs intergeneracionals intentaren tenir present els deu principis bàsics dels programes intergeneracionals de Sánchez, Kaplan i Sáez (2010):

1) *Establir amb claredat l'objectiu* mitjançant una presentació prèvia als dos grups participants de la proposta i dels objectius que s'hi ha de treballar.

2) *Reunir les entitats més convenients per al seu desenvolupament:* selecció dels dos grups participants amb el mateix nombre de cursos realitzats a la UIB i amb competències semblants en assignatures que cursen.

3) *Aconseguir suport intern i preparació del personal*: es va comptar amb una catedràtica experta en gerontologia, amb una professora que impartia docència als dos grups i amb quatre alumnes col·laboradores.

4) *Implicar en el procés de planificació els participants*: en les sessions prèvies es varen anotar les principals aportacions i reflexions per tal de poder adaptar els debats als interessos dels grups.

5) *Preparar els participants abans del programa:* les sessions prèvies serviren també per preparar els dos grups per als diàlegs.

6) *Sintonitzar amb les necessitats i aspiracions dels voluntaris*: amb els alumnes de la UOM es va poder realitzar amb les intervencions espontànies a les sessions lectives prèvies i amb els alumnes del grau de Pedagogia es va poder treballar als diferents grups de discussió que es realitzen de forma quinzenal a les sessions pràctiques, especialment a la sessió de conflictes familiars.

7) *Dissenyar activitats adequades des del punt de vista del desenvolupament del programa*: es va optar per la proposta de diàlegs intergeneracionals perquè és l'estratègia que més s'adequava als interessos dels participants i als objectius de l'assignatura. També es varen programar les sessions tenint present la temporalització de cada assignatura.

8) *Escollir activitats que s'adeqüin culturalment.*

9) *Proposar activitats que tinguin a veure amb els interessos dels participants*: la demanda d'interacció intergeneracional era una constant transversal a les aportacions dels participants en els temes anteriorment tractats a les assignatures.

10) *Iniciar-ho a poc a poc, seqüenciant el desenvolupament progressiu del programa*: es plantejaren dues sessions, tot i que, en acabar, els mateixos protagonistes reclamaren una segona part (fer els diàlegs a les sessions dels alumnes de grau) i recomanaren el manteniment d'aquesta activitat en cursos posteriors.

Cal comentar que com que el grup d'alumnes de 3r de Pedagogia era més nombrós que el de la UOM, sols n'hi va participar un subgrup, aquells que mostraren motivació i disponibilitat horària.

Amb l'alumnat de Pedagogia, s'establí una base per als debats intergeneracionals quan es treballà el tema de «conflictes familiars» i es va fer especial incidència en les relacions intergeneracionals a les sessions pràctiques de l'assignatura. La taula següent mostra, de forma esquemàtica, la temporalització dels continguts de cada grup, així com les dates dels diàlegs intergeneracionals. S'hi pot comprovar que s'hi establiren les bases per a cada sessió de diàleg intergeneracional prèvia a les sessions dels diàlegs en cada grup i que després s'hi donà continuïtat.

Taula 1 | *Temporalització de les assignatures i dels diàlegs intergeneracionals.*

Setmana	Assignatura GRAU	Assignatura UOM	Debats intergeneracionals
14/02	Conceptes claus «*Interessos juvenils*»		
21/02	Elements del conflicte «*Interessos juvenils*»		
28/02	Mediació (1) «*Política i joventut*»		
07/03	Anàlisi dels conflictes «*Política i joventut*»		
13/03	Gestió dels conflictes «*Conflictes juvenils*»		
21/03	Competència social «*Conflictes juvenils*»		
28/03	Conciliació / negociació «*Conflictes familiars*»		
4/04	Mediació (2) «*Conflictes familiars*»	La vellesa avui en dia. Mites i realitats (edatisme)	
11/04	Conflictes escolars	Tendències demogràfiques, socials, psicològiques, econòmiques i culturals de l'envelliment Les polítiques socials	
	VACANCES DE PASQUA		
25/04	Els plans de convivència «*Conflictes escolars*»	Vulnerabilitat i maltractament en persones grans	**Persones grans al segle XXI**
2/05	Gestió dels conflictes escolars «*Conflictes escolars*»	Envelliment actiu	
9/05	Taller Prevenció i Intervenció en *Bullying*	Programes d'intervenció socioeducativa	**Relacions intergeneracionals**
15/05	Gestió de conflictes laborals «*Conflictes laborals*»	Conclusions. Prova final	
23/05	Conflictes familiars i socials «*Violència de gènere*»		
30/05	Repàs «*Violència de gènere*»		

**En cursiva es marquen els temes dels grups de discussió de cada sessió pràctica*

S'establiren petits grups (entre sis i vuit participants) en cada una de les sessions; cada grup estava format per alumnes de la UOM i de grau. Les alumnes col·laboradores participaren als grups amb la funció complementària de prendre nota de les aportacions de cada subgrup. En cas que el grup no incorporàs l'alumnat col·laborador, un alumne/a de grau era designat prèviament per a aquesta funció.

Les sessions es feren al segon semestre, amb una separació entre elles de quinze dies. La durada de les sessions era d'hora i mitja i s'hi dedicava temps a la distribució dels participants als grups, el debat en petit grup i les conclusions en gran grup.

4. Resultats

La primera sessió de diàlegs intergeneracionals tenia com a objectiu debatre sobre els reptes de les persones grans al segle XXI. S'hi va debatre sobre quins són i quins seran els reptes de les persones grans, els estudiants (de Grau i de la UOM) mencionaren, com a reptes principals, l'evolució de la imatge de les persones grans, la imatge de les persones grans als mitjans de comunicació, com es pot lluitar contra els estereotips i prejudicis de les persones grans, quines són les principals aportacions de les persones grans, el procés d'envelliment i com es pot donar veu i fomentar la participació de les persones grans als diferents àmbits.

Els principals reptes es relacionen amb la salut i l'economia quan es parlen dels reptes actuals; per exemple, la no preparació per a la jubilació s'entén com un risc laboral, i la inserció real dins la societat. Quan es demana pels reptes dels joves quan siguin grans es parla també de reptes econòmics: més anys de vida laboral i no pensió pública.

Un element important fou el debat que es generà en tots els grups sobre el procés d'envelliment, la percepció de quan comença i la concepció individual de «persona gran». Amb tot, la salut es configura com el principal obstacle per no poder desenvolupar aquesta etapa vital tal i com un desitja. L'edat de cada individu es concep com a un nombre, el que té importància és la salut i les ganes de fer coses.

S'entén que tant els reptes com els prejudicis i els edatismes es poden combatre gràcies a l'envelliment actiu i la participació activa i real als diferents àmbits; oferint, la societat, resposta a les necessitats d'aquest col·lectiu i aprofitant la seva vàlua i experiència (i no sols en moments puntuals com els períodes electorals). El mateix es recomana per rompre els mites i prejudicis sobre els joves.

En l'àmbit familiar es confirmen valors de respecte i de valoració; tot i que la participació sovint s'hi veu condicionada per situacions externes (laborals, principalment), és a dir, que

influeixen per a les persones grans en la cura (de vegades abusiva) dels nets i, socialment, per l'obligació de jubilar-se.

Respecte a la incorporació de les noves tecnologies, la majoria de persones grans no se sent identificada quan es parla d'escletxa digital i sent que s'ha adaptat com la resta; tot i que reconeix que hi ha persones grams que sí poden tenir dificultats en la seva utilització.

Quant a la segona sessió, s'inicià amb una (auto)conceptualització de les generacions que hi participaren. S'hi relatà que poden ser diferents pel context i les expectatives que es tenen de cada generació, per exemple per la influència de la religió en tots els àmbits (per exemple, en l'educació), les dificultats de l'època de la postguerra i les de l'època actual, de canvis constants; de fet, l'estabilitat familiar i laboral és una característica de la generació de les persones grans que no se cita en la dels joves, també se cita l'edat general per emancipar-se.

En demanar com s'entenia i entén la joventut avui en dia, es relaten com a aspectes positius els canvis vers les dones, el fet de poder expressar l'opinió, la major comunicació familiar i el l'accés universal a l'educació superior. Com a aspectes negatius, les dificultats per accedir a una llar i tenir un futur més incert. Relacionat amb els estereotips de cada generació, la dels joves és identificada com mandrosa, fracàs escolar i molta permissivitat (o no control familiar en el consum d'oci), poca col·laboració familiar i el fet de «tenir-ho tot». Les persones grans s'identifiquen amb l'aïllament, la inutilitat i que són vists com una despesa econòmica.

Quant a la cura dels nets, es relata que abans hi havia més diferències de gènere a l'hora de dur a terme tasques de cura (cuinar, acompanyar...), tot i que es mantenen: els padrins s'encarreguen de fer les tasques de cara a l'exterior (acompanyar els nets a l'escola, a les activitats extraescolars...), mentre que la padrina s'encarrega de les tasques de casa (fer el dinar, vestir els infants,...), encara que la incorporació de les dones al mercat laboral ha equiparat aquestes tasques. També es menciona que ara les relacions són més properes, mentre que abans venien marcades pel distanciament i el respecte.

Sobre els valors de cada generació, s'apunten els d'obediència i respecte de la generació gran, mentre que la dels joves es relaciona amb més llibertat, educació, mobilitat i amistat (front a la familia); també s'hi apunta més materialisme i consumisme. Amb tot, s'explica que el canvi de valors pot venir també relacionat pels viatges que els joves han pogut fer.

S'identifica com a principal valor de les relacions intergeneracionals la transmissió de valors familiars i l'ajuda econòmica que suposa cuidar els nets. Quan es demanen les aportacions individuals que han rebut d'una relació intergeneracional, es mencionen l'afecte, l'estimació, la confiança i l'afinitat, especialment entre mares i filles. Amb tot,

la variable cultural i la temporal influeixen definitivament en aquestes relacions; per exemple, la millora de la qualitat de vida de les persones grans i el fet de l'augment de la cura de nets fa que les relacions intergeneracionals siguin més i més fortes.

Per tal de fomentar aquestes relacions, es comenten les visites (no sols quan es necessiten), emprar aquest temps per aprendre alguna cosa que una generació ja sap fer. En l'àmbit comunitari, els programes intergeneracionals socioeducatius es cataloguen com molt importants i per aquest motiu s'haurien de potenciar a nivell familiar, comunitari i laboral.

5. Conclusions

Les relacions intergeneracionals han demostrat que són una bona estratègia per poder potenciar l'apropament entre generacions a diferents àmbits. En aquest sentit, a més de potenciar aprenentatges entre iguals, ajuda a conèixer i a valorar més generacions que, si bé pel dia a dia han perdut contacte, tenen interessos i preocupacions similars (Sánchez, Kaplan i Sáez, 2010).

Les diferents experiències de programes intergeneracionals han demostrat efectes positius en aquest sentit. Per exemple, en l'eliminació d'estereotips mutus, la difusió d'una imatge positiva de les persones grans gràcies al contacte directe i de la seva potencialitat a nivell familiar, comunitari i social (Pinazo-Herrandis et al., 2016). Segurament aquest ha estat un dels motius de la seva proliferació a nivell mundial (Amer, Pascual i March, 2016).

En el nostre cas, plantejam una experiència de diàlegs intergeneracionals en un entorn universitari, que ha estat possible perquè ja es té una base consolidada de l'aprenentatge al llarg de tota la vida i dels programes universitaris per a persones grans. Al mateix temps, diferents estudis previs sobre relacions intergeneracionals en entorns universitaris no sols han potenciat intercanvis entre grups universitaris, sinó que també ens acosten a experiències en nombre de sessions (2), com ara Zucchero (2010) o Loe (2013), i en el fet de seleccionar grups de grau que es relacionen directament amb la gerontologia i, especialment, en l'educació al llarg de tota la vida (Pinazo-Herrandis et al., 2016).

Cal comentar que les bases establertes abans dels diàlegs han pogut potenciar uns espais d'aprenentatge en què els temes han pogut ser compartits i han resultat interessants per als participants; a més, la incorporació d'experiències pròpies sovint ha pogut potenciar la participació i les opinions als grups; és a dir, que tant la tasca prèvia com el fet de ser temes viscuts o que preocupen als participants han potenciat la participació. De fet, com assenyalaven Aguirre, Altuve, de Luca i Huarte (2011), els temes han pogut servir de pont entre diferents generacions.

Probablement aquesta experiència, tot i que puntual, ha influït en els participants, tal i com ho assenyalaren els alumnes de grau a les seves avaluacions de l'assignatura. Destacam l'empoderament, l'intercanvi de punts de vista que potencia un aprenentatge significatiu, el respecte a diferents visions, la percepció positiva de l'altra generació i la comprensió com a principals aportacions pedagògiques (Pinazo-Herrandis et al., 2016).

Agraïments

Les autores expressen la seva gratitud al grup d'alumnes de 3r de Pedagogia i de 3r de la UOM que han participat en l'experiència i a les alumnes col·laboradores Emylse Mas, Marisa Sáez, Agnès Figuerola i Aina Obrador.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A. i Pujol, R. (2016). *Un perfil de las personas mayores en España, 2016. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Informes Envejecimiento en red, 14.

Aguirre, S. E., Altuve, M. A., de Luca, M. C. i Huarte, G. A. (2011). Un encuentro con el conocimiento a través del diálogo intergeneracional. *Propentes, Artes y Letras Año 0*(1).

Amer, J., Pascual, B. i March, M. (2016). Las relaciones intergeneracionales en Europa, presente y futuro. Empoderamiento de las personas mayores. Orte, C. i Vives, M. *Compartir la infancia. Proyectos intergeneracionales en las escuelas*. Barcelona: Octaedro, 11-30.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos.*

Camacho, J. M. (2006). La educación a lo largo de toda la vida. La formación de las personas mayores. *Cuestiones Pedagógicas*, *18,* 239-255.

Clyne, M., Cordella, M., Schüpbach, D. i Maher, B. (2013). Connecting younger second-language learners and older bilinguals: interconnectedness and social inclusion. *International Journal of Multilingualism, 10* (4), 375-393. doi: 10.1080/14790718.2013.832120

Corrigan, T., McNamara, G. i O'Hara, J. (2013). Intergenerational learning: A valuable learning experience for higher education students, Egitim Arastirmalari. *Eurasian Journal of Educational Research*, *52,* 117-136.

Delors, J. (coord.) (1996). *La educación encierra un tesoro. Informe de la UNESCO de la Comisión Internacional sobre educación para el siglo XXI*. Madrid: Santillana.

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

García, A. J. i Troyano, Y. (2006). Docencia universitaria de calidad para personas mayores en el espacio europeo de educación superior. *Revista de Enseñanza Universitaria*, *27,* 33-41.

Hatton-Yeo, A. (2015). A personal reflection on the definitions of intergenerational practice. *Journal of Intergenerational Relationships*, *13,* 283-284.

Hantman, S., Oz, M. B., Gutman, C. i Criden, W. (2013). Bringing Older Adults Into the Classroom: The Sharing Community Model. *Gerontology & Geriatrics Education, 34*(2), 135-149. doi: 10.1080/02701960.2012.679372

Imbernón, F. (2006). *La formación del profesorado*. Madrid: Paidós Ibérica.

IMSERSO (2011). *Libro blanco sobre el envejecimiento activo*. Madrid: IMSERSO. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Jiménez, A., Palmero, C. i Luis. M. I. (2013). Gestión de calidad en los programas universitarios de personas mayores. Implicaciones para el alumnado. I*nternational Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(3), 347-354.

Krout, J. A., Bergman, E., Bianconi, P., Caldwell, K., Dorsey, J., Durnford, S., Erickson, M. A., Lapp, J., Monroe, J. E., Pogorzala, C. i Taves, J. V. (2010). Intergenerational Service Learning With Elders: Multidisciplinary Activities and Outcomes. *Gerontology & Geriatrics Education*, *31*(1), 55-74. doi: 10.1080/02701960903578329

Lirio Castro, J. i Morales Calvo, S. (2012). El reto de la formación del profesorado para la calidad en las universidades de mayores. *Revista Interuniversitaria de Pedagogía Social*, *19,* 155-168.

Loe, M. (2013). The Digital Life History Project: Intergenerational Collaborative Research. *Gerontology & Geriatrics Education*, *34*(1), 26-42. doi: 10.1080/02701960.2012.718013

Martínez, S. (2014). V Encuentro intergeneracional universitario. Envejecimiento en red. Recuperat de: https://envejecimientoenred.wordpress.com/2014/03/14/v-encuentro-intergeneracional-universitario/

Morón-Marchena, J. A. (2014). Educación y personas mayores. *Revista Electrónica Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, *17*(1), 107-121. doi http://dx.doi.org/10.6018/reifop.17.1.198871

Muñoz, I. M. (2012). Una mirada a la educación de personas mayores: de educación permanente a educación a lo largo de la vida. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia (REID)*, *7*, 105-125.

Newman, S. i Sánchez, M. (2007). Los programas intergeneracionales: concepto, historia y modelos. A Sánchez, M. (coord.). *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edade*s. Colección Estudios Sociales, 23. Barcelona: Fundación «la Caixa».

Ortelli, P. (2012). Aprender de los mayores: un intercambio intergeneracional en los Altos de Chiapas. *Chasqui. Revista Latinoamericana de Comunicación*, *120,* 41-45.

Ortiz, D. V., Cross, S. L. i Day, A. (2012). Insightful Learning of Life's Lessons with Older Adult Guests in the Classroom. *Educational Gerontology*, *38*(12), 854-866. doi: 10.1080/03601277.2012.660844.

Pinazo-Herrandis, S., Agulló, C., Conató, J., Moreno, S., Torró, I. i Torró, J. (2016). Compartiendo visiones sobre la educación. Un proyecto intergeneracional con séniors de la Universitat de Majors y estudiantes de Magisterio. *Educar*, *52(2),* 337-357.

Sánchez, M. Kaplan, M. i Sáez, J. (2010). *Programas intergeneracionales. Guía introductoria.* Colección Manuales y Guías. Serie Personas Mayores. Madrid: IMSERSO, 11-41.

Shippee, T. P., Schafer, M. i Pallone, K. (2008). Building the «Bridge» Linking Gerontology Education to a Local Retirement Community. *Gerontology & Geriatrics Education*, *28*(4), 57-70. doi: 10.1080/02701960801963102

Subirats, J. (2011). El reto de la nueva ciudadanía. Nuevos relatos y nuevas políticas para distintas personas mayores. A Causapié, P. et al. (coords.). *Envejecimiento activo. Libro blanco*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo / Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso).

Tam, M. (2014). Intergenerational Service Learning Between the Old and Young: What, Why and How. *Educational Gerontology*, *40*(6)*,* 401-413. doi: 10.1080/03601277.2013.822201

Van Den Heuvel, W. (2015). Value reorientation and intergenerational conflicts in ageing societies. *Journal of Medicine and Philosophy, 40,* 201-220.

Zucchero, R. A. (2010). Share Your Experience and I'll Lend You My Ear: Older Adult Outcomes of an Intergenerational Service-Learning Experience. *Gerontology & Geriatrics Education*, *31*(4), 383-402. doi: 10.1080/02701960.2010.528275.

Autores

CARMEN ORTE SOCIAS

Santander, Cantàbria. Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació; catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC). Directora del Màster Universitari. Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família (MISO). Codirectora de l'Anuari de l'educació de les Illes Balears. Directora de la International Summer Senior University.

Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El curs 1997-1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears, que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional.

Des de 2003 és investigadora principal en diversos estudis competitius sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques, i sobre l'educació per a la competencia familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat, i també de diverses investigacions europees en el context de la formació de formadors en prevenció de drogues, de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans i de l'educació intergeneracional en diversos països europeus.

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma (1978). Llicenciada en Psicopedagogia i doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la UIB. Professora contractada doctora interina del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Entre les seves línies de recerca principals destaca la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil i la gestió de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballà amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida en la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de la Gent Gran (IMAS) i participant en la comissió de Protecció del Major d'aquest observatori.

EL TURISTA ACTIU SÈNIOR: EL CAS DE LES ILLES BALEARS

El turista actiu sènior: el cas de les Illes Balears

Francisco Rejón Guardia
Maria Antònia Garcia Sastre
Margalida Alemany Hormaeche

Resum

El turisme de destinacions estacionals i madures, com el de les illes Balears, s'ha de reorientar amb productes i polítiques turístiques més sostenibles. Aquesta situació, juntament amb el fet que a les illes Balears es gaudeix d'entorn natural privilegiat, a més de la serra de Tramuntana declarada Patrimoni Mundial, ofereix un gran potencial per desenvolupar nous productes turístics com el senderisme. El present treball aprofundeix en el turista *hiker* i en destaca el paper i el gran potencial que té per a la destinació. Basant-se en una mostra de *hikers* contactats a la serra de Tramuntana, es va segmentar per edats, distingint entre *hiker* sènior de més de 60 anys i la resta dels enquestats. L'anàlisi de resultats va revelar diferents característiques sociodemogràfiques, motivacions per a l'elecció de la destinació turística, així com diferents patrons de comportament turístic, despesa i satisfacció. Els resultats tenen importants aplicacions pràctiques per promoure les destinacions senderistes com a producte turístic, ja que promoure l'activitat del *hiking* en el segment sènior, durant la temporada baixa, que coincideix amb unes condicions climàtiques més apropiades per a la pràctica del *hiking*, permet no només desestacionalitzar la destinació, sinó atraure un tipus de turisme actiu que de mitjana gasta més i que es troba més satisfet.

Resumen

El turismo en destinos estacionales y maduros, como el de las islas Baleares, debe reorientarse con productos y políticas turísticas más sostenibles. Esta situación, junto con el hecho de que en las islas Baleares se goza de entorno natural privilegiado, además de la sierra de Tramuntana declarada Patrimonio Mundial, ofrece un gran potencial para desarrollar nuevos productos turísticos como el senderismo. El presente trabajo profundiza en el turista *hiker* y destaca su papel y el gran potencial que tiene para el destino. Sobre una muestra de *hikers* contactados en la sierra de Tramuntana, se segmentó por edades y se distinguió entre *hiker* senior de más de 60 años y el resto de los encuestados. El análisis de resultados reveló distintas características sociodemográficas, motivaciones para la elección del destino turístico, así como diferentes patrones de comportamiento turístico, gasto y satisfacción. Los resultados tienen importantes aplicaciones prácticas para promover los destinos senderistas como producto turístico, ya que promover la actividad del *hiking* en el segmento senior, durante la temporada baja, que coincide con unas condiciones climáticas más apropiadas para la práctica del *hiking*, permite no solo desestacionalizar el destino, sino atraer a un tipo de turismo activo que en promedio gasta más y que se encuentra más satisfecho.

1. Introducció

Les illes Balears són una de les principals destinacions receptores de turisme internacional; anualment reben més d'11 milions de turistes. Concentren en el seu escàs territori (5.014 km2) més de l'1% del turisme mundial i són reconegudes internacionalment per la seva hegemonia en el segment de sol i platja. No obstant això, les noves demandes per part dels turistes i la intensa competència estan obligant a les illes Balears, com a destinació, a diversificar la seva oferta, a proposar noves experiències als seus visitants i a combatre l'estacionalitat derivada d'un model turístic, el balear, altament estacional (García-Sastre, Alemany-Hormaeche i Trías-Villar, 2015). La recent inclusió de la serra de Tramuntana en la llista de Patrimoni Mundial de la UNESCO propicia un context adequat per explorar les potencialitats d'aquest paisatge cultural com a recurs turístic per als senderistes sèniors. El sender de gran recorregut de 150 km de longitud (GR-221), que travessa la serra de Tramuntana s'està convertint en un dels principals destins del senderisme per als mercats emissors europeus (Ceballos, 2010).

Entre els objectius principals de l'estudi hi ha conèixer el perfil del turista que practica senderisme a les illes Balears (serra de Tramuntana) i analitzar-ne les motivacions de visita a la destinació per a la pràctica esportiva i les pautes de comportament turístic. Per això es va realitzar una segmentació utilitzant com a criteri l'edat dels practicants d'aquesta modalitat, en rangs d'edat entre majors i menors de 60 anys, que van permetre agrupar els integrants de la mostra en dos grups: els *hikers* sèniors (> 60 anys) i no sèniors (<60 anys), respectivament.

El treball es va organitzar de la següent forma. En primer lloc, es va fer una introducció al tema d'estudi, per seguir amb una revisió de la literatura sobre el senderisme, el turisme sènior i l'estacionalitat. A continuació, es va detallar la metodologia utilitzada, es van analitzar els resultats i es van revelar les principals conclusions a nivell teòric i la seva aplicabilitat en el marc turístic de les illes Balears. Posteriorment, les limitacions i les futures línies d'investigació van ser presentades.

2. Anàlisi de la literatura

2.1. Senderisme

Tal com indica Urry (2007), el senderisme és una mobilitat senzilla de ritme lent caracteritzat per relacions intermitents cara a cara amb altres persones, llocs i esdeveniments, per tant podem dir que el senderisme és una de les activitats més gratificants i saludables que es pot practicar a qualsevol edat en el mitjà natural. Atenent la classificació d'activitats a la naturalesa, en funció del mitjà físic on es desenvolupa, aigua, aire, terra o una versió

mixta (terra/aigua/aire), el senderisme estaria suportat pel medi terra (Pomfret, 2006); a més, són necessaris uns requisits per ser considerat senderisme, per exemple, que els camins preferentment no estiguin asfaltats, que les àrees en qüestió no gaudeixin de cap restricció legal per a la pràctiques d'activitats, que les àrees comptin amb interès natural o paisatgístic, que les àrees estiguin situades a les rodalies de nuclis de població i que la seva topografia sigui suau (Luque Gil, 2003).

La literatura sobre *hikers* aborda un ampli espectre d'ítems. Des de l'anàlisi de les vivències experimentades per aquest tipus de turistes (Li, 2000), el seu comportament i la seva relació amb el medi ambient i els nivells de satisfacció (Ryan i Glendon, 1998; Tribe i Snaith, 1998; Vitterso, Vorkinn, Vistad i Vaagland, 2000), passant per les contribucions a les teories motivacionals (Hill, Goldenberg i Freidt, 2009), com els factors «pull and push» influeixen en les decisions dels turistes i *hikers* (Jang i Wu, 2006; Kim, Lee i Klenosky, 2003), l'enfocament de la teoria del «Particularism vs. Universalism» (Collins-Kreiner i Kliot, 2016), fins a l'estudi dels beneficis que pot aportar aquesta pràctica; des de l'òptica del senderista i des de l'òptica de les comunitats locals d'acolliment.

Per al practicant d'aquesta modalitat, caminar per les senderes prèviament abalisades procura diferents beneficis, relacionats amb la salut física i mental (Hansmann, Hug i Seeland, 2007; Mass, Verheij i Groenewegen, 2006), la reducció de l'estrès (Maas et al., 2006) i, fins i tot, beneficis relacionats amb aspectes educatius i culturals com els que trobem en Berg i Koole (2003) i Holden i Sparrowhawk (2002).

Les comunitats per on transcorren les senderes i rutes també poden obtenir importants beneficis vinculats al senderisme. D'una banda, beneficis econòmics, ja que ajuda a impulsar el desenvolupament de les zones rurals amb la creació d'ocupació i la generació de noves oportunitats (Flink, Olka i Searns 2001) i no es requereixen grans costos per part de les administracions públiques. D'altra banda, els beneficis mediambientals (Madureira, 2004; Roca, 2000), els beneficis socials i els culturals, ocasionats pels contactes i l'intercanvi d'experiències entre la comunitat rural i els visitants (Nylander i Hall, 2005) i els derivats de projectes de recerca, educatius i formatius que s'articulen al voltant dels esmentats espais naturals.

2.2. Turisme sènior

El segment sènior representa un interessant mercat turístic per la seva àmplia grandària, potencial creixement i per la seva capacitat de compra (Cho, 2002; Moniruzzaman, Páez, Habib i Morency, 2013). A l'hora de definir el turista sènior no existeix un consens clar entre els investigadors per fixar-ne l'edat. Autors com Sellick (2004) i Megan Cleaver (2000) fixen el punt d'inflexió a partir dels 50 anys; no obstant això, Fleischer i Pizam (2002), Reece (2004) i Shim, Gehrt i Siek, (2005) consideren que és a partir dels 55 anys l'edat per pertànyer a aquest col·lectiu, mentre que Zimmer, Brayley i Searle (1995) proposen que

aquest segment estigui conformat per persones en edats compreses entre els 65 i 74 anys. I altres autors com Jang i Wu (2006) i Lee i Tideswell (2005) defensen els 60 anys com l'edat per ser considerat turista sènior. Per a aquest treball s'estableix l'edat de 60 anys com la frontera per pertànyer al grup de turista sènior.

L'envelliment que estan experimentant molts països europeus fa que el turista sènior s'estigui contemplant com un gran mercat turístic que s'ha de tenir en compte (Alén, Losada i Carlos, 2015; Cleaver, Muller i Ruys, 1999; Jang, Bai, Hu i Wu, 2009). Europa compta amb altes taxes de persones pertanyents a la «golden generation» i les projeccions demogràfiques d'Eurostat i de les Nacions Unides assenyalen que aquest segment seguirà creixent en els propers anys. Aquests col·lectius constitueixen per a l'estat del benestar desafiaments tant econòmics com socials, alhora que configuren una conjuntura excepcional per al sector turístic. A més, el mercat sènior de les properes dècades es veurà incrementat per l'envelliment de la generació del baby-boom i es convertirà en un dels segments més rellevants per al sector turístic (Cooper, Fletcher, Fyall, Gilbert i Wanhill, 2007; Glover i Prideaux, 2008; Chris Ryan, 1995). Les properes generacions sèniors pertanyents al període del baby-boom presenten canvis en els models de comportament en relació amb els sèniors actuals, són considerats individus més actius, amb majors nivells de formació i, sobretot, més viatgers (Alén et al., 2015). També s'hauran d'estudiar els canvis relacionats amb els valors generacionals, els patrons d'emigració, la composició familiar i el nivell de renda per diagnosticar correctament aquests col·lectius (Martínez-Garcia, 2013). La World Tourism Organization (2001) estima que l'any 2050 la població amb edats superiors als 60 anys farà més de dos bilions de viatges internacionals i que serà un col·lectiu més propens que uns altres a realitzar estades llargues en els seus desplaçaments, ja que disposaran de més temps lliure, menors càrregues familiars i més recursos disponible (Alegre i Pou, 2003; Alén et al., 2015; Nicolau i Mas, 2006).

El mercat sènior es revela molt més heterogeni que el mercat dels joves en termes de preferències, motivacions i poder d'adquisició (Alén et al., 2015; Sellick, 2004). Són diverses les motivacions que empenyen les persones grans a prendre la decisió de viatjar, des de la necessitat de socialitzar, viure noves experiències, fer activitats físiques, escapar de l'estrès, fins a oblidar la pèrdua d'un ésser estimat (Horneman, Carter i Wei, 2002; Huang i Tsai, 2003; Lee i Tideswell, 2005). Segons la Comissió Europea, entre les motivacions que estan adquirint més protagonisme en el procés de decisió en el mercat sènior són les relacionades amb la salut, el benestar i un turisme més actiu Nielsen (2011).

2.3. Estacionalitat

Les illes Balears són de les regions més afectades pel fenomen de la estacionalitat. L'afluència de turistes a les illes no evoluciona de la mateixa manera al llarg de l'any. Cal distingir dues estacions molt marcades, la temporada alta, que comença a l'abril i

acaba a l'octubre, que el 2014 va acollir un total de 12.440.194 turistes, i la temporada baixa, que comprèn els mesos de novembre a març, que aquell mateix any va acollir 1.084.307 turistes. L'evolució de la estacionalitat a les illes Balears s'ha anat accentuant en els últims anys (García-Sastre et al., 2015) i ha posat en risc el creixement sostenible d'un model que en temporada alta està proper a la saturació. Davant aquesta realitat es fa necessari reaccionar i enfortir una oferta turística que equilibri els fluxos de turistes cap a les illes Balears. Productes lligats a la naturalesa, a l'activitat física i a la cultural, juntament amb els programes de turisme social impulsats per les administracions, semblen els més indicats per reduir l'estacionalitat i reequilibrar els fluxos turístics (Kozak i Rimmington, 2000).

Propostes de recerca

El present treball proposa explorar les següents propostes de recerca, basades en l'existència de diferències del comportament i de satisfacció, entre el turista actiu sènior i la resta dels turistes actius no sènior. En primer lloc, la proposta RQ1= El consumidor sènior *hiker* i no sènior *hiker* presenten diferències quant a la durada de l'estada en la destinació per a la pràctica esportiva, per la qual cosa sembla assenyat plantejar que: RQ2= El consumidor sènior i no sènior *hiker* presenten diferències quant al volum de despesa. Finalment, relacionat amb els diferents nivells de satisfacció llançats per tots dos grups: RQ3 = El consumidor sènior i no sènior *hiker* mostren diferències quant als nivells de satisfacció amb diverses dimensions valorades sobre la pràctica esportiva en la destinació turística analitzada.

3. Metodologia

Una mostra de *hikers* espanyols i estrangers va ser entrevistada amb l'objecte de conèixer les seves característiques sociodemogràfiques, de comportament turístic (preferències, allotjament i despesa), motivacionals i de satisfacció percebuda. La informació es va recollir interceptant els *hikers* durant la pràctica de l'activitat esportiva a la serra de Tramuntana (Mallorca) durant els mesos d'abril i juny de 2014. Es van excloure de la mostra d'estudi els individus residents a les illes Balears. Per al disseny del qüestionari es va emprar un panell d'experts en la disciplina esportiva, a més, es va comptar amb l'assessorament de la Federació Balear de Muntanya i Escalada. Conjuntament es van determinar les variables i els ítems finalment emprats que van permetre recollir informació sobre els factors més rellevants que expliquen el comportament del turista actiu. La major part de les variables i dels ítems emprats van ser de l'escala Likert, usada prèviament per altres autors en el camp del comportament del consumidor en el turisme, sostenibilitat turística i psicologia ambiental (Hill, Gómez, Goldenberg i Fellows, 2014; Jeong, 2014).

El qüestionari es va estructurar en tres blocs: el primer, dedicat a recopilar informació general i sociodemogràfica (pertinença a alguna federació o associació de muntanyisme, la pràctica habitual d'aquesta modalitat de turisme de naturalesa i anys d'experiència), el tipus d'activitat esportiva que practica, aspectes relacionats amb la seguretat, l'equipament, la planificació de les sortides i la senyalística de les rutes; un segon bloc compost per qüestions relacionades amb l'organització del viatge i preparació prèvia, motivacions i fonts d'informació, i un tercer bloc final dedicat a les característiques del viatge, com nombre de dies d'estada, dies de pràctica esportiva, el motiu del viatge, els nivells de despesa i la satisfacció amb les activitats realitzades i la destinació turística. El mètode de mostreig emprat va ser no probabilístic per quotes i s'aconseguí una grandària mostral de 238 individus (nivell de confiança del 95%, error mostral del 6,3%), dels quals la mostra va quedar formada per 104 individus amb edats superiors als 60 anys, als quals denominarem sèniors, i 134 d'individus de diverses edats compreses entre els 15 als 25 anys (9%), els 26 als 40 anys (46,3%) i els 41 als 59 anys (44%).

4. Resultats

4.1. Característiques de la mostra

Els entrevistats varen mostrar una distribució equilibrada dels gèneres: 55,8% homes i 44,2% dones. L'edat mitjana de la mostra va ser de 60,94 anys. Del total, el 42,3% va declarar continuar treballant i el 40,4% eren jubilats o pensionistes. Respecte de la formació, acadèmica un 49% posseeixen estudis universitaris (diplomat o llicenciat), enfront d'un 42,3% amb estudis secundaris i un 4,8% amb estudis primaris. En relació amb la nacionalitat, el 62,5% de la mostra són turistes nacionals i un 37,5% són estrangers, dels quals en la seva majoria són de nacionalitat alemanya (50%), gal·lesa (7,7%), suïssa (5,8%), anglesa (3,8%) i holandesa (1,9%), entre d'altres nacionalitats.

Pel que fa al comportament turístic, els *hikers* passen uns 6,6 dies d'estada mitjana, dels quals 3,93 els dediquen a la pràctica esportiva. En la categoria de despesa total, el 55,8% de la mostra va declarar realitzar despeses que oscil·len entre els 601 i 1.500 euros, seguit del 18,3%, que revela gastar entre 301 i 600 euros i el 16,3%, que gasta entre els 0 i 300 euros. El 9,6% dels enquestats gasta per sobre dels 1.500 euros. El 59,6% va realitzar el viatge amb familiars, el 17,3%, amb amics, 10,6%, ho fa sol i el 2,9%, en companyia de companys de treball.

4.2. Diferències entre turistes sèniors i no sèniors

A continuació es va procedir a analitzar les diferències entre els grups establerts de turistes senderistes i es va fer una distinció entre els segments sènior (+ 60 anys) i no sèniors (menys

de 60 anys). En concret, es van analitzar les diferències mostrades en termes de variables sociodemogràfiques, de comportament de viatge, de les actituds vers el viatge i ver l'activitat del senderisme. Així, es van realitzar tests de Chi quadrat per a les variables nominals, proves d'anàlisis de la variància i tests no paramètrics per a dades d'interval, tot considerant sempre un nivell de significació del 0,05 com a requeriment per presentar diferències significatives.

Pel que fa a la nacionalitat dels enquestats, un 21,8% són *hikers* sèniors alemanys, mentre que la població espanyola és majoritària entre els no sèniors (29,4%) (Chi-Square=70.257; df=9; p<.00). Pel que fa al nivell d'estudis, el 21,4% de la mostra total són sèniors amb estudis universitaris, enfront del 17,2% dels no sèniors universitaris, el 18,5% de sèniors amb estudis secundaris i un 29,8% de no sèniors amb estudis secundaris (Chi Square = 11.826; df = 5, p < .05).

Respecte a l'ocupació professional: el 18,5% són sèniors en actiu (treballadors) i el 17,6% són jubilats o pensionistes, mentre que el 42% dels no sèniors són treballadors, l'11,2% estudiants i el 8,2% declara que està en situació de desocupació.

4.3. Anàlisi de la despesa i dies de estància

Aquí mostrem una comparació entre les mitjanes dels grups de no sèniors i sèniors en relació amb el comportament turístic (nombre de dies d'estada, el nombre de dies dedicats a l'esport i els diners invertits en la totalitat del viatge). En concret, el nombre de dies d'estada a l'illa, el valor mitjà de dies dedicats pels *hikers* sènior és superior que el dels no sènior ($\overline{X}$sènior = 8.23 > $\overline{X}$no sènior = 5.35; F (1) = 483,21; p < .00). Segons el nombre de dies de pràctica esportiva, la mitjana de dies dedicats a l'esport dels sèniors és superior que la dels no sèniors ($\overline{X}$sènior = 5.16 > $\overline{X}$no sènior = 2.96; F (1) = 282,747; p < .00). Quant a la despesa quantitativa en euros per a l'allotjament a la illa, els sènior van fer una despesa mitjana considerablement superior enfront dels no sèniors ($\overline{X}$sènior = 105.07 > $\overline{X}$no sènior = 51.68; F (1) = 166874.924; p < .00). Per a la variable despesa total durant l'estada es va emprar una variable categòrica de despesa amb cinc posicions partint des dels 0 als més de 1.500 euros. En concret, els sèniors van declarar haver gastat més a la destinació que els no sèniors ($\overline{X}$sènior = 2.85 > $\overline{X}$no sènior = 1.51; F(1) = 103.769; p < .00). A més, entre els sèniors, un 13% declara que va gastar entre els 601 i 1.000 euros i un 15,8% que ho fan per sobre dels 1.001 euros, mentre que entre els no sèniors es troben els que menys despesa total realitzen amb percentatges de 26,1% entre els 0 i 300 euros i un 18,1% entre els 301 i 600 euros (Chi-*Square = 50.471; df = 4; p <. 00).

4.4. Factors motivacionals

Una anàlisi factorial és una tècnica d'interdependència, en la qual les variables no es diferencien entre variables independents i dependents, sinó més aviat la interdependència de les variables s'examina com un tot. Aquesta tècnica s'utilitza per reduir i sintetitzar

dades, en què la relació entre conjunts d'un gran nombre de variables és examinat i representat per un menor nombre de factors. Aplicant la tècnica de l'anàlisi factorial, es va determinar que per als senderistes sèniors existeixen quatre grans factors motivacionals, on la mida adequada de la prova (KMO = 0,754) i la prova d'esfericitat de Bartlett van ser significatives (X2 = 1097.708; DF = 105; sig < 0,001.). La determinació del nombre de factors es va dur a terme a través de valors propis, retenint aquests valors més gran que 1. La taula 1 mostra que quan es fan servir quatre factors principals, s'explica el 74,82% de la variància. Així, el grup factorial que hem denominat «Seguretat» es troba explicat principalment per la senyalització i topoguies, rutes i senders, consells dels mitjans de comunicació, idoneïtat de les rutes, coneixement previ de l'illa, recomanacions dels experts i revistes, esdeveniments esportius (competicions d'escalada, excursionisme), accessibilitat a la informació de les rutes i per l'oferta hotelera. El següent gran grup factorial de motivacions es denomina «Destinació» i destaca per les motivacions que tenen a veure amb el temps i la facilitat d'arribar a la destinació turística com són la connectivitat, el cost del viatge i l'atractiu de la costa. En el tercer factor denominat «Família» destaquen les motivacions vinculades amb tenir amics i familiars a Mallorca i els consells donats per aquests mateixos grups. Un quart factor està caracteritzat per l'oferta complementària nocturna és a dir, les motivacions d'oferta d'oci nocturn (discoteques, restaurants, etc.).

Taula 1 | *Sèniors hikers. Variància total explicada per l'anàlisi factor*

Variància total explicada. Mètode d'extracció – anàlisi dels principals components						
	Sums of squared loadings			*Rotation sums of squared loadings*		
Components	Total	% Variància	Acumul. %	Total	% Variància	Acumul. %
1	6,628	44,185	44,185	4,291	28,606	28,606
2	1,918	12,784	56,969	3,220	21,464	50,070
3	1,578	10,520	67,489	2,106	14,042	64,112
4	1,100	7,334	74,823	1,607	10,711	74,823

Rotated component matrix					
Factors	Raons per triar la destinació pel turisme esportiu	Components			
		1	2	3	4
1 SEGURETAT	Senyalització i topoguies, rutes i senders,	.811			
	Consells dels mitjans de comunicació	.803			
	Idoneïtat de les rutes	.752			
	Coneixement previ de l'illa,	.722			
	Recomanacions dels experts i revistes	.718			
	Esdeveniments esportius (competicions d'escalada, excursionisme)	.590			
	Accessibilitat a la informació de les rutes	.588			
	Oferta hotelera	.548			

Rotated component matrix					
Factors	Raons per triar la destinació pel turisme esportiu	Components			
		1	2	3	4
2 DESTÍ	Meteorologia - temps		.859		
	Facilitat per arribar a les illes Balears - connectivitat		.850		
	Cost del viatge		.751		
	Atractiu de la costa		.724		
3 FAMÍLIA	Amics i familiars a Mallorca			.836	
	Recomanacions d'amics i familiars			.832	
4 OFERTA COMPLEMENTÀRIA	Oferta d'oci (discoteques, restaurants, etc.) – oci nocturn				.813

Extraction method: principal components analysis with Varimax rotation and Kaiser normalization

4.5. Nivells de satisfacció

Es va fer una comparació entre les mitjanes dels grups formats per turistes *hikers* sèniors i per turistes de menor edat denominats *hikers* no sènior per als nivells de satisfacció amb diferents dimensions del viatge, com cost del viatge, preu dels serveis, lloc de fàcil accés, accessibilitat de la informació, la senyalització i rutes, topoguia i senders, adequació de rutes, atractius que ofereix paisatges, temps meteorològic, monitors de muntanya, hospitalitat de la població local i la vida nocturna.

En concret, per a la satisfacció amb el cost del viatge el valor mitjà dels sèniors *hikers* és major que el dels no sèniors ($\overline{X}$sènior = 3.47 > $\overline{X}$no sènior = 2.61; F(1) = 43.228; p < .00). Quant a la satisfacció del preu dels serveis, la consideració dels *hikers* sèniors és susceptiblement major que la del *hikers* no sèniors ($\overline{X}$sènior = 2.61 > $\overline{X}$No sènior = 1.96; F(1) = 24.781; p < .00). Quant a la satisfacció per la facilitat d'accés a les illes Balears, els sèniors *hikers* presenten una mitjana superior ($\overline{X}$sènior = 3.56 > $\overline{X}$no sènior = 2.24; F(1) = 24.781; p < .00). Per a la satisfacció en relació amb la facilitat d'accés a les rutes homologades, els sèniors *hikers* estan més satisfets que els no sèniors *hikers* ($\overline{X}$sènior = 2.25 > $\overline{X}$no sènior = 1.65; F(1) = 101.853; p < .00). Pel que fa a la satisfacció de la senyalització i topoguia de les rutes i senderes els sèniors *hikers* tenen una mitjana superior ($\overline{X}$sènior = 2.03 > $\overline{X}$ no sènior = 1.60; F(1) = 10.919; p < .00). Mentre que no hi ha diferències significatives en la satisfacció de l'adequació de les rutes ($\overline{X}$sènior = 2.42; $\overline{X}$no sènior = 2.14; F(1) = 4.633; p > .0.05). Novament la satisfacció de l'atractiu de la costa és superior entre els sèniors *hikers* que els no sèniors *hikers* ($\overline{X}$sènior = 3.85 > $\overline{X}$no sènior = 2.60; F(1) = 90.277; p < .00). També és major la satisfacció dels sèniors *hikers* en relació amb la meteorologia de la destinació ($\overline{X}$sènior = 2.79 > $\overline{X}$no sènior = 3.96; F(1) = 80.223; p < .00). La satisfacció quant al personal qualificat per a l'esport de muntanya és major entre els *hikers* sèniors ($\overline{X}$sènior = 3.53 > $\overline{X}$no sènior = 2.04; F(1) = 130.265; p < .00), i major la satisfacció en relació amb el

grau d'hospitalitat de la gent local ($\overline{X}$sènior = 3.24 > $\overline{X}$no sènior = 2.22; F(1) = 60.451; p < .00). Finalment, en relació amb la satisfacció en relació amb l'oferta d'oci (discoteques, restaurants, etc.) no hi ha diferències significatives entre els grups ($\overline{X}$sènior = 2.37 > $\overline{X}$no sènior = 2.14; F(1) = 32.723; p > .05).

5. Discussió

Entre els objectius del present estudi hi havia el de confirmar les diferències en termes de comportament turístic, com la durada de l'estada per a la pràctica esportiva, el nivell de despesa i els nivells de satisfacció. En concret, l'estudi revela que el segment de *hiker* sènior de la serra de Tramuntana és un turisme majoritàriament de nacionalitat alemanya amb estudis universitaris i secundaris. Aquests resultats són consistents amb Freyer i Sven (2002), que afirmen que el 60% dels alemanys tenen el propòsit de practicar algun esport durant les seves vacances, dels quals el 36% fa caminades i el 29%, activitats esportives suaus o poc exigents. També estan en línia amb els obtinguts per Martínez-García (2013), que constaten que els mercats emissors de turisme sènior a Europa són Alemanya i el Regne Unit. L'informe Nielsen (2011) es manifesta en la mateixa direcció i en el seu estudi sobre la costa del Sol i la tercera edat apunta com a principals emissors de turistes sèniors a Espanya, el Regne Unit i Alemanya.

El treball s'ha centrat a analitzar les diferències sociodemogràfiques entre dos grups, formats per turistes *hikers* sèniors (més grans de 60 anys) i per *hikers* d'edats inferiors, amb la intenció de caracteritzar els mercats objectiu i, en línia amb l'estructura dels treballs de Jeong (2014) i Needham et al., (2011), identificar el paper que els factors de la destinació juguen en l'anàlisi de les motivacions dels turistes, i com les dimensions de la destinació afecten al comportament del visitant i a les seves experiències (Chhetri, Arrowsmith i Jackson, 2004).

D'aquest estudi es desprèn la caracterització dels turistes actius sèniors, especialment els que es dediquen a la modalitat del senderisme, els quals són en la seva majoria de nacionalitat alemanya, s'allotgen més dies en la destinació que els no sèniors i, per tant, solen gastar més en termes generals, i en allotjament, en particular.

Un altre aspecte destacable de l'estudi realitzat és la durada de l'estada. Així, els *hikers* sèniors passen a Mallorca una mitjana de 8,23 dies, significativament superior als 5,35 dies d'estada dels *hikers* no sèniors. Aquests resultats vénen justificats per la situació personal dels sèniors, que disposen de més temps lliure i menors càrregues familiars (Alegre i Pou, 2003; Alén et al., 2015; Nicolau i Mas, 2006; Patterson, 2006), la qual cosa els permet allargar les seves vacances en la destinació turística. A la llum dels resultats obtinguts, la RQ1 proposta, que promovia que el turista sènior *hiker* i no sènior *hiker* presenten

diferències quant a la durada de l'estada en la destinació per a la pràctica esportiva, queda finalment suportada per l'estudi.

Hem constatat que el fet d'una major durada de l'estada del *hikers* sèniors es tradueix en un nivell superior de despesa total. Així, la variable despesa durant l'estada, per la qual es va emprar una variable categòrica de cinc escales, determina que la mitjana de despesa del *hikers* sèniors és 2,85, per sobre de l'1,51 dels *hikers* no sèniors (RQ2). Aquesta mateixa tesi la sostenen Alegre et al. (2011), els quals afirmen que diversos autors han demostrat la importància de la durada de l'estada per als ingressos que es generen a la destinació. En funció del resultat de les anàlisis obtingudes, la RQ2 proposta, que promovia que el turista sènior i no sènior *hiker* presenten diferències quant al volum de despesa, podem afirmar que les diferències són observables i el turista *hiker* és el que més gasta a la destinació.

La teoria dels *push factors* que s'origina a partir de la piràmide proposada per la piràmide de necessitats de Maslow, ha generat molts d'estudis que han analitzat la motivació des d'aquest prisma en el mercat sènior (Boksberger i Laesser, 2009; Hsu, Cai, i Wong, 2007; Jang, Bai, Hu i Wu, 2009; Sangpikul, 2008). Actualment, els estudis incorporen una nova dimensió, els *factors pull*, que conformen el marc *push-pull* (Prayag, 2012; Prayag i Ryan, 2011), orientació àmpliament acceptada per la Travel Motivation Theory. Aquest treball s'alinea amb els recents plantejaments que analitzen les motivacions *push* i *pull* d'un producte emergent com és el *hiking* sèniors a la serra de Tramuntana, amb la intenció de contribuir en la construcció de l'estratègia de conceptualització i comercialització del producte.

En relació amb la satisfacció declarada pel turista actiu, resulta de la confluència entre les necessitats i l'experiència finalment obtinguda. És un instrument útil de gestió per a la destinació turística, ja que permet comprovar si les expectatives del turista han quedat satisfetes o frustrades i identificar les principals fonts d'insatisfacció que han de permetre posteriorment plantejar línies d'acció futura. Sobre els nivells de satisfacció, cal manifestar que a diferència de les afirmacions de Martínez-García (2013), el qual cataloga els sèniors com un segment més exigent, els *hikers* sèniors de la serra de Tramuntana es mostren més satisfets que els *hikers* no sèniors en la majoria d'ítems avaluats. En aquest sentit els resultats obtinguts recolzen la proposta de recerca RQ3, que promovia que el consumidor sènior i no sènior *hiker* presenten diferències quant als nivells de satisfacció amb diverses dimensions valorades sobre la pràctica esportiva en la destinació turística analitzada. Els resultats van reflectir uns alts nivells de satisfacció del turista sènior *hiker*, justificats per la temporalització de l'estudi, que coincideix amb el període de temporada baixa de la destinació, i, com apunten Kozak i Rimmington (2000), les observacions recollides en aquestes temporades estan en part influïdes per una afluència turística menor, la qual cosa pot decantar les observacions pel costat d'uns nivells de satisfacció superiors.

6. Conclusions

L'absència d'estadístiques i informació qualitativa i quantitativa fa indispensable promoure estudis en aquest camp amb la finalitat d'aportar informació per a la millora dels nous productes turístics pels quals les illes Balears duen a terme una ferma aposta. De la present recerca sobre el *hiking* de les illes Balears es desprèn l'existència de dos grups de *hikers*, sèniors i no sèniors, segmentats pel seu rang d'edat. Aquesta anàlisi focalitzada en el segment sènior revela que es tracta majoritàriament d'un turista alemany, amb formació i que inverteix més temps i recursos en la seva estada a les illes Balears. A més, els resultats mostren que és un turista majoritàriament satisfet amb la destinació, la qual cosa probablement el converteixi en ambaixador i prescriptor de la destinació turística.

Així, entre les principals troballes de l'estudi hi ha la verificació d'una sèrie de propostes de recerca centrades a establir diferències entre els subgrups analitzats, en termes de motivacions, anàlisi del comportament turístic i de nivells de satisfacció.

El fet d'haver realitzat una anàlisi de diferències quant a segments per edats de *hikers* aporta clares implicacions pràctiques, com la possibilitat de millora de la configuració del producte/experiència *hiking* adaptat a les necessitats específiques del col·lectiu objecte de l'estudi.

Per a les destinacions madures com les illes Balears és interessant promoure l'activitat del *hiking* entre els seus turistes internacionals durant la temporada baixa, que coincideix amb les millors condicions climàtiques i més apropiades per a la pràctica del *hiking*, la qual cosa permetria desestacionalizar la destinació i atreure un tipus de turisme actiu que de mitjana gasta més i que es troba més satisfet.

La preocupació de les institucions per promoure hàbits de vida més saludables amb la finalitat de millorar la salut i la qualitat de vida dels seus ciutadans posa en valor l'estudi realitzat entre individus que practiquen un envelliment actiu. Aquesta informació ha de permetre als gestors públics i privats millorar les seves actuacions per adaptar-se a la demanda emergent d'aquestes noves tendències turístiques.

Com tot treball, aquest no està exempt de limitacions, que poden servir per a futures investigacions. Entre les principals limitacions de l'estudi, hem d'assenyalar el fet que la mostra analitzada va estar formada únicament per turistes que practicaven el *hiking* a l'entorn de la serra de Tramuntana en les illes Balears, això fa que els resultats obtinguts en termes de característiques i motivacions a l'hora de seleccionar la destinació turística siguin més difícils d'extrapolar.

Per a futures recerques convindria ampliar la mostra d'estudi, així com recollir observacions durant tot l'any, analitzar les diferències entre el resident amb diversa nacionalitat i el

turista, així com desenvolupar una escala que permeti assignar directament els *hikers* que practiquen el senderisme d'una forma més intensiva, és a dir, diferenciar entre senderistes per segments d'edat.

Referències bibliogràfiques

Alegre, J. i Pou, L. (2003). El turismo de sol y playa desde la perspectiva de los consumidores Europeos. Un nuevo desafío en el desarrollo turístico de Baleares. *Serie Estudios Regionales Islas Baleares*, 149-176.

Alén, E., Losada, N. i Carlos, P. de. (2015). Profiling the segments of senior tourists throughout motivation and travel characteristics. *Current Issues in Tourism*, 1-16.

Berg, A. Van den, i Koole, S. (2003). Environmental preference and restoration: (How) are they related?. *Journal of Environmental*, *23*(2), 135-146.

Boksberger, P. E. I Laesser, C. (2009). Segmentation of the senior travel market by the means of travel motivations. *Journal of Vacation Marketing*, *15*(4), 311-322.

Ceballos, G. (2010). Estudio sobre el turismo de montaña en España. *Madrid: Turespaña*.

Chhetri, P., Arrowsmith, C. i Jackson, M. (2004). Determining hiking experiences in nature-based tourist destinations. *Tourism Management*, *25*(1), 31-43. http://doi.org/10.1016/S0261-5177(03)00057-8

Cho, S. (2002). Comparative analysis of mature travelers on the basis of Internet use.

Cleaver, M. (2000). Australian seniors' use of travel information sources: Perceived usefulness of word-of-mouth, professional-advice, marketer-dominated and general-media information. *Proc Australia New Zealand Marketing Academy Conference (ANZMAC)*, 182-187).

Cleaver, M., Muller, T. i Ruys, H. (1999). Tourism product development for the senior market, based on travel-motive research. *Tourism Recreation*, *24*(1), 5-11.

Collins-Kreiner, N. i Kliot, N. (2016). Particularism vs. Universalism in Hiking Tourism. *Annals of Tourism Research*, *56*, 132-137. http://doi.org/10.1016/j.annals.2015.10.007

Cooper, C., Fletcher, J., Fyall, A., Gilbert, D. i Wanhill, S. (2007). *El turismo: teoría y práctica*. Madrid: Síntesis.

Fleischer, A. i Pizam, A. (2002). Tourism constraints among Israeli seniors. *Annals of Tourism Research*, *29*(1), 106-123.

Flink, C., Olka, K. i Searns, R. (2001). *Trails for the Twenty-first Century*. Washington: Island Press.

Freyer, W. i Sven, G. (2002). Tourism and sport events. *Forschugsinsstitut Für Tourismus, Dresden*.

García-Sastre, M. A., Alemany-Hormaeche, M., i Trías-Villar, M. (2015). Are regional political decisions the key element in reducing seasonal variation in tourism? The case of the Balearic Islands. A *Tourism Economics: The Business and Finance of Tourism and Recreation*, *21*(6), 1207-1219.

Glover, P. i Prideaux, B. (2008). Using population projections to identify aspects of future tourism demand. *Advances in Hospitality and Leisure*, *4*(4), 185-209.

Hansmann, R., Hug, S., i Seeland, K. (2007). Restoration and stress relief through physical activities in forests and parks. *Urban Forestry & Urban Greening*, *6*(4), 213-225.

Hill, E., Goldenberg, M., i Freidt, B. (2009). Benefits of hiking: A means-end approach on the Appalachian Trail. *Journal of Unconventional*, *2*(1).

Hill, E., Gómez, E., Goldenberg, M. i Fellows, S. (2014). Appalachian and Pacific Crest Trail Hikers; a Comparison of benefits and motivations. *Journal of Unconventional Parks, Tourism & Recreation Research*, *5*(1), 9-17.

Holden, A. i Sparrowhawk, J. (2002). Understanding the motivations of ecotourists: the case of trekkers in Annapurna, Nepal. *International Journal of Tourism*, *4*(6), 435-446.

Horneman, L., Carter, R. i Wei, S. (2002). Profiling the senior traveler: An Australian perspective. *Journal of Travel*, *41*(1), 23-37.

Hsu, C. H. C., Cai, L. A. i Wong, K. K. F. (2007). A model of senior tourism motivations. Anecdotes from Beijing and Shanghai. *Tourism Management*, *28*(5), 1262-1273.

Huang, L. i Tsai, H. (2003). The study of senior traveler behavior in Taiwan. *Tourism Management*, *25*(5), 561-574.

Jang, S., Bai, B., Hu, C. i Wu, C. M. E. (2009). Affect, Travel Motivation, and Travel Intention: a Senior Market. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, *33*(1), 51-73. http://doi.org/10.1177/1096348008329666

Jang, S. S. i Wu, C. M. E. (2006). Seniors' travel motivation and the influential factors: An examination of Taiwanese seniors. *Tourism Management*, *27*(2), 306-316.

Jeong, C. (2014). Marine Tourist Motivations Comparing Push and Pull Factors. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, *15*(3), 294-309. http://doi.org/10.1080/1528008X.2014.921772

Kim, S. S., Lee, C. K. i Klenosky, D. B. (2003). The influence of push and pull factors at Korean national parks. *Tourism Management*, *24*(2), 169-180. http://doi.org/10.1016/S0261-5177(02)00059-6

Kozak, M. i Rimmington, M. (2000). Tourist Satisfaction with Mallorca, Spain, as an Off-Season Holiday Destination. *Journal of Travel Research*, *38*(3), 260-269. http://doi.org/10.1177/004728750003800308

Lee, S. i Tideswell, C. (2005). Understanding attitudes towards leisure travel and the constraints faced by senior Koreans. *Journal of Vacation Marketing*, *11*(3), 249-263.

Li, Y. (2000). Geographical consciousness and tourism experience. *Annals of Tourism Research*, *27*(4), 863-883.

Luque Gil, A. M. (2003). La evaluación del medio para la práctica de actividades deportivas en la naturaleza. *Cuadernos de Turismo*, *12*, 131-149.

Maas, J., Verheij, R. i Groenewegen, P. (2006). Green space, urbanity, and health: how strong is the relation?. *Of Epidemiology and community health. 60(7),* 587-592.

Madureira, L. (2004). Nature and landscape sustainability in Portuguese rural areas: which role for farming external benefits valorisation. *ERSA Conference Papers from European Regional Science Association*.

Martínez-García, E. (2013). El turista sénior en Europa: Actualidad y futuro. *RITUR-Revista Iberoamericana de Turismo*, *3*(1), 38-56.

Moniruzzaman, M., Páez, A., Habib, K. M. N. i Morency, C. (2013). Mode use and trip length of seniors in Montreal. *Journal of Transport Geography*, *30*, 89-99.

Needham, M. D., Rollins, R. B., Ceurvorst, R. L., Wood, C. J. B., Grimm, K. E. i Dearden, P. (2011). Motivations and Normative Evaluations of Summer Visitors at an Alpine Ski Area. *Journal of Travel Research*, *50*(6), 669-684. http://doi.org/10.1177/0047287510382298

Nicolau, J. L. i Mas, F. J. (2006). The influence of distance and prices on the choice of tourist destinations: The moderating role of motivations. *Tourism Management*, *27*(5), 982-996.

Nielsen, K. M. N. (2011). El turismo de la tercera edad en los destinos turísticos consolidados: el caso de la Costa del Sol. *XII Coloquio de Geografía del Turismo, Ocio y Recreación*. Universidad Carlos III, 55.

Nylander, M. i Hall, D. (2005). Rural tourism policy: European perspectives. *Rural Tourism and Sustainable Business*, 17-40.

Patterson, I. R. (2006). *Growing older: Tourism and leisure behaviour of older adults*. Cabi.

Pomfret, G. (2006). Mountaineering adventure tourists: A conceptual framework for research. *Tourism Management*, *27*(1), 113-123. http://doi.org/10.1016/j.tourman.2004.08.003

Prayag, G. (2012). Senior travelers' motivations and future behavioral intentions: The case of nice. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, *29*(7), 665-681.

Prayag, G. i Ryan, C. (2011). The relationship between the 'push'and 'pull' factors of a tourist destination: The role of nationality–an analytical qualitative research approach. *Current Issues in Tourism*, *14*(2), 121-143.

Reece, W. (2004). Are senior leisure travelers different?. *Journal of Travel Research*, *43*(1), 11-18.

Roca, M. de N. O. (2000). EU Policies and development stakeholders at the local level: The case of the Lima Valley, Northern Portugal. *International Conference: European Rural Policy at the Crossroads held at the Arkleton Centre for Rural Development Research, Aberdeen, Scotland*.

Ryan, C. (1995). Learning about tourists from conversations: the over-55s in Majorca. *Tourism Management*, *16*(3), 207-215.

Ryan, C. i Glendon, I. (1998). Application of leisure motivation scale to tourism. *Annals of Tourism Research*, *25*(1), 169-184.

Sangpikul, A. (2008). Travel motivations of Japanese senior travellers to Thailand. *International Journal of Tourism Research*, *10*(1), 81-94.

Sellick, M. C. (2004). Discovery, connection, nostalgia: Key travel motives within the senior market. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, *17*(1), 55-71.

Shim, S., Gehrt, K. i Siek, M. (2005). Attitude and behavior regarding pleasure travel among mature consumers: A socialization perspective. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, *18*(2), 69-81.

Tribe, J. i Snaith, T. (1998). From SERVQUAL to HOLSAT: holiday satisfaction in Varadero, Cuba. *Tourism Management*, *19*(1), 25-34.

Urry, J. (2007). *Mobilities*. Polity.

Vitterso, J., Vorkinn, M., Vistad, O. i Vaagland, J. (2000). Tourist experiences and attractions. *Annals of Tourism Research*, *27*(2), 432-450.

World Tourism Organization. (2001). *Tourism 2020 Vision. Europe.*

Zimmer, Z., Brayley, R. i Searle, M. (1995). Whether to go and where to go: Identification of important influences on seniors' decisions to travel. *Journal of Travel Research*, *33*(3), 3-10.

Autors

FRANCISCO REJÓN GUARDIA

Granada (1982). Llicenciat en Administració i Direcció d'Empreses i doctor en Ciències Econòmiques i Empresarials per la Universitat de Granada. Màster en Direcció Bancària i Finances i Màster en Màrqueting i Comportament del Consumidor. Investigador interessat en el comportament del consumidor en línia, les xarxes socials, el turisme i les noves metodologies docents aplicades a l'educació superior. Ha publicat sobre aquests temes en revistes acadèmiques com a *Internet Research*, *Psychology & Màrqueting*, *Industrial Management & Data Systems*, *Journal of International Consumer Màrqueting*, i és autor de llibres i capítols de llibre en editorials internacionals. És membre de l'Associació Espanyola de Màrqueting Professional i Acadèmic (AEMARK) i membre fundador del grup de recerca multidisciplinària (TURNETMK).

MARIA ANTÒNIA GARCIA SASTRE

Montuïri (1966). Llicenciada en Ciències Econòmiques i Empresarials i doctora en Ciències Econòmiques i Empresarials per la Universitat de les Illes Balears. Master of Business Administration (MBA). Middlesex Polytecnhic Business School, Londres. Master en Noves Tecnologies aplicades a la Gestió Integral de l'Empresa: SAP R/3. Actualment, és professora titular de l'àrea de Comercialització i Recerca de Mercats de la Facultat d'Economia i Empresa i de la Facultat de Turisme. Directora del postgrau en Màrqueting Digital i Community Management i del postgrau en Emprenedoria basada en Tecnologia i Màrqueting Digital
Les seves línies de recerca se centren essencialment en els nous productes turístics i en l'anàlisi del turisme esportiu. És membre fundadora del grup de recerca multidisciplinària (TURNETMK).

MARGALIDA ALEMANY HORMAECHE

Palma (1970). Llicenciada en Ciències Econòmiques i Empresarials per la Universitat de les Illes Balears (1993, premi extraordinari), Màster en Mercats Financers per la Universitat Autònoma de Madrid (1994) i doctora en Ciències de l'Educació per la UIB el 2012. Actualment, és professora titular d'escola de l'àrea d'Economia Financera i Comptabilitat de la Facultat d'Economia i Empresa i de la Facultat de Turisme. Les principals línies de recerca són en el camp del turisme, concretament en anàlisi dels nous productes turístics, i en el dels esdeveniments esportius. Ha publicat sobre aquests temes en revistes acadèmiques

com *Tourism Economics*, així com capítols de llibre en editorials internacionals. És membre fundadora del grup de recerca multidisciplinària (TURNETMK) i també ha participat en diversos projectes de recerca en l'àmbit educatiu universitari.

LES PERSONES GRANS I ELS SERVEIS FINANCERS: QUINES DIFICULTATS AFRONTEN?

Les persones grans i els serveis financers: quines dificultats afronten?

Marcos Fernández-Gutiérrez
Myriam García-Olalla

Resum

L'esclat de la crisi financera ha posat de relleu els problemes que afecten els consumidors de serveis financers, principalment els relacionats amb la contractació de productes inadequats a les seves necessitats i/o el seu perfil de risc. Aquesta problemàtica és especialment singular quan ens centrem en l'anàlisi dels col·lectius més vulnerables, com són les persones d'edat avançada o aquelles amb un baix nivell educatiu. Aquesta situació ha comportat una reducció notable de la confiança en el sistema financer i ha alertat els reguladors, els quals tracten de millorar la protecció dels consumidors mitjançant el desenvolupament d'un marc regulatiu adequat. En aquest capítol es descriu com ha evolucionat la regulació de la protecció del consumidor en aquests mercats per, seguidament, dur a terme una anàlisi descriptiva de les principals dificultats que experimenta, en l'àmbit de la UE, un grup particularment vulnerable com és el de les persones d'edat avançada. A partir d'aquesta anàlisi es poden identificar diverses dificultats d'aquest col·lectiu, particularment concentrades en el mercat de productes d'inversió i, en certs aspectes, en el de comptes bancaris. L'anàlisi d'aquestes dificultats permet extreure un conjunt de conclusions orientades a la millora de la satisfacció i a l'augment de la protecció d'aquest col·lectiu.

Resumen

El estallido de la crisis financiera ha puesto de relieve los problemas que afectan a los consumidores de servicios financieros, principalmente los relacionados con la contratación de productos inadecuados a sus necesidades y/o a su perfil de riesgo. Esta problemática es especialmente singular cuando nos centramos en el análisis de los colectivos más vulnerables, como son las personas de avanzada edad o aquellas con un bajo nivel educativo. Esta situación ha conllevado una reducción notable de la confianza en el sistema financiero y ha alertado a los reguladores, que tratan de mejorar la protección de los consumidores mediante el desarrollo de un marco regulativo adecuado. En este capítulo se describe cómo ha evolucionado la regulación de la protección del consumidor en estos mercados para, seguidamente, llevar a cabo un análisis descriptivo de las principales dificultades que experimenta, en el ámbito de la UE, un grupo particularmente vulnerable como es el de las personas de avanzada edad. A partir de este análisis se pueden identificar diversas dificultades de este colectivo, particularmente concentradas en el mercado de productos de inversión y, en ciertos aspectos, en el de cuentas bancarias. El análisis de estas dificultades permite extraer un conjunto de conclusiones orientadas a la mejora de la satisfacción y al aumento de la protección de este colectivo.

1. Els serveis financers i les persones grans: anàlisi des de la perspectiva dels consumidors

La crisi financera ha posat de relleu la vulnerabilitat de les persones que contracten amb les entitats bancàries i la necessitat de revisar el seu règim de protecció (HLEG, 2012; Pasiouras, 2016). La crisi va revelar una sèrie d'episodis en els quals l'escassa protecció dels consumidors de serveis financers es va traslladar a un assessorament deficient per part dels proveïdors dels serveis, que, en determinats casos, arribà a la comercialització de productes totalment inadequats per a les necessitats dels consumidors (PCBS, 2013). Les enquestes realitzades per la Comissió Europea posen de manifest que, en gran part com a resultat d'aquestes qüestions, els mercats dels productes d'inversió i de les hipoteques són, juntament amb l'immobiliari, els pitjor valorats pels consumidors a nivell europeu; així mateix, els de comptes bancaris i de préstecs i crèdits també se situen per sota de la mitjana (EC, 2011). Els problemes de la comercialització de productes financers i la baixa satisfacció dels consumidors amb el funcionament d'aquests mercats es concentren, particularment, entre determinats segments de la població especialment exposats a situacions de vulnerabilitat davant la presa de decisions financeres, dels quals destaca fonamentalment la població d'edat avançada i les persones amb un baix nivell educatiu. Mentre que els segons solen tenir coneixements inferiors a la mitjana en matèries com les matemàtiques o la comprensió lectora, la qual cosa els pot portar a una major dificultat per a la presa de decisions complexes en mercats com el dels serveis financers, en el cas de les persones d'edat avançada aquestes capacitats es poden trobar en declivi; també poden enfrontar-se a dificultats lligades a l'adaptació a nous productes, noves pràctiques o nous contextos, com és el de l'increment de l'agressivitat de determinades pràctiques comercials o el creixent ús de les noves tecnologies. Com a resultat, aquests consumidors poden veure's exposats a situacions de vulnerabilitat davant els serveis financers que portin a decisions inadequades pel que fa a la utilització o no de serveis, a l'adquisició de productes i a l'activitat de cerca d'alternatives (Lunn i Lyons, 2010; Jilke, 2015; Clifton et al., 2017).

Com a conseqüència de les males pràctiques bancàries s'ha posat en risc l'accés al crèdit i la seguretat de l'estalvi i, amb això, també la confiança dels consumidors en el sector (PCBS, 2013), particularment entre els grups més vulnerables. La resposta dels reguladors davant aquest problema se centra en una sèrie d'iniciatives que pretenen reforçar i millorar les eines existents per afavorir la protecció dels consumidors. D'aquesta qüestió s'ocupen actualment les institucions reguladores i els governs del món (World Bank, 2014; Pasiouras, 2016). Abans de la crisi, eren molt escasses les iniciatives tendents a la protecció del consumidor financer. El 2004 es va crear el Grup d'Experts en Serveis Financers des de la perspectiva de l'usuari i es van aprovar iniciatives sobre educació financera (World Bank, 2014). Després del desastre financer, la restauració de la confiança dels agents econòmics i els inversors en el sistema s'ha convertit en objectiu prioritari dels plans públics d'acció per

tractar de revertir la dinàmica negativa del clima econòmic mundial. Tal com assenyalen diversos autors (La Porta et al., 2002), la protecció legal de l'inversor és un símptoma del desenvolupament del seu sistema financer, de tal manera que a més protecció legal, més desenvolupament financer d'un país.

A la Unió Europea es considera que els serveis financers formen part d'un sector específic allunyat del nucli bàsic de la protecció dels consumidors i usuaris. En aquest sentit, la Directiva 2011/83/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 25 d'octubre de 2011, sobre els drets dels consumidors, no s'aplica als serveis financers. Per aquest motiu, i en principi, els drets bàsics dels consumidors no inclouen la protecció de consumidor financer, que té una legislació específica. En aquest context, la Comissió Europea advoca pel desenvolupament no només de la unió bancària, sinó també d'uns mecanismes integrats i centralitzats de supervisió que permetin crear una esfera comuna de protecció que eviti determinades pràctiques i tingui com a prioritat la protecció del consumidor. Així, es considera que per restablir l'estabilitat del sistema bancari no n'hi ha prou d'augmentar la solvència de les entitats, sinó que és necessari recuperar la confiança del consumidor. A nivell mundial, els codis voluntaris i les recomanacions han anat deixant pas a canvis legislatius importants com la Dodd-Frank Act a EUA i Basilea III, que en el cas de la UE es reflecteixen fonamentalment en la directiva MIFID II.

La directiva MIFID II, amb l'objectiu de reforçar la protecció del client de serveis financers, fou aprovada pel parlament europeu el 16 d'abril de 2014, juntament amb un reglament MIFIR, que reforma la normativa MIFID de 2007, i que es tradueix en un gir vers la intervenció directa en la protecció del consumidor financer. La necessitat d'aquesta reforma es deu al fet que, després de vuit anys d'aplicació, els dos objectius de MIFID (reforçar la transparència i integració dels mercats financers, a més d'una major protecció de l'inversor), no s'han acomplert. D'una banda, la protecció del client minorista no ha estat efectiva i, de l'altra, no s'ha produït l'increment esperat de la competència en un mercat tan regulat com el financer. La Directiva MiFID II està inspirada en les premisses de la seguretat, l'eficàcia i la transparència dels mercats en honor de la major protecció dels inversors. Entre d'altres qüestions, aborda un canvi de la regulació del disseny dels productes financers, que haurà d'adaptar-se millor als diferents perfils dels consumidors, així com el reforç de la independència de l'assessorament financer i la prohibició de la comercialització de determinats productes complexos o de risc (Clifton et al., 2017). La seva aplicació requerirà un canvi de la cultura bancària, ja que es tracta d'alinear els interessos dels bancs amb els de la clientela, puix contempla el client com un usuari dels serveis d'intermediació (un consumidor de productes financers). No obstant això, encara és aviat per determinar si la nova regulació resultarà reeixida per garantir la protecció efectiva dels consumidors europeus i la recuperació de la seva confiança en el sector, particularment entre els segments més vulnerables de la població, que han estat el més afectats per la crisi.

L'objectiu d'aquest capítol és realitzar una descripció de les principals dificultats que experimenten els consumidors europeus als mercats de serveis financers, i se centra en particular en els problemes d'un grup especialment vulnerable, com és el de la població d'edat avançada. Per a això, en la següent secció es descriu la font d'informació analitzada (la Market Monitoring Survey, principal font a nivell europeu per analitzar el funcionament dels mercats des de la perspectiva dels consumidors) i es defineixen i expliquen els indicadors que ofereix aquesta font. Seguidament, es duu a terme una anàlisi descriptiva, a partir de com es detecten les principals dificultats experimentades per les persones d'edat avançada als mercats financers, així com en quin tipus de serveis abunden aquestes dificultats. Amb tot això, en l'última secció del capítol s'extreu una sèrie de conclusions i recomanacions orientades a millorar l'efectivitat de la regulació encaminada a millorar la satisfacció i la confiança d'aquest important segment de la població amb la provisió de serveis financers.

2. Les dades de la Market Monitoring Survey i l'enfocament «Sortida, veu i lleialtat» de Hirschman

En l'anàlisi que realitzem a continuació, utilitzem les microdades de l'enquesta europea Market Monitoring Survey (MMS), corresponents a 2011 (EC, 2011). La MMS és una font d'informació impulsada per la Direcció General de Salut i Consumidors de la Comissió Europea. És l'element fonamental del denominat Consumer Markets Scoreboard, l'eina empírica utilitzada per la Comissió Europea per avaluar el funcionament dels mercats a la UE des de la perspectiva dels consumidors i, a partir d'això, per dissenyar les polítiques i les recomanacions europees en la matèria.

La MMS ofereix informació comparable entre diferents mercats sobre l'experiència dels consumidors europeus en els mercats, en relació amb qüestions com la seva confiança en el fet que els proveïdors respectin la normativa de protecció dels consumidors, la comparació entre diferents ofertes, el grau de compliment de les seves expectatives i els problemes soferts. La MMS de l'any 2011 proporciona informació de 51 mercats per a la UE-27. La mostra inclou, per a cada mercat i país, 500 observacions corresponents a consumidors amb experiència recent en aquest mercat (un nombre que es redueix a 250 per als països més petits, com són Xipre, Luxemburg i Malta). La informació de la MMS inclou quatre mercats de serveis financers, que és en els quals se centrarà aquest capítol: els comptes bancaris, els productes d'inversió (incloses també pensions privades i accions), les hipoteques i el mercat de préstecs i crèdits, en què s'inclouen també les targetes de crèdit.

Les variables incloses en l'enquesta i analitzades a continuació són les següents:

Satisfacció. Aquest indicador analitza la satisfacció general de cada consumidor amb el funcionament del mercat en qüestió en relació amb el compliment de les seves expectatives,

a partir de la seva resposta a la següent qüestió: «Fins a quin punt els servicis/productes oferts per diferents proveïdors van complir amb les seves expectatives en l'últim període?». Les respostes s'ofereixen en una escala de 0 («molt malament») a 10 («molt bé»).

Confiança. Es tracta d'un indicador que mesura les percepcions dels consumidors en relació amb el grau de protecció que els ofereixen els proveïdors. En concret, l'enquesta pregunta als consumidors: «Fins a quin punt confia que els proveïdors respecten les regles i la regulació per a la protecció dels consumidors?». Les respostes s'ofereixen també en una escala de 0 («molt malament») a 10 («molt bé»).

Problemes. Aquest indicador analitza si els consumidors han experimentat problemes de rellevància en el mercat en qüestió, a partir de la pregunta: «Ha experimentat un problema amb el servici/producte del proveïdor i que consideri una causa legítima per presentar una queixa?». En aquest cas, les respostes constitueixen una variable binària («sí» o «no»).

Queixes. En aquest cas, s'analitza si els consumidors han presentat una queixa bé davant el proveïdor o bé davant un tercer (l'òrgan responsable de recollir les queixes d'acord amb la normativa vigent), a partir de les respostes a la pregunta: «Ha presentat una queixa (davant el proveïdor o davant l'organisme corresponent, si escau) en relació amb aquest problema?». Les respostes també s'ofereixen com una variable binària («sí» o «no»).

Facilitat per comparar. Aquest indicador mesura el grau de dificultat que presenta per als consumidors la comparació entre les diferents alternatives existents al mercat. Per a això, l'enquesta formula la pregunta: «Com de difícil o fàcil li va resultar comparar els servicis/productes oferts per diferents proveïdors?», en una escala de 0 («molt difícil») a 10 («molt fàcil»).

Canvi de proveïdor. En aquest cas, s'analitza si els consumidors han canviat de proveïdor del producte o servei que compren al mercat en qüestió, de la qual cosa es deriva una variable de caràcter binari («sí» o «no»).

Facilitat per al canvi. Avalua si els consumidors perceben que és senzill o difícil canviar de proveïdor, a partir de les respostes a la pregunta: «Com de difícil o fàcil considera que és/va ser canviar de proveïdor en l'últim període?», en una escala de 0 («molt difícil») a 10 («molt fàcil»).

L'«últim període» al qual es refereixen les preguntes (en el cas dels indicadors de satisfacció, canvi de proveïdor i facilitat per al canvi) fa referència a un període de dos anys, excepte en el cas del mercat de préstecs i crèdit, en el qual el període en qüestió és de tres anys.

Una variable clau en la present anàlisi, donada la temàtica abordada, és l'edat. A partir de la informació disponible en l'enquesta, es diferencien quatre grups en funció de l'edat dels

consumidors enquestats: els menors de 35 anys; els consumidors de la franja entre 35 i 49 anys; els situats entre 50 i 64 anys; i els més grans de 64 anys. La taula 1 recull la distribució de la mostra, per al conjunt de la UE-27, segons el grup d'edat, per a cadascun dels mercats analitzats. Com s'observa, al mercat de comptes bancaris els menors de 35 anys suposen el 24,4% dels consumidors enquestats; els de 35 a 49, el 34,5%; els de 50 a 64, el 28,3%; i els més grans de 64 anys, el 12,8%. Al mercat de productes d'inversió, és una mica major la presència del grup d'entre 35 i 49 anys (39,4%) i, en canvi, és menor la dels més joves (20,7%) i els més més grans (11%). Alguna cosa similar s'observa al mercat d'hipoteques, en què el grup de 35 a 49 anys aconsegueix el 47,7% de la mostra, el dels més joves es queda en el 20,1% i el dels més grans és encara més baix, el 5,5%. Finalment, al mercat de préstecs i crèdits, en relació amb el de comptes bancaris, hi destaca que la presència de consumidors de 35 a 49 anys és una mica més alta (37,7%) i la dels més grans de 64 anys, més baixa (9,6%). En resum, atès que la mostra de l'enquesta es compon de consumidors amb experiència recent en cada mercat, s'observa que el pes de cada grup d'edat es correspon amb el grau en què cada grup participa a cada mercat. En particular, per als més grans de 64 anys, els mercats financers en els quals tenen major presència són el de comptes bancaris i el de productes d'inversió, mentre que en el que tenen menor presència és, amb diferència, el d'hipoteques.

En la posterior anàlisi, descriurem quines dimensions de les descrites prèviament i quins consumidors més grans de 64 anys mostren una puntuació mitjana més baixa, com a senyal de l'existència de dificultats particulars per a aquest segment de la població, i en quines dimensions i en quins mercats aquests consumidors mostren una major diferència en relació amb els més joves, la qual cosa indica l'existència de majors bretxes generacionals.

Taula 1 | *Distribució de la mostra de l'enquesta analitzada, per grups d'edat (%)*

Mercat	Edat			
	Menors de 35	De 35 a 49	De 50 a 64	Més grans de 64
Comptes bancaris	24,40	34,45	28,32	12,83
Productes d'inversió	20,65	39,43	28,96	10,95
Hipoteques	20,10	47,72	26,66	5,52
Préstecs i crèdit	23,74	37,72	28,96	9,58

Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'EC (2011)

Per analitzar la informació descrita, ens basem en l'enfocament «sortida, veu i lleialtat», descrit per Hirschman (1970), i que ha estat posteriorment molt utilitzat per avaluar la provisió de serveis des de la perspectiva dels consumidors. En el seu enfocament, Hirschman va descriure dos tipus de respostes individuals davant situacions insatisfactòries en la provisió d'un servei: la «sortida», que implica abandonar el servei (en el cas dels

serveis en què això no és factible, es pot considerar aquí el canvi de proveïdor); i la «veu», que comporta fonamentalment expressar una queixa amb l'objectiu de millorar el servei. La «lleialtat» estaria associada, per contra, amb la satisfacció, que implica la continuïtat en el consum de l'opció en qüestió.

En la posterior anàlisi, en primer lloc ens detindrem a analitzar la satisfacció i la confiança, com dos indicadors generals de la satisfacció dels consumidors europeus, per mercat i per grup d'edat. En aquells mercats en els quals el grup de més edat mostri una menor puntuació, o una major diferència en relació amb els més joves, estarem detectant la possible presència de dificultats per a aquest segment de la població. Posteriorment, analitzarem les dades corresponents a dos indicadors relacionats amb la «veu»: han experimentat els consumidors de més edat més problemes?; presenten menys queixes (o més) quan tenen un problema?. Finalment, analitzarem tres indicadors relacionats amb la «sortida»: per als consumidors de més edat és més difícil comparar ofertes?; canvien menys de proveïdor?; troben més difícil fer-ho? Amb tot això tractarem d'analitzar si en els mercats en què els consumidors de més edat mostren una menor satisfacció, existeixen problemes per a ells relacionats amb la «veu» o la «sortida» que contribuirien a explicar la seva menor satisfacció. La figura 1, reproduïda a continuació, resumeix el nostre ús de l'esquema «sortida, veu i lleialtat» de Hirschman per analitzar l'ús dels serveis financers.

Figura 1 | *Aplicació de l'esquema «sortida, veu i lleialtat» a l'anàlisi desenvolupada*

3. Resultats

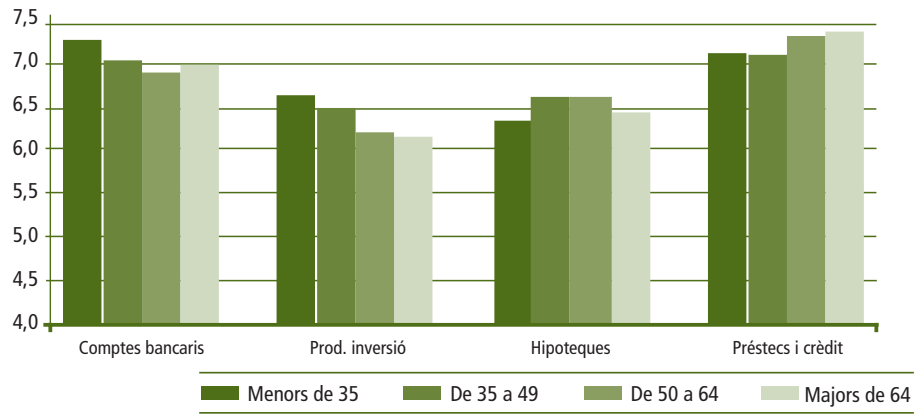
Pel que fa als dos indicadors generals de satisfacció, la gràfica 1 recull el valor mitjà, per mercat i grup d'edat, de la satisfacció dels consumidors europeus en relació amb les seves expectatives; la gràfica 2, a continuació, mostra aquesta informació pel que fa a la confiança dels consumidors en relació amb la protecció dels seus drets.

Com s'observa, quant a la satisfacció dels consumidors en relació amb les seves expectatives, els dos mercats en els quals les puntuacions són, en termes globals, més baixes, són el de productes d'inversió i el d'hipoteques. Per grups d'edat, les diferències més grans s'observen al mercat de productes d'inversió, on la satisfacció aconsegueix un valor mitjà de 6,63 en els menors de 35 anys i de 6,48 en els de 35 a 49, mentre que es queda en 6,20 en els de 50 a 64 i en 6,15 en els més grans de 64 anys. També tendeix a decréixer una mica amb l'edat la satisfacció amb els comptes bancaris, encara que en aquest cas les diferències són notablement més petites: del 7,26 dels més joves al 6,98 dels més més grans.

Quant a la confiança dels consumidors amb la protecció dels seus drets, s'observa que les puntuacions són, en general, més baixes que en el primer indicador, si bé les diferències entre mercats són també menors. Per grups d'edat, de nou les majors diferències s'observen en els productes d'inversió, en què la confiança cau des de 6,22 en els menors de 35 fins a 6,10 en els de 35 a 49, 5,89 en els de 50 a 64 i 5,83 en els més grans de 64. També és particularment baixa la confiança dels consumidors més grans de 64 anys amb les hipoteques (5,74); així mateix, en aquest mercat és especialment reduïda la confiança dels consumidors més joves.

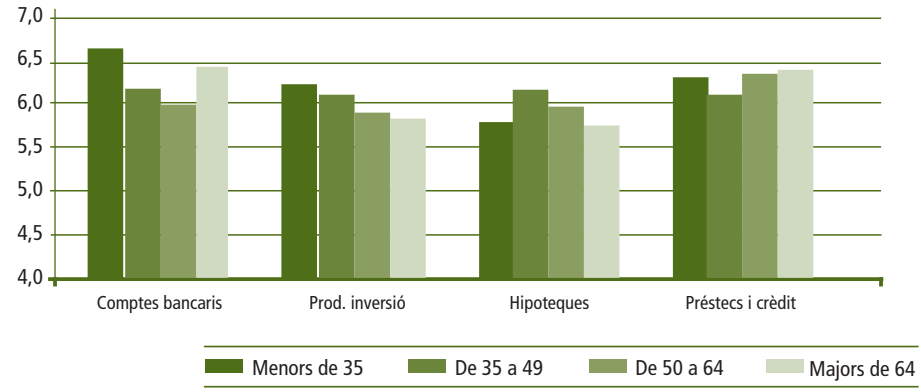
En conjunt, els resultats més baixos de satisfacció i confiança dels consumidors de més edat, així com les majors diferències respecte dels consumidors més joves, s'observen al mercat dels productes d'inversió.

Gràfic 1 | *Satisfacció dels consumidors (de 0 a 10), per servei financer i grup d'edat. UE-27*



Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'EC (2011)

Gràfic 2 | *Confiança en la protecció dels consumidors (de 0 a 10), per servei financer i grup d'edat. UE-27*



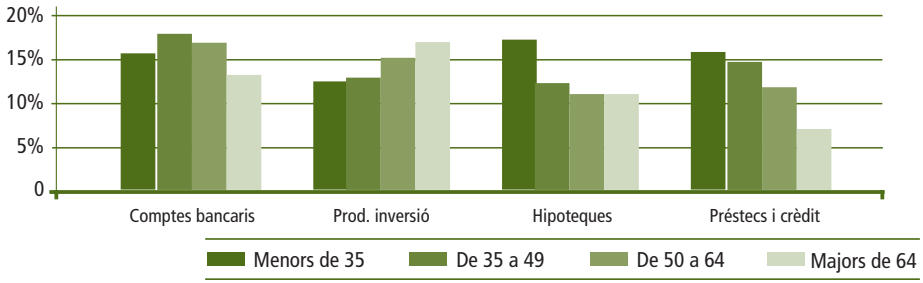
Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'EC (2011)

En relació amb la «veu», la gràfica 3 recull, per grup d'edat, el percentatge de consumidors de la UE-27 que ha experimentat un problema rellevant en cadascun dels mercats analitzats, mentre que la gràfica 4 mostra el percentatge que ha presentat una queixa.

Com s'observa, hi ha un únic mercat en el qual els problemes experimentats s'incrementen amb l'edat i, a més, de manera molt notòria: els productes d'inversió, en què el 17% dels consumidors europeus més grans de 64 anys assenyala que ha experimentat un problema rellevant en els últims 2 anys. Es tracta d'un percentatge substancialment més elevat que el dels altres grups: 15,2% dels consumidors de 50 a 64 anys, 12,9% dels de 35 a 49 i 12,5% dels menors de 35. El mercat de productes d'inversió és, amb diferència, també el mercat on més persones de 64 anys o més han experimentat un problema; així, l'esmentat 17% està molt per sobre del 13,2% d'aquests consumidors que n'ha sofert algun amb els comptes bancaris, l'11% amb les hipoteques i el 7% al mercat de préstecs i crèdit.

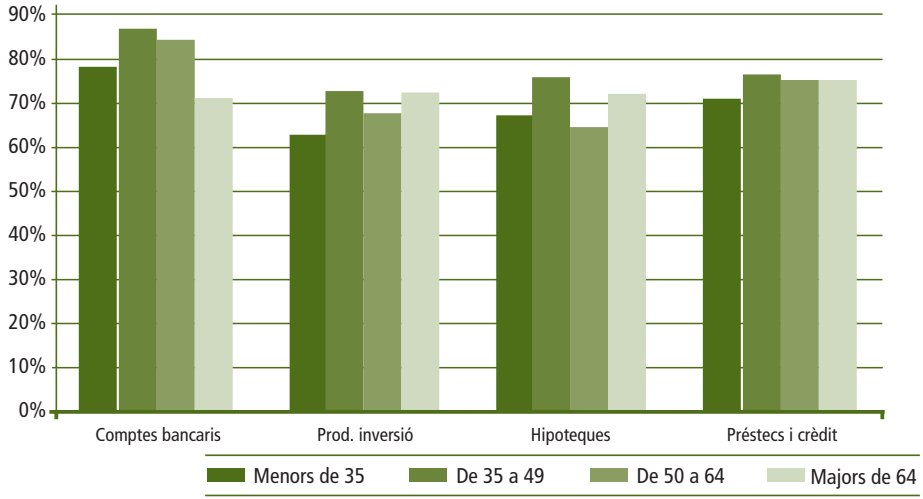
La gràfica 4 reflecteix que, en línies generals, al voltant del 70% dels més grans de 64 anys que van sofrir un problema va presentar una queixa davant el seu proveïdor o davant l'organisme competent. En gairebé tots els serveis, aquest percentatge és similar al de la resta de grups d'edat. L'excepció és el mercat de comptes bancaris, en què els més grans mostren un percentatge d'uns 15 punts més baix que el dels grups d'edat intermèdia, la qual cosa indica que en aquest cas, les persones de més edat podrien estar experimentant dificultats per canalitzar la seva «veu» davant l'aparició de problemes.

Gràfic 3 | *Percentatge de consumidors que ha experimentat un problema, per servei financer i grup d'edat. UE-27*



Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'EC (2011)

Gràfic 4 | *Percentatge dels consumidors (d'entre els que van experimentar un problema) que van presentar una queixa, per servei financer i grup d'edat. UE-27*



Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'EC (2011)

Per completar l'anàlisi, en relació amb la «sortida», la gràfica 5 mostra el valor mitjà, per mercats i grups d'edat, de l'indicador de la facilitat per comparar ofertes. La gràfica 6 mostra informació anàloga pel que fa al percentatge de consumidors que ha canviat de

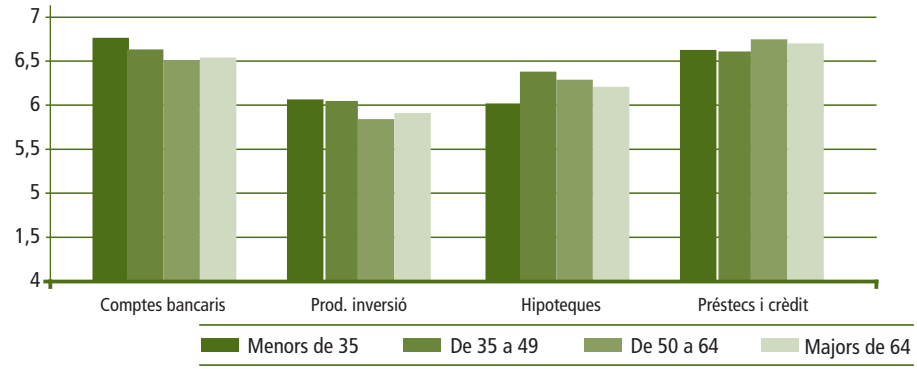
proveïdor i, finalment, la gràfica 7 recull aquesta informació en relació amb la facilitat percebuda pels consumidors per canviar de proveïdor.

Com s'observa, el mercat on, en línies generals, els consumidors mostren una menor facilitat per comparar ofertes és el dels productes d'inversió. En gairebé tots els mercats, excepte el de préstecs i crèdit i exceptuant també els consumidors més joves en el d'hipoteques, la facilitat per comparar ofertes tendeix a decréixer amb l'edat, però les diferències són reduïdes: de 6,75 entre els més joves a 6,53 entre els més grans en el cas dels comptes bancaris; i de 6,05 a 5,90, respectivament, en el dels productius d'inversió.

Quant al percentatge de consumidors que ha canviat de proveïdor (gràfica 6), és destacable que el seu valor és substancialment més baix entre els consumidors de més edat als mercats de comptes bancaris, préstecs i crèdit i, en menor mesura, en el d'hipoteques; en canvi, aquest descens amb l'edat no s'observa al mercat de productes d'inversió. En general, les persones de més edat són més renuents al canvi, com ha descrit la literatura, que ha trobat una major aversió al risc i al canvi entre les persones d'edat avançada (Lunn i Lyons, 2010). Això permetria explicar el seu comportament contrari al canvi de proveïdor de serveis financers que mostren les dades als tres mercats esmentats. En el cas dels productes d'inversió, aquest efecte es podria combinar amb un major desig de canviar de proveïdor com a conseqüència dels problemes experimentats pels consumidors de més edat, que com hem vist han estat més freqüents que en altres grups. Destaca que fins a un 12,4% dels consumidors més grans de 64 anys ha canviat de proveïdor de productes d'inversió en els últims dos anys, mentre que aquest percentatge es queda en el 6,5% per als comptes bancaris, el 5,6% per a les hipoteques i el 4,4% per als préstecs i crèdits. Per tant, algunes persones d'edat superior als 64 anys haurien recorregut al canvi de proveïdor de productes d'inversió com a mecanisme de reacció (per la via de la «sortida») davant els problemes i la baixa satisfacció experimentats en aquest mercat.

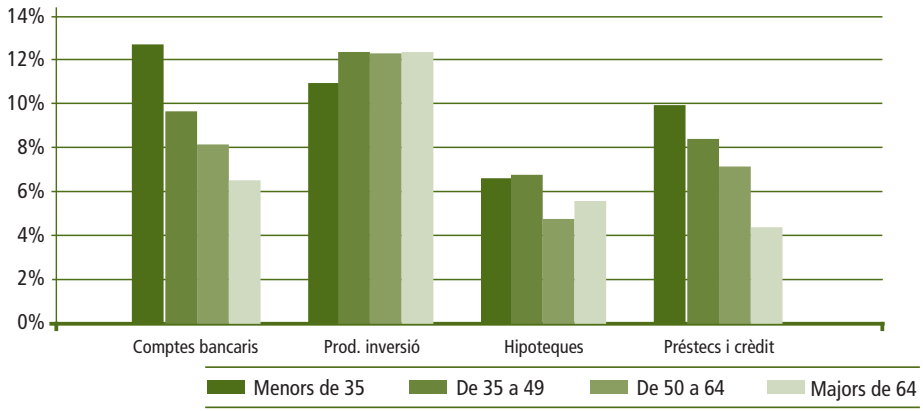
Finalment, la gràfica 7 reflecteix que als mercats de comptes bancaris i de productes d'inversió, la facilitat per canviar de proveïdor decreix notablement amb l'edat. En el cas dels comptes bancaris, el valor mitjà passa de 7,16 entre els més joves a 6,53 entre els més grans; en el dels productes d'inversió, cau de 6,52 entre els menors de 35 a 6,09 entre els més grans de 64. En el cas de les hipoteques, aquest patró s'observa amb menor claredat, atès que els valors són en general més baixos que en altres mercats, i són particularment reduïts per als menors de 34 anys. Tampoc al mercat de préstecs i crèdit no s'observa que la facilitat per canviar de proveïdor decreixi amb l'edat, sinó al contrari. En resum, és als mercats de comptes bancaris i de productes d'inversió on els consumidors de més edat mostren més dificultats per canviar de proveïdor (la «sortida»). En el cas dels comptes bancaris, això es tradueix en una notable menor propensió a realitzar el canvi de proveïdor entre aquests consumidors, la qual cosa no s'observa en el cas dels productes d'inversió, a causa de la pressió a «sortir» (canviar de proveïdor) que generen els problemes experimentats i la baixa satisfacció.

Gràfic 5 | *Facilitat per comparar ofertes (de 0 a 10), per servei financer i grup d'edat. UE-27*



Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'EC (2011)

Gràfic 6 | *Percentatge de consumidors que han canviat de proveïdor, per servei financer i grup d'edat. UE-27*

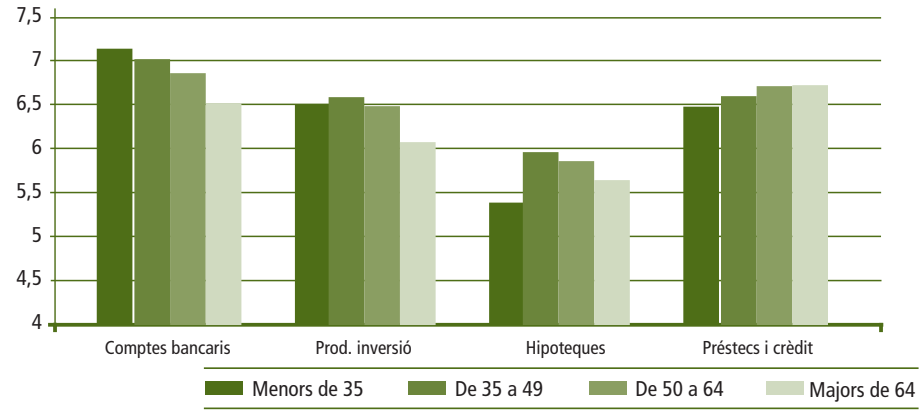


Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'EC (2011)

Els problemes més notoris per a les persones més grans, en síntesis, s'han detectat en el cas dels productes d'inversió. Per això, és interessant fer una anàlisi addicional sobre quin tipus de consumidors sofreixen més problemes, per a això un indicador clau és el nivell educatiu. Les persones amb menor nivell educatiu tenen, en línies generals, més dificultats cognitives per comprendre la informació o per realitzar els càlculs requerits en la presa de decisions financeres, la qual cosa podria portar al fet que experimentin

majors dificultats en els mercats (Lunn i Lyons, 2010; Clifton et al., 2017). Per això, a partir de la informació disponible a la MMS, les persones més grans de 64 anys es van a dividir en tres grups, en funció de l'edat en la qual van finalitzar els seus estudis: abans dels 16 anys (educació bàsica), entre els 16 i els 19 anys (educació secundària) i per sobre dels 19 anys (educació superior).

Gràfic 7 | *Facilitat per al canvi de proveïdor (de 0 a 10), per servei financer i grup d'edat. UE-27*

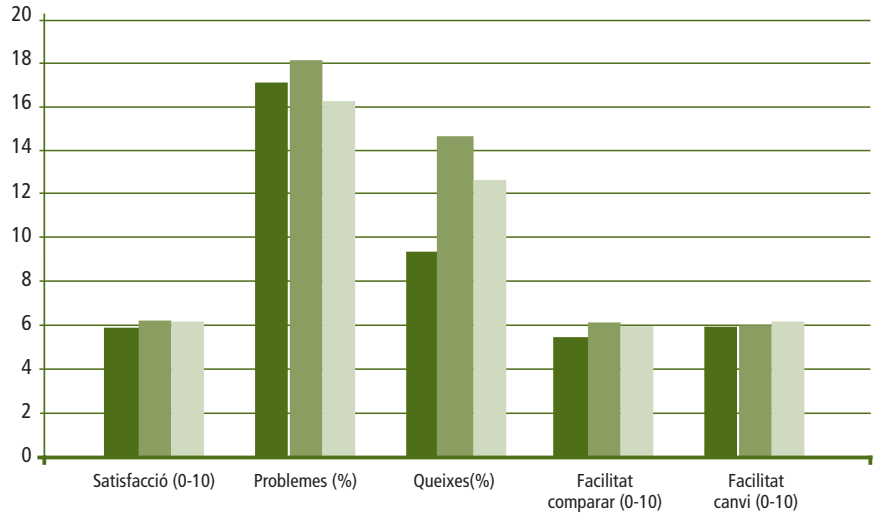


Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'EC (2011)

La gràfica 8 recull, per al cas dels productes d'inversió, el valor mitjà de diversos indicadors analitzats prèviament (la satisfacció, els problemes, les queixes, la facilitat per comparar i la facilitat per al canvi), entre els consumidors més grans de 64 anys i en funció del seu nivell educatiu. Les dades reflecteixen, en primer lloc, que entre les persones de més edat, la satisfacció de les que compten amb estudis bàsics (5,92) és substancialment inferior a la de les que tenen educació secundària (6,26) o superior (6,21). El percentatge de persones que ha experimentat problemes no experimenta grans variacions en funció del nivell educatiu i és del 17%, el 18,1% i el 16,2%, respectivament. No obstant això, sí s'observen grans diferències en el percentatge de queixes, que és del 9,4% de les persones grans amb estudis bàsics, el 14,6% de les que tenen estudis secundaris i el 12,6% dels que tenen estudis superiors. Quant a la «sortida», la facilitat per comparar ofertes és notablement més baixa entre les persones que compten amb educació bàsica (5,50) que en els altres dos grups (6,15 i 5,98, respectivament); el mateix s'observa en relació amb la facilitat per canviar de proveïdor (el 5,97 de les persones grans amb educació bàsica i el 6,04 i el 6,21, respectivament, en els altres dos grups).

En resum, els europeus més grans de 64 amb un nivell d'estudis més baix mostren una menor satisfacció amb el mercat de productes d'inversió que els que tenen estudis més alts, presenten menys queixes quan tenen un problema i tenen més dificultats per comparar ofertes i per canviar de proveïdor. S'observa que les persones grans amb nivell educatiu més baix tenen problemes tant per expressar la seva «veu» com per exercir els mecanismes de «sortida» del mercat de productes d'inversió, la qual cosa constituiria un element clau per explicar la seva baixa satisfacció amb aquest mercat i els mals resultats que s'hi observen per a la mitjana del grup de més grans de 64 anys.

Gràfic 8 | *Mitjana d'una selecció d'indicadors al mercat de productes d'inversió, per nivell educatiu. UE-27, població més gran de 64 anys*



Font: Elaboració pròpia a partir de dades d'EC (2011)

4. Conclusions

La crisi financera ha revelat l'existència d'importants problemes en la comercialització de productes financers que han afectat particularment segments vulnerables de la població, com els consumidors amb baix nivell educatiu o els d'edat avançada. Davant la insatisfacció i la pèrdua de confiança en els serveis financers generada per aquests problemes, la regulació financera, a nivell internacional i, en particular, en l'àmbit europeu, tracta de millorar i reforçar la protecció dels consumidors. A la Unió Europea, la recentment aprovada Directiva MIFID II constitueix un important pas en aquest sentit. No obstant això, aquesta qüestió requereix la realització d'anàlisis empíriques que permetin detectar amb

més claredat on es concentren realment les dificultats dels consumidors europeus davant els productes financers, en particular en el cas dels serveis financers. Aquest ha estat l'objectiu del present capítol, que s'ha centrat en el cas dels consumidors d'edat avançada.

Els resultats descrits amb anterioritat han mostrat que, en relació amb els serveis financers, les dificultats de les persones de més edat de la UE es concentren fonamentalment en el mercat de productes d'inversió, en el qual s'observa una menor satisfacció dels consumidors, i també de la seva confiança, conforme augmenta l'edat. És també el servei en el qual els més grans de 64 han sofert més freqüentment problemes rellevants de manera recent, i l'únic dels mercats analitzats on la freqüència en la qual s'han experimentat problemes creix amb l'edat. Al mercat dels productes d'inversió, els consumidors de més edat experimenten també més dificultats per canviar de proveïdor, però encara així la proporció dels que han canviat de proveïdor és similar a la d'altres grups d'edat, a causa de la pressió pel canvi derivada de la insatisfacció i els problemes. Un element clau per explicar tots aquests problemes és el nivell educatiu: les persones grans amb un nivell educatiu més baix són les que tenen una menor satisfacció, i les que mostren més dificultats tant per expressar les seves queixes quan tenen un problema com per comparar ofertes i canviar de proveïdor. Per a aquests consumidors d'edat avançada i baix nivell educatiu, l'ús dels mecanismes de mercat descrits per Hirschman (1970) per afrontar situacions d'insatisfacció (la «veu» i la «sortida») és, en resum, més difícil. Per això aquest tipus de consumidors requereix una atenció prioritària per part de les polítiques reguladores, atès que en cas contrari se'ls pot condemnar a la insatisfacció o a la desconfiança i l'exclusió del mercat.

En el cas del mercat de préstecs i crèdit, no es detecten dificultats particulars entre les persones de més edat. Tampoc en el cas de les hipoteques, tenint en compte que es tracta d'un mercat en què, en general, els indicadors mostren resultats molt poc satisfactoris, especialment entre els menors de 35 anys, i en el qual, a més, hi ha molt poca presència de consumidors més grans de 64. Finalment, en el cas dels comptes bancaris, en el qual sí hi ha molta presència i rellevància de les persones majors, es detecta una tendència a disminuir la satisfacció amb l'edat, un menor recurs a les queixes després d'experimentar un problema entre els més grans de 64 anys i una major dificultat per canviar de proveïdor entre les persones de més edat. Donada la importància que té aquest servei per a la vida diària dels ciutadans, aquestes qüestions, encara que no evidencien la gravetat de l'observat amb els productes d'inversió, han de ser objecte també d'atenció per part de les polítiques reguladores, a fi d'afavorir la protecció i la satisfacció dels col·lectius més vulnerables davant aquestes circumstàncies, com és el cas de les persones grans.

Els resultats descrits, en definitiva, reflecteixen la realitat heterogènia existent als mercats dels serveis financers des de la perspectiva dels consumidors: els ciutadans afronten situacions, contextos i possibilitats diverses a l'hora de consumir serveis financers, la qual cosa es reflecteix en certes dificultats particularment accentuades entre determinats

col·lectius vulnerables, com són la població amb baix nivell educatiu, la d'edat avançada i, especialment, aquells ciutadans en els quals es combinen tots dos factors. Tot això fa necessària una regulació que atengui a la diversitat i que protegeixi, amb els instruments més adequats en cada cas, els grups de major risc. En aquest sentit, la directiva europea MIFID II constitueix un pas molt important per millorar la protecció dels consumidors, en particular dels més vulnerables, ja que limita la comercialització de productes de risc i, especialment, impulsa l'adaptació dels productes a diferents perfils dels consumidors. No obstant això, anàlisis empíriques com els desenvolupats en aquest capítol continuaran sent fonamentals, o més fins i tot, a fi de detectar en quines dimensions, en quins mercats i en quins sectors de la població es concentren les dificultats o sorgeixen altres noves, així com per avaluar l'efectivitat de la nova regulació en la disminució d'aquest tipus de problemes i en la recuperació de la confiança dels consumidors.

Agraïments:

Aquest treball s'emmarca en el Projecte de Recerca "Gobierno, incentivos y gestión del riesgo en los bancos globales" (APIE 2/2015-17) del Santander Financial Institute (SANFI).

Referències bibliogràfiques

Clifton, J., Fernández-Gutiérrez, M. i García Olalla, M. (2017). Including vulnerable groups in financial services: insights from consumer satisfaction. *Journal of Economic Policy Reform* (forthcoming).

EC (European Commission) (2011). *European Consumer Markets Monitoring Survey*. Brussel·les: European Commission.

Hirschman, A. (1970). *Exit, voice and loyalty: Responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge: Harvard University Press.

HLEG (High-level Expert Group on reforming the structure of the banking sector) (2012). *Final Report*. Brussel·les: HLEG.

Jilke, S. (2015). Choice and equality: are vulnerable citizens worse off after liberalization reforms? *Public Administration*, *93*(1), 68-85.

La Porta, R.; Lopez de Silanes, F.; Shleifer, A. i Vishny, R. (2002). Investor protection and corporate valuation. *The Journal of Finance*, vol. 57, núm. 3, 1147-1170.

Lunn, P. i Lyons, S. (2010). *Behavioural Economics and «Vulnerable Consumers»: A Summary of Evidence*. Communications Consumer Panel.

Pasiouras, F. (2017). Financial Consumer Protection and the Cost of Financial Intermediation: Evidence from Advanced and Developing Economies. A *Management Science*. doi: http://dx.doi.org/10.1287/mnsc.2016.2585

PCBS (Parliamentary Commission on Banking Standards) (2013). *Changing banking for good*. Londres: The House of Commons.

World Bank (2014). *Global survey on consumer protection and financial literacy: Oversight frameworks and practices in 114 economies*. Washington DC: World Bank.

Autors

MARCOS FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ

Professor d'Economia Aplicada del Departament d'Economia de la Universitat de Cantàbria i investigador del Santander Financial Institute (SANFI). Màster en Polítiques Públiques per la Universitat Pompeu Fabra i doctor en Economia per la Universitat de Cantàbria. Ha estat també investigador visitant a la Universitat de Barcelona, la Università degli Studi di Milano (Itàlia), la University of Exeter (Regne Unit), l'Erasmus Universiteit de Rotterdam (Països Baixos) i la Bangor University (Regne Unit). Ha publicat els resultats de la seva recerca, centrada fonamentalment en l'economia dels serveis públics i l'economia dels consumidors, en revistes d'impacte internacional, com *Regional Studies*, *Regulation & Governance*, *Journal of Economic Policy Reform*, *Journal of Regulatory Economics*, *International Review of Administrative Sciences* i *Annals of Public and Cooperative Economics*, entre d'altres.

MYRIAM GARCÍA-OLALLA

Catedràtica d'Economia Financera i Comptabilitat de la Universitat de Cantàbria i investigadora del Santander Financial Institute (SANFI). Doctora en Ciències Econòmiques i Empresarials per la Universitat d'Oviedo, anteriorment va ser professora d'aquesta universitat i investigadora visitant a la Berkeley University of Califòrnia. Ha exercit el càrrec de directora acadèmica de la Fundació Universitat de Cantàbria per a l'Estudi i Recerca en el Sector Financer (UCEIF) entre 2006 i 2013 i ha estat directora del Departament d'Administració d'Empreses de la Universitat de Cantàbria entre 1994 i 2001. Pel que es refereix a l'activitat investigadora, és responsable del grup de R+D+I Economia Financera de la Universitat de Cantàbria, la seva recerca se centra en l'àmbit de la banca, el govern corporatiu i les finances empresarials, temes en els quals ha dirigit diverses tesis doctorals i realitzat nombroses publicacions en revistes científiques d'àmbit nacional i internacional, a més de manuals dirigits a la docència, ponències i conferències.

FORMACIÓ FINANCERA I PRODUCTES D'ESTALVI A LLARG TERMINI

Formació financera i productes d'estalvi a llarg termini

Eliseo Navarro Arribas

Resum

Arran de l'última crisi financera i econòmica viscuda al nostre país s'han alçat veus que indiquen que una de les causes que ha pogut agreujar els seus efectes ha estat la baixa formació financera de la població. Recents estudis ho confirmen i propugnen la incorporació de programes formatius per als més joves. No obstant això, probablement el sector de la població més afectat per la comercialització de productes financers inadequats ha estat la població de més edat. Per això, en aquest treball es planteja la qüestió inversa, és a dir, si no haurien de ser les pròpies entitats financeres les que haurien de procurar distribuir, sobretot entre els més grans, productes adequats al seu nivell de formació i aversió al risc. En aquest context, s'analitza en quina mesura alguns productes financers dissenyats per gestionar l'estalvi (especialment entre els més grans o de cara a la jubilació) aconsegueixen els objectius desitjables. Finalment, es llança una proposta perquè siguin els estalviadors mateixos els que puguin gestionar els seus recursos i, d'aquesta manera, evitar, al menys en part, alguns dels costos de gestió que comporten aquests productes i així fomentar la competència en el sector.

Resumen

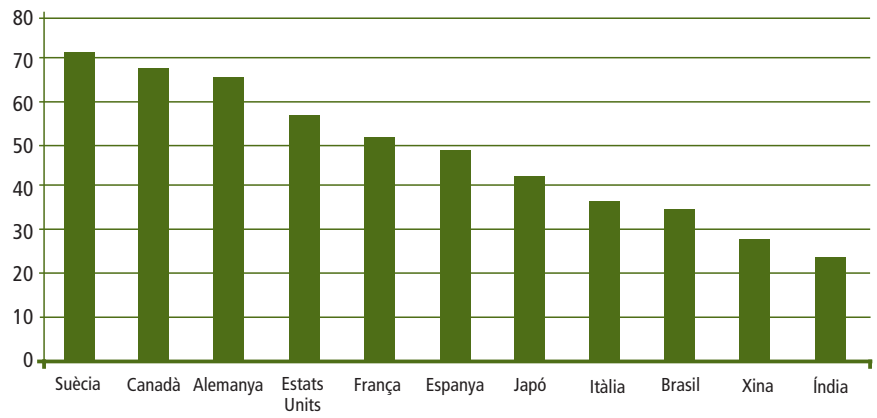
A raíz de la última crisis financiera y económica vivida en nuestro país se han alzado voces que indican que una de las causas que ha podido agravar sus efectos ha sido la baja formación financiera de la población. Recientes estudios apuntan en este sentido y propugnan la incorporación de programas formativos para los más jóvenes. Sin embargo, probablemente el sector de la población más afectado por la comercialización de productos financieros inadecuados ha sido la población de mayor edad. Por eso, en este trabajo se plantea la cuestión inversa, es decir, si no deberían ser las propias entidades financieras las que deberían procurar distribuir, sobre todo entre los mayores, productos adecuados a su nivel de formación y aversión al riesgo. En este contexto, se analiza en qué medida algunos productos financieros diseñados para gestionar el ahorro (especialmente entre los mayores o de cara a la jubilación) están alcanzando los objetivos deseables. Por último, en este trabajo se lanza una propuesta para que sean los propios ahorradores los que puedan gestionar sus recursos y, de esta forma, evitar, al menos en parte, algunos de los costes de gestión que llevan aparejados aquellos productos y así fomentar la competencia en el sector.

1. Introducció

És molt recent la publicació per part de l'OCDE d'un document sobre competències financeres dels joves (OECD, 2015) amb un resultat bastant descoratjador, ja que els nostres estudiants se situen significativament per sota de la mitjana dels països analitzats.

Altres estudis que analitzen el percentatge de població adulta amb un cert nivell d'educació financera, per exemple, l'estudi de Standard and Poor's, recollit a Klapper, Lusari i Oudheusden (2015), situa Espanya en la posició 26 entre els 143 països analitzats. És una posició que, encara que sigui aparentment acceptable, no ho és tant quan es compara amb la dels països del nostre entorn. De fet, ocupem posicions discretes entre els països desenvolupats i som clarament superats pels països anglosaxons i els escandinaus.

Gràfic 1 | *Percentatge de població adulta amb formació financera*



Font: Klapper, Lusardi i Oudheusden (2015)

Crida l'atenció el fet que, últimament, des de la indústria financera és habitual escoltar o llegir que és precisament la falta de cultura o de competència financera dels ciutadans una de les raons principals que va agreujar la crisi. Una major formació en finances —se'ns diu— hauria pogut evitar que molts ciutadans adquirissin productes financers d'estalvi complexos que, sense cap dubte, no eren adequats al seu perfil de risc. Amb l'objectiu d'il·lustrar aquesta qüestió va ser possible veure no fa molt als mitjans de comunicació un alt càrrec d'una de les principals entitats de crèdit d'aquest país en una aula davant un grup estudiants de secundària o batxillerat.

D'altra banda, encara que la preocupació per la formació i, en particular, per la formació financera dels nostres joves sembla que rep atenció per part de les institucions, no sembla que existeixi aquesta mateixa intranquil·litat en relació amb els nostres majors, a pesar que han estat els més perjudicats per certes pràctiques en el sector financer; pràctiques que, a més de causar un gravíssim perjudici a aquest sector tan vulnerable de la societat, han fet un gran dany a la reputació del nostre sistema bancari. No obstant això, tal com s'assenyala

Lusardi (2012): «el nivell d'educació financera entre la població gran proporciona motius de preocupació».

Cal ressaltar, per contra, el gran esforç que les autoritats europees estan realitzant per protegir els inversors minoristes i que s'ha plasmat en la directiva comunitària MIFID i la seva posterior revisió MIFID II (Directiva 2014/65/UE del Parlament Europeu i del Consell de 15 de maig de 2014 relativa als mercats d'instruments financers i per la qual es modifiquen la Directiva 2002/92/CE i la Directiva 2011/61/UE), l'entrada en vigor de la qual, després de diversos retards, està prevista per a gener 2018. Un dels seus objectius, tal com assenyala l'art. 24, és que els «Estats membres han d'exigir que, quan presti serveis d'inversió o, si escau, serveis auxiliars a clients, l'empresa de serveis d'inversió actuï amb honestedat, imparcialitat i professionalitat, en el millor interès dels seus clients». Aquesta darrera normativa sens dubte pot arribar a ser de gran ajuda per al col·lectiu de persones grans, ja que, sobretot, tracta d'evitar el conflicte d'interessos que genera la comercialització de determinats productes per part de les entitats financeres.

L'objectiu d'aquest assaig és fer una reflexió i capgirar els arguments assenyalats. Es tracta de plantejar la qüestió contrària, és a dir, en quina mesura, donada aquesta situació d'escassa formació financera entre les diferents capes de la població, i en particular les de més edat, el comportament de les entitats financeres s'ajusta a aquesta situació. És a dir, l'objectiu a curt termini no pot ser el d'incrementar la formació de la població, sinó assegurar-nos que els productes que es distribueixen entre els col·lectius més exposats o entre aquelles persones que estiguin pensant gestionar els seus estalvis de cara a la vellesa estiguin efectivament protegits. Més encara, cal preguntar-se en quina mesura aquests productes proporcionen els resultats que caldria esperar: seguretat i una remuneració suficient.

Per tant el que es farà a continuació és analitzar els resultats globals de dos dels productes financers més importants dissenyats per a la gestió de l'estalvi, tant els que estan destinats a cobrir la contingència de la jubilació com a gestionar adequadament els estalvis d'aquell segment de la població caracteritzat, entre d'altres coses, per ser precisament el més estalviador, la població de més edat.

2. Les institucions d'inversió col·lectiva i els plans de pensions

De cara a gestionar els seus estalvis, els individus tenen òbviament nombroses opcions. Una d'elles consistiria a fer-ho directament contractant ells mateixos diversos productes al seu abast, cadascun amb diferents nivells de risc i amb tractaments fiscals específics. No obstant això, la indústria financera ha dissenyat, entre d'altres, una sèrie d'instruments

especialment orientats a l'obtenció d'un capital o una renda en la data de jubilació (plans de pensions) o bé per gestionar simplement els estalvis (les denominades institucions d'inversió col·lectiva) a mitjan i llarg termini.

Els primers són productes d'estalvi a llarg termini que tenen un caràcter finalista, és a dir, estan dissenyats per cobrir determinades contingències, principalment la jubilació. Els segons, que inclouen els fons d'inversió i les societats d'inversió, tenen per objecte la captació de fons, béns o drets del públic per gestionar-los i invertir-los en béns, drets, valors o altres instruments, financers o no, el rendiment de l'inversor dels quals s'estableix en funció dels resultats col·lectius i inclouen, entre d'altres, els populars fons d'inversió.

Quant als avantatges que presenta l'estalvi a través d'aquests instruments financers cal assenyalar, entre d'altres, els següents:

- l'accés a una gestió professionalitzada dels estalvis,

- permetre la diversificació de riscos, i

- avantatges fiscals enfront de l'estalvi individual.

Pel costat contrari, entre els desavantatges que s'han de tenir en consideració a l'hora d'escollir un producte o un altre han de ressenyar-se:

- la liquiditat, és a dir, la possibilitat de desfer posicions o materialitzar la inversió sense incórrer en costos, i

- les comissions, entre les quals destaquen les de gestió i de dipòsit, a més de les de subscripció i reemborsament, si n'hi hagués.

Ha d'assenyalar-se que l'últim dels desavantatges assenyalats, és a dir el cost que suposa per a l'estalviador la gestió per part d'un tercer dels seus fons, està en contraposició al primer dels avantatges, l'accés a una gestió professionalitzada que hauria d'implicar un major rendiment. Aquesta dicotomia planteja la qüestió de en quina mesura el fet de poder accedir a una gestió professionalitzada es veu efectivament compensada pel cost que aquest servei genera per a l'estalviador.

Ha d'assenyalar-se que, excepte en el cas dels fons d'inversió o dels plans de pensions garantits, cap d'aquests productes garanteix una rendibilitat i mai les rendibilitats passades han de prendre's, sense més, com a indicis de rendibilitats futures. És més, especialment en aquells fons d'inversió o fons de pensions que inverteixen en renda fixa,

el més probable és que altes rendibilitats passades es tradueixin en baixes rendibilitats futures i viceversa.[1]

Actualment, en el cas dels fons de pensions, les comissions anuals de gestió màximes que es poden arribar a cobrar són (Reial decret 681/2014, d'1 d'agost, pel qual es modifica el Reglament de plans i fons de pensions, aprovat per Reial decret 304/2004, de 20 de febrer):

- comissió de gestió: 1,50% del patrimoni el fons, i

- comissió de dipòsit: no podrà ser superior al 0,25% del valor del patrimoni del fons.

Aquestes comissions suposen una reducció considerable respecte a la legislació anterior i és important assenyalar que es cobren de forma implícita, és a dir, vénen incloses en el valor de les participacions i no s'indiquen de manera explícita com un cost per a l'estalviador. Aquestes comissions es cobren del fons mateix, el valor liquidatiu del qual es veu minorat precisament en la quantia de la comissió anual.

En el cas dels fons d'inversió, amb caràcter general, no es poden percebre comissions de gestió que, en termes anuals, superin els límits següents (Reial decret 1082/2012, de 13 de juliol):

a) quan la comissió es calculi únicament en funció del patrimoni del fons, el 2,25% d'aquest,

b) quan es calculi únicament en funció dels resultats, el 18% d'aquests, i

c) quan s'utilitzin ambdues variables, el 1,35% del patrimoni i el 9% dels resultats.

La pregunta que sorgeix de forma immediata és en quina mesura el cost que suposa invertir a través d'aquests vehicles d'inversió col·lectiva es veu recompensat per una bona gestió.

Respondre aquesta qüestió, no obstant això, és un tema controvertit i de molt difícil resposta. Un exemple de com és de controvertit mesurar la bona o mala gestió d'un patrimoni o una cartera són, per exemple, alguns «concursos de Borsa» que es realitzen entre escolars i estudiants universitaris. És freqüent trobar-se de vegades amb «patrocinadors» que organitzen concursos consistents a assignar-los una quantitat de diners «fictícia» per invertir en accions o altres actius financers durant un determinat període de temps. Se sol

[1] S'ha de tenir en compte que al món de la renda fixa (inversió en bons, obligacions, lletres, etc.) altes rendibilitats recents solen ser causades per baixades de tipus d'interès, ja que les caigudes dels tipus impliquen l'augment del valor de mercat dels títols. No obstant això, després de la baixada dels tipus d'interès, de mantenir-se en nivells baixos, la rendibilitat de la inversió anirà decaient a poc a poc.

designar guanyador l'equip que hagi obtingut, al final d'un determinat termini, la major rendibilitat o el major valor final d'una cartera.

Quin és el consell que hauria de donar-se per guanyar el concurs? Òbviament invertir tots els «diners» (recordi's que els estudiants no posen els diners de la seva butxaca) en algun valor especulatiu, d'alt risc. D'aquesta forma, si les coses surten bé, si hi ha sort, els guanys poden ser enormes i, en aquest cas, es guanya el concurs. Si les coses surten malament, simplement no es guanya el concurs. D'aquesta forma, el més probable és que el guanyador del concurs sigui algun equip que ha decidit realitzar inversions d'alt risc o concentrades en algun valor especulatiu. Vol dir això que es tracta del millor equip? La resposta no solament és negativa, sinó que probablement es tracta de l'equip que pitjor ha gestionat el patrimoni assignat. Una bona gestió ha de tenir en consideració el perfil de risc de l'inversor (que en el cas de les persones grans sol ser molt baix) i, per descomptat, diversificar la cartera, és a dir, distribuir adequadament la inversió entre diferents actius. Un bon gestor de patrimonis no guanyaria mai un concurs com el descrit en el qual el guanyador és aquell que més arrisca i, a més, té sort.

És a dir un adequat mesurament de la qualitat en la gestió d'un patrimoni o d'una cartera ha de realitzar-se tenint en compte, entre d'altres coses, el risc que s'assumeix.

Què es pot dir sobre aquest tema? Lamentablement, l'evidència empírica proporciona uns resultats que deixen molt a desitjar. Com ja s'assenyalava fa vint anys (Freixas, Marín, Martínez i Rubio, 1997), sembla que hi ha «una relació negativa entre els resultats dels fons i les comissions cobrades». Aquest resultat s'atribuïa a certes normes fiscals que restringien la competència entre fons. No obstant això, estudis més recents semblen posar de manifest que el cost que suposa posar en mans de professionals la gestió dels estalvis dels ciutadans no es veu compensat pels resultats.

Així, d'acord amb Fernández, Ortiz, Fernández i Fernández (2016), la «rendibilitat mitjana dels fons d'inversió a Espanya en els últims 15 anys (1,90%) va ser inferior a la inversió en bons de l'Estat espanyol a 15 anys (5,4%) i a la inversió en l'IBEX 35 (4,6%)».

Observi's que en aquest cas no es valora simplement la rendibilitat dels fons, sinó que es compara amb referències associades a determinats nivell de risc. Així, es compara la rendibilitat dels fons amb la dels bons de l'Estat, que pot considerar-se una inversió de màxima seguretat. I d'acord amb l'estudi assenyalat la rendibilitat mitjana dels fons d'inversió queda molt per sota de la que proporcionaria haver invertit en bons de l'Estat.

No obstant això, no necessàriament aquest resultat ha d'implicar una mala gestió. Els bons de l'Estat són actius molt segurs i, per tant, actius financers que proporcionen una rendibilitat més o menys estable. Per contra, si assumim risc, llavors, quan les coses van bé, obtindrem una rendibilitat superior a la dels bons de l'Estat, però si la conjuntura és

negativa, llavors, aquell que s'ha arriscat més serà el que pitjor resultats obtingui. És a dir que els resultats que acabem de comentar podrien ser reflex que a través dels fons s'ha invertit en productes de major risc i que la conjuntura no ha estat favorable. Ara bé, en aquest mateix estudi s'utilitza també de referència, per comparar la bona o mala gestió dels fons a l'Ibex-35, un índex borsari que recull l'evolució del valor d'una cistella d'accions de les empreses més importants que cotitzen en borsa. No obstant això, també en aquest cas, els resultats són pobres, ja que solament 27 dels 632 fons d'inversió analitzats van tenir una rendibilitat superior a la de l'IBEX 35. Es tracta, per tant, d'uns resultats decebedors.

Respecte dels plans de pensions, en un estudi similar es conclou que en «el període desembre 2000 - desembre 2015, la rendibilitat anual mitjana de l'IBEX 35 va ser del 4,62% i la dels bons de l'Estat a 15 anys del 5,40%. La rendibilitat mitjana dels fons de pensions va ser de l'1,58%. Entre els 322 fons de pensions amb 15 anys d'història, només 2 van superar la rendibilitat de l'IBEX 35, i només 1 va superar la rendibilitat dels bons de l'Estat a 15 anys» (Fernández, Ortiz, Fernández i Fernández, 2016).

Val la pena assenyalar en relació amb aquests resultats que el patrimoni de les institucions d'inversió col·lectiva a Espanya aconseguia a la fi de 2016 els 394.219 milions d'euros, mentre que els fons arribaven als 106.839 milions d'euros (INVERCO, 2017). Per ser conscients de la magnitud del negoci generat per la indústria dels fons i els plans de pensions convé tenir en compte que cada 1% de comissió que es cobra suposa uns ingressos per al sector propers als 5.000 milions d'euros. Estem parlant, per tant, de xifres astronòmiques. Ha de tenir-se en compte, a més, que les compres i vendes de títols que suposen gestionar les carteres en les quals es materialitzen els fons d'inversió i de pensions constitueixen també una important font d'ingressos per al sector financer.

Una última qüestió que ha de tenir-se en compte, sobretot a l'hora d'analitzar la informació que es proporciona als estalviadors (sobretot en el cas dels fons de pensions), és l'anomenada il·lusió monetària. Per il·lustrar amb un exemple aquest fenomen (molt important sobretot a mitjan i llarg termini) hem d'assenyalar que és molt habitual que, a l'hora de ser comercialitzats, que s'indiqui com seria el capital constituït en l'edat de jubilació a partir d'una aportació periòdica realitzada durant un determinat nombre d'anys. Per exemple, si comencem als 50 anys a realitzar aportacions mensuals de 100 euros fins als 67 anys, edat prevista per a la jubilació, i si els gestors aconsegueixen una rendibilitat mitjana anual del 3%, en arribar a l'edat de jubilació es disposarà d'un capital de 26.536,34 €. Per contra, si comencem a realitzar aportacions al pla de pensions als 40 anys i s'aconsegueix una rendibilitat mitjana anual del 3%, el capital constituït en la data de jubilació serà de 49.641,81 euros; si comencéssim als 30 anys, la xifra apujaria als 80.693,64 €. A la vista d'aquestes xifres és molt habitual que es faci la recomanació de començar a realitzar aportacions el més aviat possible perquè, d'aquesta forma, el capital constituït a l'edat de jubilació pot arribar a sumes considerables. Ara bé, tinguem

en compte que estem parlat d'una persona que tenint avui 30 anys rebrà d'aquí trenta-set anys un capital de 80.693,64 €. I és obvi que no té el mateix poder adquisitiu un euro d'avui (o 166 pessetes) que el que tenia fa trenta-set anys ni, molt menys, el que tindrà d'aquí trenta-set anys. De fet, si suposem que la inflació mitjana per als propers trenta-set anys se situa al voltant del 2%, aleshores, d'aquí trenta-set anys, amb 80.639,64 € podrem comprar el mateix que avui amb 38.782 €, xifra considerablement inferior. És a dir, quan considerem períodes de planificació molt llargs ha de tenir-se en compte l'efecte de la inflació i la conseqüent «il·lusió monetària».

Dit això, és molt important, que en la mesura del possible, la rendibilitat de l'estalvi sigui superior a la inflació perquè almenys siguem capaços de mantenir el poder adquisitiu. És a dir, que si avui inverteixo 1.000 euros quan rebi la contraprestació de la meva inversió, la quantitat que obtingui serveixi per comprar, almenys, el que avui puc comprar amb aquests 1.000 euros.

Tanmateix, això no sempre és així. En la següent taula apareixen recollides les rendibilitats mitjanes proporcionades fins a desembre de 2016 tant pels fons d'inversió com pels plans de pensions per a diferents horitzons temporals. Tant els fons d'inversió com els plans de pensions apareixen classificats en diferents categories. El que posen de manifest els resultats recollits en la taula 1 és que ni en el curt, ni (el que és més greu) en el llarg termini, està garantit el manteniment del poder adquisitiu de la inversió.

Taula 1 | *Rendibilitats anuals de diferents productes d'estalvi i taxa d'inflació*

Horitzó temporal fins a 31-12-2016	5 anys	10 anys	15 anys	20 anys
Inflació mitjana anual a Espanya (%)	0,8	1,5	2,1	2,2
Fons d'inversió				
Monetaris	0,8	1,3	1,4	1,8
Renda fitxa euro curt termini	1,1	1,2	1,5	1,9
Renda fitxa euro llarg termini	3,8	2,7	2,7	2,9
Renda fitxa mixta euro	3,2	1,6	2,0	2,5
Renda variable mixta euro	5,9	1,0	2,2	3,1
Renda variable nacional euro	7,7	-0,0	3,9	5,1
Plans de pensions. Sistema individual				
Renda fitxa curt	1,3	1,3	1,3	1,9
Renda fitxa llarg	3,5	2,7	2,2	2,6
Renda fitxa mixta	3,1	1,3	1,3	2,6
Renda variable mixta	6,3	1,9	2,6	4,4
Renda variable	9,8	1,6	1,9	4,6
Garantits	6,8	2,6	3,4	4,2

Font: INVERCO i elaboració pròpia a partir de l'INE

La segona fila de la taula 1 recull la inflació anual mitjana per a diferents períodes de temps (5, 10, 15 i 20 anys), inflació mesurada a través de l'índex de preus al consum (IPC). Així podem veure que en el període 2012-16, els preus van augmentar de mitjana un 0,8% anual, en el període 2006-16 un 1,5% anual, i així successivament.

Si observem les rendibilitats mitjanes obtingudes per diferents famílies de fons d'inversió veiem que, per a horitzons de planificació a 10 o 15 anys, la rendibilitat de la majoria dels tipus de fons ha quedat per sota de la inflació, cosa que implica pèrdues de poder adquisitiu. El resultat és especialment negatiu per a aquells fons considerats a priori com més segurs, com són els fons monetaris o de renda fixa. Els resultats varien més per a horitzons de 5 i 20 anys. En el cas dels plans de pensions, els resultats són, en general, millors però també són molts els tipus de plans de pensions que de mitjana no han estat capaços de superar la inflació.

3. Conclusions

Tal com s'apuntava a la introducció, cada vegada amb més freqüència es pot sentir als mitjans de comunicació, tant generalistes com de la premsa especialitzada, que un problema important al qual ha de fer front la societat espanyola és la falta d'educació financera dels ciutadans. Ha d'assenyalar-se, a més, que els estudis sobre aquesta matèria se centren principalment en la població escolar i és difícil trobar referències a la població adulta o a la població d'edats més avançades.

Actuar en la població escolar és possible que resolgui, en part, aquest problema en un futur més o menys llunyà, però és evident que en el cas de la població adulta ja és probablement massa tard i, a més, ha de tenir-se en compte que és la població adulta i no l'escolar la que és l'actual usuària dels serveis financers.

Per tot això, en aquest treball el que es pretén és analitzar si la indústria financera és capaç d'oferir a aquest segment de la població (especialment vulnerable als abusos) productes que efectivament s'ajustin a les seves necessitats, tenint en compte, sobretot, que la població de més edat és fonamentalment una població estalviadora i amb una alta aversió al risc. La normativa europea recent està tractant de prendre mesures per evitar la comercialització, entre inversors amb un perfil de risc baix, de productes inadequats i exigeix, a més, que els professionals del sector tinguin una formació adequada per poder dur a terme un assessorament financer correcte.

Per això, en aquest article s'analitzen succintament dos dels principals productes d'estalvi comercialitzats a Espanya: els plans de pensions i els fons d'inversió.

Per desgràcia, dels estudis analitzats en aquest treball es dedueix que els resultats que han proporcionat aquests productes financers han estat pobres i que ofereixen unes rendibilitats per sota de les proporcionades per altres productes de referència com poden ser els bons de l'Estat o l'Ibex-35.

Ha d'assenyalar-se que els plans de pensions i els fons d'inversió gaudeixen d'una sèrie d'avantatges fiscals importants, ja que l'Estat considera positiu per a l'economia del país el foment de l'estalvi. De fet, invertir a través de fons d'inversió i de plans de pensions és especialment atractiu des d'un punt de vista fiscal. No obstant això, sorgeix la pregunta de si aquests avantatges fiscals finalment són per a l'estalviador i no per a la pròpia indústria financera, en forma de comissions i altres costos.

Aleshores, caldria preguntar-se si l'Estat mateix no hauria de permetre que els particulars creessin les seves pròpies «carteres d'estalvi» amb un tractament fiscal similar al dels plans de pensions i els fons d'inversió. Aquestes carteres d'estalvi podrien invertir únicament en productes de molt baix risc com imposicions a termini fix, lletres del Tresor, bons i obligacions del Tresor, bons del Tresor indexats a la inflació (un producte especialment dissenyat per protegir-se de la inflació a llarg termini i garantir el manteniment del poder adquisitiu dels estalviadors) o, en general, aquells productes que el Banc Central Europeu exigeix com a garantia per prestar diners a les entitats financeres.

Aquests productes permetrien introduir un element addicional de competència en el sector de l'estalvi que, sens dubte, afavoriria la competitivitat del sector i temperar possibles conflictes d'interessos entre els gestors i comercialitzadors dels fons i els estalviadors.

Referències bibliogràfiques

Butlletí Oficial de l'Estat (2012). Reial decret 1082/2012, de 13 de juliol, pel qual s'aprova el Reglament de desplegament de la Llei 35/2003, de 4 de novembre, d'institucions d'inversió col·lectiva.

Butlletí Oficial de l'Estat (2014). Reial decret 681/2014, d'1 d'agost, pel qual es modifica el Reglament de plans i fons de pensions, aprovat per Reial decret 304/2004, de 20 de febrer.

Diario Oficial de la Unión Europea (2014). Directiva 2014/65/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de mayo de 2014 relativa a los mercados de instrumentos financieros y por la que se modifican la Directiva 2002/92/CE y la Directiva 2011/61/UE.

Fernandez, P., Ortiz Pizarro, A., Fernandez Acin, P. I Fernández Acín, I. (2016). Rentabilidad de los fondos de inversión en España, 2000-2015 (Return of Mutual Funds in Spain, 2000-2015). Recuperat de SSRN: https://ssrn.com/abstract=2720365

Fernandez, P., Ortiz Pizarro, A., Fernandez Acin, P. I Fernández Acín, I. (2016). Rentabilidad de los fondos de pensiones en España. 2000-2015 (Return of Pension Funds in Spain. 2000-2015). Recuperat de SSRN: https://ssrn.com/abstract=2724056. doi.org/10.2139/ssrn.2724056

Freixas, X., Marín, J. M., Martínez, M. A. i Rubio, G. (1997). La evaluación de los fondos de inversión. Madrid: Civitas.

Klapper, L., Lusardi, A. i Oudheusden, P. (2015). Financial Literacy in the World. Insights from the S&P Global Finlit Survey. Recuperat de http://gflec.org/wp-content/uploads/2015/11/Finlit_paper_16_F2_singles.pdf

Lusardi, Annamaria. (2012). Numeracy, Financial Literacy, and Financial Decision-Making. A Numeracy, vol. 5, Iss. 1, article 2. Recuperat de: http://scholarcommons.usf.edu/numeracy/vol5/iss1/art2

OECD. (2015). OECD/INFE Core competencies framework on financial literacy for youth.

Autor

ELISEO NAVARRO ARRIBAS

Alcoy (1961). Llicenciat i doctor en Ciències Econòmiques i Empresarials per la Universitat de València. Diploma de postgrau en Ciències Actuarials a la Heriot-Watt University (Edimburg).

Actualment, és catedràtic d'Economia Financera de la Universitat d'Alcalá (Madrid).

LA UTILITZACIÓ DE XARXES PER LLIGAR ENTRE ELS ADULTS GRANS

La utilització de xarxes per lligar entre els adults grans

Carmen Orte Socías
Lluís Ballester Brage
Aina Mascaró Juan
Lluc Nevot Caldentey

Resum

A pesar de l'augment de l'accés a Internet entre la gent gran, la investigació quasi no s'ha interessat en l'ús que aquesta població fa de pàgines de contactes. Pretenem obrir una línia d'investigació sobre aquest tema, atès que al nostre país notem a faltar estudis que se n'hagin ocupat. En aquest treball, continuació i ampliació d'un altre d'anterior, hem recollit informació de dues fonts: els estudis publicats sobre el recurs de pàgines de contactes entre la gent gran, qüestió sobre la qual ja indagàrem en l'anterior estudi i que ampliem en aquest, i una enquesta ampliada administrada a la gent gran per obtenir informació complementària sobre l'ús que fan d'aquests webs. La utilització de pàgines de contactes entre la gent gran és un tema sensible i d'interès, ja que hi podem veure la necessitat, a una edat avançada, de trobar suport emocional i/o sexual, les oportunitats i els perills que pot comportar recórrer a aquestes pàgines i la utilització cada vegada més freqüent d'Internet. Per tant, suggerim dur a terme estudis que abastin un sector més ampli de la població.

Resumen

A pesar del aumento del acceso a internet entre la gente mayor, la investigación casi no se ha interesado en el uso que hace esta población de las páginas de contacto. Pretendemos abrir una línea de investigación sobre este tema, dado que en nuestro país notamos a faltar estudios que se hayan ocupado de hacerlo. En este trabajo, continuación y ampliación de otro anterior, hemos recogido información de dos fuentes: los estudios publicados sobre el recurso de páginas de contacto entre la gente mayor, cuestión sobre la cual ya indagamos en el anterior estudio y que ampliamos en este, y una encuesta ampliada administrada a la gente mayor para obtener información complementaria sobre el uso que hacen de estas webs. La utilización de páginas de contacto entre la gente mayor es un tema sensible y de interés, puesto que podemos ver la necesidad, a una edad avanzada, de encontrar apoyo emocional y/o sexual, las oportunidades y los peligros que puede comportar recurrir a estas páginas y la utilización cada vez más frecuente de internet. Por lo tanto, sugerimos llevar a cabo estudios que alcancen un sector más amplio de la población.

Si fem una ullada a les notícies de l'hemeroteca, veiem que la ciutadania adulta no vol quedar enrere en l'ús de les noves tecnologies. De fet, els «gurus» de les xarxes vaticinaven, ja al 2009, que l'anomenada tercera edat accediria a Internet a un ritme més accelerat amb el pas del temps, i s'aventuraven a afirmar, ja en aquell moment, que les persones grans de 65 anys eren el grup d'edat que més s'havia incrementat en aquest sentit (RTVE, 2009). Més recentment, al 2016, la cadena SER va publicar un article, escrit per Emma Miguel, sobre un estudi portat a terme sobre les persones grans de 65 anys a Barcelona.

Hi afirmava que la meitat dels homes enquestats reconeixia haver tingut relacions sexuals el darrer mes, i que les dones –tot i que en menor mesura– també es mostraren prou actives. A més, un 46% del total enquestat afirmava que a partir dels 65 anys ja no cal fer servir preservatiu ni cap altre tipus de protecció, ja que pensa que en aquestes edats ja no hi ha risc de contagiar una malaltia de transmissió sexual ni d'agafar-ne cap.

Això a banda, wikiHow (2017) alerta dels riscos eminents de mentida i estafa que l'anonimat d'Internet facilita. Tot i així, aporta un seguit de claus per conèixer la veracitat i fiabilitat de les pàgines web de cites en línia. Segons determina, convé tenir esment de cinc aspectes: la fotografia del perfil, la carta introductòria, la informació personal, la mesura de l'apassionament que mostren en el romanç i si s'hi sol·liciten ajuts econòmics.

Respecte de les afirmacions segons les quals les persones grans cada cop utilitzen més les xarxes socials, l'activitat sexual que mostren, les creences que tenen sobre la sexualitat i els riscos que porta implícits –com indica la literatura grisa–, cal revisar les aportacions més recents que ha fet de la literatura empírica sobre el tema objecte del nostre estudi.

1. Eines telemàtiques per cobrir necessitats socials

Les persones grans s'estan convertint en un important segment del mercat pel que fa a serveis basats en Internet, però hi ha pocs estudis que els hagin tingut en compte com a consumidors potencials dels mitjans d'entreteniment. El percentatge d'adults grans que empren els mitjans socials ha augmentat substancialment els darrers anys (Hutto, Bell, Farmer, Fausset, Harley, Nguyen i Fain, 2015).

En creixement des de l'any 1997, aquest sector de la població està en línia en un 55,7% dels casos, segons l'estudi de Selfert i Scheling (2016). Aquests indiquen que alguns dels factors que influeixen més en l'ús són l'educació, els ingressos i la salut. Malgrat això, els resultats de les investigacions indiquen que emprar Internet és recomanable per l'impacte positiu que té en la millora dels beneficis personals. La construcció i el manteniment de llaços socials és beneficiós per a la salut dels més grans i les xarxes socials han substituït o complementat la majoria de les formes de xarxa social presencials, les quals minven progressivament a mesura que avança l'edat.

Per contra, hom identifica que un dels factors que influeixen més en el fet que hi hagi encara un 54,3% que no empri les xarxes són les preocupacions sobre la seguretat o les dificultats en l'ús. Això, lligat als sentiments que tenen d'exclusió respecte de la societat pel fet de no sentir-se capaços o segurs a l'hora d'estar «connectats», permet afirmar que la totalitat de les persones grans ha de poder sentir-se lliure i sense limitacions a l'hora de navegar per la xarxa, tot tractant d'evitar les persones excloses de les connexions (*offliners*)

(Selfert i Schelling, 2016). Vosner, Bobek, Kokol i Krecic (2015) hi afegeixen un altre factor explicatiu: les persones grans que coneixen el significat del terme «xarxa social» no se senten soles i empren Internet amb molta més freqüència que aquelles que el desconeixen. Elles mateixes indiquen que, a part, les xarxes socials podrien no ser universalment adequades, ja que, si ho fossin, hi hauria un volum més gran de persones grans que les emprarien. Castilla, Garcia-Palacios, Miralles, Breton-Lopez, Parra, Rodriguez-Berges i Botella (2016) afegeixen que, a més d'incrementar la freqüència, poden augmentar la rapidesa en l'ús quan els trets de les pàgines web resulten familiars als usuaris, ja que els processos d'aprenentatge i de memòria són més àgils quan aquells troben familiaritat amb l'objecte d'aprenentatge. D'aquesta manera, la implementació d'experiències anteriors com a part de la interacció enforteix l'experiència final d'èxit, millora el temps d'aprenentatge i la satisfacció envers l'ús de les pàgines web.

El recent estudi portat a terme per Kuoppamäki, Taipale i Wilska (2017) sobre l'ús de les tecnologies per part de les persones grans demostra que avui dia aquests usuaris empren tant el telèfon intel·ligent (*smartphone*) com la tauleta (*tablet*) en la mateixa mesura que els joves. Això, vinculat al fet que les possibilitats socials d'Internet, la seva conveniència, connectivitat, ubiqüitat i els senyals socials, demostra que aquesta eina telemàtica pot oferir importants oportunitats d'interacció, ja que les xarxes socials produeixen, acumulen, reprodueixen i mobilitzen el capital social, predictor del suport social (Barbosa, 2015).

2. Les cites en línia, els gustos i el sexe

A causa de les tendències socials i gràcies que de cada vegada el tema està més normalitzat, les cites en línia ara són una de les vies més comunes per a adults de totes les edats de trobar una parella romàntica (Stephure, Boon, MacKinnon i Deveau, 2009; Rosenfeld i Thomas, 2012). Efectivament, segons un estudi del Departament de Psicologia de UCLA (Universitat de Califòrnia, Los Ángeles), amb més freqüència els adults grans cerquen cites en línia i en troben (Watson, 2013), i els adults de 60 anys o més representen el segment que més augmenta entre els adults que utilitzen llocs web de cites en línia (Ellin, 2014). Serveixi com a exemple que un total de 16.000 persones dels 3,5 milions d'usuaris espanyols de la web de contactes *match.com* (https://www.meetic.es/) supera els 65 anys. Els responsables d'aquesta pàgina afirmen que «el de la gent gran és un segment al qual cal prestar molta atenció, atès que augmenta» (Ferrer, 2012).

Un estudi de Malta (2007), per al qual varen agafar una mostra d'adults grans (61-85 anys) que havien utilitzat Internet per conèixer una potencial parella, tant a través de la seva participació en grups de discussió en línia com en pàgines de contactes, va mostrar que la majoria de les relacions descrites havien estat significatives, íntimes i de llarga durada.

La majoria d'aquells usuaris estaven involucrats en relacions sexuals amb les seves parelles, i el sexe virtual era o havia format part de les relacions. A més, una gran proporció gaudia de coquetejar en línia amb els altres i n'hi havia que també estaven involucrats en relacions de més d'una parella. El autors Hardie i Buzwell (2006) van fer una enquesta telefònica a 1.013 adults d'Austràlia i varen trobar que el 78% havia utilitzat Internet; el 13%, alguna forma de relació social en línia, i que 22 d'aquests usuaris havien tingut relacions romàntiques en línia. Aquests darrers abraçaven tot tipus d'edat, sexe, orientació política i religió, i la majoria es varen trobar cara a cara amb la seva parella i varen formar relacions que varen durar en el temps. Per part seva, Madden i Lenhart (2006) estimen que prop de 16 milions de nord-americans han utilitzat pàgines de contactes, xifra que representa un 5,6% de la població nord-americana. Hi ha altres autors, com Sautter, Tipper i Morgan (2010), que van fer un estudi entre la població de persones grans tenint en compte les solteres i les que tenien ordinador i utilitzaven Internet. Segons els resultats, un 17,54% d'aquesta mostra havia recorregut a pàgines de contactes.

L'estudi de Vandeweerd, Myers, Coulter, Yalcin i Corvin (2016) intenta entendre els aspectes positius i negatius de les cites en línia, a partir de l'experiència viscuda per 45 dones que tenien a partir de 50 anys. Entre els beneficis, destaca l'ampliació de la xarxa social, tant per a amistats com per a parelles romàntiques, la capacitat per controlar els riscos de les cites i el ritme de formació de la relació, així com tenir més informació de sobre la seva parella. Per contra, com a riscos principals identifica la mentida, els intents d'explotació financera i l'agressió sexual electrònica no desitjada.

El tema de la sexualitat entre la gent gran és un assumpte que està un poc descuidat, i una raó d'aquest oblit pot ser que les persones grans són percebudes com a asexuals. Berdychevsky i Nimrod (2016) tracten de proporcionar una comprensió de les funcions del sexe com a oci i tracten d'explorar els vincles entre el sexe i el benestar en aquesta etapa de la vida. Aquests autors assenyalen que el sexe és una activitat que pot proporcionar als adults grans moltes recompenses a llarg termini, incloses les de salut física i psicològica. L'interès i l'activitat sexual també estan vinculades a l'autoestima i al sentit de competència, així com al sentit de vitalitat i joventut. A més, l'activitat sexual fomenta la intimitat emocional i el plaer físic, desafiant els estereotips de la societat, la qual cosa permet restablir la identitat sexual d'un mateix i ajuda a prendre consciència i generar benestar al cos que està en procés d'envelliment.

No obstant això, en el mateix estudi apareixen reflectides les principals limitacions per les quals les persones grans no veuen satisfeta la seva sexualitat, ja que romandre sexualment actiu no sempre és senzill. A més de l'edat en si mateixa, trobem que la sexualitat és holísticament subestimada en l'edat adulta des d'un enfocament biopsicosocial: estereotips d'edat, com ara considerar les persones grans asexuals o que la sexualitat «és cosa de joves»; els adults quan es consideren a si mateixos massa grans per al sexe, cosa que pot limitar

l'autoexpressió sexual; la combinació de doble estàndard sexual de gènere, que preserva la percepció de les dones grans com a invisibles i sense sexe, és a dir, que serien les que hi estarien menys interessades; factors psicològics, com l'adopció de guions sexuals en el nivell infrapsíquic; el fet de no tenir parella, situació que molt sovint impacta negativament en la importància percebuda que és atorgada a la freqüència de l'activitat sexual, que de vegades arriba a desaparèixer, o els factors biològics que hi puguin estar relacionats, per exemple, els canvis corporals o les noves trajectòries de salut/malaltia (Vives, 2015; Orte, C. et al., 2016).

Així doncs, cal no perdre de vista la importància de la salut en la sexualitat de les persones grans, tenint en compte els resultats de l'estudi de Schnarrs, Rosenberger i Novak (2016), els quals posen de manifest la necessitat d'implementar estratègies de prevenció i educació de conductes sexuals de risc entre el col·lectiu de persones que tenen a partir de 50 anys, ja que, malgrat que la prevalença del VIH sigui més baixa entre les persones grans, afirmen que el nivell d'exposició és igual o, fins i tot, superior.

En termes de gustos o preferències, una investigació recent duta a terme per Whyte i Torgler (2017) presenta els resultats de l'anàlisi de la divulgació de les preferències de les persones grans que participen en llocs web de cites en línia. L'evidència de les cites ràpides indica que la preferència anunciada pot revelar la voluntat de participar-hi o assistir-hi, però també pot proporcionar molt poca capacitat predictiva respecte de l'elecció real. L'economia eludeix aquest fet partint de la idea que els individus generalment tendeixen a exagerar les valoracions de si mateixos.

Això a banda, identifiquen també que, pel que fa a les decisions de consum diari, en lloc de cercar la rendibilitat d'utilitat en un sol company, els éssers humans podem prendre decisions òptimes en relació amb les nostres limitacions mentals, de recursos, d'edat o de medi ambient que afrontem en cercar i elegir. Sembla més senzill disposar de totes i cada una de les possibles opcions «d'aparellament» que hom tingui a l'abast. A mesura que Internet i les cites en línia augmenten exponencialment, podem veure que minva la relació entre la preferència declarada inicialment i l'elecció real.

3. Les empreses de la rereguarda i el frau

Les computadores i la informàtica han recorregut un llarg camí els darrers trenta anys, però l'ésser humà no ha efectuat les adaptacions al mateix ritme. El valor de les dades que són compartides a les xarxes pot constituir un factor avantatjós per a les empreses, però limitador enfront de la desconeixença de l'ús que hom en pugui fer (Holt, 2016).

Les empreses de pàgines de cites són un negoci a l'alça perquè de cada vegada la població dona més importància a l'ús d'aquest mitjà per a molts assumptes de la vida, incloent-

hi les relacions d'amistat, amoroses o d'un altre tipus. No obstant això, pel que fa a les persones grans –menys familitaritzades amb l'ús d'Internet–, hi ha molts autors que tracten d'explicar l'interès d'aquesta població per les cites en línia. Així, per exemple, Navarro, Meléndez i Tomas (2008) expliquen la utilització de les pàgines de cites en línia de la manera següent: «l'envelliment ens podia situar en un marc en el qual la reducció dels suports podria ser percebuda com a amenaçadora». Aquests autors troben que, quant a l'edat i el suport psicològic, durant la maduresa, la parella es converteix en la font més important de suport, però, una vegada que ha estat superada l'etapa d'adaptació a la jubilació, apareixen altres fonts considerades importants a l'hora de donar suport. Un motiu seria la mort de la parella, moment a partir del qual els fills passarien a ser la font principal de suport. Mentre que les dones prioritzen aquest recurs, els homes indiquen que és la parella, fet pel qual potser podem trobar més homes a les pàgines de contactes. Hi ha altres treballs, com els de Stephure, Boon, Mackinnon i Deveau (2009), elaborats a partir d'una enquesta en línia a 175 persones, que varen trobar que la participació en cites en línia pot augmentar en lloc de disminuir amb l'edat, i que els adults grans poden acudir a les cites en línia, en part com a resposta a la disminució de la satisfacció i de l'ús de formes més convencionals d'establir relacions. Això a banda, però en aquest mateix context, encara que les diferències no van resultar estadísticament significatives, la tendència sembla ser que els homes utilitzen més les pàgines de contactes (un 19% més) que les dones (Sautter, Tipper i Morgan, 2010). Si ho mirem des d'una altra perspectiva i tenint en compte, per exemple, els joves, observem que aquests empren més pàgines de contactes que les persones grans, però també perquè utilitzen més Internet. A més, entre els joves n'hi ha més sense parella, corba que disminueix fins a edats més avançades, quan els individus comencen a experimentar-ne la pèrdua per diferents raons. De tota manera, entre les persones grans, solteres i que utilitzen Internet no és poc freqüent que recorrin a pàgines de contactes. La corba d'aquest ús pareix que augmenta fins als 30-40 anys i després pateix una forta caiguda (Sautter, Tipper i Morgan, 2010).

Enfront de la identificació de les necessitats, dels interessos i, per tant, del perfil de la població usuària de les pàgines de cites en línia, entren en joc les empreses que es troben a la rereguarda, ja que sabem poca cosa de les estratègies d'especialització que empren per satisfer aquelles necessitats. Blackwell (2016) va fer un estudi sobre aquestes estratègies per determinar de quina manera i en quina mesura els llocs de cites en línia adreçats a adults grans realment personalitzen els seus serveis en benefici d'aquesta població. Arribà a tres conclusions: la primera, que empren la segmentació massiva, una estratègia que combina elements tant de màrqueting massiu com de segmentació del mercat;[1] la segona, que empren una ampliació estratègica dels límits del segment de població adulta, i,

[1] Per segmentació del mercat entenem aquella pràctica segons la qual el públic de masses és dividit en grups més petits, que són sotmesos a una extensa investigació del mercat per comprendre'n millor els interessos i necessitats i apel·lar-hi (Blackwell, 2016).

la tercera, que fan ús de la publicitat enganyosa per atreure usuaris. Les empreses dels mitjans han perfeccionat aquest enfocament en les variables demogràfiques posant un èmfasi més matisat en la segmentació per categories d'estil de vida. No obstant això, els esforços del màrqueting per cobrir els interessos de les poblacions a través de les cites en línia semblen ser majoritàriament superficials, ja que la personalització d'aquestes pàgines és una qüestió de llenguatge i etiquetes, en contraposició a les experiències que de fet tenen les diferents necessitats de l'audiència.

Per part seva, Haesner, Stelnert, O'Sullivan i Steinhagen-Thlessen (2015) es dedicaren a explorar l'efectivitat de les estratègies que empren les persones grans per afrontar els problemes que els sorgeixen a les xarxes. Identificaren que els participants tenien problemes per resoldre els esdeveniments inesperats. Aquest fet revela que és necessari que, per a les persones grans inexpertes, sigui incorporada una integració de les funcions disponibles a les xarxes, incloent-hi les característiques que requereix un nivell concret d'habilitats funcionals o ús. En definitiva, més transparència per part de les empreses dels llocs de cites en línia.

Això a banda, trobem un altre concepte emergent en les xarxes socials en relació amb les persones grans: l'augment del frau financer que es practica contra les persones grans, considerat una de les cinc formes d'abús contra persones grans reconegudes pel Centre Nacional d'Abús de Persones Grans (2006), en el qual les víctimes ho poden ser en el pla econòmic, perdent els estalvis de vida, o en el psicològic, perdent la voluntat de viure i/o entrant en depressió (Li, Yu, Wong i Ngan, 2016).

Aleshores, creiem convenient esmentar els resultats de l'estudi de Bolimos i Choo (2017) sobre la ciberdelinqüència, ja que demostren que la probabilitat que un membre d'edat avançada de la població, en relació amb un altre de jove, sigui víctima d'un delinqüent és més elevada en el frau en línia. A més, demostren que, quan eliminen les dades identificables vinculades al gènere, augmenta fins a més del 80%. Malgrat les dades, l'estudi conclou que, a pesar de ser més freqüent entre certs col·lectius, qualsevol persona pot ser víctima del frau en línia, ja sigui home o dona, i independentment de l'edat, però la vulnerabilitat o la confiança són trets comunes entre les persones víctimes del frau, ja que atorga poder als estafadors per manipular la víctima i suprimir-li les habilitats de pensament lògic i de convenciment. A més, la informació és configurada com l'eina principal per als estafadors per perpetrar el seu delicte. Holtfreter, Reisig, Pratt i Holtfreter (2015) apunten que la baixa perspectiva de risc i d'autocontrol planteja que les persones que mostren deficiències en l'autocontrol tenen més comportaments de risc i, per tant, estan més exposades a la persecució i al robatori d'identitat. El seu estudi provà que el risc de victimització és més elevat entre els usuaris d'Internet de més edat. Per tant, l'emergència del frau en línia, definida com l'actual «malaltia virtual», ha de ser combatuda amb les eines disponibles, un bon exemple de les quals poden ser el suport o l'educació.

4. L'ambivalència en els missatges de captació

Tenint en compte que el llenguatge constitueix una de les principals fonts de creació de les estructures socials, convé fer un examen crític dels missatges que les pàgines de cites en línia porten implícits. Així doncs, l'estudi d'Ayalon i Gewirtz-Meydan (2017) intenta desglossar la relació existent entre els estereotips segons els quals la societat etiqueta les persones grans i les qualitats dels perfils que les pàgines web emeten per captar aquest col·lectiu.

La majoria dels casos els adults grans són estereotipats amb un doble vessant: sobre la part positiva, com pot ser la calidesa, o sobre la part negativa, com seria la incompetència. Com era d'esperar, els missatges emprats per aquests llocs web varen ser positius o, com a màxim, neutres, encara que si en fem una anàlisi en profunditat, veiem que fins i tot les estratègies de màrqueting no deixen de banda l'etiquetatge estereotipat, ja que alguns dels missatges transmesos certament encoratgen els adults grans perquè actuïn i participin en les escenes de cites, mentre que d'altres comuniquen un sentiment de compassió per la inexperiència i inadequació dels adults grans. Aquests llocs han d'emprar missatges positius per atreure clients, però el fet que els missatges «neutres» transmesos siguin ambivalents significa que la població més gran accepta els signes d'exclusió comunament emprats per la societat. A part, empren diferents estratègies en funció del gènere: mentre que dels homes grans destaquen la riquesa i l'èxit, les dones són comercialitzades per l'aparença o per la capacitat de tenir cura de si mateixes.

Aleshores, les xarxes de cites en línia gaudeixen d'una gran responsabilitat i molt de poder, ja que perpetren, i fins i tot enforteixen, els estereotips de l'edat al si de la societat. Per tant, prendre més consciència dels missatges que empren per captar la població diana podria ser una primera passa en la focalització i estigmatització d'aquest sector de la població.

5. Influeix el nivell d'estudis o ingressos en l'ús de les pàgines de contactes?

A partir dels resultats d'alguns estudis, com els de Sautter, Tipper i Morgan (2010), ens adonem que hi ha diferències respecte de l'ús d'Internet: les persones amb més estudis l'empren més i també tenen més tendència a estar sense parella, segurament a causa dels efectes d'acabar els estudis a una edat més avançada. De tota manera, pel que fa a les pàgines de contactes i als estudis no hi ha diferències significatives. La gent amb més ingressos utilitza més Internet i també tendeix més a estar sola, però no sembla que hi hagi diferències a l'hora d'utilitzar pàgines de contactes. Els resultats de la investigació de Vosner, Bobek, Kokol i Krecic (2015) apunten que l'educació, a part de l'edat i del gènere, és el factor que influeix més en l'ús de les xarxes socials en línia. Concretament,

assenyalen que l'educació està estretament relacionada amb la freqüència de l'ús de la computadora i d'Internet, i també sembla que és molt important a l'hora de participar en les xarxes socials en línia. L'estudi demostrà que les persones grans amb un nivell educatiu elevat tendeixen a ser usuaris més freqüents de les xarxes socials en línia. Aquells mateixos indiquen que aquests trets influeixen també a la hora de triar la xarxa: la facilitat de la xarxa Skype enfront de la complexitat de Facebook fa que els usuaris es decantin per emprar més la primera. Selfert i Scheling (2015) també estan d'acord amb la influència del nivell educatiu en l'ús de les xarxes. Així i tot, l'estudi de Grieve i Kemp (2015), contràriament al que esperaven, identificà que el fet que l'usuari sigui una persona gran era un predictor significatiu de la connexió social a través de Facebook. Per tant, els autors sostenen que aquesta xarxa podria proporcionar una mesura alternativa gràcies a la qual els individus poden tenir sentiments de connexió social i obtenir un capital social vinculant en aquests entorns.

Respecte de les preferències de parella, assenyalem que, segons les dades de l'estudi de Sears-Robert i Mendelsohn (2011), amb una mostra de 600 anuncis personals trobats a Internet de persones de diferents grups d'edat, i segons els seus resultats, com més grans són els homes més preferència tenen per dones més joves que ells. Les dones, per contra, fins als 75 anys s'estimen més homes més grans, però a partir d'aleshores ja comencen a triar homes més joves. Quant a l'ús de les xarxes socials, les dones són les qui majoritàriament empren les xarxes socials i els blogs, mentre que els homes es troben amb més freqüència dins els grups de discussió (Taipale, 2015).

De tota manera, cal veure aquestes dades amb cautela, atès que encara hi ha moltes persones que mostren reticències a l'hora d'explicar la seva activitat en relació amb les cites en línia. Respecte d'aquesta qüestió, no deixen de ser interessants els resultats del treball de Martínez, Cabecinhas i Lescertales (2011) dut a terme mitjançant un qüestionari administrat a alumnat inscrit en programes universitaris de gent gran. La rellevància d'utilitzar Internet per part seva és per poder estar al dia, contactar amb la família i els amics, l'ús acadèmic i consultar la premsa. En la mateixa línia se situen els resultats de l'estudi de Marston, Kroll, Fink, de Rosario i Gschwind (2017), que demostren que les raons principals per les quals les persones grans empren les noves tecnologies són comunicar-se a través de correu electrònic, emprar els motors de cerca, processar un text o comprar en línia. Tot i això, sostenen que podrien viure sense, a pesar de connectar-se diàriament o entre dues o tres vegades per setmana. És evident que, en estudis com aquest, pot ser les persones estiguin empegueïdes de declarar que utilitzen pàgines de contactes per l'estigma social que comporta, encara que s'hagi reduït molt. En una altra investigació d'Agudo, Pascual i Fombona (2012), que parteix d'una mostra de 215 persones grans d'Astúries usuàries de les TIC que acudeixen regularment als centres socials de persones grans, el percentatge és de 66,1% que les utilitzen per formació, seguit d'un 47% que ho fan per cercar informació, davant un 18,7% dedicat

a l'entreteniment, i, finalment, un 24,9%, a la comunicació. En cap cas esmenten les pàgines de contactes, fet, com hem comentat abans, que podríem explicar per la falta de garantia (real o percebuda) d'anonimat que fa que les persones es puguin sentir avergonyides d'explicar-ho.

6. L'envelliment actiu: una aproximació per gènere

Maas i Lefkowitz (2015) assenyalen que existeixen proves substancials que donen suport a les diferències de gènere en la socialització sexual i en el comportament sexual, particularment en l'edat adulta. Vosner et al. (2015) assenyalen que les participants femenines estan més familiaritzades amb el terme «xarxa social en línia» i que n'empren amb més freqüència que els homes.

Respecte del que els uns i les altres cerquen a les xarxes, és interessant l'estudi de McWilliams i Barrett (2012), en el qual varen passar entrevistes semiestructurades a divuit persones d'entre 53 i 74 anys que tenien cites en línia i a dues que facilitaven aquests contactes (*romance coaches*). Segons els seus resultats, els homes cerquen relacions de compromís, mentre que les dones desitgen companyia. Hi ha diverses barreres a l'hora de «competir» que incrementen l'atractiu de la utilització d'estratègies en línia. Les barreres a les quals s'enfronten els homes són que les seves xarxes socials són limitades, mentre les dones competeixen amb les més joves i amb les normes d'amistat que limiten el panorama de poder triar parella. Els dos sexes cerquen característiques juvenils i intenten que les seves imatges semblin més joves. El criteri dels homes se centra en l'atractiu i el de les dones, en les habilitats. En la construcció de perfils, com a estratègia les dones destaquen sobretot la seva aparença i sociabilitat, i els homes subratllen el tema financer i els èxits professionals. Menkin, Robles, Wiley i Gonzaga (2015) indicaren que els objectius prioritaris de les noves relacions romàntiques són també diferents en funció del gènere i l'edat. Assenyalaren que els usuaris grans qualificaren l'atracció sexual amb menys rellevància que els joves, tot i que la valoraren com un dels objectius principals. Les dones varen posar més èmfasi en la comunicació sobre l'atracció sexual que no els homes.

De tota manera, continuant amb les diferències entre homes i dones, sembla que són els primers els qui mostren més interès a les xarxes i ho fan amb un perfil determinat. Brown i Shinohara (2013), utilitzant dades de 2005-2006 sobre el *National Social Life, Health and Aging Project*, amb una mostra representativa dels Estats Units de 3.005 persones amb una edat compresa entre els 57 i els 85 anys, van trobar que quasi un 14% dels solters tenien cites per establir una possible relació. Tenir cites era més comú entre els homes que entre les dones i disminuïa amb l'edat, i les persones que tenien cites eren socialment més afavorides (havien cursat educació superior, posseïen més béns, gaudien de més bona salut i de més connexions socials).

Això a banda, Wada, Mortenson i Clarke (2016) es dedicaren a estudiar la importància dels criteris de Rowe i Kahn per a l'envelliment actiu dels adults grans en el perfil de les cites en línia: baixa probabilitat de malaltia i incapacitat, elevat funcionament i compromís amb la vida activa. L'estudi demostra que la conceptuació de Rowe i Kahn (1997) sobre l'envelliment actiu no ressona de la mateixa manera entre els adults grans que tenen cites en línia. De fet, la malaltia, la discapacitat o, per contra, l'alt nivell de funcionament físic o cognitiu no és valorat com a rellevant per les persones que cerquen parella. A més, la baixa prevalença identificada en l'estudi del conceptuat com a «envelliment reeixit» mostra que, en general, la naturalesa exclusiva d'aquest concepte pot contribuir a la marginació de molts d'adults grans, especialment dels discapacitats. No obstant això, afirmen que l'envelliment reeixit podria ser entès com aquell concepte que posa l'èmfasi en les millors opcions de vida i en la reducció de barreres estructurals, situació que permetria que les persones grans funcionessin més bé, a pesar de la malaltia o la discapacitat. A més, recalquen la necessitat d'evitar les pràctiques que reprodueixen els discursos de l'edat sobre la independència i la productivitat, i de redreçar-los envers aquells que generin més inclusió, ja no solament en termes de cites en línia, sinó també al si de la societat més àmplia.

7. Xarxes socials: qualitat de vida i benestar contra precarització i segmentació

Reprenent la qüestió de la necessitat de tenir relacions socials, encara que sigui en línia, cal tenir en compte que influeixen en el benestar de les persones grans, tema que està àmpliament documentat en la literatura especialitzada. A mesura que Internet penetra en les societats occidentals, el capital social emergeix com una eina sociològica valuosa per analitzar els efectes socials de l'ús d'Internet (Neves, 2015). En el seu estudi, Barbosa (2015) demostra que Internet constitueix una eina potent per compensar la tendència negativa que experimenta el capital social de les persones a mesura que avança l'edat. De fet, el defineix com a mètode que reforça «l'avantatge social acumulat». Junk i Sundar (2016) assenyalen que, per mitjà de les xarxes socials, les persones grans mantenen el propi sentit col·lectiu de benestar social i milloren la seva qualitat de vida. Vosner et al. (2015) afegeixen que les xarxes han atorgat noves formes d'interacció social i han estat capaces de canviar les formes de comunicació, cosa que ha fet augmentar la inclusió de les persones grans en la societat. Viñarás-Abad, Abad-Alcalá, Llorente-Barroso, Sánchez-Valle i Pretel-Jiménez (2017) demostren que l'acceptació de l'ús de recursos electrònics per part de les persones grans per portar a terme les tasques més rutinàries i simples, donada la rapidesa i conveniència que ofereixen, els ajuda a promoure la pròpia autonomia i l'empoderament.

Això a banda, és sabut que l'augment en l'esperança de vida fa que les persones visquin més temps, la qual cosa ha generat un augment de la població d'edat avançada. La gent vol viure de manera independent en l'entorn familiar durant el màxim de temps possible,

però les habilitats físiques tendeixen a empitjorar i el cercle social, a ser més petit, situació que conjuntament és vehiculada amb una disminució de les activitats físiques i socials que es porten a la pràctica (Bilbao, Almeida i López-de-Ipiña, 2016). Aquí és on novament les possibilitats de connexió posen a l'abast els recursos que necessitem per funcionar amb l'autonomia necessària, la qual cosa reverteix en la millora del benestar (Hutto et al., 2015). Vinculat al benestar, Heo, Chun, Lee, Lee i Kim (2015) feren un estudi per determinar la naturalesa de les relacions entre l'ús d'Internet, la soledat, el suport social, la satisfacció amb la vida i el benestar psicològic. Varen concloure que la soledat i el suport social són els possibles mediadors que podrien modificar la relació entre l'ús d'Internet i els indicadors de benestar. Els resultats indicaren que els nivells d'ús de la xarxa varen ser els predictors significatius de nivells més elevats de suport social, de reducció de la soledat i de més satisfacció amb la vida i el benestar psicològic per part dels adults grans. No obstant això, Zhang, Brook, Leukefeld i Brook (2016) recorden la importància de no caure en els abusos, ja que l'ús problemàtic, excessiu o addictiu d'Internet pot manifestar-se com un problema de salut que augmenta a tot el món, i que, a més, comporta nombroses conseqüències, com ara la malaltia, l'angoixa psicològica, els problemes familiars o socials i els baixos nivells de benestar, a part de trastorns afectius, d'hiperactivitat i compulsius. Tot plegat indica que cal fer un ús prudent i moderat dels nous mitjans de comunicació i relació.

D'una manera més concreta, el model del comboi de relacions socials, citat per Caballero (2014), ofereix un marc per estudiar l'impacte de les relacions en línia al llarg de la vida i entendre'l. «El comboi és el grup que envolta, socialitza, atorga protecció i atenció a una persona en el curs de la seva vida, i tot plegat influeix en la seva salut i benestar» (Antonucci, 2009, p. 327). Com més gent visqui a la casa amb la persona en qüestió, la probabilitat que aquesta utilitzi Internet disminueix (Caballero, 2014), i això també inclou les pàgines de contactes, ja que les persones de 65 anys o més que recorren a la xarxa tenen més coberta la part de suport amb les seves relacions socials (Caballero, 2014). De fet, segons un estudi recent dut a terme per identificar les raons per les quals les persones grans empren Facebook, concretament, a través d'una enquesta en línia aplicada a 352 persones de més de 60 anys, revelà que la vinculació social és una de les principals motivacions per les quals la gent gran opta per participar en la majoria de les activitats d'aquesta xarxa social (Junk i Sundar, 2016). A més, un altre estudi sobre aquesta mateix web indicà que els adults grans que n'eren usuaris estaven més satisfets amb els seus rols socials actuals que els no usuaris (Hutto et al., 2015).

Malgrat la unanimitat identificada entre els resultats dels diversos estudis presentats, cal no perdre de vista que l'augment de la societat en xarxa podria conduir a una disminució del contacte cara a cara. Aquest darrer l'hem de considerar un complement del suport social, tenint en compte que encara ara ens són desconegudes les conseqüències que la xarxa genera sobre la vinculació real de la societat. Podem fer al·lusió als resultats d'un

primer estudi recent portat a terme per Patulny i Seaman (2017), els quals, analitzant aquesta relació esmenada, identificaren una disminució agregada del contacte cara a cara, una disminució del suport social percebut i una forta associació positiva individual entre ambdues formes de contacte i suport social.

Hage i Wortmann (2015) assenyalen que la comunicació en línia avui és vista com un mitjà per millorar les relacions socials i, per tant, el benestar de les persones grans que l'empren, però la investigació ha perdut de vista el sentit de conjunt. Donada aquesta conjuntura, decidiren avaluar quatre hipòtesis relacionades amb qui utilitza les xarxes, què empren, de quina manera ho fan i amb qui ho fan. Els resultats demostren que el 61% de la població gran emprava, al 2014, un ordinador o una tauleta, i que els qui ho feien diferenciaven clarament la connectivitat amb persones properes i amb les no properes. A més, les conclusions trobaren una relació negativa entre l'ús de Facebook i les relacions amb entorns propers, tot i que el correu electrònic no tenia efecte sobre la connectivitat amb les persones més properes. Per tant, conjuntament hom s'adona que la comunicació en línia no millora, en general i segons els resultats d'aquest estudi, la connectivitat social de les persones grans. Els resultats d'aquest estudi són sorprenents, ja que les persones grans són de cada vegada més un grup objecte dels projectes de difusió i comunicació en línia amb la finalitat de millorar la salut i el benestar social. Això a banda, la comunicació en línia no mostrà que millorés la connectivitat social de les persones que la tenien baixa, però sí entre les que la tenien més rica o disposaven de més facilitats de connexió. Per contra, la comunicació en línia podria actuar com a reforçador de les desigualtats en la connectivitat social preexistents.

8. Por de l'estigma contra la motivació

Per part seva, i en relació amb la cerca de relacions sexuals en les cites en línia, cal tenir en compte que, el tema de la sexualitat en les persones grans presenta visions contradictòries en la literatura, ja que està bastant estereotipat. Un estudi dut a terme per Wada, Hurd i Rozanova (2015), a partir de la informació obtinguda de 144 diaris i articles de revistes publicats del 2009 al 2011 sobre la vida després de les cites en línia, va concloure que un 13% dels articles idealitzaven la sexualitat (l'atractiu sexual i la relació sexual òptima) entre els adults grans. Així mateix, en comptabilitzà un 19% que recollien que disminuïa l'interès i el funcionament sexual entre aquesta població, però no és un percentatge tan significatiu, ja que en un 15% dels casos aquest interès i funcionament sexual es mantenia. Un 15% dels articles suggeria que els adults grans haurien d'explorar noves tècniques per millorar el plaer sexual. A més, mostrava una contradicció, ja que els articles fomentaven l'estereotip dels adults grans com a persones ja no sexuals, però també n'hi havia que explicaven que la trobada sexual pot ser valuosa per a un bon envelliment.

En qualsevol cas, en general, l'interès per les pàgines de contactes ha augmentat entre la gent gran, la qual cosa és lògica atès que de cada vegada aquest col·lectiu d'edat és més elevat i la seva manera de relacionar-se entre si és cada vegada més semblant a la d'altres edats. No obstant això, mantenen algunes peculiaritats diferencials que s'ho paga comentar; per exemple, a l'hora de presentar-se a si mateixos. En un estudi dut a terme per Davis i Fingerman (2015), amb una mostra de 4.000 perfils de dues pàgines de contactes molt populars, l'objectiu del qual era analitzar les diferències d'edat en les presentacions que fan les persones d'elles mateixes, els resultats van indicar que els adults grans eren més propensos a utilitzar la primera persona del plural i paraules associades a salut i emocions positives. En canvi, els adults joves eren més propensos a identificar-se amb el pronom singular de primera persona i paraules associades al treball i a la realització personal. Això a banda, és interessant comentar que les persones grans recorren a les xarxes socials generals, encara que prefereixen les que estan destinades especialment al seu grup d'edat. De tota manera, la manca de privacitat o pèrdua d'intimitat i la por de la suplantació d'identitat frenen moltes persones grans a l'hora d'entrar a formar part de xarxes socials (Sebastián i Martínez, 2015). Així doncs, no és estrany que les persones grans utilitzin les xarxes de contactes en línia per trobar parella, i, si tenim en compte les dades aportades pel portal Bodas.net (2016), en una enquesta que va passar a 800 núvies, promeses registrades, un 16% reconegueren que havien establert contacte a través d'Internet. Aquest sistema de contacte ha superat el fet de conèixer-se al lloc de treball (11%), però encara no guanya a fer-ho a través de grups d'amics o de familiars, en festes o altres alternatives, com ara estudis o en la pràctica d'aficions.

Amb la investigació de Davis i Fingerman (2015), que volen constatar les diferències entre les motivacions dels joves i les dels adults a l'hora de parlar de si mateixos, veiem que els joves tenen més tendència a subratllar el seu atractiu i sexualitat, mentre que els més grans es presenten més positivament i fan èmfasi sobretot en les seves relacions i l'estat de salut. Com a conclusió assenyalen que els joves se centren més en el «jo», mentre que la població més gran se sent més motivada per la connexió i les relacions amb els altres.

Tot i que ja hem comentat algunes de les motivacions que les persones grans tenen per recórrer a aquestes pàgines de cites en línia, volem tancar aquest apartat comentant l'estudi de Malta (s/d), que recull les experiències d'australians adults que tenen entre 60 i 76 anys, els quals deliberadament cercaven noves connexions socials mitjançant les cites en línia per trobar parella. Les raons i motivacions trobades són el rol que el pragmatisme té en la seva elecció de triar webs en línia; la manca d'ambivalència respecte de si algú estava disponible i interessat a tenir una cita; la influència de les persones de confiança a l'hora de recomanar-los d'utilitzar aquestes pàgines, i la possibilitat negativa de trobar una nova parella en la seva vida quotidiana davant les oportunitats positives que es generen en línia.

Per tant, el nostre objectiu és aportar llum al tema, així com conèixer l'estat de la qüestió, tot ampliant la informació de l'estudi que l'any passat ja vam presentar.

9. Mètode

9.1. Participants

L'enquesta va ser contestada per 189 persones més grans de 40 anys, que era l'únic criteri per poder participar-hi.

9.2. Instruments

Modificàrem una enquesta en línia, ja creada per a un estudi anterior, en la qual demanàrem sexe, edat, estudis, situació sentimental i temps de durada d'aquesta situació, utilització de pàgines de contacte i xarxes socials amb el propòsit de lligar (freqüència d'ús i si les va utilitzar l'enquestat o l'altra persona), i, en el cas de recórrer a pàgines per lligar, orientació sexual, nom d'aquestes webs, freqüència d'ús, establiment de contactes a través d'aquest recurs, nombre de contactes establerts, la intenció dels contactes, i si havien tingut experiències negatives i/o positives i que les relatessin. Férem l'enquesta mitjançant un formulari de Google.

9.3. Procediment

En l'estudi anterior, vam seleccionar d'un llistat les xarxes per establir cites que tinguessin la versió espanyola, que fossin per a totes les edats o per a gent gran, sense excloure l'orientació sexual, tant en suport de pàgina web com en aplicació per a mòbil. A l'estudi actual n'hi hem introduïdes de noves i totes les hem dividides en gratuïtes i de pagament (o que amb la modalitat gratuïta moltes de les funcions principals són reduïdes).

Les 29 pàgines seleccionades han estat: Badoo, Meetic, CitaPerfecta, Be2, Mas40, Masde50, eDarling, Adopta a un tio/a, Tinder, AmorenLinea, Lovoo, Parship, Zoosk, FriendScout24, C-Date, Twoo, Easyflirt, Chatiic, QueContactos, Loventine, Parejaestable, Cupido para Mayores, Activagers, Citasenior, POF, Grindr, Brenda, Senior Dating Agency i Hot or not.

Elaboràrem l'enquesta i la tinguérem penjada a les xarxes durant 52 dies.

10. Resultats

Els resultats, ordenats de percentatge major a menor, són els següents.

El 73,55% de la mostra està formada per dones i un 26,45% són homes, com podem observar al gràfic 1. La major part de persones de la mostra (48,1%) tenen entre 50 i 59 anys, com veiem al gràfic 2. El 65,6% té estudis universitaris com a nivell màxim d'estudis,

i són la majoria de la mostra, seguit d'un 25,9% que té estudis obligatoris o secundaris no obligatoris; ho podem comprovar al gràfic 3.

Gràfic 1 | *Composició de la mostra per sexe*

Elaboració pròpia, 2017

Gràfic 2 | *Composició de la mostra per edat*

Elaboració pròpia, 2017

Gràfic 3 | *Estudis de la mostra*

Elaboració pròpia, 2017

Respecte de la situació sentimental, una majoria de la mostra (42,9%) és casada, tal com podem observar al gràfic 4.

Gràfic 4 | *Situació sentimental de la mostra*

Elaboració pròpia, 2017

Dels qui tenen una relació, la majoria (28,7%) fa entre 20 i 29 anys que la manté, com podem observar al gràfic 5.

Gràfic 5 | *Temps de relació*

Elaboració pròpia, 2017

Del total de persones que van contestar aquesta enquesta, un 29,1% utilitzava pàgines de contactes. D'aquestes, el 69,1% eren dones i un 30,9%, homes (no detectàrem diferències significatives p=0,374). Un 33,8% pertanyen al grup de persones d'entre 40 a 49 anys; un 27,5%, a persones d'entre 50 i 59 anys, i, finalment, un 20,8%, a persones de 60 anys o més (no trobàrem diferències significatives entre els grups p=0,428).

Un 19,6% havia utilitzat alguna vegada xarxes socials que no estaven destinades a lligar, tipus Facebook, i ho féu amb aquest propòsit. D'aquest 16,9%, un 64,86 eren dones i un 35,14%, homes (no detectàrem diferències significatives p=0,182). Un 54,05% tenien entre 50 i 59 anys; un 35,13%, entre 40 i 49, i un 10,81%, 60 anys o més (no trobàrem diferències significatives entre els grups p=0,722). La majoria de persones que tenien entre 40 i 49 anys i les de 50 a 57 anys les utilitzaven esporàdicament durant l'any; en canvi, la majoria de persones de 60 anys o més les utilitzen entre 5 i 7 dies a la setmana (no hi hagué diferències significatives p=0,477). Entre els homes i les dones

tampoc no trobàrem diferències significatives en la freqüència d'utilització (p=0,476), i la majoria ho feien de manera esporàdica durant l'any. La majoria hi recorrien per lligar amb altres persones, així com altres persones havien lligat a través d'aquest mitjà amb elles (37,5%); un 25% hi havia lligat perquè havien contactat amb elles a través d'aquestes xarxes i un 16,7% havia utilitzat aquestes xarxes amb el propòsit de lligar (no trobem diferències entre sexes p=0,851, ni entre edats p=0,066, encara que podem comprovar una tendència significativa, ja que el grup de 60 anys o més no les utilitzaven amb aquesta finalitat).

Del 29,1% que utilitzava pàgines de contactes, el 83,02% cercaven relacions heterosexuals; un 11,32%, d'homosexuals, i un 5,66%, bisexuals (en aquest darrer cas, solament persones d'entre 40 i 49 anys, encara que les diferències entre els grups d'edat no són significatives p=0,242). El 50,79%, independentment de l'edat, utilitzava xarxes de pagament; un 41,27%, també sense que l'edat fos significativa, xarxes gratuïtes; un 7,94%, xarxes de pagament per a gent gran, i un 0%, xarxes gratuïtes per a gent gran.

Respecte de la freqüència d'ús, com veiem al gràfic 6, és majoritari l'ús esporàdic durant l'any, amb un 40% (no detectàrem diferències entre sexes p=0,419 ni entre grups d'edat p=0,477).

Gràfic 6 | *Freqüència d'ús de les pàgines de contactes*

Elaboració pròpia, 2017

El 94,6% va establir contactes a través d'aquestes pàgines, davant un 5,4% que no ho féu (no trobàrem diferències entre sexes p=0,964 ni entre grup d'edat p=0,182). Dels qui havien establert contactes, la majoria n'havia tingut entre 1 i 5, amb un 52,8%, tal com queda reflectit al gràfic 7 (no presentaren diferències significatives per raó de sexe p=0,128 ni grup d'edat p=0,348). Els motius pels quals expressaren que tenien interès a establir contactes foren, majoritàriament, relacions sentimentals (41%), seguit d'amistat (31%), relacions sexuals (20%), grups d'oci (5%) i «el que pugui sorgir» (3%), tal com mostrem al gràfic 8.

Gràfic 7 | *Nombre de contactes establerts*

Elaboració pròpia, 2017

Gràfic 8 | *Motius dels contactes*

Elaboració pròpia, 2017

Les dones havien tingut més experiències negatives (30,6%), en comparació amb els homes (11,8%), però no detectàrem diferències significatives (p=0,138). En canvi, el grup d'edat que més experiències negatives havia tingut (80%) va ser el de 60 anys o més, seguit pel de 40 a 49 anys (20,8%) i el de 50 a 59 anys (16,7%), i aquí sí que trobàrem diferències significatives (p=0,010). Entre les principals experiències negatives relataren que únicament cercaven sexe, utilitzaven fotos i dades personals falses, eren casats que ocultaven l'estat civil i que proferien insults si hom no accedia a algunes pretensions.

Un 44,6% havien tingut experiències positives (no detectàrem diferències significatives per sexe p=0,241 ni per grup d'edat p=0,204). Les principals foren haver conegut la parella anterior o l'actual, conèixer gent a través d'una amistat i amb interessos comuns i contactes sexuals.

En resum, trobàrem un percentatge més elevat de dones que formaren la mostra, la major part de la qual foren participants que tenien entre 50 i 59 anys i també la majoria havien assolit estudis universitaris. Amb aquestes dades, ja podem veure que el nivell d'estudis d'aquesta mostra és superior al de la població general d'aquestes mateixes edats. Més de la meitat estaven casats i mantenien una relació que feia entre 20 i 29 anys que durava.

Entre les persones que utilitzaven pàgines de contacte i les que recorrien a xarxes socials per lligar no hi hagué diferències per raó de sexe ni edat. La freqüència d'utilització solia ser esporàdica durant l'any. La majoria de la mostra era heterosexual, i les xarxes més utilitzades eren les de pagament, seguides de les gratuïtes, per a tot tipus d'edat. La gran majoria que utilitzava aquestes pàgines havia establert contactes, i el nombre majoritari era entre 1 i 5, sobretot amb l'objectiu de començar relacions sentimentals. Les dones havien tingut més experiències negatives i el grup que n'havia tingudes de més significatives fou el de 60 anys o més, amb diferències rellevants respecte de la resta. Entre les principals experiències negatives relataren que solament cercaven sexe, utilitzaven fotos i dades personals falses, era gent casada que ocultava el seu estat i que proferia insults si hom no accedia a algunes pretensions. Les principals experiències positives havien estat haver conegut la parella anterior o l'actual, conèixer gent per una amistat i amb interessos comuns, i contactes sexuals.

11. Conclusions

En el primer estudi ens sortí que les pàgines web de cites en línia les utilitzaven més els homes que les dones, però la mostra era relativament petita, i, ara, amb una mostra més abundant, els percentatges es decanten per revelar que les dones són les que empren més aquest tipus de pàgines. Les dones han estat tradicionalment més preparades per a la vida extralaboral i relacional, cosa que podríem explicar pel fet que potser donin més importància a formar una família que els homes, que han estat preparats més per al món laboral. De tota manera, les diferències d'utilització no són significatives. Les dones són les que han tingut més experiències negatives en aquest tipus de pàgines, la qual cosa també podria haver estat causada pel rol de l'ideal romàntic que cerquen, en contraposició amb el dels homes, que sempre ha estat més agressiu i sexual. Aquesta realitat també concorda amb el fet que el grup que més experiències negatives ha experimentat és el de més edat, tenint en compte que abans els ideals de parella també es basaven més en l'ideal romàntic esmentat. Les experiències positives que més reporten és haver trobat una parella estable. L'estudi de Malta (2007) va mostrar que la majoria de les relacions que descrivia havien estat significatives, íntimes i de llarga durada. En general, també trobem relacions d'amistat i de contactes sexuals.

L'edat és significativa: com més grans són els usuaris menys familiaritzats estan amb Internet. Els joves han crescut a l'era d'Internet i, per tant, és habitual en el seu dia a dia, tot i que de cada vegada és més freqüent trobar persones grans que saben utilitzar les eines informàtiques. Així i tot, els seus percentatges encara no igualen ni de molt els dels joves. Hi influeix, també, l'estat de salut, ja que, amb l'edat, hom pot estar més afeblit, situació que pot ser una barrera per a nous aprenentatges o aventures.

Un tema que crida l'atenció i que sens dubte caldria explorar més a fons en futurs estudis és el percentatge d'ús de les pàgines de cites orientades a contactes de tipus homosexual entre la gent gran, un recurs que disminueix en aquest estudi en comparació amb l'anterior, en el qual detectàrem un percentatge molt més disminuït. Contràriament al que ens pensàvem, una aproximació explicativa podria ser que el temor a sortir de l'armari s'accentuï amb l'edat i, per això, en detectaríem un percentatge d'ús inferior al de qualsevol altra pàgina de contactes per a gent heterosexual.

Avui en dia, gràcies a les xarxes socials, moltes vegades no és necessari recórrer a aquestes webs per lligar, ja que aquelles permeten mantenir un seguit d'interaccions que es poden presentar d'una forma més natural en la vida quotidiana, sobretot quan hom és més jove, que és quan les utilitza de manera més habitual. A pesar que les diferències no són significatives, la majoria d'usuaris són dones, però hem de tenir en compte que hem obtingut aquesta dada perquè en són la majoria a la mostra. A més, l'edat mitjana dels participants era de 50 a 59 anys, que són els qui més ús en fan, en comparació amb els de 40 a 49 anys, que recorren més a xarxes socials i no socials específiques per lligar.

Comprovem que les xarxes utilitzades tant són de pagament com gratuïtes, però el que recollim d'una manera constant és que són utilitzades per tot tipus d'edat, la qual cosa podríem explicar per l'augment de l'esperança de vida i que la gent gran encara no sent que entri a formar part d'aquesta categoria. Els qui utilitzen aquestes pàgines solen establir una mitjana de contactes d'1 a 5, ja que n'hi ha molts que únicament cerquen relacions sexuals i/o augmentar la xarxa d'amistats, i d'altres van provant fins que troben la persona indicada.

De tota manera, els estudis se centren en persones solteres que utilitzen aquestes pàgines, però també hi ha persones amb parella que utilitzen aquestes pàgines per tenir relacions extramatrimonials, seria el cas de la d'Ashley Madison, per exemple. Per aquest motiu, se'ns escapen els estudis amb persones grans que utilitzin pàgines de contactes. La manca de privacitat o la pèrdua d'intimitat i la por de la suplantació d'identitat frenen moltes persones grans a l'hora d'entrar a formar part de xarxes socials (Sebastián i Martínez, 2015). A més, notícies com les de 2015 sobre Ahsley Madison, quan es varen filtrar les dades de les persones que utilitzaven aquesta pàgina, poden causar a molta gent dubtes o inhibició a l'hora de fer-se un perfil en pàgines de contactes.

Així mateix, com hem explicat al començament d'aquest treball, l'àmbit de les relacions en línia entre la població de persones grans és encara un mitjà en el qual no se senten del tot còmodes. L'estigma relacionat amb l'edat, el temor a allò desconegut i la pròpia confiança en la xarxa de contactes són barreres importants. Tot i que de cada vegada hi ha més persones grans que utilitzen la xarxa, encara queda un llarg camí perquè sigui d'ús quotidià en totes les qüestions de la vida diària, incloent-hi cercar amistats o relacions de

qualsevol tipus en línia. En qualsevol cas, sembla que estem parlant d'un àmbit de cada vegada més en expansió, pel simple fet de la facilitat d'establir relacions sense moure's de casa, però també perquè l'augment de l'esperança de vida i l'esperança de vida lliure de dependència poden incrementar la necessitat de compartir la vida actual i la futura, de cada vegada més llarga, amb una parella.

L'objectiu del nostre treball ha estat posar de manifest la importància de les relacions en línia entre les persones grans, així com ampliar la informació de l'estudi que férem anteriorment sobre aquesta mateixa qüestió.

Referències bibliogràfiques

Adams, M., Oye, J. i Parker, T. (2003). Sexuality of older adults and the Internet: from sex education to cybersex. A *Sexual and Relationship Therapy, 18(3), pp-pp*.

Agudo, S., Pascual, M. L. i Fombona, J. (2012). Usos de las herramientas digitales entre las personas mayores. *Comunicar, 39,* 193-201.

Antonucci, T. (2009). Convoy model of social relations. A Reis, H. T. i Sprecher, S. (ed.), *Encyclopedia of human relationships. Thousand Oaks, ca,* 327-329. Regne Unit: Sage.

Aretz, W., Demuth, I., Schmidt, K. i Vierlein, J. (2010). Partner search in the digital age. Psychological characteristics of Online-Dating- Service-Users and its contribution to the explanation of different patterns of utilization. *Journal of Business and Media Psychology, 1*, 8-16.

Ayalon, L. i Gewirtz-Meydan, A. (2017). Senior, mature or single: A qualitative analysis of homepage advertisements of dating sites for older adults. *Computers in Human Behavior, 75.* doi: 10.1016/j.chb.2017.06.033

Bascones, L. M. (2014). 'Compartir la vida'. En torno a la adopción de las redes sociales en Internet entre las personas con discapacidad y mayores. *Revista Española de Discapacidad, 2 (1)*, 175-191.

Berdychevsky, L. i Nimrod, G. (2017). Sex as Leisure in Later life: A Netnographic Approach. *Leisure Sciences, 39(3)*. doi: 10.1080/01490400.2016.1189368

Bilbao, A., Almeida, A. R. i López-de-Ipiña, D. (2016). Promotion of active ageing combining sensor and social network data. *Journal of Biomedical Informatics, 64.* doi: 10.1016/j.jbi.2016.09.017

Blackwell, D. (2016). 40 is the new 65? Older adults and niche targeting strategies in the online dating industry. *Social Sciences, 5*. doi: 10.3390/socsci5040062

Bolimos, I. A. i Choo, K.-K. R. (2017). Online fraud offending within an Australian jurisdiction. *Journal of Financial Crime, 24*. doi: 10.1108/JFC-05-2016-0029

Brown, S.L. i Shinohara, S. (2013). Dating Relationships in Older Adulthood: A National Portrait. *J Marriage Fam., 75(5),* 1194–1202.

Caballero, S. (2014). Internet, redes sociales y vejez en Uruguay. A Revista de Ciencias Sociales, 35.

Casimiro, C. (2014). Portuguese online dating: exploring gender differences in self-presentations. Teknokultura, 11(1), 117-141.

Castilla, D., Garcia-Palacios, A., Miralles, I., Breton-Lopez, J., Parra, E., Rodriguez-Berges, S. i Botella, C. (2016). Effect of Web navigation style in elderly users. *Computers in Human Behavior, 55*. doi: 10.1016/j.chb.2015.10.034

Center Stephure, R. J., Boon, S. D., Mackinnon, S. L. i Deveau, V. L. (2009). Internet Initiated Relationships: Associations Between Age and Involvement in Online Dating. *Journal of Computer-Mediated Communication, 14,* 658–681.

Davis, E. M. i Fingerman, K. L. (2015). Digital Dating: Online Profile Content of Older and Younger Adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc*, 1-8.

Davis, E. M. i Fingerman, K. L. (2016). Digital Dating: Online Profile Content of Older and Younger Adults. Journals of Gerontology - Series B. *Psychological Sciences and Social Sciences, 71(6)*, 959-967.

Dutton, W. H., Helsper, E. J., Whitty, M. T., Buckwalter, G. i Lee, E. (2008). *Mate Selection in the Network Society: The Role of the Internet in Reconfiguring Marriages in Australia, the United Kingdom and United States.*

Ellin, A. (2014). Matchmakers help those over 60 handle dating's risks and rewards. A *The New York Times*, 28. Recuperat de: http://www.nytimes.com/

Ellison, N., Heino, R. i Gibbs, J. (2006). Managing Impressions Online:

Self-Presentation Processes in the Online Dating Environment. *Journal of Computer-Mediated Communication 11*, 415–441.

Europa Press (2016, maig 15). *Una de cada seis parejas prometidas se han conocido por Internet*. Recuperat de: http://www.europapress.es/

Ferrer, J. (2012). La sexualitat en l'adult gran. *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears. 2012.* 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.

Grieve, R. i Kemp, N. (2015). Individual differences predicting social connectedness derived from Facebook: Some unexpected findings. *Computers in Human Behavior, 51*. doi: 10.1016/j.chb.2015.04.034

Haesner, M., Steinert, A., O'Sullivan, J. L. i Steinhagen-Thiessen, E. (2015). Analysis of how elderly internet users react to unexpected situations. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie, 48* (8). doi: 10.1007/s00391-014-0838-z

Hage, E., Wortmann, H., van Offenbeek, M. i Boonstra, A. (2016). The dual impact of online communication on older adults' social connectivity. *Information Technology and People, 29* (1). doi: 10.1108/ITP-09-2014-0216

Hardie, E. i Buzwell, S. (2006). Finding Love Online: The Nature and Frequency of Australian Adults' Internet Relationships. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society*, *4(1),* 1-14.

Hefner, V. i Kahn, J. (2014). An experiment investigating the links among online dating profile attractiveness, ideal endorsement, and romantic media. *Computers in Human Behavior, 37*, 9–17.

Heo, J., Chun, S., Lee, S., Lee, K. H. i Kim, J. (2015). Internet Use and Well-Being in Older Adults. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 18(5)*, 268-272.

Holt, A. (2016). New Technology Meets Age-Old Problems. *Philosophy and Technology, 29(4)*. doi: 10.1007/s13347-016-0236-0

Holtfreter, K., Reisig, M. D., Pratt, T. C. i Holtfreter, R. E. (2015). Risky remote purchasing and identity theft victimization among older Internet users. *Psychology, Crime and Law, 21*. doi: 10.1080/1068316X.2015.1028545

Hutto, C. J., Bell, C., Farmer, S., Fausset, C., Harley, L., Nguyen, J. i Fain, B. (2015). Social media gerontology: Understanding social media usage among older adults. *Web Intelligence and Agent Systems, 13(1)*. doi: 10.3233/WEB-150310

Fernández, M. (2012). *Redes sociales y mujeres mayores: estudio sobre la influencia del uso de las redes sociales en la calidad de vida.* Treball final de màster, Universidad de Oviedo.

Fileborn, B., Thorpe, R., Hawkes, G., Minichiello, V. i Pitts, M. (2015). Sex and the (older) single girl: Experiences of sex and dating in later life. *Journal of Aging Studies 33*, 67–75.

Finkel E. J., Eastwick P. W., Karney B. R., Reis H. T. i Sprecher S. (2012). Online dating: A critical analysis from the perspective of psychological science. *Psychological Science in the Public Interest*, *13(1),* 3–66.

Jung, E. H. i Sundar, S. S. (2016). Senior citizens on Facebook: How do they interact and why? *Computers in Human Behavior, 61*. doi: 10.1016/j.chb.2016.02.080

Kuoppamaki, S. M., Taipale, S. i Wilska, T. (2017). The use of mobile technology for online shopping and entertainment among older adults in Finland. *Telematics anb Informatics, 34(4)*. doi: 10.1016/j.tele.2017.01.005

Lange, R., Houran, J. i Li, S. (2015). Drive to Marry and Social Prescription in Chinese Online Daters. *Interpersona*, *9(2)*, 135–147.

Li, J. C. M., Yu, M., Wong, G. T. W. i Ngan, R. M. H. (2016). Understanding and Preventing Financial Fraud Against Older Citizens in Chinese Society: Results of a Focus Group Study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 60(13)*. doi: 10.1177/0306624X15579258

Llorente, C., Viñarás, M. i Sánchez, M. (2015). Internet and the Elderly: Enhancing Active Ageing. *Comunicar*, *45*, 29-36.

Madden, M. i Lenhart, A. (2006). Online dating. *Pew Internet i American Life Project.* Recuperat de: http://www.pewinternet.org/pdfs/PIP_Online_Dating.pdf

McWilliams, S. i Barrett, A. E. (2012). Online Dating in Middle and Later Life: Gendered Expectations and Experiences. *Journal of Family Issues, 2(5),* 1-26.

Malta, S. (s/d.). *Why go online? Older adults' reasons for online dating.* Swinburne. University of Technology, Hawthorn, VIC. Research Fellow, National Ageing Research Institute (NARI), Parkville, VIC.

Malta, S. (2007). Love Actually! Older Adults and their Romantic Internet Relationships. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society, 5(2),* 84-102.

Marston, H. R., Kroll, M., Fink, D., de Rosario, H. i Gschwind, Y. J. (2016). Technology use, adoption and behavior in older adults: Results from the iStoppFalls Project. *Educational Gerontology, 42(6)*. doi: 10.1080/03601277.2015.1125178

Martínez, R., Cabecinhas, R. i Loscertales, F. (2011). Mayores universitarios en la red. *Comunicar*, *37*, 89-95.

Maas, M. K. i Lefkowitz, E. S. (2015). Sexual Esteem in Emerging Adulthood: Associations with Sexual Behavior, Contraception Use, and Romantic Relationships. *Journal of Sex Research, 52(7)*. doi: 10.1080/00224499.2014.945112

Mejores Webs Parejas (2016, abril 2). Recuperat de: http://www.mejores-webs-parejas.es/ .

Menkin, J. A., Robles, T. F., Wiley, J. F., Gonzaga, G. C. (2015). Online dating across the life span: Users' relationship goals. *Psychology and Aging, 30(4)*. doi: 10.1037/a0039722

Miguel, E. (2016). *Sexe sense condó als 65.* Recuperat de: http://cadenaser.com/emisora/2016/04/27/radio_barcelona/1461758431_981040.html

Navarro, E., Meléndez, J. C. i Tomás, J. M. (2008). Relaciones entre variables físicas y de bienestar en la calidad de vida de las personas mayores. *Revista Española de Enfermería Geriátrica y* Gerontología Gerokomos*, 19,* 63-67.

Online Senior Dating Sites (2016, abril 2). Recuperat de: http://www.onlineseniordatingsites.com/

Orte, C. i Mascaró, A. (2016). L'amor, després dels 40 anys, a través de les cites online. *Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears*, 441-462. ISSN: 2174-7997.

Orte, C., Pascual, M. B., Pozo, R., Gomila, M. A., Amer, J., Vives, M. i Esteva, C. (2016). Mirades de la sexualitat i l'afectivitat en les persones grans. Un recorregut per les diferents activitats de recerca i docència del grup de recerca GIFES en gerontologia educativa. *Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears.*

Palencia, R. M. (2014). *Usos y gratificaciones en el consumo de las aplicaciones de internet en personas mayores*. Tesi doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona.

Patulny, R. i Seaman, C. (2017). 'I'll just text you': Is face-to-face social contact declining in a mediated world? *Journal of Sociology, 53*. doi: 10.1177/1440783316674358

Rosenfeld, M. J. i Thomas, R. J. (2012). Searching for a mate: The rise of the internet as a social intermediary. *American Sociological Review*, *77*, 523–547.

RTVE (2009). *Internet es también cosa de abuelos.* Recuperat de: http://www.rtve.es/noticias/20090516/internet-tambien-cosa-abuelos/276783.shtml

Sautter, J. M., Tippett, R. M. i Morgan, S. P. (2010). The Social demography of internet dating in the United States. *Social Science Quarterly*, *91(2),* 554-575.

Schnarrs, P. W., Rosenberger, J. G. i Novak, D. S. (2016). Differences in Sexual Health, Sexual Behaviors, and Evaluation of the Last Sexual Event Between Older and Younger Bisexual Men. *Journal of Bisexuality, 16(1)*. doi: 10.1080/15299716.2014.995852

Sears-Roberts, S. i Mendelsohn, G. A. (2011). Partner Preferences Across the Life Span: Online Dating by Older Adults. *Psychology of Popular Media Culture*, *1*, 89-95.

Sebastián, A. i Martínez, M. (2013). *La influencia de las nuevas tecnologías: videojuegos, redes sociales e internet, en los consumidores seniors en España*. Logroño: Congreso Internacional de Comunicación y Sociedad Digital.

Seifert, A. i Schelling, H. . (2016). Old and offline?: Findings on the use of the Internet by people aged 65 years and older in Switzerland. *Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie, 49(7)*. doi: 10.1007/s00391-015-0965-1

Shah, S., Yeow, P .H. P i Loo, H. S. (2011). An Empirical Study on Online Social Networks Sites Usage: Online Dating Sites Perspective. *International Journal of Business and Management*, *6*, 10.

Smith, A. i Duggan, M. (2013). *Online Dating i Relationships*. Washington: Pew Research.

Taipale, S. (2016). Synchronicity matters: defining the characteristics of digital generations. *Information Communication and Society, 19(1)*. doi: 10.1080/1369118X.2015.1093528

Vandeweerd, C., Myers, J., Coulter, M., Yalcin, A. i Corvin, J. (2016). Positives and negatives of online dating according to women 50+. *Journal of Women and Aging, 28(3)*. doi: 10.1080/08952841.2015.1137435

Vázquez, K. (2016, març 12). ¿Eres más feo que la media? ¿Vegano? Este es tu sitio para ligar. *El País.* Recuperat de: http://elpais.com/

Viñarás-Abad, M., Abad-Alcalá, L., Llorente-Barroso, C., Sánchez-Valle, M. i Pretel-Jiménez, M. (2017). E-Administration and the e-inclusion of the elderly. *Revista Latina de Comunicacion Social, 72*. doi: 10.4185/RLCS-2017-1161

Vives, M. (2015). Les relacions afectivosexuals en la gent gran des de la perspectiva intergeneracional. *Anuari de l'Educació de les Illes Balears.*

Vošner, H. B., Bobek, S., Kokol, P. i Krečič, M. J. (2016). Attitudes of active older Internet users towards online social networking. *Computers in Human Behavior, 55*. doi: 10.1016/j.chb.2015.09.014

Wada, M., Hurd, L. i Rozanova, J. (2015). Constructions of sexuality in later life: Analyses of Canadian magazine and newspaper portrayals of online dating. *Journal of Aging Studies, 32*, 40–49.

Wada, M., Mortenson, W.B. i Hurd Clarke, L. (2016). Older Adults' Online Dating Profiles and Successful Aging. *Canadian Journal on Aging, 35(4)*. doi: 10.1017/S0714980816000507

Watson, R. (2013, 14 de febrer). Frisky 60s flower children are still making love not war. *Psychology Today*. Recuperat de http://www.psychologytoday.com

Whitty, M. T. i Buchanan, T. (2009). Looking for Love in so many Places: Characteristics of Online Daters and Speed Daters. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, *3(2)*, 63-86.

Whyte, S. i Torgler, B. (2017). Things change with age: Educational assortment in online dating. *Personality and Individual Differences, 109.* doi: 10.4185/RLCS-2017-1161

Whyte, S. i Torgler, B. (2017). Preference Versus Choice in Online Dating. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 20.* doi: 10.1089/cyber.2016.0528

WikiHow (2017). *How to avoid an online romance scam.* Recuperat de: http://m.wikihow.com/Avoid-an-Online-Romance-Scam

Zhang, C., Brook, J. S., Leukefeld, C. G. i Brook, D. W. (2016). Longitudinal psychosocial factors related to symptoms of Internet addiction among adults in early midlife. *Addictive Behaviors, 62(1)*. doi: 10.1016/j.addbeh.2016.06.019

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. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC). Directora del Màster Universitari. Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família (MISO). Codirectora de l'Anuari de l'educació de les Illes Balears. Directora de la International Summer Senior University.

Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El curs 1997-1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears, que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional.

Des de 2003 és investigadora principal en diversos estudis competitius sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques, i sobre l'educació per a la competencia familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat, i també de diverses investigacions europees en el context de la formació de formadors en prevenció de drogues, de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans i de l'educació intergeneracional en diversos països europeus.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la (1960). Diplomat en Treball Social, doctor en Filosofia per la UIB i Doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor titular d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Ha estat director (1990-1996) de la Unitat de Planificació i Estudis dels Serveis Socials del Consell de Mallorca. Fou, també, el primer director de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (2002-2003). És autor, entre d'altres, de l'obra *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos* (1999), i coautor, entre altres llibres, d'*Epistemología de las ciències sociales y de la educación* (2012); *Iniciación al análisis de datos en la investigación educativa* (2013); *Métodos y técnicas de investigación educativa* (2014); *Le Programme de compétences familiales: l'adaptation du SFP en Espagne* (2015). Ha estat director de l'ICE de la Universitat de les Illes Balears. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES).

AINA MASCARÓ JUAN

Manacor, Illes Balears (1989). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster de Mediació en Conflictes per la Universitat de Barcelona i Màster en Formació del Professorat per la UIB. Actualment és tècnica d'investigació del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB.

LLUC NEVOT CALDENTEY

Manacor, Illes Balears (1992). Graduada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB) i Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la UIB. Actualment és doctoranda en Ciències de l'Educació per la UIB i col·labora amb el Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB.

LA VULNERABILITAT EN LES PERSONES GRANS. RADIOGRAFIA DELS USUARIS DELS CASALS

La vulnerabilitat en les persones grans. Radiografia dels usuaris dels casals

Lydia Sánchez Prieto
Carmen Orte Socias
Maria Teresa Coll Janer
Lluís Ballester Brage
Cristina Fraga Díaz
Belén Vaquer Arjonilla
Natalia Reinares Gagneten
Maria Antònia Gomila Grau
Margalida Vives Barceló

Resum

Actualment es pot identificar un sector de la població gran que es troba en situació de vulnerabilitat, en condicions de precarietat social, econòmica i de salut i, a més, amb un elevat risc de convertir-se en població en situació d'exclusió social. Es tracta d'un grup de gent gran que no té tendència a demanar ajuda, serveis o prestacions, com tampoc no sol disposar de suport social ni de xarxes familiars sòlides i, per tant, amb freqüència s'identifica com un col·lectiu invisible per a les principals polítiques públiques.

La finalitat d'aquest article és perfilar les principals característiques sociodemogràfiques d'un col·lectiu d'elevada vulnerabilitat a Mallorca, les seves principals necessitats i les condicions externes que pateixen. L'anàlisi exposa dades sobre l'estat de salut, les relacions familiars, la xarxa social, l'habitatge i les condicions associades, i també la qualitat de vida i el benestar emocional percebut. A més, es realitza una aproximació a les principals diferències de gènere identificades en aquest grup de vulnerabilitat.

La prevenció de la situació d'exclusió s'ha de realitzar de manera immediata, urgent i diària, amb el desenvolupament de serveis adaptats i especialitzats i mitjançant professionals amb competències i habilitats centrades a prevenir l'exclusió social. Els casals de l'Ajuntament de Palma gestionats per l'Associació Intress responen a les necessitats i demandes d'aquest col·lectiu, mitjançant la gestió de múltiples serveis, com menjadors, dutxes o servei de bugaderia. Els casals també duen a terme una rellevant funció en el benestar emocional i en el desenvolupament de suport social d'aquestes persones.

Resumen

Actualmente se puede identificar un sector de la población mayor que se encuentra en situación de vulnerabilidad, en condiciones de precariedad social, económica y de salud y, además, con un elevado riesgo de convertirse en población en situación de exclusión social. Se trata de un grupo de personas mayores que no tienen tendencia a solicitar ayuda, servicios ni prestaciones, como tampoco suele disponer de apoyos sociales ni de redes familiares sólidas y, por tanto, se identifica como un colectivo invisible para las principales políticas públicas.

La finalidad de este artículo es perfilar las principales características sociodemográficas de un colectivo de elevada vulnerabilidad en Mallorca, sus principales necesidades y las condiciones externas que padecen. El análisis expone datos sobre su estado de salud, las relaciones familiares, la red social, la vivienda y las condiciones asociadas, así como también, la calidad de vida y el bienestar emocional percibido. Además, se realiza una aproximación a las principales diferencias de género identificadas en este grupo de vulnerabilidad.

La prevención de la situación de exclusión se tiene que realizar de manera inmediata, urgente y diaria, con el desarrollo de servicios adaptados y especializados y mediante profesionales con competencias y habilidades centradas en la exclusión social. Los «casals» del Ayuntamiento de Palma gestionados por la Asociación Intress responden a las necesidades y demandas de este colectivo, mediante la gestión de múltiples servicios, como comedores, duchas o servicios de lavandería. Los centros también cumplen una relevante función en el bienestar emocional y en el desarrollo del soporte social de estas personas.

1. L'estat del benestar i la situació de vulnerabilitat al col·lectiu de persones grans

L'increment de persones grans en les darreres dècades és innegable. A Espanya, es registra que un 18,4% de la població té 65 i més anys i un 6% de persones té 80 i més anys, i s'estimen projeccions de fins a 14 milions de persones de 65 i més anys el 2066. La població del *baby-boom* espanyol comença a emergir associada a majors esperances de vida: 85,4 anys per a les dones i 79,9 anys per als homes (Abellán, Ayala i Pujol, 2017). Com defensen els autors Abellán et al. (2017), l'avaluació de l'esperança de vida ha d'anar també associada a l'estimació de dos indicadors; la morbiditat crònica i la salut autopercebuda. Encara que, no sempre la salut autopercebuda o la morbiditat és tan favorable com l'increment de l'esperança de vida, i s'identifiquen encara múltiples limitacions en la població gran. D'igual manera, també es reconeixerà un entramat de desavantatges socials, culturals, econòmics que persisteixen en gran part del col·lectiu de persones grans, que les exposen, amb freqüència, a situacions de discriminació o de vulnerabilitat. Múltiples factors hi influeixen i hi predisposen perquè el col·lectiu de grans es trobi en una situació de risc respecte en comparació amb altres grups d'edat.

S'ha de recordar que relacionat amb les persones grans apareix un entramat històric de vulnerabilitats. Encara que, com exposen Marí-Klose i Marí-Klose (2012), els darrers anys, mentre el risc de pobresa infantil s'ha incrementat, l'associat al sector gran ha disminuït. Els autors ho vinculen a la millora de les polítiques desenvolupades per l'estat del benestar. Concretament assenyalen que la disminució del risc de pobresa s'associa a dos aspectes: a) trajectòries laborals més llargues i duradores, que comporten més altes cotitzacions, i per tant, dret a pensió, i b) creixement del valor de les pensions en les darreres dècades. Això no lleva que en els darrers anys les pensions estiguin contingudes i que s'identifiquin penúries econòmiques (Martín, 2014).

Sens dubte, l'estat del benestar ha desenvolupat mesures de protecció pública amb la finalitat de cobrir aquestes necessitats, com assistència domiciliària, centres de dia, residències o ajudes tècniques. Amb l'aprovació de la Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia perso-

nal i atenció a persones en situació de dependència (LAPAD) s'adquireix la conscienciació que les persones grans són una responsabilitat social i governamental i identifiquen les situacions de dependència com un problema social de primera dimensió (De la Fuente, Sotomayor i Martín, 2016). D'igual manera, la incorporació del sistema de pensions i de la sanitat pública han possibilitat trencar el binomi de vellesa-pobresa (Arnaut-Bravo i Caparrós, 2010). Amb tot, es registra una millora dels processos d'envelliment, traduïda en una reducció potencial de les situacions de dependència i de millora de la salut.

Però els grans assoliments de l'estat del benestar no són suficients. L'heterogeneïtat del grup de grans i la fragilitat enfundada, sovint, en la vellesa, el posiciona en un estadi de risc i confirma que s'ha de continuar investigant i indagant sobre les possibles intervencions eficaces. Especialment quan es tracta d'un col·lectiu que no entra dins el marc de la dependència perquè no compleix els criteris requerits, però que encara així es veu vinculat a múltiples desavantatges (Arnaut-Bravo i Caparrós, 2010), com seria el cas de la població d'aquest estudi. Quines són les actuacions proveïdes per les polítiques públiques? Quines són les actuacions que els emparen si no entren dins el sistema d'atenció a la dependència? A més, la situació de crisi ha afectat potencialment el sector de població gran; Martín (2014) exposa que l'afectació és més gran fins i tot, per les modificacions realitzades en el sistema de pensions o per la no contemplació en la Llei de Dependència. L'edat és una de les principals variables potenciadores de l'exclusió social i, per tant, s'ha d'oferir resposta als desavantatges associats al col·lectiu (Arnaut-Bravo i Caparrós, 2010).

1.1. El concepte de vulnerabilitat en les persones grans

A l'article de Sánchez-González i Egea-Jiménez (2012) es realitza un abordatge de la vulnerabilitat, que es descrita com el grau de risc que afronta una persona a perdre les seves propietats o la seva qualitat de vida. A més, s'hi afegeix que també respon a la capacitat de recuperació davant una situació adversa extrema i els mitjans dels quals es disposa per afrontar-la. Però, més específicament, hi assenyala en què consisteix la vulnerabilitat social, entesa com un procés aversiu al qual ha d'enfrontar-se una persona o un col·lectiu en situació de desavantatge social. Al seu article, es fa referència la categorització realitzada per Sánchez-González (2009), en què s'estructura la vulnerabilitat social en quatre nivells:

1. Vulnerabilitat social de les persones grans que s'associa als riscos d'envellir a la llar.

2. Vulnerabilitat física associada a un risc de desenvolupar una situació de discapacitat i desenvolupada per l'envelliment biològic de la persona.

3. Vulnerabilitat social-dependent vinculada amb el risc de dependència i influïda per l'ambient, l'esfera social i familiar.

4. Vulnerabilitat ambiental associada als riscos de l'ambient que puguin impactar sobre els processos d'envelliment.

Una altra concepció de vulnerabilitat, segons defensen Brocklehurst i Laurenson (2008), és la constituïda a partir de les següents nou dimensions:

1. Física: fragilitat, mobilitat, canvis biològics i psicològics, com pèrdua de visió o audició.

2. Psicològica: canvis en la salut mental, por a l'envelliment, demència, dol i depressió.

3. Social: jubilació, absència de pensions, discriminació, viure sol, edatisme i baixos ingressos econòmics.

4. Recerca: qüestions ètiques.

5. Política: legislació.

6. Sexualitat: mites sobre la sexualitat en la vellesa que produeix repercussions en la seva pràctica.

7. Espiritual: dificultat per trobar llocs on practicar la religió.

8. Gènere: discriminacions que influeixen en la pensió.

9. Ètnia: discriminacions per l'ètnia.

Brocklehurst i Laurenson (2008) exposen que el concepte de vulnerabilitat associat a persones grans engloba tres estats: 1) fragilitat, 2) indefensió o susceptibilitat o 3) exclusió social. La vulnerabilitat és un terme referit a aspectes sociològics, tals com la construcció social del concepte d'envelliment. No obstant això, la fragilitat està més associada a morbiditat i a la percepció de la seva salut. De manera que una persona gran pot ser vulnerable, però en estar sana, no ser fràgil. Encara així, són conceptes associats, que predisposen a la persona a una situació de risc.

En l'extrem més radical, s'identifica el concepte d'exclusió, caracteritzat per l'acumulació de factors negatius i de límits en la història d'una persona, que provoquen que quedi fora del context de la societat (Arnaut-Bravo i Caparrós, 2010). L'element decisiu de l'exclusió consisteix en la incapacitat de sortir del bucle negatiu sense ajudes externes. Específicament, els elements que incidirien a l'exclusió social serien (Brocklehurst i Laurenson, 2008):

- tenir 80 o més anys,
- viure sols,
- pobra salut física o mental,
- limitació en la mobilitat,
- no tenir habitatge propi (haver de llogar),
- baixos ingressos econòmics, i
- no tenir telèfon.

1.2. Factors de risc i associats amb la situació de vulnerabilitat

La vulnerabilitat no és homogènia. Són múltiples els variables que influeixen en el desenvolupament de la vulnerabilitat en la vellesa. Arnaut-Bravo i Caparrós (2010) emfatitzen que la falta d'inclusió social s'estableix a partir de factors biològics, mèdics, personals, polítics, econòmics i culturals.

Les **diferències característiques socioeconòmiques** influeixen directament en els processos d'envelliment. L'estudi longitudinal de Chandola et al. (2007), que va analitzar el nivell de salut durant 18 anys d'una mostra de 10.308 persones, va verificar que es produïen diferències en els processos d'envelliment segons la remuneració i la tipologia d'ocupació. En concret, exposava que persones de 70 anys que havien exercit en llocs de feina de més estatus tenien un nivell de salut física similar al de persones de 62 anys amb llocs de treball de menor remuneració o que implicaven una major activitat física. S'ha de destacar que la salut mental semblava millorar en totes les tipologies d'ocupació a partir de la jubilació, però la millora era més lenta en llocs de baix estatus. Per tant, l'estudi també avala que els factors socioeconòmics desenvolupats durant una vida poden influir en aspectes de la vellesa, com la salut.

Quan la referència són persones amb escassa o nul·la formació, amb treballs irregulars o amb baixos salaris, les pensions seran baixes i, fins i tot, insuficients. Persones que han viscut en **situacions de pobresa** durant períodes de les seves vides, amb major predominança en dones, no tendeixen a aconseguir sortir-ne durant la vellesa (Arizcuren, 2015). El percentatge de persones grans en situació de vulnerabilitat és elevat. S'estima que aproximadament un 13% de persones de 65 o més anys a Europa es trobarà en una situació de precarietat econòmica o de pobresa, segons explica Martín (2014). Associat a aquest aspecte sembla que es pot identificar una pujada del nivell de vida, que s'ha acompanyat en els últims anys d'una situació de crisi econòmica rellevant.

Però encara empitjora substancialment si han de responsabilitzar-se de **càrregues econòmiques** dels seus familiars (Arizcuren, 2015). Fins a un 26% de les llars europees compta amb la nòmina de les persones grans com a principal sustent (Martín, 2014). Unides

a les exigències econòmiques també es produeixen, sovint, les **sobrecàrregues funcionals:** és comú detectar en persones grans que realitzen funcions de cuidadors, tant de pares com de nets, fins al punt que apareix «la síndrome del cuidador cremat» (Martín, 2014). Sobrecàrregues sostingudes en el temps poden incidir en la fragilitat de la persona gran.

No obstant això, l'altra cara de la moneda també pot resultar perjudicial; **la solitud** és un factor rellevant associat a la vulnerabilitat. S'apunta que al voltant d'un 10% de les persones majors de 65 o més anys es troba en situació d'aïllament social (Martín, 2014). La **xarxa social** amb els anys sol anar desapareixent en produir-se distanciaments o defuncions; així mateix, de cada vegada la possibilitat de realitzar mobilitzacions o desplaçaments per a visites de coneguts o familiars també es veu repercutida (Arizcuren, 2015). També és cert que es tendeix a desenvolupar relacions noves, especialment, amb veïns o gent amb la qual s'interactua amb freqüència. És un aspecte clau: la creació de noves relacions afavoreix la sensació de seguretat i de pertinença al grup. En definitiva, saber o percebre que si es necessita ajuda la rebran, millora la seva qualitat de vida (Arizcuren, 2015; Walker, 2009).

L'estudi com el de Patterson i Veenstra (2010) va comprovar que estar tot sol «sovint» va incrementar 1,63 vegades el risc de mortalitat. Encara així, cal incidir que l'estudi destacava que si es controlaven les variables que provocaven depressió, també disminuïa l'efecte de la solitud sobre la mortalitat. No obstant això, segons destaquen Dozeman et al. (2010), la incidència de **simptomatologia depressiva** és elevada i freqüent en adults grans vulnerables en comparació amb la resta de població. Els autors estableixen relació entre simptomatologia depressiva en la població gran i estats de salut deteriorats.

Segons exposen Orth, Trzesniewski i Robins (2010), **l'autoestima** també inicia un decreixement en la vellesa, concretament, a partir dels 60 anys en tots dos sexes. En concret, els autors vinculen l'autoestima amb dos factors cognitius: estabilitat emocional i consciència. Els resultats apunten que mentre que l'estabilitat emocional es manté en la vellesa, la consciència tendeix a disminuir, la qual cosa provoca una afectació en els nivells d'autoestima. Aspectes com una educació superior i estatus econòmic i laboral superiors esmorteirien la disminució de l'autoestima. En canvi, una salut caracteritzada per malalties reiterades o cròniques influirien negativament en els nivells d'autoestima.

La **jubilació** és ressaltada per Arnaut-Bravo i Caparrós (2010) com un procés que allunya la persona de múltiples situacions d'obligada integració social. Els autors expliquen que, en una societat marcada per valors de joventut, la jubilació requereix una complicada adaptació i pot desencadenar situacions de discriminació.

Finalment, com s'exposava anteriorment, **l'estat de salut**, i la fragilitat, també resulten essencials a l'hora de determinar els nivells de vulnerabilitat. Ocorre el mateix amb les **situacions de dependència i/o de discapacitat**, que actuen com a límits

i barreres i que incideixen en una major marginació (Arizcuren, 2015). Una correcta habilitació de **l'habitatge** de la persona gran, per exemple amb l'eliminació de barreres arquitectòniques, actuaria combatent algunes de les limitacions de mobilitat o de dependència. L'estudi de Kylén et al. (2017) verificava que la depressió era menys comuna en persones grans que sentien que tenien el control a la seva llar i se sentien còmodes amb les condicions domèstiques. Els autors concloïen la seva recerca apuntant que condicions adequades a l'habitatge promocionaven la salut mental del col·lectiu de persones grans.

2. Metodologia

La finalitat de l'estudi va ser realitzar una anàlisi de les característiques d'una població gran establerta com de vulnerabilitat, a causa de les condicions perjudicials que tenen associades (baixos ingressos econòmics, pobra xarxa social de suport o possibilitat de cobrir necessitats bàsiques). Com s'argumentava anteriorment, una situació de vulnerabilitat és el preàmbul d'una exclusió social; procés que una vegada que s'inicia és molt complicat reinvertir i que, per tant, ha de ser previngut i evitat amb els recursos disponibles. Per això serà essencial designar quines variables són les que es constitueixen com a factors de risc a l'hora de determinar les situacions de vulnerabilitat. A més, es pretenia valorar si es produïen diferències significatives entre gènere, per determinar si el gènere constituïa per si mateix una variable amb entitat pròpia en el desenvolupament de situacions de vulnerabilitat.

Es va utilitzar una metodologia quantitativa, a partir d'un mostreig no probabilístic. L'avaluació es va realitzar amb qüestionaris estructurats en cinc apartats: descripció sociodemogràfica de la mostra, de l'habitatge i les seves condicions associades, l'estat de salut, xarxa de suport social i serveis i prestacions gaudides.

Per aconseguir-ho, s'avaluà una població d'usuaris de persones més grans de 60 anys, que acudien amb freqüència als serveis de promoció de l'autonomia personal del Casal Ciutat Antiga, del Casal Jonquet i del centre Can Ribes de l'Ajuntament de Palma, serveis gestionats per l'associació Intress. Intress, Institut de Treball Social i de Serveis Socials, és una associació sense ànim de lucre creada el 1984, declarada d'utilitat pública l'any 2004 pel Ministeri de l'Interior. Està formada per diferents entitats que atenen persones en risc d'exclusió social des de l'inici al final del seu recorregut vital, en el moment en què ho necessiten. Treballem per a què les persones exerceixin els seus drets i puguin escollir com volen viure.

Concretament, l'anàlisi es va realitzar amb una mostra constituïda per 75 usuaris, dels centres Casal Ciutat Antiga, Casal Jonquet i centre Can Ribes.

3. Anàlisi de resultats

3.1. Descripció sociodemogràfica de la població dels casals gestionats per Intress

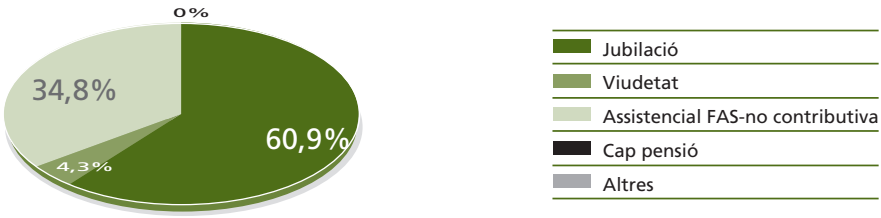
La mostra, constituïda per 75 usuaris dels casals, presentava una mitjana de 76,92 anys i una desviació estàndard de 7,9. És rellevant destacar que un 36% de la mostra tenia 80 o més anys, per la qual cosa, s'obtenia una representació de població «sobreenvellida». A més, s'hi identificava una clara feminització de la mostra, amb un 69,3% de dones. Es produeix un lleuger predomini de dones entre la mostra de persones vulnerables que acudeixen als casals, per exemple, a la memòria de 2016 del Casal Jonquet es registrava que un 61% eren dones i a la memòria de 2016 del Casal Ciutat Antiga que un 55,8% ho eren. Respecte al lloc de naixement es van obtenir dades heterogènies: un 24% van néixer a Palma, un 56% en altres comunitats, un 10,7% en altres municipis de Mallorca i un 9,3% eren estrangers.

Un elevat percentatge de la mostra declarava no saber llegir o escriure o bé no tenir acabats els estudis primaris, en concret, un 30,7%. El més freqüent era que tinguessin estudis bàsics, amb un 48% de la mostra; a l'altre extrem, només un 4% havia cursat estudis superiors. Les categories laborals registrades responien a una baixa remuneració: un 14,7% reconeixia que van treballar com a obrers no especialitzats o qualificats, un 21,3% com a obrers qualificats i un 14,7% de la mostra, totes dones, exposaven que havien estat mestresses de casa.

Respecte a l'estat civil, gairebé la meitat de la mostra havia perdut a la seva parella, amb major predomini entre les dones (un 55,8% de les dones de la mostra eren vídues). En canvi, un 47,8% dels homes de la mostra estaven divorciats o separats, mentre que un 30,4% eren fadrins. Només un 2,7% de la mostra estaven casats —en concret, eren dues dones usuàries dels casals. Per la qual cosa s'identifica un rellevant predomini de persones vídues (45,3%), divorciades o separades (29,3%) i solteres (21,3%). Un 30,7% explicava que tenia fills. En canvi, dotze dels usuaris enquestats reconeixien no tenir fills, ni parella, dels quals, 8 eren homes.

La mostra es va caracteritzar per una rellevant fragilitat econòmica; només un 39,2% dels participants disposaven d'una pensió de jubilació. La desprotecció econòmica es va evidenciar, especialment, en el sector femení, ja que dins del grup de dones només un 29,4% va manifestar rebre una pensió de jubilació. A més, un 27,5% de la mostra de dones reconeixia rebre una pensió no contributiva i un 7,8% explicava que no rebia cap pensió. És a dir, era comú rebre prestacions econòmiques mínimes que predominaven vinculades al col·lectiu femení (un 25,7% de la mostra total) (vegeu el gràfic 2). D'igual manera, eren les dones les que rebien un 94,4% de les 18 pensions de viduïtat registrades. En canvi, en el sector masculí, predominaven les pensions de jubilació (un 60,9% dels homes de la mostra) (vegeu el gràfic 1).

Gràfic 1 | *Tipologia de pensió al grup d'homes de la mostra*



Gràfic 2 | *Tipologia de pensió al grup de dones de la mostra*

3.2. Descripció de la tipologia d'habitatge i de les condicions associades

Malgrat que la majoria disposava d'un habitatge (propi o llogat) —un 70,3% de la mostra total— també s'han identificat altres formes de convivència. Dels altres, sis dels enquestats vivien a casa d'un familiar, tres compartien un habitatge amb altres persones que no eren familiars i sis disposaven d'una habitació en una casa compartida. Llogar era habitual; un 44% de la mostra declarava que on residia era llogat (habitatge o habitació); un 44% de la mostra total declarava que on residia era llogat. Un 30,7% dels enquestats explicaven que l'habitatge els pertanyia i un d'ells declarava que era usufructuari de la casa.

Respecte al gènere, va emergir una major tendència femenina a tenir un habitatge en propietat que els homes; un 54,1% de la mostra amb habitatge propi van ser dones, però només un 16,2% van ser homes. Va despuntar una tendència masculina a compartir habitatge o habitació —un 8,1% de la mostra—, mentre que les dones desproveïdes de propietat van optar, generalment, per viure amb una familiar —un 6,8% de la mostra.

Aproximadament, la meitat de la mostra descrivia que l'habitatge en el qual residia presentava condicions acceptables. Encara que, un 18,8% exposava que no disposava d'un habitatge amb condicions d'habitabilitat adequada. Concretament, en perfilar les característiques dels habitatges es van percebre múltiples dèficits o manques que dificultaven la qualitat de vida dels usuaris o que actuaven com a barreres arquitectòniques.

Per començar, un 27,4% dels pisos es veien desproveïts d'ascensors, un 25,7% de les llars presentaven altres barreres arquitectòniques en l'accés i un altre 25,7% dins de l'habitatge, la qual cosa en limitava l'accés en situacions de discapacitat o de limitacions físiques. És més, alguns dels usuaris no podien respondre a necessitats bàsiques com la higiene personal o la preparació de menjar, perquè els seus habitatges no tenien dutxa ni banyera ni fins i tot cuina: un 28,6% i un 5,7%, respectivament (vegeu la taula 1). En concret, quatre dels usuaris explicaven que no solien disposar d'aigua corrent on residien, dos no tenien electricitat i deu reconeixien no disposar de sistemes de calefacció. A més, també es van detectar algunes condicions inadequades no tan severes, com conviure amb humitat o goteres —un 28,6% dels usuaris—, no tenir telèfon fix al domicili —encara que la majoria sí disposava de mòbil—, no tenir rentadora —un 22,9% dels usuaris— o no tenir llum natural —un 5,7% dels usuaris.

Taula 1 | *Anàlisi de les condicions de la mostra*

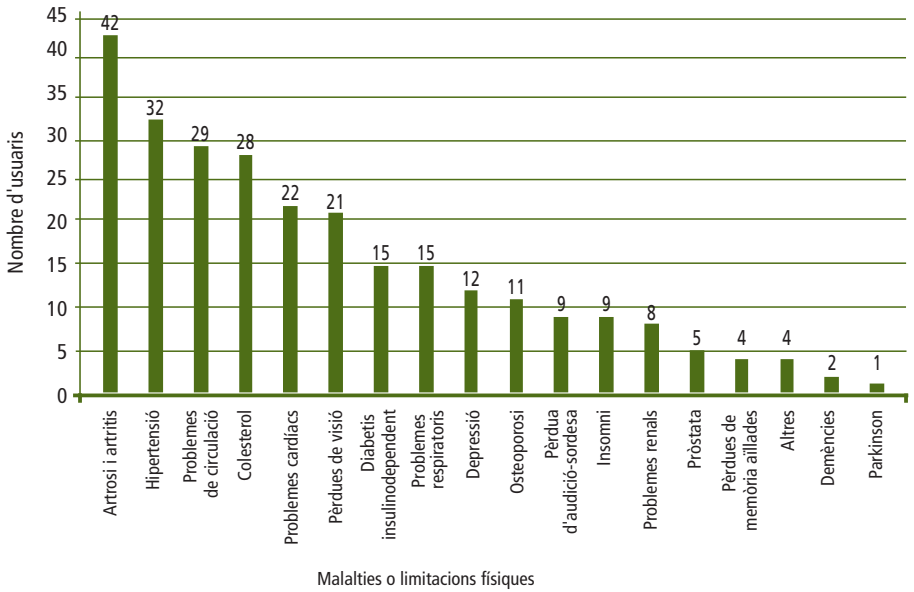
Tipus de dèficit	Percentatges segons els homes	Percentatges segons les dones	Percentatges totals
No hi ha aigua corrent	5,7%	5,7%	11,4%
No té electricitat	0%	5,7%	5,7%
No té telèfon	28,6%	34,3%	62,9%
No té rentadora automàtica	11,4%	11,4%	22,9%
No té banyera o plat de dutxa	5,7%	22,9%	28,6%
No té il·luminació natural	2,9%	2,9%	5,7%
Estat deteriorat, goteres, humitat, cruis, etc.	8,6%	20%	28,6%
Barreres arquitectòniques a l'accés	11,4%	14,3%	25,7%
Barreres arquitectòniques a l'habitatge	8,6%	17,1%	25,7%
No té cuina	0%	5,7%	5,7%
No té sistemes de calefacció	14,3%	14,3%	28,6%

Associada amb la variable gènere, apareix una major tendència a denunciar les condicions inadequades de l'allotjament per part de les dones —un 62,9% de les manifestacions van ser realitzades per les dones de la mostra. De les principals diferències entre gènere, s'ha de destacar que un 22,9% de les dones de l'estudi vivia sense dutxa o banyera, un 31,4% identifica barreres arquitectòniques, un 20% explicava que hi havia goteres o humitats i el 5,7% que exposava que no tenia cuina eren dones. Per la qual cosa vinculat al factor gènere s'estableixen pitjors condicions a la llar.

3. 3. Valoració de l'estat de salut i de situació de dependència

Els problemes de salut són freqüents en la mostra analitzada, concretament, 67 dels participants declarava patir-ne algun. Entre els més freqüents, com pot veure's en el gràfic 3, artritis o artrosis, hipertensió, colesterol, problemes de circulació, patologies cardíaques i deficiències sensorials d'audició. Per la qual cosa gairebé tots els enquestats requerien tractament farmacològic i fins a un 93,2% prenia alguna medicació diàriament per pal·liar les malalties que pateixen. A més, els tractaments farmacològics eren múltiples i variats, de manera que un 39,1% requeria entre cinc i nou medicaments diferents per pal·liar la seva simptomatologia, un 34,4% entre un i quatre medicaments i un 21,9% arribava a deu medicaments o més diàriament. Només tres usuaris declaraven prendre únicament un tipus de fàrmac. S'identifica una freqüència major de consum en el col·lectiu femení, que es caracteritzava per consumir, més freqüèntment, entre cinc i nou fàrmacs diferents, a diferència del col·lectiu d'homes, que consumia, en major freqüència, entre un i quatre fàrmacs diferents.

Gràfic 3 | *Tipologies de malalties o limitacions físiques*



Fins a un 38,6% de la mostra havia visitat, una vegada, el metge en els últims 15 dies i un 18,6% l'havia vist fins a tres vegades. Fins i tot, un 18,1% havia necessitat que el metge o la infermera el visités a la seva casa durant els últims 15 dies. Amb tot, també un 28,6% reconeixia que acudia al metge molt poques vegades a l'any.

A pesar que, com s'ha anat descrivint, es tracta d'un col·lectiu que tendeix a presentar problemes de salut, que pren medicació freqüentment i que visita amb regularitat el metge, la major part del col·lectiu valorava la seva salut com bona o regular. Un 30,1% pensava que tenia una salut bona, per sobre de la mitjana de la població, i un 42,5% apuntava al fet que era regular, com la majoria de les persones.

Els casals responen a les necessitats d'usuaris que no es troben dins el sistema d'ajudes de la dependència, en general, i que mantenen certs nivells d'autonomia personal. Per la qual cosa es tracta de factors característics de la mostra analitzada. Concretament, un 13,5% havia sol·licitat l'avaluació de la situació de dependència, i només tres usuaris eren beneficiaris de la prestació.

Es tracta d'una població que malgrat no complir criteris per a una dependència severa o greu, comença a necessitar alguns suports o ajudes. Per exemple, un 36,2% presentava o havia presentat limitacions en la mobilitat i necessitava l'ús de crosses, bastons o caminadores i dos dels usuaris, cadires de rodes. D'igual manera, un 11,6% reconeixia que necessitava l'ús de compreses o bolquers perquè tenia dificultats en la continència urinària i un 4,3% reclamava ajuda per a l'ús de la medicació.

3.4. Anàlisi de xarxa social i sistema de suport informal

Les xifres llancen una visió heterogènia sobre el sistema de suport social. Un rellevant percentatge de la població manifestava posseir una xarxa social deficitària. Per començar, un 21,3% no rebia visites de persones de confiança i un 32% només rebia visites d'una o dues persones (vegeu el gràfic 4). Encara que en abordar la freqüència de visites durant l'última setmana, els percentatges van disminuir; un 41,9% no va rebre cap visita, un 20,3% va rebre una visita, un 14,9% va tenir dues visites i un 23% tres o més visites.

Gràfic 4 | *Visites de persones de confiança a la llar*

Quant al contacte telefònic, un 41,9% havia rebut entre una i dues trucades i un 32,4% tres o més cridades. No obstant això, un 24,3% no havia tingut cap contacte telefònic.

En relació amb aquest aspecte, s'ha de tenir en compte la dificultat de molts usuaris de parlar per telèfon perquè no disposen de terminal, com s'ha exposat anteriorment.

La vulnerabilitat social ha d'estipular-se, com es defensava anteriorment, no només en els contactes reals que es tenen, sinó també en la percepció de les persones grans. La percepció de solitud es declarava en un 28,4% dels usuaris, dels quals, 24,3% eren dones. En menor mesura, un 13,5% d'homes i un 23% de dones també s'havien sentit sols en ocasions. Probablement, les diferències de gènere es vinculin al factor que les visites eren menys freqüents del que es desitjaven en el cas de les dones grans; el 28,4% de les dones no tenia tants de contactes com voldria enfront del 13,5% dels homes.

No obstant això, davant la necessitat de rebre ajuda o davant una urgència, la majoria percep que tindria a qui acudir i que respondrien adequadament davant la demanda —un 86,7% dels entrevistats. Però també ha de destacar-se que, si l'ajuda hauria de ser indefinida, molts consideren que aquesta atenció disminuiria; només un 61,9% considera o percep que tindria ajuda permanent. S'ha de destacar que són les dones grans les que perceben un millor sistema de suport o d'atenció, que representa el 50,8% de la mostra. En més de la meitat dels casos —un 69,4%—, es comptava amb un familiar per rebre l'ajuda necessitada, destacaven especialment els fills, en un 35,9% dels casos. Seguidament, serien els veïns les persones a les quals es recorreria en situació de necessitar ajuda —un 12% ho va declarar. S'ha de posar èmfasi en el fet que l'ajuda familiar va ser més reconeguda per les dones de la mostra —el 56,5% de les dones considerava que la seva família respondria en cas de necessitat— que pels homes. En el cas masculí, un 17,7% va assenyalar la família com a principal suport i un 12,9% va indicar que podrien ser amics o veïns, per la qual cosa, la interacció familiar no tenia el mateix efecte de suport que en cas de les dones.

3.5. Descripció d'interacció amb associacions i obtenció de suport formal

Amb l'aparició dels processos d'envelliment, també apareixen les limitacions físiques i les situacions de dependència, que fan necessària la incorporació d'ajudes per afavorir que la persona gran pugui romandre al seu domicili. En concret, el 34,7% de les persones grans explicava que rebia algun tipus de prestacions; el 18,7% en disposava d'elles de forma continuada, el 13,3%, ocasionalment i el 4% gairebé mai les necessitava. Ha d'emfatitzar-se que la majoria dels usuaris que reben ajuda són dones (el 26,7% del total d'usuaris).

També és rellevant determinar l'origen de les ajudes, que poden ser informals procedents de la família i de la seva xarxa de suport social o formals vinculades amb un servei públic o privat. La primera opció —xarxa de suport informal— és l'opció més freqüent en la mostra analitzada. Específicament, un 52,2% de les persones grans que rebien ajudes ho feien dels seus familiars, un 8,7% dels seus veïns i un 8,7% dels seus amics (vegeu la taula 2). A més de les ajudes de familiars i d'amics, també era freqüent que rebessin ajudes formals,

com d'associacions i de serveis; un 17,4% pagava per obtenir el servei necessitat i un 30,4% l'obtenia de serveis de l'Ajuntament. Els cuidadors principals es caracteritzaven, en la seva majoria, per ser menors de 44 anys i ser dones.

Taula 2 | *Tipologies d'ajudes i de serveis formals i informals*

	Ajudes socials informals			Serveis formals	
	Familiar	Amic o conegut no veïnat	Veïnat	Persona externa pagada	Treballador de l'Ajuntament
Total	52,2%	8,7%	8,7%	17,4%	30,4%

Les tipologies de les ajudes es poden classificar en aquelles desenvolupades dins del domicili de la persona gran i les associades amb la mobilitat o aspectes externs. Respecte al primer punt, es dirigien a mantenir neta i restaurada la casa o a realitzar la compra —el 33,3% de les persones grans enquestades—, a ajudar-los a vestir-se o a atendre-les —el 19,4% dels enquestats— i a preparar-los el menjar —el 5,6% de la mostra. D'altra banda, com pot veure's en el gràfic 5, un 19,7% està destinada a desplaçaments i un 22,2%, a acompanyaments a visites mèdiques o gestió de medicació.

Gràfic 5 | *Tipologia d'ajudes rebudes per associacions*

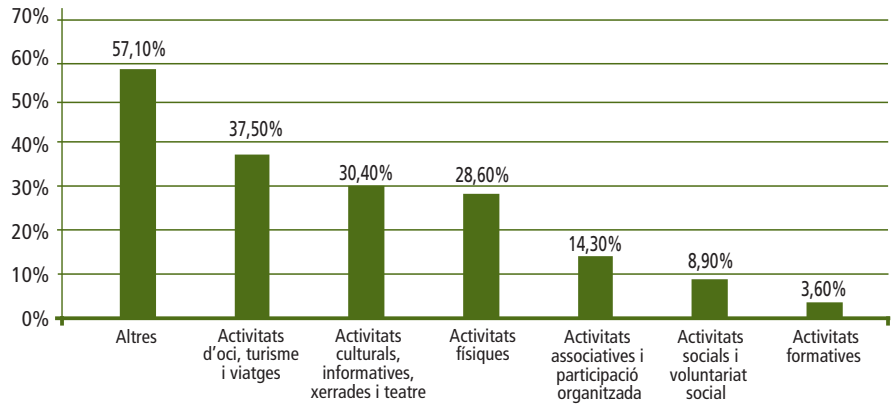
Dins del marc de les ajudes formals, l'establiment de relacions amb els serveis socials, el servei comunitari de referència general, era el més freqüent, en un 32,4% dels casos. S'ha de destacar que un 65,3% va realitzar alguna consulta, de les següents tipologies:

- demanda sobre pensions i gestions de prestacions econòmiques —el 41,2% dels usuaris—,
- demanda sobre l'ajuda a domicili —el 14,7%—,

- demanda sobre residències o habitatges tutelats —el 29,4%—,
- demanda sobre assessorament social —el 2,9%—, i
- altres demandes —l'11,8%.

Un altre recurs freqüentment utilitzat era la participació en activitats de promoció de l'autonomia personal. Com pot veure's en el següent gràfic, les més freqüents van ser les activitats d'oci i turisme (un 37,5% dels usuaris), activitats culturals i informatives (un 30,4% dels usuaris) i l'exercici físic (un 28,6% dels usuaris).

Gràfic 6 | *Tipologia d'activitats desenvolupades al marc dels serveis socials*



Amb tot, les xifres van ser inferiors respecte d'altres serveis d'atenció a les persones vulnerables. En concret, quatre tenien relació amb la Creu Roja, un amb Caritas i els restants set amb altres associacions, com altres casals, Associació contra el Càncer o Fundació Aldaba.

3.6. Associació amb els casals i la qualitat de vida

La situació de vulnerabilitat i les escasses estructures socials establertes en el col·lectiu analitzat expliquen la reiterada assistència als casals. Aproximadament la meitat de la mostra acudeix tota la setmana al casal i un 33,8% hi acudeix de dilluns a divendres, amb la qual cosa s'ha comprovat que aquesta tipologia de recursos no només és acceptada pel col·lectiu de persones grans vulnerables, sinó que també és essencial (vegeu el gràfic 7). A més, es tracta d'un recurs utilitzat de manera persistent; un 28,4% del col·lectiu fa entre 10 i 19 anys que hi acudeix diàriament i un 20,6, entre 5 i 9 anys.

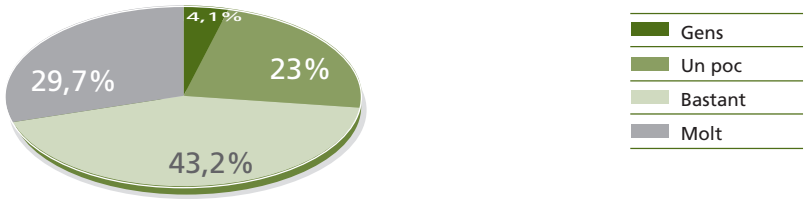
Gràfic 7 | *Freqüència d'assistència dels usuaris als casals*

Els casals ofereixen un ventall de recursos que intenten adaptar-se a les mancances o a les necessitats dels usuaris; entre les quals destaquen menjadors, dutxes, serveis de bugaderia, tallers i activitats i suport amb la medicació, entre uns altres. És a dir, intenten fomentar l'autonomia personal dels usuaris, tot afavorint que puguin romandre a les seves llars i impedint que acabin desenvolupant una situació d'exclusió social. Com pot veure's en la següent taula, tots mengen cada dia als casals. També duen a terme funcions de formació, d'informació i d'entreteniment, que intenten complementar les seves necessitats psicològiques i emocionals. Aquesta tipologia de recursos és utilitzada per un 68,9% de les persones grans i és una de les principals distraccions que tenen. Així mateix afavoreix el seu enriquiment i les activitats de socialització. Un 29,7% usava les dutxes amb freqüència i un 36,5% el servei de bugaderia; ha de recordar-se que molts dels usuaris reconeixien la falta de condicions adequades mínimes en els seus habitatges, com aigua o corrent elèctric. Com es recull a la taula 3, no es produeixen diferències rellevants entre gènere, perquè independentment del sexe, els serveis són utilitzats a diari. Tanmateix, hem de remarcar que les dones tenen més tendència a acudir a les activitats desenvolupades i als tallers (un 54,1% de la mostra així ho declarava). Probablement, està relacionat amb la tendència exposada anteriorment, que les dones cerquen més acompanyament per part de la xarxa social que ells, i els casals afavoreixen que es desenvolupi aquesta funció.

Taula 3 | *Freqüència de l'ús de serveis i prestacions dels casals*

Servei i prestació del casal	Percentatge d'homes	Percentatge de dones	Percentatge total
Menjador	29,7%	70,3%	100%
Dutxes	14,9%	14,9%	29,7%
Bugaderia	16,2%	20,3%	36,5%
Activitats i tallers	14,9%	54,1%	68,9%
Suport a la medicació	4,1%	4,1%	8,1%
Altres	1,4%	2,7%	4,1%

Gràfic 8 | *Valoració de com ha de millorar el casal la seva qualitat de vida*



L'establiment d'aquesta tipologia de serveis és rellevant en un col·lectiu en el qual la majoria de les seves circumstàncies el fa vulnerable. De fet, quan s'indaga sobre la percepció que tenen sobre la qualitat de vida, llancen missatges que calen ser analitzats. Per començar, un 41,1% d'ells declarava que estava «satisfet» amb la seva vida i un 19,2% que estava «molt satisfet», que representen una mica més de la meitat de la mostra. Igualment, un 78,7% també considera sentir-se «satisfet» en com ocupa el seu temps lliure. Encara que, un 71,8% d'ells també reivindica que no es troba «gens satisfet» amb les condicions del seu habitatge. De manera que disposar d'un servei que respongui a les mancances existents al domicili influeix directament en la seva qualitat de vida. De fet, el 29,7% apuntava que els casals havien millorat «molt» la seva qualitat de vida i un 43,2% assenyalava que havien estat «bastant» rellevants en la millora de la seva vida (veure gràfic 8). Com es manifestava anteriorment, els casals també complien funcions de millora emocional, la qual cosa afavoreix l'estabilitat emocional i disminueix el sentiment de solitud. Específicament, un 91,8% de les persones grans valorava els casals com un instrument que havia possibilitat millorar les seves relacions socials, desenvolupar noves amistats entre els usuaris mateixos i els professionals dels casals.

Taula 4 | *Percepció de qualitat de vida segons diferents condicions*

Variable	Nivell de satisfacció	Freqüència
Qualitat de vida en general	Gens	11%
	Un poc	28,8%
	Bastant	41,1%
	Molt	19,2%
Temps lliure	Satisfet	80,8%
	Indiferent	6,8%
	Insatisfet	12,3%
Habitatge	Gens	71,8%
	Un poc	5,6%
	Bastant	22,5%
	Molt	0%

continua

Variable	Nivell de satisfacció	Freqüència
Salut	Gens	16,4%
	Un poc	37%
	Bastant	39,7%
	Molt	6,8%

Probablement, un aspecte que s'ha de tenir en compte és que s'hauria d'abordar l'estat de salut de les persones grans i la seva influència en la seva qualitat de vida. En aquest sentit, la mostra analitzada proclamava diferents respostes associades amb la satisfacció del seu estat de salut. Un 39,7% sí que sentia que el seu estat de salut era «bastant» bo, un 37% el valorava com «alguna cosa» bé i un 16,4% no se sentia «gens» satisfet amb el seu nivell de salut.

4. Principals conclusions

Tal com es definia anteriorment, els col·lectius de vulnerabilitat es caracteritzen per la seva associació amb múltiples factors de risc que els predisposen a patir situacions de marginalitat i d'exclusió social. D'una banda, el problema és en els prejudicis i en la discriminació que comporten la marginació que, a més, es veuen duplicats per l'edatisme propi de l'edat. Però, a més, les situacions d'exclusió social es veuen seriosament agreujades per un bucle negatiu que tendeix a retroalimentar-se i a dificultar-ne la sortida cap a una situació d'inclusió. És a dir, la reiterada imposició de desavantatges socioculturals, econòmics, de salut i laborals embullen la possibilitat de prosperar i de superar els inconvenients. Per la qual cosa és necessària la disseminació de les variables que acompanyen les situacions de vulnerabilitat, a més del desenvolupament de serveis eficaços que previnguin l'exclusió social. És precisament aquesta la finalitat del present estudi, que llança alguns indicadors rellevants.

Per començar, es fonamenta en les respostes d'un grup de persones grans, amb una mitjana d'edat de 76,92 anys, que es constitueix fins a en un 36% en població sobreenvellida (representació rellevant del sobreenvelliment). A més, es tracta d'una mostra amb predomini femení, en la qual un 69,3% eren dones.

Entre els principals resultats, es destaca que, efectivament, es caracteritzen perquè presenten condicions sociodemogràfiques negatives que els limiten. Per començar, a nivell formatiu i laboral, la majoria no tenia estudis o només els primaris —un 30,7% complia aquestes condicions— i van desenvolupar categories laborals poc remunerades —fins a un 50,7% declarava que pertanyia a aquesta categoria o que no havia treballat.

El problema és en el fet que, com exposen Chandola et al. (2007), llocs d'ocupació amb pitjors condicions influirien negativament en l'estat de salut i accelerarien els processos d'envelliment. Les repercussions d'aquestes limitacions formatives i laborals es reflecteixen, especialment, en la vellesa, a través de les condicions econòmiques rebudes. El desemparament econòmic destacava sobretot en el sector femení, del qual un 48,7% reconeixia que no rebia cap prestació o que rebia una pensió no contributiva. La pobresa no és homogènia, sinó que s'identifica un major impacte segons el sector d'edat al qual repercuteix, i s'estableix en les persones grans un major risc d'exclusió social. Com destaca Araizcuren (2015), la sortida de la pobresa en la vellesa es converteix gairebé en una quimera, especialment en aquelles persones les trajectòries vitals de les quals prèvies s'havien unit a situacions de precarietat.

Una altra condició predominant en el sector que ha estat analitzada és no tenir parella, encara que en aquest sentit, apareixen diferències de gènere. La pèrdua dels companys va predisposar les dones a cercar ajudes externes —el 55,8% de les enquestades—, mentre que la majoria dels homes (un 78,2% de la mostra) eren separats, divorciats o solters. Òbviament, la solitud impulsa la cerca de recursos socials formals, encara que, mentre que en els homes la necessitat d'ajuda funcional s'evidencia només per no tenir parella, s'hauria d'investigar si en el cas d'elles es vincula també a l'intent per superar el dol o a omplir el buit emocional que comporta la defunció del company. Trevisan et al. (2016), en el seu estudi, evidencia que la solitud influïa negativament en els nivells de fragilitat, però també que els homes tenen una major demanda d'ajudes funcionals que les dones, s'adapten pitjor a una solteria i necessiten una major gamma de recursos en la vellesa. De manera que l'avaluació de la influència de l'estat civil sobre la situació de vulnerabilitat és més que recomanada, especialment, centrada en diferències de gènere.

Entre les principals limitacions de la població vulnerable, s'ha d'emfatitzar l'habitatge. Només un 33,9% la tenia en propietat, emergien altres formes de convivència com llogar únicament una habitació. La insatisfacció respecte a la llar era generalitzada, en un 71,8% de la mostra; amb una prevalença del malestar femení, que representava un 62,9% de les queixes. Probablement, la insatisfacció es vinculava a les limitacions identificades, com la falta de sistemes de calefacció, de banyera o plat de dutxa, d'aigua corrent, d'electricitat o de sistema de calefacció. També la falta de control sobre la llar a causa de les barreres arquitectòniques provocava malestar i incidia en els processos d'exclusió, perquè limitava la seva mobilitat, especialment en situacions de dependència i/o discapacitat (Arizcuren, 2015). Específicament, un 20% declarava patir limitacions provocades per les barreres arquitectòniques tant en l'accés a l'habitatge com a dins), cosa que provocava un elevat malestar. Kylén et al. (2017) van verificar que si les condicions de l'habitatge eren les adequades existia un menor risc de desenvolupar depressió en persones grans i es fomentava un millor benestar emocional.

S'ha de destacar l'aparició de malalties o de patologies com un factor de risc en les persones grans, i encara més en els grups de vulnerabilitat. En concret, un 91,8% declarava que tenia alguna malaltia i un 93,2% que necessitava un tractament farmacològic diàriament i una polifarmàcia consistent en cinc o més fàrmacs en un 61% dels enquestats. Gairebé quatre d'ells van visitar al seu metge en l'última quinzena. S'estableixen diferents categories de malalties, destaquen les vinculades amb la circulació i la tensió (hipertensió, colesterol i problemes de circulació), de l'aparell musculoesquelètic (artritis i artrosis) i els trastorns mentals (depressió). Ha de tenir-se en compte que es produeix una retroalimentació entre estats de salut deficitaris i trastorns mentals, i quan, a més, tots dos són freqüents, com en la població anciana, la problemàtica s'agreuja (Dozeman et al., 2010). Com remarquen Brocklehurst i Laurenson (2008), la fragilitat en la gent gran predisposa a iniciar una situació de vulnerabilitat, que es converteix en una variable determinant que ha de ser controlada. A més, com expliquen Conwell, Duberstein i Caine (2002), el risc de suïcidi a l'adult gran s'accentua amb malalties i limitacions funcionals, que fomenten el desenvolupament de depressions. Les patologies que impliquen inestabilitat emocional poden actuar com a potents factors de risc.

Un eix articulador de la vulnerabilitat és la xarxa social i el suport del qual es disposa. L'anàlisi de la mostra ha mostrat alguns indicadors rellevants. Per començar, es tracta d'un col·lectiu que, generalment, viu sols; amb prou feines un 8,1% viu a casa d'un familiar, fins i tot quan un 30,7% té fills. A més, el nombre de visites i contactes telefònics són limitats. Un 21,3% no havia rebut visites i un 24,3% no havia tingut contacte telefònic en l'última setmana. De fet, un 28,4% confessava sentir-se sol amb freqüència i un 36,5% alguna vegada. Com s'exposava anteriorment, la solitud s'estableix freqüentment en la vellesa, entre d'altres, vinculat a la pèrdua de familiars i amics, que comencen a morir o dels quals es distancien per les noves limitacions emergides (Arizcuren, 2015; Martín, 2016). La solitud pot implicar tot un seguit de repercussions com acréixer el risc de mortalitat i de morbiditat, que és una freqüent i perillosa companya en els processos d'envelliment (Dozeman et al. 2010; Patterson i Veenstra, 2010; Thomopoulou, Thomopoulou i Koutsouk, 2010). D'igual manera, situacions de discapacitat a la tercera edat impliquen percepcions de major solitud (Russell, 2009). Thomopoulou, Thomopoulou i Koutsouk (2010) explicaven en el seu estudi que tant si es produïa la mort del company com si la soledat era causada per una ruptura sentimental, la gent gran presentava nivells inferiors de qualitat de vida, i una pitjor adaptació als esdeveniments negatius. Amb tot, concloïen que viure a prop d'altres familiars o tenir contacte amb freqüència actuaria com un amortidor dels efectes aversius de la solitud.

L'establiment de noves xarxes i suports constitueix un element decisiu per a la fortificació de la resiliència del grup de persones grans (Martín, 2014). Les situacions de dependència o de discapacitat, comunes en el grup de persones grans, predisposen a reclamar cures i ajuda. El grup, caracteritzat per no presentar graus moderats o greus de dependència, rebia atencions i suport de dues tipologies: informals i formals. Respecte a la primera

categoria, un 52,2% obtenien ajuda per a activitats de la vida diària (AVD), per a les tasques domèstiques o per moure's per part dels seus familiars i un 17,4% per part de veïns o amics. Si és cert que, davant una urgència, la majoria dels enquestats pensava que rebria ajuda (un 86,7% dels enquestats) i un 61,9% exposa que tindria aquesta atenció de manera permanent si fos necessari. Ha de ser remarcat que es manifesta una millor i més assídua relació de les dones amb els seus familiars, a diferència dels homes que no presenten tant d'interès. Per exemple, les dones tendien a sol·licitar ajuda als seus familiars (56,5%), en canvi, els homes equilibraven aquesta demanda entre familiars (17,7%) i amics o veïns (12,9%).

Així, generalment, s'estableixen relacions familiars pobres i deficitàries, consistents en ajudes puntuals, que tendeixen a ser complementades mitjançant recursos externs comunitaris. Els serveis socials, servei bàsic de referència, eren un punt de referència per demanar sobre pensions i ajudes econòmics o habitatge. No obstant això, les prestacions desenvolupades pels casals de l'Ajuntament de Palma, gestionats per Intress es constituïen com les principals. L'absència d'instal·lacions mínimes dins l'habitatge o tenir-ne l'accés limitat actuaven de barreres i impedien cobrir necessitats bàsiques i promocionar l'autonomia de la persona. Són motius suficients que justificaven l'elevada assistència i ús dels recursos dels casals, com el servei de menjador (40,4%), labugaderia (14,8%) i les dutxes (12%). Però, a més, la funcionalitat dels casals era més àmplia; complia funcions de socialització i d'acompanyament als usuaris. Gairebé totes les persones explicaven que en acudir als casals havien aconseguit establir noves amistats que havien afavorit el seu benestar emocional. Per tant, els casals funcionen com un servei especialitzat que permet, no només cobrir les necessitats més bàsiques, com l'alimentació o la higiene, sinó que també afavoreix la constitució de noves xarxes socials.

Per tant, com s'exposava anteriorment, la gent gran és un col·lectiu amb un major risc a desenvolupar situacions de vulnerabilitat o d'exclusió social. L'edat constitueix per ella mateixa una variable amb entitat pròpia per afavorir l'aparició de desavantatges (Arnaut-Bravo i Caparrós, 2010), però si, a més, se li sumen variables de risc, com la pobresa, la fragilitat o la solitud, es converteixen en poblacions altament vulnerables i amb probabilitats d'acabar sent excloses socialment. Tot això s'agreuja a causa de la invisibilitat que caracteritza el grup, així com la seva tendència a passar inadvertit, cosa que no fomenta el desenvolupament de pautes dirigides a cobrir les seves necessitats. Així mateix, es produeix una controvertida i perjudicial vinculació entre la persona gran i la percepció que és demandant de recursos i, per tant, d'inversió econòmica (Marí-Klose i Marí-Klose, 2012).

Per tot això s'han d'assumir polítiques públiques de prevenció de la vulnerabilitat per part de les administracions públiques, que defensin enfocaments transversals i coordinació entre els diferents serveis sociosanitaris. Actualment, existeixen polítiques

assistencials que ofereixen cobertura en situacions de risc o d'adversitat; no obstant això, s'hauria d'apostar per polítiques de prevenció que ofereixin solucions permanents a les circumstàncies que provoquen l'exclusió social. Per exemple, avaluar els factors que comporta el fracàs escolar i actuar directament per a la seva eradicació (Moriña, 2007). Han de ser desenvolupats programes integrals i intervencions sistemàtiques que actuïn en diferents nivells: sobre les personals, que influeixen sobre les circumstàncies individuals, sobre el mesosistema, que fomenta els aspectes funcionals de l'ambient de cada individu, i sobre el macrosistema, que se centra en patrons generals de cultura, tendències sociopolítiques i sistemes econòmics.

Serveis com els casals permeten respondre de manera dinàmica, resolutiva i àmplia a les demandes dels usuaris, i gràcies a això, com s'ha pogut percebre als resultats presentats, es millora la qualitat de vida d'aquest col·lectiu. Representen institucions que, amb uns mínims recursos, ofereixen a la gent gran una eina per promocionar la seva autonomia, faciliten que la gent gran es mantengui als seus domicilis i en prevenen el deteriorament. En definitiva, proporcionen una alternativa al bucle de risc social inicial, tot evitant la marginació del col·lectiu de gent gran. Aquests serveis adquireixen una major rellevància perquè constitueixen el pilar principal que respon a les limitacions presentades per una població que no compleix criteris per entrar al sistema d'atenció a la dependència, però que, per edat i situació, necessiten urgentment una atenció. Per tant, els casals de l'Ajuntament de Palma gestionats per Intress són una aposta ineludible, essencial i eficaç, que cal ser contemplada per les polítiques públiques.

D'igual manera, els professionals d'atenció directa al col·lectiu de persones grans han d'identificar els signes de possible vulnerabilitat i han d'assumir pautes per respondre de manera adequada davant situacions de risc (Brocklehurst i Laurenson, 2008). A Espanya, segons explica Moriña (2007), la formació específica sobre vulnerabilitat i exclusió és escassa. No obstant això, una intervenció eficaç amb aquest col·lectiu implica una formació integral, que permet planificar i avaluar projectes, habilitats per interaccionar, treballar col·laborativament i fomentar les xarxes entre les institucions. Són valors contemplats i desenvolupats per l'associació Intress, que fomenta la interacció entre institucions, aposta per una especialització dels professionals i, sobretot, per una atenció de qualitat als usuaris. Com s'explicava anteriorment, el desenvolupament d'interaccions socials constitueix una peça vital per a la prevenció de l'exclusió social. El primer pas, amb freqüència, és un primer contacte càlid i afable amb els professionals dels casals, així com un clima d'harmonia i benestar. Intress fomenta el desenvolupament de relacions positives a partir de la confiança, de la cura i del respecte als usuaris, cosa que representa la diferència i que permet una gran adherència i assistència de la gent gran, dia a dia. Els casals acabaven per ser centres de referència, de confiança, de seguretat i, fins i tot, una segona casa per a aquestes persones.

Pel que fa a aquest apartat, també és rellevant el paper desenvolupat pels mitjans de comunicació —principals canals transmissors d'estereotips—, que haurien de sensibilitzar sobre la situació d'invisibilitat i fer-ne partícip, mitjançant la conscienciació, a la societat.

Finalment, la literatura existent és escassa i breu, i no és suficient per abastar l'àmplia problemàtica que comporta la vulnerabilitat. Probablement la limitació bibliogràfica s'estableix a causa de la dificultat en la recollida de la mostra. Les persones en situació de vulnerabilitat no solen reclamar els seus drets comunament i, amb freqüència, es troben fora del sistema sociosanitari, per tant, ni aconsegueixen la representativitat que el seu sector requereix, ni tampoc les seves demandes generen el suficient impacte teòric.

Agraïments

Intress vol agrair a tots els usuaris i usuàries dels casals del Jonquet, Ciutat Antiga i Can Ribes la seva inestimable col·laboració, gràcies a la qual hem pogut conèixer de primera mà les seves trajectòries vitals i la seva situació actual, i que ha fet possible arribar a les conclusions d'aquest estudi. Moltes gràcies.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A., Ayala, A. i Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en Espa*ña. Indicadores *estadísticos*. Madrid: Informes Envejecimiento en red. Recuperat de: <h p:// envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos17.pdf>

Arizcuren, F. J. (2015). *La variable edad como factor determinante del nivel de pobreza: Personas mayores y exclusión social* (tesi doctoral). UNED. Madrid. España.

Brocklehurst, H. i Laurenson, M. (2008). A concept analysis examining the vulnerability of older people. *British Journal of Nursing*, *17*(21), 1354-1357.

Chandola, T., Ferrie, J., Sacker, A. i Marmot, M. (2007). Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *Bmj*, *334*(7601), 990.

De la Fuente, Y. M., Sotomayor, E. M. i Martín, M.C. (2016). Vulnerabilidad sobrevenida en personas en situación de dependencia en España. *Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, *535*(20).

Dozeman, E., van Marwijk, H. W., van Schaik, D. J., Stek, M. L., van der Horst, H. E., Beekman, A. T., i van Hout, H. P. (2010). High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community. *Aging & mental health*, *14*(7), 828-833.

Kylén, M., Schmidt, S. M., Iwarsson, S., Haak, M. i Ekström, H. Perceived home is associated with psychological well-being in a cohort aged 67-70 years. *Journal of Environmental Psychology*, *51,* 239-247.

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 299 de 14 de desembre).

Marí-Klose, P. i Marí-Klose, M. (2012). Edad, vulnerabilidad económica y estado de bienestar. La protección social contra la pobreza de niños y personas mayores. *Panorama Social*, *15,* 107-125.

Martín, I. (2014). Crisis económica y vulnerabilidad social en personas mayores. *Atención primaria*, *46*(2), 55-57.

Moriña, A. (2007). *La exclusión social: análisis y propuestas para su prevención.* Estudios de progreso. Madrid: Fundación Alternativas.

Orth, U., Trzesniewski, K. H. i Robins, R. W. (2010). Self-Esteem Development From Young Adulthood to Old Age: A Cohort-Sequential Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *98*(4), 645-658.

Patterson, A. C. i Veenstra, G. (2010). Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Social Science & Medicine*, *71,* 181-186.

Sánchez-González, D. i Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de población*, *69*(17), 151-185.

Trevisan, C., Veronese, N., Maggi, S., Baggio, G., De Rui, M., Bolzetta, F. …. i Guiseppe, S. (2016). Marital Status and Frailty in Older People: Gender Differences in the Progetto Veneto Anziani Longitudinal Study. *Journal of Women's Health*, *25*(6): 630-637.

Walker, A. i Lowenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, *6*(2), 61-66.

Autors

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran per la Universitat Nacional d'Educació a Distància. Màster universitari en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família i màster en Intervenció Multidisciplinària per Trastorns de la Conducta Alimentària, Trastorns de la Personalitat i Trastorns Emocionals.

Professora associada del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, i imparteix l'assignatura de Gerontologia Educativa. Treballa com a psicòloga general sanitària a l'Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda) des de 2010 i al Centre Es Pla des de 2016.

Ha treballat com a tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal des de 2008 fins a 2013. Ha coordinat el màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB. Ha tutoritzat i coordinat cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència. Les seves línies principals de recerca són els programes de prevenció del consum de substàncies, trastorns de la conducta alimentària i violència de gènere en les dones grans. És secretària de l'*Anuari de l'envelliment de Illes Balears* des de 2009.

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. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC). Directora del Màster Universitari. Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família (MISO). Codirectora de l'Anuari de l'educació de les Illes Balears. Directora de la International Summer Senior University.

Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El curs 1997-1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears, que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional.

Des de 2003 és investigadora principal en diversos estudis competitius sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques, i sobre l'educació per a la competencia familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat, i també de diverses investigacions europees en el context de la formació de formadors en prevenció de drogues, de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans i de l'educació intergeneracional en diversos països europeus.

MARIA TERESA COLL JANER

Treballadora social i postgrau en Gestió i Direcció de Residències per a Persones Grans.

Treballa a l'Intress des de 1992, en el seu inici va posar en funcionament i va dirigir centres de persones grans, i ho va compaginar amb tasques de coordinació d'alguns serveis. Des de l'inici, va defensar la creació de centres petits, gestionats segons el Model d'Atenció Centrat en la persona.

Posteriorment, va exercir la tasca de direcció de l'Àrea de Majors de l'entitat.

Actualment ocupa el càrrec de directora de coneixement de l'Àrea de Dependència i Desenvolupament. Molt interessada a conèixer què es fa en relació amb l'atenció a les persones grans majors a nivell europeu ha visitat serveis a Suècia, Amsterdam i Berlín.

En la seva trajectòria anterior va treballar en cooperació i formà part d'un equip de promoció social, desenvolupant projectes comunitaris a la zona del nord dels Andes peruans. Posteriorment, va treballar en diferents ajuntaments de Menorca en la implantació i gestió de Serveis d'Atenció Primària de Serveis Socials, així com models de voluntariat social en alguns municipis. També va exercir la funció de supervisora d'alumnes de Treball Social i va impartir formació en els cursos de Treballadors Familiars i equips de centres de persones grans.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la (1960). Diplomat en Treball Social, doctor en Filosofia per la UIB i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor titular d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Ha estat director (1990-1996) de la Unitat de Planificació i Estudis dels Serveis Socials del Consell de Mallorca. També fou el primer director de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (2002-2003). És autor, entre d'altres, de l'obra *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos* (1999), i coautor, entre d'altres llibres, d'*Epistemología de las*

ciències sociales y de la educación (2012), *Iniciación al análisis de datos en la investigación educativa* (2013), *Métodos y técnicas de investigación educativa* (2014), *Le Programme de compétences familiales: l'adaptation du SFP en Espagne* (2015). Ha estat director de l'ICE de la Universitat de les Illes Balears. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES).

CRISTINA FRAGA DÍAZ

Diplomada en Turisme. Experta universitària en Responsabilitat Social Corporativa. Màster universitari en Gestió Empresarial: Qualitat i Medi ambient. Màster universitari en Adreça de RH. Avaluadora model EFQM. Programa Superior de Gestió Empresarial Basat en el Model EFQM. Especialitzada en formació, implantació i avaluació de sistemes de gestió basats en la família de normes UNEIX en serveis del tercer sector i altres entitats públiques i privades, com és la certificació amb la norma ISO 9001 de Sistemes de Gestió de Qualitat de centres residencials, i la certificació amb norma UNEIX 158.301 en serveis d'ajuda domiciliària. Experiència en certificació amb norma UNEIX 14001 de Medi ambient. Àmplia experiència en la implantació de sistemes de Gestió per Processos en serveis del tercer sector i administració pública. Experiència en la implantació de millores i realització d'autoavaluació segons el model EFQM.

BELÉN VAQUER ARJONILLA

Palma (1976). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster en Atenció a la Dependència i gerontologia per la Universitat de les Illes Balears. Des de 2001 ha desenvolupat la carrera professional en diferents organismes públics i privats. Des de 2008 fins a l'actualitat és directora del servei de promoció de l'autonomia personal Casal Jonquet de l'Ajuntament de Palma, gestionat per Intress. Des de juny de 2017 és membre del comitè d'ètica d'Intress i des de 2015 col·labora amb l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca, a la Comissió de Treball de Promoció de l'Autonomia.

NATALIA REINARES GAGNETEN

Argentina (1975). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (1999). Actualment fa un postgrau en Direcció i Gestió de Centres Gerontològics a la UAB. L'any 2000 inicia la seva activitat amb Intress en diferents serveis i àmbits. Des de 2010 és directora del servei de promoció de l'autonomia personal Casal Ciutat Antiga de l'Ajuntament de Palma, gestionat per Intress. L'any 2015 comença a col·laborar amb l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca, a la Comissió de Treball de Promoció de l'Autonomia.

MARIA ANTÒNIA GOMILA GRAU

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

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma (1978). Llicenciada en Psicopedagogia i doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la UIB. Professora contractada, doctora interina del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. En les seves línies de recerca principals, destaca la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil, i la gestió de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on ha treballat amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida en la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de la Gent Gran (IMAS) i participant en la comissió de Protecció del Major d'aquest observatori.

ÚS DE MEDICAMENTS I ENVELLIMENT

Ús de medicaments i envelliment

Joan Pou Bordoy
Sara Guerrero Bernat
Maria del Mar Vidal Cerdà
María Zaforteza Dezcallar
Immaculada Reig Navalon

Resum

L'envelliment progressiu de la població implica nous reptes per al sistema sanitari per l'augment de patologies cròniques, la pluripatologia i la polimedicació que suposen. L'envelliment comporta característiques específiques, provocades pels canvis fisiològics i per les patologies concomitants, que modifiquen la resposta individual als medicaments i fan que el maneig de la farmacoteràpia en persones grans sigui més complexa. La polimedicació es pot definir en termes qualitatius i quantitatius i es produeix de forma multifactorial. És un fenomen creixent, per això entre les actuacions prioritàries en salut es troba cada vegada més la seva monitorització. S'han desenvolupat estratègies per a l'optimització de la utilització dels medicaments en persones grans, entre les quals hi ha les de millora de l'adherència terapèutica, el seguiment de possibles efectes secundaris i la *deprescripció*, les quals responen als principis d'una prescripció prudent. A les illes Balears s'observa un increment de persones més grans de 65 anys que consumeixen medicaments en els darrers cinc anys, més accentuat entre els 65 i 74 anys. En canvi, el percentatge de persones més grans de 65 anys que consumeixen més de 6 i 10 medicaments es manté estable, si be s'incrementa el nombre absolut per l'augment d'aquesta població. Els medicaments més consumits per les persones més grans de 65 anys responen a les patologies cròniques més freqüents d'aquest període de la vida (cardiovasculars, diabetis mellitus, osteomusculars i de salut mental). S'han de continuar accions de millora de la prescripció per optimitzar-ne els beneficis.

Resumen

El envejecimiento progresivo de la población implica nuevos retos para el sistema sanitario por el aumento de patologías crónicas, la pluripatología y la polimedicación que suponen. El envejecimiento conlleva características específicas, provocadas por los cambios fisiológicos y por las patologías concomitantes, que modifican la respuesta individual a los medicamentos y hacen que el manejo de la farmacoterapia en personas mayores sea más complejo. La polimedicación se puede definir en términos cualitativos y cuantitativos y se produce de forma multifactorial. Es un fenómeno creciente, por lo que entre las actuaciones prioritarias en salud se encuentra cada vez más su monitorización. Se han desarrollado estrategias para la optimización de la utilización de los medicamentos en personas mayores, entre las que se encuentran las de mejora de la adherencia terapéutica, el seguimiento de posibles efectos secundarios y la *deprescripción*, y que responden a los principios de una prescripción prudente. En las islas Baleares se observa un incremento de personas mayores de 65 años que consumen medicamentos en los últimos cinco años, más acentuado entre los 65 y 74 años. En cambio, el porcentaje de personas mayores de 65 años que consumen más de 6 y 10 medicamentos se mantiene estable, si bien se

incrementa el número absoluto por el aumento de esta población. Los medicamentos más consumidos por las personas mayores de 65 años responden a las patologías crónicas más frecuentes de este periodo de la vida (cardiovasculares, diabetes mellitus, osteomusculares y de salud mental). Se debe continuar con las acciones de mejora de la prescripción para optimizar sus beneficios.

1. Introducció

L'Organització de les Nacions Unides i la majoria de les institucions defineixen les persones grans com les que tenen 65 anys o més en els països desenvolupats. Algunes institucions diferencien dos grups, un entre els 65 i 74 anys i l'altre de 75 anys o més. En les darreres dècades es produeix de forma mantinguda un envelliment progressiu de la població en els països del nostre entorn i un fenomen de sobreenvelliment (augment de la proporció de persones més grans de 75 anys dins el conjunt de 65 anys). A l'Estat espanyol, actualment, un 18,2% de la població és més gran de 65 anys i un 6,2% en té més de 80. Percentatges que passaran a ser del 24,9% i del 7,95%, respectivament, el 2029, segons les previsions de l'Institut Nacional d'Estadística (INE). La població de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears és globalment una mica més jove, un 15,4% són més grans de 65 anys i un 4,3% de més 80, però segueix la mateixa tendència i la previsió per a 2029 és d'un 21% de més grans de 65 anys i del 6,2% de més de 80. Aquest tendència s'acompanya d'un procés de feminització progressiu de l'envelliment, atès que en el grup de més grans de 80 les dones són majoria (57%).

La tendència abans descrita comporta un increment de la taxa de dependència, la qual es preveu que passarà del 53,5% actual al 62,2% el 2031. Segons les dades de l'Enquesta Andalusa de Salut, el 84,3% de les persones que tenen entre 65 i 74 anys presenten alguna patologia crònica, percentatge que s'eleva al 91,5% en els més grans de 75. La prevalença de fragilitat és estimada en el nostre entorn entre el 8,5% i el 20,4% de les persones més grans de 65 anys. Aquest increment de la patologia crònica causa també un increment de la utilització de recursos sanitaris, fins a un 26% de les urgències hospitalàries són de persones de més de 65 anys. La feminització progressiva també comporta canvis en els patrons de morbiditat i les seves característiques.

El constant avenç de la medicina també implica el desenvolupament de noves actuacions curatives i preventives, relacionades i no relacionades amb els medicaments.

La progressiva medicalització de la vida, entesa com la conversió en processos patològics de situacions que són i han estat sempre completament normals (p. e. dol, infeccions banals autolimitades, etc.,), porta a pretendre resoldre mitjançant la medicina situacions que no són estrictament mèdiques sinó socials, professionals o de relacions interpersonals.

Les expectatives actualment posades en la medicina com a element preventiu i curatiu de tots els processos fa que de vegades el «no fer» o el «no prescriure» siguin punts de difícil comprensió per a la societat, però de vegades són una actitud més segura per al pacient.

L'impacte directe de tot l'anterior sobre el sistema sanitari, l'obliga a adaptar-se per donar resposta a les necessitats de salut i per mantenir la seva sostenibilitat.

Aquesta adaptació implica redefinir els recursos assistencials, tot reorientant els hospitals d'aguts i desenvolupant els recursos específics d'atenció per a pacients crònics i pluripatològics; alhora implica impulsar l'atenció primària de salut i incrementar els recursos d'atenció social residencials i comunitaris. I en aquesta adaptació també s'inclou la política del medicament i les actuacions sanitàries relacionades.

L'ús de medicaments contribueix sens dubte a l'augment de l'esperança de vida i a la millora de la salut de la població, però presenta també alguns riscos i problemes associats que s'han de tenir en compte, si se'n vol mantenir el balanç positiu.

2. Medicaments i envelliment

El medicament és una de les eines terapèutiques més útils i utilitzades pels sanitaris. La seva utilització guareix moltes malalties agudes i permet la millora i el control de moltes patologies cròniques. No obstant això, també comporta de forma inherent riscos i problemes associats que és obligat tenir en compte per optimitzar-ne els beneficis. Segons l'estudi APEAS de 2008 sobre seguretat del pacient en l'atenció primària, el 48,2% dels efectes secundaris de l'assistència sanitària era causat per medicaments. Els principals d'aquests potencials problemes s'indiquen a la taula 1.

Taula 1 | *Principals problemes relacionats amb els medicaments*

- Administració errònia del medicament
- Característiques personals
- Conservació inadequada
- Contraindicació
- Dosi, pauta i/o duració no adequades
- Duplicitat
- Errors en la dispensació
- Errors en la prescripció
- Incompliment
- Interaccions
- Altres problemes de salut que afecten al tractament
- Probabilitat d'efectes adversos
- Problema de salut insuficientment tractat

Les característiques específiques en la gent gran que determinen la seva resposta als medicaments de forma més rellevant es mostren a la taula 2. La recerca sobre fàrmacs es desenvolupa habitualment a través d'assaigs clínics duts a terme en poblacions seleccionades que poques vegades inclouen pacients ancians i polimedicats, en conseqüència, moltes vegades és difícil l'extrapolació dels seus resultats, que requereixen interpretació i adaptació (Eichler, 2011). L'envelliment produeix en els organismes humans canvis fisiològics que poden determinar modificacions de la resposta al fàrmac, per exemple de la seva absorció, distribució i eliminació. També la freqüent presència de comorbiditats pot modificar la resposta a un medicament. La polimedicació subseqüent afecta, a la vegada, la resposta als medicaments, incrementa les interaccions i implica més probabilitat d'efectes secundaris. En persones grans, l'adherència terapèutica esdevé més difícil, efecte causat per les característiques de la persona o per la complexitat de l'ús de múltiples medicaments, etc. Els estudis efectuats en el nostre medi calculen la manca de compliment terapèutic al voltant del 30-50% en la població anciana. Tots aquestes fets fan que el maneig de la farmacoteràpia en els ancians sigui més complexa i que es requereixi un seguiment més intens de la utilització dels medicaments, per prevenir els possibles efectes secundaris i les interaccions, que poden provocar conseqüències negatives per a la salut.

Taula 2 | *Característiques de la gent gran que modifiquen de forma més rellevant la resposta als medicaments*

-	Recerca en medicaments en poblacions seleccionades que poques vegades inclou gent gran (dificultat d'extrapolació de resultats)
-	Canvis en l'organisme produïts per l'envelliment que determinen canvis en: • absorció • distribució • metabolisme • eliminació
-	Pluripatologia
-	Polimedicació
-	Adherència terapèutica

La seva repercussió és variable, segons els diferents medicaments. Alguns en són especialment sensibles i s'han de vigilar de forma especial, per exemple els psicotròpics, anticoagulants, anticonvulsivants, antiinflamatoris, etc.

Com a problema important s'ha de considerar també la inframedicació, és a dir, la manca de tractament o el tractament infraterapèutic de problemes de salut per causes dependents de la persona, dels professionals sanitaris, del sistema sanitari o socials. Els estudis realitzats en el nostre entorn l'estimen al voltant del 24% dels tractaments.

3. La polimedicació, un fenomen creixent

A mesura que s'envelleix, moltes vegades augmenta el nombre de comorbiditats, que generalment es tradueixen en un augment progressiu de consum de fàrmacs. La prevalença de la polimedicació arriba a un 50% de la gent gran i s'eleva al 70% en el cas dels ancians fràgils. Per tant, els problemes derivats de la polimedicació es poden considerar un problema sanitari rellevant, per la seva freqüència i per les seves conseqüències.

La polimedicació es pot definir en termes quantitatius, el consum habitual de més de sis fàrmacs de forma crònica, o en termes qualitatius, el consum de fàrmacs inadequats o simplement d'algun medicament clínicament no indicat.

Hi ha dos patrons diferents de pacients polimedicats. Un és el pacient amb una sola malaltia que requereix múltiples medicaments, com podria ser l'exemple del pacient amb esquizofrènia. I l'altre és el pacient que presenta múltiple comorbiditat, en què cada malaltia precisa un o diversos medicaments (per exemple, un pacient diabètic, hipertens i dislipèmic). El segon perfil és el més freqüent entre la gent gran, principalment quan sobrevé el fenomen de la fragilitat.

Les causes que poden conduir a la polimedicació es poden classificar segons estiguin relacionades amb el pacient, els comportaments socials, els professionals sanitaris o el sistema sanitari mateix.

Taula 3 | *Causes que poden conduir a la polimedicació*

Pacient	
	Augment de l'esperança de vida
	Comorbiditats
	Factors socials
	Factors psicològics
	Consum de fàrmacs específics
Comportaments socials	
	Medicalització de la vida
	Fascinació per la tecnologia
	Expectatives irreals sobre la biomedicina
	Hedonisme social
Professionals	
	Manca de visió global del pacient
	Adopció acrítica de guies de pràctica clínica tot obviant la multimorbiditat
	Abús de recursos
	Manca de coordinació i continuïtat

Sistema sanitari	
	Ingressos hospitalaris
	Nombre de contactes amb el sistema en els darrers tres mesos
	Múltiples prescriptors
	Interconsultes entre especialistes

Polimedicació suposa *per se* un factor de risc de problemes relacionats amb els medicaments; en alguns estudis s'ha demostrat com a factor independent relacionat amb una major mortalitat de persones ancianes. A major nombre de fàrmacs i complexitat terapèutica es produeix una disminució de l'adherència, cosa que dificulta la consecució de la millora clínica esperada i pot conduir a un increment secundari de la medicació, de manera que s'entra en un cercle viciós potencialment causant de nous problemes de salut. També la incidència d'esdeveniments adversos deguts a fàrmacs augmenta exponencialment d'acord amb l'increment del seu nombre, la qual cosa pot implicar noves prescripcions per tractar efectes erròniament interpretats com a nous processos. Aquest fenomen es conegut com *cascada terapèutica* (Grimley,1997).

4. Maneig efectiu de medicaments i envelliment

A causa de tots els potencials riscos i problemes de salut relacionats amb els medicaments comentats anteriorment, el procés de prescripció ha de formar part d'un procés lògic deductiu basat en una informació global i objectiva, per aconseguir una prescripció racional o de qualitat. Per facilitar aquest procés, s'han desenvolupat els principis d'una prescripció prudent, basats en els articles de Schiff de 2011, els quals es mostren a la taula 4.

Taula 4 | *Principis d'una prescripció prudent*

- Pensar més enllà dels medicaments (alternatives no farmacològiques, etc.)
- Practicar una prescripció estratègica. Diagnòstic adequat, evitar prescripció simptomàtica.
- Utilitzar fàrmacs amb eficàcia provada, aproximació prudent als nous fàrmacs (informació verídica sobre nous fàrmacs, no utilitzar-los fora d'indicació…)
- Assegurar-se que el fàrmac és l'idoni
- Tipus de fàrmac i presentació més adequades
- Ajustar la dosi iniciant per la més baixa efectiva
- Control del compliment terapèutic
- Control de les possibles reaccions adverses del medicament (RAM)
- Control de l'automedicació del pacient
- Control de la prescripció d'altres especialistes (visió global del pacient)
- Control de patologies infrarreconegudes pel pacient
- Decisions compartides amb els pacients per establir objectius comuns

La valoració de la medicació s'ha de realitzar de forma continuada per poder valorar si les indicacions per a les quals es va iniciar segueixen vigents i interrogar sempre per possibles efectes adversos que de vegades poden passar desapercebuts. Existeixen eines contrastades que permeten ajudar els professionals sanitaris en aquesta tasca com són els criteris STOPP-START, els criteris de Beers, o fins i tot que poden valorar l'adherència terapèutica (test de Morisky-Green, test de Batalla, etc.) (Kwan et al., 2014).

Una de les estratègies sobre la qual darrerament es fa molt d'èmfasi és la que s'ha denominat deprescripció. Es defineix com «el procés de desmuntatge de la prescripció per mitjà de la seva anàlisi, tot mostrant les seves contradiccions i ambigüitats» (Gavilan, 2012). La finalitat és reconsiderar la prescripció des del principi i analitzar des de l'estat general del pacient fins al diagnòstic del seu problema de salut per, al final, realitzar la indicació del medicament i preveure'n el seguiment posterior. Es tracta d'un procés singular, continu (prescripció-deprescripció), que necessàriament s'ha d'adaptar a cada persona i circumstància, i que sol concloure amb la modificació de la dosi, la substitució o l'eliminació d'uns fàrmacs i l'addició d'uns altres que puguin estar infrautilitzats.

En qualsevol cas, per prendre decisions sobre la modificació del règim terapèutic, acceptades i adaptades a cada pacient, cal valorar cada persona en conjunt i tot el que l'envolta. Les decisions sobre com dur a terme la deprescripció depenen bàsicament de resoldre les tensions i contradiccions entre dos d'interrogants, com són: 1) és l'expectativa de vida d'aquesta persona (determinada pel pronòstic i l'evolució natural de la malaltia) més gran que el temps que triga el medicament a obtenir un benefici clínic rellevant? (vegeu l'exemple de les estatines a les illes Balears al final del capítol), i 2) són congruents les metes de l'atenció sanitària (curació, cures, prevenció primària, secundària, terciària o quaternària), determinades per la valoració del grau de comorbiditat, l'estat funcional i la qualitat de vida, amb els objectius de la prescripció-deprescripció (per exemple, passar d'un escenari de prevenció a llarg termini a tractaments merament simptomàtics)? També cal avaluar el grau d'adherència als tractaments, els desitjos del pacient d'abandonar, mantenir o començar amb nous fàrmacs, les seves expectatives i experiències prèvies, així com el seu context sociofamiliar.

La deprescripció s'ha de realitzar de forma progressiva, sempre d'acord amb el pacient (o familiar) i havent proporcionat la informació pertinent per afavorir una presa de decisió conjunta entre professional i pacient. S'ha de fer deprescripció només d'un fàrmac cada vegada i s'ha de prioritzar el que és més convenient retirar i sempre i de forma mantinguda, tot realitzant una contínua observació o monitorització dels possibles efectes. Cap canvi és irreversible, sempre s'ha d'intentar justificar el perquè de la deprescripció i la conciliació del tractament.

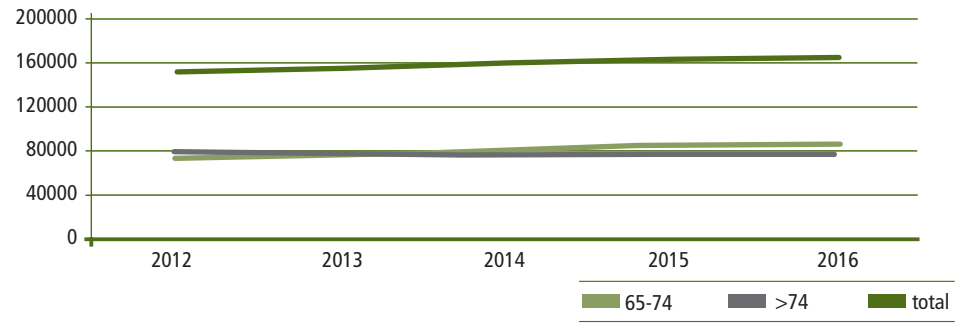
I també entorn de la deprescripció hi ha, i s'han de considerar, qüestions ètiques. El benefici d'alguns tractaments en ancians és, si més no, controvertit (dubtosa beneficència) i produeix en ocasions danys evitables (maleficència). En ocasions, l'autonomia és limitada pels problemes cognitius, però els pacients que expressen les seves preferències mostren a vegades desitjos que xoquen frontalment amb les recomanacions clíniques, per exemple en el camp de la prevenció poden ser més sensibles a la possibilitat que els fàrmacs preventius produeixin efectes adversos que als seus potencials beneficis. I, finalment, portar fins a les últimes conseqüències l'ideal de no discriminar les persones grans i oferir-los les mateixes oportunitats terapèutiques que als més joves (justícia social) pot ocasionar un transvasament de recursos que pot minvar, al final, la sostenibilitat del sistema sanitari (justícia distributiva).

5. Tendència en la utilització de medicaments en la gent gran a les illes Balears

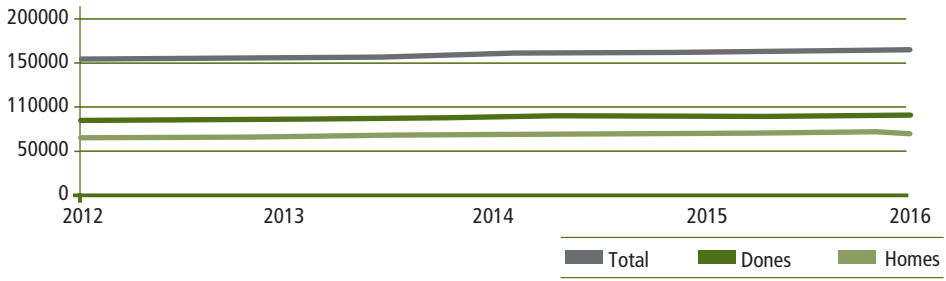
Com es concreten les tendències generals a les nostres illes? Quines accions són les més pertinents per continuar amb la millora de l'ús dels medicaments? Per contestar aquestes preguntes és pertinent analitzar la situació del consum de medicaments per part dels més grans de 65 anys a les illes Balears. Atesa l'àmplia cobertura del sistema sanitari públic al nostre Estat podem utilitzar les dades de prescripció del Servei de Salut de les Illes Balears en els darrers anys per analitzar la situació i tendència del consum de medicaments a les illes.

Com es pot observar a la figura 1, el nombre absolut de persones grans consumidores de medicaments ha crescut en els darrers cinc anys, increment que és més intens en el grup de 65 a 74 anys que en el de més grans de 75, que es manté estable. I aquesta és més accentuada en les dones que en els homes (figura 2).

Gràfic 1 | *Tendència del nombre de consumidors de medicaments més grans de 65 anys de les IB per grups d'edat. 2012- 2016*

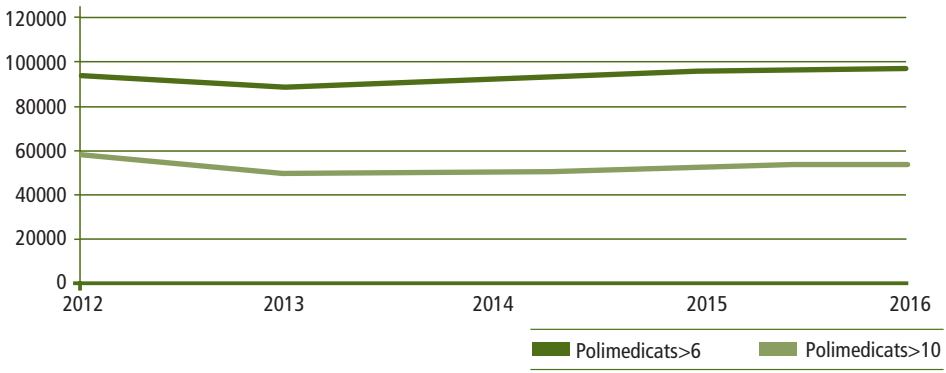


Gràfic 2 | *Tendència del nombre de consumidors de medicaments més grans de 65 anys de les IB per gènere. 2012- 2016*

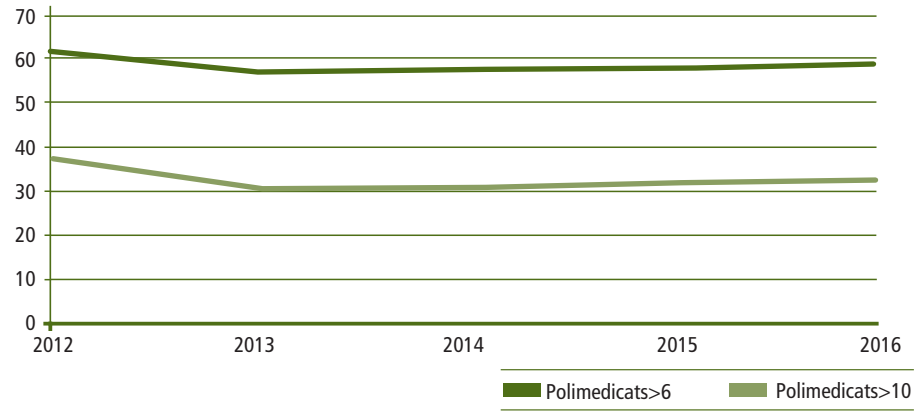


Podem observar a la figura 3 que el nombre de pacients que han consumit més de 6 o de 10 medicaments en un any s'incrementa en nombres absoluts en els darrers anys; però en aquest cas no s'acompanya d'un increment percentual (figura 4), la qual cosa significa que augmenta la població més gran de 65 anys, però que hi ha una contenció del policonsum i polimedicació a les illes Balears. La disminució entre 2012 i 2013 probablement sigui un efecte del RD 16/2012, que instaurava el copagament de medicaments en pensionistes, i la manca d'increment posterior potser deguda a les accions sobre prescripció dutes a termes pels professionals i el sistema sanitari. Però és necessari fer estudis més detallats per poder determinar-ne les causes.

Gràfic 3 | *Nombre de persones de més de 65 anys polimedicades a les illes Balears*



Gràfic 4 | *Percentatge de persones de més de 65 anys policonsumidores a les illes Balears*



El percentatge de persones que prenen més de 10 medicaments de forma crònica era del 14,7% el 2016.

La taula 5 reflecteix els medicaments més consumits per les persones grans el 2016. Aquest perfil es manté pràcticament constant des de 2012 i inclou medicaments analgèsics, antiagregants plaquetaris, antihipertensius, hipolipemiants, antidiabètics i ansiolítics. Són medicaments relacionats directament amb els problemes de salut més freqüents en persones grans (cardiovasculars, diabetis mellitus, osteomusculars, ansietat i insomni i gastroprotectors).

Taula 5 | *Medicaments prescrits (ordenats per envasos) en persones més grans de 65 anys. 2016*

ATC	Descripció	Nombre d'envasos
N02BE01	Paracetamol	719.296
A02BC01	Omeprazol	705.300
C10AA01	Simvastatina	566.748
B01AC06	Acetilsalicílic àcid	475.824
C10AA05	Atorvastatina	412.856
C09AA02	Enalapril	337.524
A10BA02	Metformina	323.510
N05BA12	Alprazolam	304.257
N05BA06	Lorazepam	272.380
N02BB02	Metamizol	261.642

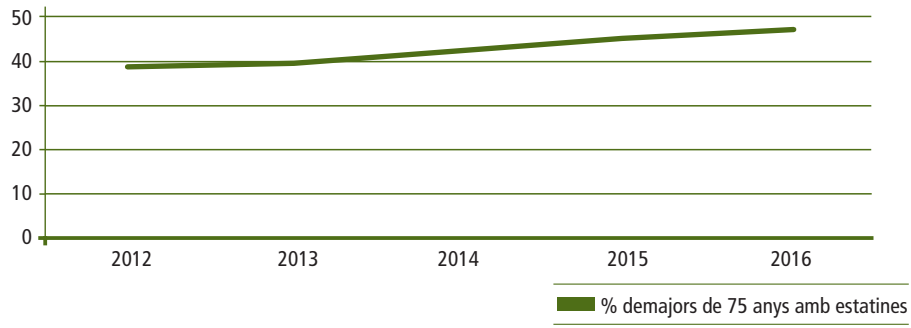
A la taula 6 es mostren els medicaments que més cost suposen. Aquesta taula sí canvia des de 2012, però aquesta modificació reflecteix més la introducció de nous medicaments de preu elevat (i alguns de prescripció a un petit nombre de persones) que canvis en la morbiditat.

Taula 6 | *Medicaments de major cost (ordenats per import) en persones més grans de 65 anys. 2016*

ATC	Descripció	Nombre d'envasos
N05AX13	Paliperidona	8.587.664,59
N02AB03	Fentanil	6.292.335,67
C10AA05	Atorvastatina	4.733.836,05
A10AE04	Insulina glargina (prolong)	4.276.140,36
R03AK06	Salmeterol/fluticasona	4.233.758,17
A10BD07	Sitagliptina/metformina	3.853.440,25
A10BD08	Vidagliptina/metformina	3.134.180,43
N03AX16	Pregabalina	2.844.108,07
C10AA07	Rosuvastatina	2.821.259,61
G04CA52	Tamsulosina/dutasterida	2.508.840,98

Tot i que hem vist que s'ha estabilitzat la proporció de persones grans polimedicades, existeixen àmbits concrets en què és necessari desenvolupar tasques de deprescripció. Un exemple són els hipolipemiants. A la figura 5 podem observar que el seu consum en persones més grans de 75 anys s'eleva en nombre absolut i percentualment en els darreres cinc anys. L'efecte perjudicial dels lípids sobre el sistema cardiovascular necessita temps, per produir-se, per tant a partir d'aquesta edat l'efecte positiu d'aquests medicaments perd rellevància d'acord amb l'expectativa de vida de les persones. De fet, les taules de càlcul de risc cardiovascular global deixen de ser aplicables a la població d'aquestes edats. I en persones de més de 75 anys els efectes secundaris dels medicaments són més probables pels canvis fisiològics abans mencionats i per l'empitjorament de la situació de salut (amb més patologies concomitants i més consum de medicaments). S'hauria d'esperar, per tant, una certa disminució progressiva d'aquesta medicació en persones més grans de 75 anys, a mesura que augmenta l'edat. L'elevació observada (de 38,86%, el 2012, a 47,21%, el 2016) no es correspon a les indicacions clíniques estrictament basades en l'evidència dels estudis. En principi, sols està indicat iniciar-los de forma individualitzada a partir d'aquesta edat i està indicat revisar-ne la utilització segons les característiques de les persones i seguint els criteris citats abans, de deprescripció. Per tant, una tasca de revisió d'aquestes prescripcions, tot considerant la situació global de la persona i els possibles beneficis / perjudicis en cada situació concreta, portaria segurament a la inversió de la tendència.

Gràfic 5 | *evolució del % de persones majors de 75 anys que consumeixen hipolipemiants*



Actuacions similars en altres camps, revisió de la necessitat i pertinença de certs medicaments en les persones grans i fràgils, produiran efectes positius en la salut de les persones i en la sostenibilitat del sistema sanitari.

6. Conclusions

- L'increment de l'expectativa de vida i del nombre de persones grans és conseqüència de la millora de la salut de la població i comporta un inevitable increment de patologies cròniques i de pluripatologies, que suposen nous reptes per al sistema sanitari.

- Els medicaments són una eina terapèutica i preventiva de primer ordre amb beneficis nets per a la salut, si bé són necessàries accions per optimitzar-ne els efectes positius i minimitzar-ne els possibles efectes negatius.

- Dins aquestes accions destaquen la recerca en medicació, tot considerant la situació de les persones grans, el seguiment de l'ús dels medicaments i l'adherència terapèutica i la vigilància de RAM, la conciliació terapèutica i la deprescripció.

- A les illes Balears s'observa, en els darrers cinc anys, un increment constant del nombre de persones grans que consumeixen medicaments i de polimedicats. Malgrat que el percentatge de persones grans polimedicades no experimenta un increment significatiu, és necessari desenvolupar estudis més acurats per esbrinar si les causes són les accions empreses en els darrers anys envers la prescripció de medicaments.

Referències bibliogràfiques

Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo (ed.). (2008). Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud. Recuperat de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf

Aguiló, A. et al. (2012). Fàrmacs i gent gran. A Orte, M. C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012*. Palma: Càtedra de l'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.

Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2012). Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas. 2012 – 2016. Recuperat de http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf

De Vries, T. P. G. M. et al. (1994). Guide ti good prescribing. A practical Manual. World Health Organization. Recuperat de http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip23e/whozip23e.pdf

Gavilán, E. et al. (2012). Polimedicación en personas mayores. (Actualització). *Medicina de Familia*, *8*(8), 426-33.

Gavilán, E., Villafain, A., Jiménez, L. i Gómez, M. (2012). Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida?. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *47*(4), 162-167.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2016). Proyecciones de población 2014-2029, resultados por comunidades y ciudades autónomas. Recuperat de http://www.in.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p278/p02/serie/lO/&file=02001.px&l=O

Kwan D. i Farrell, B. (2014). Polipharmacy: opyimizing medication use in elderly patients. *Canadian Geriatric Society. Journal of Continuing Medical Education*, 4, 1, 21-27.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en las personas mayores. Recuperat de https://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/FragilidadyCaidas_personamayor.pdf

Orueta, R. et al. (2011). Medicalización de la vida (I). *Revista Clínica en Medicina de Familia*, *4*(2), 150-61.

Rochon, P. et al. (1997). Optimising drug treatment for elderly people: the prescribing cascade. *British Medical Journal*, 315, 1096-99.

Schiff, G. D. et al. (2011). Principles of conservative Prescribing. *Archives Internal Medicine*, *171*(16), 1433-1440.

Spinewine, A. et al. (2007). Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be mesured and optomised?. *Lancet, 370,* 173-84.

Vilà, A., San José, A., Roure, C., Armadans, L., Vilardell, M. (2003). Grupo para el estudio de reacciones adversas a medicamentos en pacientes mayores hospitalizados. *Medicina Clínica*, *120*(16), 613-8.

Vilafaina, A. i Gavilan E. (2011). Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, *35*(4), 114-23.

Wooten, J. (2015). Rules of Improving Pharmacotherapy in Older Adults patients: Part I. *Southern Medical Journal*, *108*(2), 97-104.

Wooten, J. (2015). Rules of Improving Pharmacotherapy in Older Adults Patients: Part II. *Southern Medical Journal*, *108*(3), 145-150.

Autors

JOAN POU BORDOY

Metge especialista en Medicina Familiar i Comunitària (MFiC) (1988). Diplomat universitari en Gestió Sanitària per l'Escola Andalusa de Salut Pública / Universitat de Granada. Director gerent d'Atenció Primària de Mallorca (2000-2002). Director assistencial del Servei de Salut de les Illes Balears (Ibsalut) (2009-2011). Director general de Planificació i Farmàcia de la Conselleria de Salut i Consum del Govern Balear (2015). Actualment, és metge de Família i director del Centre de Salut Camp Redó en el qual també és tutor de residents de l'especialitat de MFiC. Membre del Grup d'utilització de medicaments de la Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària (Ibamfic).

SARA GUERRERO BERNAT

Metgessa especialista en Medicina Familiar i Comunitària (2011). Màster en Seguretat del Pacient i Qualitat Assistencial. Metgessa i tutora de residents de l'especialitat de MFiC del Centre de Salut Camp Redó. Membre del Grup d'utilització del medicament de la Societat Balear i Medicina Familiar i Comunitària (Ibamfic).Vocal de docència d'Ibamfic.

MARIA DEL MAR VIDAL CERDÀ

Llicenciada en Medicina per Universitat Autònoma de Barcelona, 2012. Especialitat de Medicina Familiar i Comunitària, 2017. Membre del Grup d'utilització de Medicaments de la Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària (Ibamfic).

MARÍA ZAFORTEZA DEZCALLAR

Llicenciada en Farmàcia per la Universitat de Barcelona. Farmacèutica Inspectora de la Direcció Provincial de INSALUD de les Illes Balears des de gener de 1989 a gener de 2000. Subdirectora provincial d'Assistència Sanitària de la Direcció Territorial del INSALUD des de febrer de 2000 fins desembre de 2001. Cap de servei de farmàcia dels serveis centrals del Servei de Salut de les Illes Balears fins juliol de 2006 fins a la actualitat.

IMMA REIG NAVALON

Administrativa. Ha desenvolupat activitat a l'empresa privada com a cap de comptabilitat i personal. Des de març de 2006 és responsable administrativa dels sistemes d'informació de l'Àrea de Farmàcia del Servei de Salut de les Illes Balears.

ENVELLIMENT, PROBLEMES DE CONSUM DE SUBSTÀNCIES I PROCESSOS DE TRACTAMENT A LES BALEARS

Envelliment, problemes de consum de substàncies i processos de tractament a les Balears

Albert Moratinos Jaume
Mya Abousy
Rosario Pozo Gordaliza

Resum

Les persones, independentment de l'edat, poden tenir consums problemàtics de drogues i alcohol. No obstant això, i com referencia The Royal College of Psychiatrists, a *Our Invisible Addicts* (2011), aquest és un problema sovint invisible i estigmatitzat en les persones grans. Segons el Department of Health and Human Services (2008), s'han detectat molts de casos de persones grans que consumeixen drogues il·legals, usen fàrmacs amb o sense prescripció mèdica, beuen massa alcohol o mesclen alcohol i medicaments, i sovint són «subdiagnosticades, diagnosticades de manera incorrecta, infratractades o no tractades» (Han, B., Gfroerer, J. C., Colliver, J. D., i Penne, M. A., 2009). Qualsevol d'aquestes accions pot causar problemes socioeconòmics i de salut física i mental, a més de deteriorar les relacions socials i familiars. Atès que aquests problemes apareixen per l'abús i/o dependència en poblacions de gent gran, aquest article té com a objectiu explorar i conèixer la realitat de la població gran immersa en processos de tractament per abús i/o dependència de les drogues a les Balears. Amb aquest propòsit presentam una revisió teòrica sobre la literatura nacional, internacional i local dels darrers anys, així com una explotació de dades quantitatives i qualitatives sobre el fenomen de l'envelliment i els problemes de consum de drogues i processos de tractament a les Balears.

Resumen

Las personas, independientemente de su edad, pueden tener consumos problemáticos de drogas y alcohol. Sin embargo, tal como referencia The Royal College of Psychiatrists, en *Our Invisible Addicts* (2011), este es un problema muchas veces invisible y estigmatizante para las personas mayores. Según el Department of Health and Human Services (2008), los mayores pueden consumir drogas ilegales, usar fármacos bajo prescripción médica o sin ella, beber demasiado alcohol o mezclar alcohol y medicamentos, y a menudo son «subdiagnosticados, diagnosticados de manera incorrecta, infratratados o no tratados» (Han, B., Gfroerer, J. C., Colliver, J. D., y Penne, M. A., 2009). Cualquiera de estas acciones puede causar problemas socio-económicos y de salud física y mental, además de deteriorar las relaciones sociales y familiares. Es por ello que este artículo tiene por objetivo explorar y conocer la realidad de la población mayor inmersa en procesos de tratamiento por adicción en Baleares. Para ello presentamos una revisión teórica sobre la literatura nacional, internacional y local de los últimos años, así como una explotación de datos cuantitativos y cualitativos sobre el fenómeno del envejecimiento, los problemas de consumo de sustancias y procesos de tratamiento en Baleares.

I. Introducció i contextualització teòrica a l'estudi

Segons un article publicat per Han et al. (2009), als EUA s'estima que la quantitat de gent més gran de cinquanta anys amb trastorns d'abús de drogues augmentarà a 5,7 milions l'any 2020 (de 2,8 milions en el període 2002-2006). Això és degut a l'efecte combinat d'un augment en la població del 39% i un augment en la taxa dels trastorns d'abús de drogues l'últim any del 44%. Resulta que hi ha un augment del 30% de la projecció de la National Survey on Drug Use and Health dels EUA (NSDUH) el bienni 2000-2001 i també de l'Oficina del Cens dels EUA en anys anteriors. A més, el mateix article feia referència al fet que només un 7% dels recursos de tractament de drogues tenen algun programa o grup designat específicament per a la població gran.

Un estudi dirigit pel professor de l'Institute of Psychiatry de Londres Robert Stewart i publicat a la revista *Age and Ageing,* adverteix que l'ús de drogues il·legals entre més grans de cinquanta anys ha crescut de manera significativa des de mitjan dècada dels noranta. Aquest consum està relacionat amb aspectes lúdics, relaxants i terapèutics.

L'OEDT (Observatori Europeu de Drogues i Toxicomanies) calcula que el nombre de persones grans amb problemàtica associada a consum de drogues amb necessitat de tractament es duplicarà entre 2001 i 2020.

Segons l'ONU (2011) 700 milions de persones tenen més de seixanta anys. La previsió per al 2050 apunta que més d'una persona de cada cinc tindrà seixanta anys o més. A Espanya, si tenim en compte les dades del Padró Continu (INE), consta que l'1 de gener de 2015 hi ha 8.573.985 persones grans (de 65 anys o més), el 18,4% sobre el total de la població (46.624.382). Segueix creixent en major mesura la proporció d'octogenaris. Hi ha un 33% més de dones (4.897.713) que d'homes (3.676.272). El 2016, viuen 2.759.167 persones als municipis rurals (de 2.000 o menys habitants), de les quals el 28,2% són persones grans (779.180).

A les Balears trobam les dades següents:

Taula 1 | *Població per grup d'edat, illa de residència i sexe*

	Illes Balears		
	Ambdós sexes	Homes	Dones
55-59	66.429	32.768	33.661
60-64	56.490	27.963	28.527
65-69	50.803	24.699	26.104
70-74	39.414	18.706	20.708

	Illes Balears		
	Ambdós sexes	Homes	Dones
75-79	29.247	12.909	16.338
80-84	24.521	9.880	14.641
85 o més	22.607	7.256	15.351

Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT). http://www.ibestat.cat

El tema del qual ens ocupam sembla que és un tema de futur i hauria de ser tingut en compte per les autoritats competents. Segons l'estudi de Góngora (2005) i altres estudis com el de la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2005), l'alcohol és una de les substàncies més consumides per les persones més grans de seixanta-cinc anys als EUA entre els anys 1995 i 2005, seguit dels psicotròpics o drogues mèdiques més comunes, com tranquil·litzants, antidepressius i barbitúrics. A més, sembla que les persones adultes grans de sexe femení consumeixen una proporció major de drogues mèdiques que el grup de gènere masculí (Shah i Fountain, 2008). Aquest mateix estudi, en relació amb el consum d'alcohol, conclou que els adults de sexe masculí en consumien amb major quantitat i freqüència que les dones. A més, es varen trobar diferències significatives entre sexes respecte al consum de forma respectuosa: en el cas de les dones, la major part de la mostra consumia alcohol prudentment i els homes també mostraren nivells prudents de consum, però en menor proporció que en el cas de les dones. Cal destacar que en ambdós casos aquesta tipologia de consum anava seguida de nivells de consum abusius. En canvi, respecte a les drogues mèdiques, es dona un major consum d'aquestes substàncies en el sexe femení que en el masculí. Entre les drogues mèdiques que més es consumeixen destaquen els tranquil·litzants (ansiolítics) i antidepressius. Els autors expliquen aquest consum com una possible conseqüència del paper de cuidadores de la família. Destaca que més d'un 30% de persones aconsegueix aquestes substàncies sense recepta mèdica. En el treball de Raja Badrakalimuthu, V., Tarbuck, A., i Wagle, A. (2012), aquests autors varen obtenir resultats prou interessants que indiquen que no hi ha una diferència significativa entre la proporció de gènere ni la taxa d'ocupació -Prevalença més alta d'hepatitis C i VIH en la població gran. A més, es dona una prevalença més alta de comorbiditat psiquiàtrica i física en la població gran. Aquests resultats destaquen la importància de prestar més atenció a la salut mental de la població de més edat, tema que se sol trivialitzar en el context clínic. Es poden apreciar les diferències clau entre la població d'edat i la població jove, i és important que els metges rebin formació per especialitzar-se en la cura de les poblacions de més edat, atès que no es poden tractar igual els dos grups. Al llarg d'aquest article explorarem i coneixerem la realitat de la població de gent gran immersa en processos de tractament per abús i/o dependència a les Balears (concretament als municipis de la Part Forana de Mallorca). Per fer-ho presentam una revisió teòrica sobre la literatura nacional, internacional i local dels darrers anys, així com una explotació de dades quantitatives i

qualitatives sobre el fenomen de **l'envelliment, els problemes de consum de substàncies i processos de tractaments a les Balears**.

1.1. Posam xifres al fenomen a les Balears

Ens hem trobat amb prou dificultats per extreure dades relacionades amb el procés d'envelliment i la seva problemàtica de consum de drogues als centres de tractament de les Illes Balears.

Les úniques dades que hem pogut extreure són les referents a les memòries que hi ha a la web de l'IMAS.

Es va demanar al PADIB —entre les competències del qual, a part de l'atenció a les drogodependències, hi ha la de coordinar les polítiques en matèria de drogues de tota la comunitat— dades relacionades amb l'objecte del nostre article, però no ens han arribat, la qual cosa fa que les escasses dades estadístiques de què disposam fan referència a la població de la Part Forana de Mallorca.

Aquest fet demostra la necessitat que les administracions públiques competents en la matèria (principalment centres de tractament, residències de persones grans i centres de salut) siguin sensibles a la recollida de variables que permetin donar llum a una situació que, avui, és a l'ombra.

Taula 2 | *Usuaris més grans de cinquanta-cinc anys en tractament a les UCA de l'IMAS l'any 2016*

Any 2016	
55-59 anys	119
60-64 anys	58
65-69 anys	37
70-74 anys	14
75-79 anys	2
80-84 anys	1
Total	231

Font: Memòria de la Secció de Drogodependències de l'Àrea d'Inclusió Social de l'IMAS. Elaboració pròpia

L'any 2016, d'un total de 1.841 usuaris en tractament, 231 tenen cinquanta-cinc anys o més, la qual cosa suposa un 12,55%

Si es tenen en compte els casos a partir de cinquanta anys, aquest percentatge augmenta a un 24%. És a dir, gairebé una quarta part dels usuaris atesos són més grans de cinquanta anys.

Taula 3 | *Usuaris més grans de cinquanta-cinc anys que han iniciat o reiniciat tractament (nous casos) a les UCA de l'IMAS els anys 2012-2015*

Any 2012		Any 2013		Any 2014		Any 2015	
55-59 anys	18	55-59 anys	15	55-59 anys	17	55-59 anys	24
60-64 anys	12	60-64 anys	15	60-64 anys	27	60-64 anys	12
65-69 anys	4	65-69 anys	5	65-69 anys	6	65-69 anys	7
70-74 anys	3	70-74 anys	2	70-74 anys	3	70-74 anys	4
75-79 anys	1	75-79 anys	3	75-79 anys	0	75-79 anys	0
80-84 anys	0	80-84 anys	0	80-84 anys	0	80-84 anys	1
Total	38/430	Total	40/449	Total	53/451	Total	48/419

Font: Memòria de la Secció de Drogodependències de l'Àrea d'Inclusió Social de l'IMAS. Elaboració pròpia

L'any 2012, de 430 casos nous, 38 tenen cinquanta-cinc anys o més, xifra que suposa un 8,84% del total.

L'any 2013, de 449 casos nous, 40 tenen cinquanta-cinc anys o més, xifra que suposa un 8,91% del total.

L'any 2014, de 451 casos nous, 53 tenen cinquanta-cinc anys o més, xifra que suposa un 11,75% del total.

L'any 2015, de 419 casos nous, 48 tenen cinquanta-cinc anys o més, xifra que suposa un 11,46% del total.

Es pot apreciar clarament una tendència a l'alça de demandes per tractament de la població més gran de cinquanta-cinc anys. Seria interessant poder comparar aquestes dades amb les de l'any 2016, però, malauradament, no disposam d'aquesta informació.

2. Metodologia i treball de camp

2.1. Objectiu de l'estudi

Conèixer la realitat de la població gran en processos de tractament a les Illes Balears.

2.2. Metodologia d'investigació

Aquest estudi respon al paradigma qualitatiu, i la tècnica d'investigació més adequada a l'objecte d'estudi és l'entrevista. La informació que presentam es va organitzar a partir de l'anàlisi dels indicadors, els quals derivaren en diverses categories principals, que al mateix temps permeteren determinar les subcategories; amb aquesta informació fou possible definir els eixos centrals del treball. Cal destacar que el marc teòric per a aquest treball exploratori sobre **envelliment, problemes de consum de substàncies i processos de tractaments a les Balears**, es va basar en la literatura prèviament discutida. A més, es va realitzar una recerca d'investigacions en les bases de dades en línia Scopus, Latindex, Redalyc, SciELO i Google Acadèmic, entre altres. A partir d'aquesta revisió s'introduïren elements clau i significatius per a l'estudi de la participació de la vellesa a les Balears.

2.3. Procediment

La informació es va obtenir mitjançant entrevistes (set) a Mallorca, tant a Palma com a la Part Forana, tant a persones grans en procés de tractament com a professionals.

2.4. Instruments

Es va elaborar un guió temàtic seguint el marc conceptual i la principal fonamentació teòrica associada a la participació de la vellesa. La sessió va ser estructurada amb cura a partir del guió elaborat, com també es va anar relacionant amb les principals directrius adoptades per la revisió de la literatura. Les preguntes es basaven en l'estat de la qüestió del tema de discussió i s'emetien en un format obert i flexible, permetent la fluïdesa comunicativa entre els participants.

2.5. La recollida de dades

Al nostre estudi, els mètodes de recollida d'informació són múltiples i variats, malgrat que nosaltres, per les circumstàncies en què es desenvolupa la investigació i pels objectius que ens proposam, hem decidit utilitzar l'entrevista en profunditat semiestructurada.

L'entrevista, segons Brunet, I., Pastor, I. i Belzunegui, À. (2002), no és altra cosa que una estratègia d'obtenció d'informació mitjançant una conversació professional, amb una o diverses persones, per a l'estudi analític de la investigació, o per contribuir als diagnòstics o tractaments socials. Així l'entrevista aporta la profunditat, el detall i les perspectives de les persones entrevistades, i deixa la interpretació dels significats de les accions. Per altra banda, gràcies a l'entrevista podem interpretar aspectes de la realitat que no són directament observables (sentiments, impressions, emocions, etc.), així com fets que veren succeir amb anterioritat. N'hi ha multitud de variants, però nosaltres, per respondre als

nostres objectius, hem escollit que siguin entrevistes *individuals* i d'*estructura oberta*, en què es fan les mateixes preguntes a cada participant sobre els mateixos temes i en la mateixa seqüència. Les preguntes són obertes, i les persones poden expressar-se amb el seu propi llenguatge (Brunet et al., 2002).

2.6. Mostra

Per escollir la mostra, i que fos suficientment representativa, hem seguit un mostreig estratègic, atès que ens va interessar des d'un primer moment tenir les percepcions i els discursos de tots els actors involucrats en el tema; persones grans i professionals de centres de tractament o amb experiència en tractament; allò que Cea d'Ancona (2004) defineix com a informants heterogenis, perquè mostren punts de vista diversos sobre la mateixa qüestió. Hem de destacar que durant el procés de treball de camp hem trobat dificultats per localitzar informants clau que volguessin participar en la investigació.

2.7. Anàlisi del discurs i indicadors

A continuació, presentam les etiquetes o elements analítics que s'han tingut en compte per a l'elaboració de les entrevistes. Dades sociodemogràfiques: sexe, edat, origen o procedència, professió/ocupació. Consum/s i trajectòria de vida: edat o etapa vital d'inici al consum/reconeixement del consum problema. Conductes de risc associades al consum: prevenció i consum inicial; formació, educació o sensibilització, programa de prevenció de drogues. Processos de tractament. Significat d'envelliment i consum o exconsum i impacte en la vida actual. Descripció de les etapes més significatives de la vida: està relacionada amb el consum o els processos de tractament? Problemes o necessitats derivats del consum: salut física, emocional, mental, social o econòmica o altres. El significat d'envellir en processos de tractament.

3. Anàlisi i resultats més significatius

Després de recollir i analitzar dades de gent més gran de cinquanta-cinc anys que ha estat abusant i/o dependent d'una varietat de drogues en alguna/es època/ques de la vida, hem obtingut uns patrons que suggereixen una consistència en conductes, actituds i canvis en l'experiència dels drogoaddictes d'edat. En primer lloc, la proximitat i el nivell d'exposició dels individus a les drogues era semblant en tots els casos. Els entrevistats explicaren que o coneixen algun familiar addicte o tenien una parella que era addicta, o vivien en un ambient on les drogues —sobretot l'alcohol— eren molt accessibles. Dues entrevistades, de 69 i 58 anys, eren d'Alemanya i Escòcia, respectivament, i contaven que venien de cultures i països coneguts pel fet de beure en excés. L'alcohol era molt acceptat i comú en quasi tots els contextos socials des de petites, i relataven que experimentar aquesta

cultura va facilitar l'addicció. Aquestes dues dones tenien en comú el fet que bevien per deslliurar-se de les pressions dels seus problemes familiars o preocupacions. En el cas d'una dona de seixanta anys, va iniciar el consum a vint anys, després d'estar casada amb algú que consumia amb molta freqüència. Aquí podem apreciar que la influència prové d'una relació de confiança amb algú com una parella o amic. En cap cas no apreciam que la persona ha cercat la droga per provar-la per curiositat. Els contexts i ambients en què es relacionaven va facilitar l'exposició principal i llavors l'addicció. Malgrat això, cap dels entrevistats no va participar en cap programa o iniciativa educativa sobre la prevenció en el passat, la qual cosa ens pot fer pensar que podria haver-hi una correlació entre la falta d'iniciatives de prevenció i la probabilitat d'addicció a les drogues.

Un tema que sortia sovint en les conversacions era el dels diners. Alguns entrevistats es trobaven econòmicament empobrits i feien feines en la clandestinitat com ara vendre haixix o marihuana o netejar cases per obtenir més ingressos per subvencionar el consum. Una dona de seixanta anys recordava que, entre el seu marit i ella mateixa, varen reunir prop de tres milions i mig de pessetes, i ho varen gastar tot en drogues. «Los dos con las drogas y no les hicimos ni un regalito a mis hijos.» Pel que fa referència a les conseqüències de l'addicció, tots els entrevistats es mostraven conscients i eren capaços de delinear els efectes que el consum havia tingut en la qualitat de la seva vida, tant física com mental. Alguns deien que se sentien molt més cansats i febles que altres, però no es pot atribuir tot al consum, per la seva edat (envelliment). No obstant això, tots els canvis experimentats eren negatius. Una dona de 58 anys comentà que quan es va assabentar que tenia un problema d'addicció «estaba dejada, delgadísima, parecía un esqueleto, sucia…, me vi en el espejo y no me gustó lo que vi.»

A més dels problemes cerebrals, digestius i de memòria experimentats, molts notaren que els canvis d'humor associats a l'addicció tenien efectes greus en les relacions familiars i socials. Alguns observaren que havien perdut molta gent durant la vida, o pel consum o perquè els que els envoltaven no volien estar associats amb gent que consumia. De fet, un tema comú entre tots els entrevistats era el distanciament dels familiars com a font de dolor en la vida. Per una dona, la motivació per abandonar el consum era el fet de voler tornar a apropar-se a la seva família, específicament als seus nets. La família té un paper molt important en el procés de l'addicció, tant al principi com en el procés de tractament.

4. Conclusions i anotacions finals

Al llarg d'aquest article hem parlat sobre els processos d'envelliment, problemes de consum de drogues i processos de tractaments a les Balears.

El nostre objectiu inicial era explorar i conèixer la realitat de la població gran immersa en processos de tractament per abús o dependència de drogues a les Balears. Després

de superar les dificultats per poder realitzar el treball de camp, hem pogut extreure informació sobre la realitat a la Part Forana de Mallorca.

Les persones entrevistades descriuen amb les seves pròpies paraules l'estigma i la invisibilització de la problemàtica en termes generals.

Els relats de les persones entrevistades ens indiquen una correlació significativa a explorar entre la falta de prevenció i l'experimentació de consum crònic d'aquestes persones grans que estan en tractament.

A mesura que la població envelleix, les persones grans es van convertint en un grup cada cop més significatiu que mereix especial atenció de tots, pel que respecta no tan sols als impactes individuals en la salut física, psíquica i emocional, sinó també a les dinàmiques familiars i també a la necessitat d'adaptar totes aquestes noves necessitats a les polítiques socials (Pérez Díaz, 2003). A més, s'ha evidenciat, a través de les entrevistes fetes als professionals que han participat a l'estudi, com cada vegada la població de més grans de cinquanta-cinc anys atesa a les UCA va en augment. Cada vegada més la població atesa a les UCA va «envellint»: tractaments com els PMM (programes de manteniment de metadona) que han fet possible, entre altres aspectes, la millora de la qualitat de vida i la supervivència dels consumidors, alhora han esdevingut, en molts de casos, un tractament crònic.

L'abús i la dependència de drogues presenten característiques específiques quan es combinen amb els processos d'envelliment. Aquest fet és conegut en casos de dependència d'alcohol i psicofàrmacs, però actualment està plantejant situacions més noves quant a drogues «il·legals» com el cànnabis, la cocaïna o l'heroïna.

Molts dels heroïnòmans que han sobreviscut als riscs de sobredosis i de la sida, entre altres, en l'anomenada «epidèmia de l'heroïna» (en la dècada dels vuitanta i principi dels noranta) tenen uns seixanta anys o més. Representen un repte assistencial, tant els abstinents que pateixen un deteriorament físic, psíquic i/o social, com els que continuen consumint drogues. Fins i tot molts d'ells ja comencen a viure en centres residencials per a persones grans. Malgrat la percepció del consum i de l'addicció a les drogues com a fenomen juvenil, avui en dia les persones més grans de cinquanta anys, més que l'excepció, són ja la norma. Si anam descobrint que és una població amb unes característiques específiques i amb unes respostes assistencials distintives de les «generals» quedaria prou justificada la creació d'una UCA *«gran».* En aquest sentit ens podem plantejar: *per què no una UCA «gran» igual que hi ha una UCA jove*? En aquest sentit, el projecte europeu BETRAD (Espanya, Itàlia i Grècia hi participen) té com a objectiu oferir un «millor» tractament per als i les drogodependents que envelleixen. Pretén, en un primer moment, identificar bones pràctiques per, en un

segon moment, elaborar «eines pràctiques» que possibilitin una millor atenció a aquest sector poblacional.

Cal aprofundir en la temàtica amb nous estudis que puguin aportar dades tant quantitatives com qualitatives de la problemàtica que ens ocupa, que siguin el punt de partida per instaurar una incidència política en la creació de nous serveis que treballin per millorar les condicions de vida, quant al tractament, d'aquesta població. Tal com demostren Raja Badrakalimuthu et al. (2012), es fa necessària l'especialització dels professionals, ateses les diferències clau entre la població gran i la població jove, especialment en la cura de la població gran que està en tractament, ja que no tenen la mateixa problemàtica que la resta de grups (i, com hem assenyalat amb anterioritat, no s'hauria de tractar per igual col·lectius que són diferents i que, per tant, tenen necessitats diferents).

També és prioritari incorporar mesures preventives basades en evidències i treballar amb la població general per fer visible la problemàtica i canviar la percepció social, doblement estigmatitzadora si hom és un home més gran de cinquanta-cinc anys, consumidor o exconsumidor en tractament, i triplement estigmatitzadora si és una dona gran, i consumidora o exconsumidora en tractament.

Agraïments

especials a Nofre i Sara, alumnes col·laboradors de la UIB, i a Antoni Roig Cerdà, Mercè Melià Guarda i Margalida Llambias Llansó, psicòleg i psicòlogues de les UCA de l'IMAS.

Referències bibliogràfiques

Blow, F. (1998). Substance Abuse Among Older Adults. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 26*. Center for Substance Abuse Treatment. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US).

Cea d'Ancona, M. A. (2004). *Métodos de encuesta. Teoría y Práctica. Errores y Mejora.* Madrid: *Síntesis.*

Pérez Díaz, J. (2003). Feminización de la vejez y Estado del Bienestar en España. *Reis, 104*, 91-121.

Brunet, I., Pastor, I., i Belzunegui, À. (2002). *Tècniques d'investigació social. Fons epistemològics i metodològics.* Barcelona: Pòrtic.

Fahmy, V., Hatch, S. L., Hotopf, M., i Stewart, R. (2012). Prevalences of illicit drug use in people aged 50 years and over from two surveys. *Age and Ageing*, *41*(4), 553-556.

Góngora, J. (2005). *Consumo de Alcohol i Drogas Médicas en Adultos Mayores*. Universidad Autónoma de Nuevo León. Consultat a: http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080128590.pdf.

Han, B., Gfroerer, J. C., Colliver, J. D., i Penne, M. A. (2009). Substance use disorder among older adults in the United States in 2020. *Addiction*, *104*(1), 88-96.

Raja Badrakalimuthu, V., Tarbuck, A., i Wagle, A. (2012). Maintenance treatment programme for opioid dependence: characteristics of 50+ age group. *Drugs and Alcohol Today*, *12*(3), 157-163.

INE. *Padrón Contínuo (INE) a 1 de enero de 2015*.

ONU (2011). *Informe de Naciones Unidas sobre envejecimiento.* Consultat a: http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html.

Royal College of Psychiatrists (2011). *Our Invisible Addicts: First Report of the Older Persons'Substance Misuse Working Group of the Royal College of Psychiatrists*. Royal College of Psychiatrists.

Center for Substance Abuse Treatment (2005). Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders. *Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 42*. DHHS Publication No. (SMA) 05-3922. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health

Services Administration,

Shah, A., i Fountain, J. (2008). Illicit drug use and problematic use in the elderly: is there a case for concern? *International Psychogeriatrics*, *20*(6), 1081-1089.

Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, 26 (DHHS Publication No. SMA 08-3918). Consultat a: http://store.samhsa.gov/product/TIP-26-Substance-Abuse-Among-Older-Adults/SMA08-3918.

OEDT (2008). *Drogas en el punto de mira. Consumo de sustancias en adultos mayores: un problema olvidado*. Consultat a: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/286/Dif10es_63621.pdf.

Autors

ALBERT MORATINOS JAUME

Llicenciat en Psicologia, especialista en Psicologia Clínica i màster en Prevenció i Tractament en Drogodependències. Ha treballat com a psicòleg clínic al Servei Municipal de Drogodependències de l'Ajuntament de Palma, i al Centre d'Atenció de Drogodependències de l'Institut Mallorquí d'Afers i Drets Socials. També ha treballat com a psicòleg al Centre Municipal de Serveis Socials de l'Ajuntament de Palma i a la Secció de Prevenció Comunitària de l'Institut Mallorquí d'Afers i Drets Socials.

Des de l'any 2001 és professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears.

Actualment és cap de la Secció Terapèutica d'Infància i Família del Servei de Menors i Família de l'Institut Mallorquí d'Afers i Drets Socials.

MYA ABOUSY

Nova Jersey, EUA (1995). Estudiant de Salut Global i Política de la Salut a la Universitat de Princeton (Nova Jersey, EUA). Preinscrita en diverses facultats de Medicina als EUA per entrar-hi l'any 2018. Ha fet investigacions amb Salud por Derecho (una ONG amb base a Madrid) sobre l'accés universal a medicaments, i amb Children's National Medical Center, a Washington DC, sobre els determinants socials de certes malalties neuroquirúrgiques. També ha fet treball de camp a Buenos Aires, Argentina, sobre la indústria del turisme mèdic.

ROSARIO POZO GORDALIZA

Doctora en Sociologia, diplomada en Educació Social i llicenciada en Psicopedagogia amb diverses especialitzacions (màster) en Problemes Socials, Etnicitat i Gènere, entre altres. Ha estat becària del Departament de Sociologia de la Universitat de Granada i consultora internacional en temes de gènere i desenvolupament a l'Àsia. Actualment és professora ajudanta doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears.

LA DEMÈNCIA:
UNA ENTITAT INFRADIAGNOSTICADA

La demència: una entitat infradiagnosticada

Ana Espino Ibáñez
Clara Arbós Barber
Ingrid Pérez Cabanillas

Resum

Actualment, la malaltia d'Alzheimer (MA) i altres demències existeixen com un continu que s'inicia en aquella fase en la qual el diagnòstic solament és possible amb l'ús dels biomarcadors, fins a una altra fase en la qual ja parlem d'estat de demència. Aquest curs insidiós comporta que avui en dia la demència sigui diagnosticada majoritàriament en aquest estat o, com a molt, en l'immediatament anterior, el deteriorament cognitiu lleu (DCL) (Alzheimer's Association, 2017; Dubois et al., 2014). No obstant això, i justament en un moment en què la recerca evoluciona cap al diagnòstic precoç i preclínic, i en el qual pensàvem que la informatització de les històries clíniques i el fàcil accés a la formació i informació millorarien la identificació d'alguns processos amb molta prevalença, la demència com a tal continua greument infradetectada en el dia a dia de l'activitat assistencial (Canto, Bonis, Bryant, Castell i Otero, 2016). Aquesta epidèmia silenciosa fa vint anys que es denuncia (Larson, 1998).

I mentre els biomarcadors fascinen els professionals i ben segur que en un futur seran més accessibles i ajudaran al diagnòstic de forma precisa i precoç (Sharma i Singh, 2016), ara com ara hem de recordar que la demència és un diagnòstic eminentment clínic i que en fase de demència escoltar el cuidador i observar el pacient, o fer ús dels principals tests de cribratge cognitiu, poden ser els millors elements per formular una sospita clínica des de l'atenció primària, al mateix temps que hem de saber que moltes demències no sempre s'inicien amb fallades de memòria i que els símptomes psiquiàtrics a determinades edats ens han de posar en guàrdia (Boise, Neal i Kaye, 2004; Ross et al., 1997). I tot això donant per fet que la idea que envelliment és igual a demència hauria de ser desterrada.

I per als metges que treballen en l'àmbit hospitalari veurem la necessitat que incorporin la valoració de l'estat mental dels pacients ingressats com un signe vital i que considerin que la síndrome confusional aguda és un signe d'alerta o un factor de risc per a l'evolució posterior a demència (Witlox et al., 2010).

Perquè l'objectiu final d'aquest capítol és visibilitzar que les dades epidemiològiques de la demència no quadren amb les dades clíniques, que la demència està infradiagnosticada ja des del primer nivell d'atenció, i que quan arriba al medi hospitalari, la síndrome confusional aguda és un bon signe d'alerta de demència que desgraciadament també costa ser identificat.

Resumen

Actualmente, la enfermedad de Alzheimer (MI) y otras demencias existen como un continuo que se inicia en aquella fase en la cual el diagnóstico solamente es posible con el uso de los biomarcadores, hasta otra fase en la cual ya hablamos de estado de demencia. Este

curso insidioso comporta que hoy en día la demencia sea diagnosticada mayoritariamente en este estado o, como mucho, en el inmediatamente anterior, el deterioro cognitivo leve (DCL) (Alzheimer's Association, 2017; Dubois et. al., 2014). Sin embargo, y justamente en un momento en que la investigación evoluciona hacia el diagnóstico precoz y preclínico, y en el cual pensábamos que la informatización de las historias clínicas y el fácil acceso a la formación e información mejorarían la identificación de algunos procesos con mucha prevalencia, la demencia como tal continúa gravemente infradetectada en el día a día de la actividad asistencial (Canto, Bonis, Bryant, Castillo y Otero, 2016). Esta epidemia silenciosa hace veinte años que se denuncia (Larson, 1998).

Y mientras los biomarcadores fascinan los profesionales y bien seguro que en un futuro serán más accesibles y ayudarán al diagnóstico de forma precisa y precoz (Sharma y Singh, 2016), por ahora tenemos que recordar que la demencia es un diagnóstico eminentemente clínico y que en fase de demencia escuchar el cuidador y observar el paciente, o hacer uso de los principales tests de cribado cognitivo, pueden ser los mejores elementos para formular una sospecha clínica desde la atención primaria, al mismo tiempo que tenemos que saber que muchas demencias no siempre se inician con fallos de memoria y que los síntomas psiquiátricos a determinadas edades nos tienen que poner en guardia (Boise, Neal y Kaye, 2004; Ross et. al., 1997). Y todo esto dando por hecho que la idea que envejecimiento es igual a demencia tendría que ser desterrada.

Y para los médicos que trabajan en el ámbito hospitalario veremos la necesidad que incorporen la valoración del estado mental de los pacientes ingresados como un signo vital y que consideren que el síndrome confusional agudo es un signo de alerta o un factor de riesgo para la evolución posterior a demencia (Witlox et. al., 2010). Porque el objetivo final de este capítulo es visibilizar que los datos epidemiológicos de la demencia no cuadran con los datos clínicos, que la demencia está infradiagnosticada ya desde el primer nivel de atención, y que cuando llega al medio hospitalario, el síndrome confusional agudo es un buen signo de alerta de demencia que desgraciadamente también cuesta ser identificado.

1. Prevalença i incidència de la demència

Les enquestes poblacionals per a la detecció de la demència són l'únic mètode capaç d'estimar la prevalença d'aquesta patologia. Aquests estudis poden demostrar, no obstant això, una variabilitat de les dades, de manera que és difícil fer extrapolacions: les dades dependran dels criteris diagnòstics o de l'eina de cribratge usada, de la localitat geogràfica, de l'entorn on es realitza l'estudi (rural o urbà) i de l'equip mèdic que fa el diagnòstic (psiquiatres, neuròlegs o geriatres), entre d'altres factors. Així, una metaanàlisi de 9 estudis espanyols sobre els diferents tipus de demència, amb notables diferències metodolò-

giques, mostrava una prevalença de demència en persones més grans de 70 anys entre el 3,2 i el 12,3%, major en dones i que augmenta amb l'edat (De Pedro-Cuesta et al., 2009).

En qualsevol cas, prenent les dades d'un dels estudis de referència, el realitzat al Prat de Llobregat (Gascón-Bayarri et al., 2007), es diu que el nombre de pacients amb demència i Alzheimer en la població > 70 anys és del 10% (7,7% per a la demència d'Alzheimer sola), la qual cosa no difereix molt de les dades europees o americans: als EUA i per a aquest mateix any de 2017 s'estima una prevalença del 10% de casos de MA en població més gran de 65 anys (Alzheimer's Association, 2017). Per a la població espanyola actual més gran de 70 anys —6.4 milions, segons l'INE— el nombre de casos amb demència ascendiria a 640.000 casos (encara que la CEAFA maneja xifres molt superiors de fins a 1.200.000. Vegeu www.ceafa.es).

Quan els estudis de prevalença de deteriorament cognitiu es fan en persones que acudeixen a la consulta d'atenció primària, les xifres arriben a percentatges de fins a un 18,5% de deteriorament en persones més grans de 65 anys. La prevalença es multiplica per vuit quan es passa del grup d'edat de 65 a 69 anys (5,2%) als més grans de 85 anys (45,3%). També es demostra un excés de prevalença de fins al 29% en dones enfront dels homes (Vega et al., 2016).

Tots els estudis de cribratges poblacional de demència de diferents països ressalten l'alt nombre de casos que estan infradetectats en la comunitat (Virués-Ortega et al., 2011) i posen de manifest que, malgrat que la demència representa un greu problema de salut pública, hi ha una gran discordança entre l'epidemiologia i la pràctica clínica, i que els professionals segueixen sense ser sensibles als signes d'afectació cognitiva, especialment en la demència lleu (Borson, Scanlan, Watanabe, Shin-Ping i Lessig 2006).

Per això, si el suport als cribratges poblacionals de demència resulta controvertit, especialment per les repercussions psicològiques i socioeconòmiques dels cribratges indiscriminats, tots conflueixen a defensar la importància dels recursos, el temps i la formació dels professionals, siguin d'atenció primària o hospitalària, a fi de millorar la identificació dels casos amb demències en pacients en risc de presentar-ne, i si és possible abans que sigui òbvia per a tots o hagi tingut greus repercussions familiars o laborals (Ashford et al., 2006; Sternberg, Wolfson i Baumgarten 2000).

2. L'infradiagnòstic en vida i la infranotificació en la mort

Una recent metaanàlisi que inclou 23 estudis internacionals realitzats en àmbits residencials i d'atenció primària situa la demència no detectada entorn del 61,7% (Lang et al., 2017). Ser home, molt ancià, viure sol, tenir un grau lleu de demència i escassos símptomes conductuals, és el fenotip en què la infradetecció és més alta (Savva i Arthur 2015).

A Espanya, la demència detectada en el primer nivell assistencial se situa en xifres de fins al 30%, amb una proporció també inversament associada amb la seva gravetat: no detecció en demència lleu: 95%, en moderada: 69% i en greu: 36% (Zunzunegui et al., 2003).

Una estimació del que pot estar passant a la nostra comunitat podria extreure's d'aquestes xifres: segons dades de prevalença de demència en atenció primària esmentats anteriorment (Vega et al., 2016), sobre un cens a les illes Balears de 166.592 persones > 65 anys (INE 2015), hi hauria d'haver uns 30.819 pacients. No obstant això, el 2015, les dades pròpies del Gabinet Tècnic de l'IbSalut-Sistemes d'Informació registraren solament 10.557 pacients (sense límit d'edat) amb un problema actiu de demència a l'e-siap (sistema d'informació d'atenció primària), segons els codis CIE-9 de les principals demències [290 (.0.1.2.3.4), 291 (.2.82), 294 (.0.1.8.), 331 (.0.1.2.7), 331 (.82.83.9), 333(.4) i 437(.0)]. Això apunta una proporció de demència no detectada a la nostra CAIB que supera el 65%.

El baix reconeixement d'aquesta entitat deriva de moltes raons: de vegades ni la pròpia família percep el deteriorament, la qual cosa encara agreuja més la situació, si el metge en confia perquè l'alerti dels símptomes cognitius, tot evitant-ne la cerca activa (Ross et al., 1997). També hi ha una manca de familiaritat amb els símptomes precoços de les demències (especialment en demències no-Alzheimer), i manca de formació específica en aquesta àrea. Per descomptat és molt limitant el temps reduït i frenètic de les visites i el baix ús dels tests de cribratge cognitiu (Borson et al., 2006).

Però també ocorre que, fins i tot detectant la demència, hi hagi resistència a seguir endavant amb el seu estudi diagnòstic o altres decisions: molts metges encara mantenen una escassa confiança en els avantatges del diagnòstic i les opcions terapèutiques d'una demència; de vegades, quan sospiten demència, la seva actitud pot tornar més passiva i limitar altres actuacions en els pacients (Boise et al., 2004; Canto et al., 2016; Savva i Arthur 2015; Zunzunegui et al., 2003).

Al contrari del que pot semblar, el diagnòstic precoç redueix l'ansietat en pacients i familiars i permet afrontar millor situacions i problemes que en fases més avançades seran més difícils de resoldre (decisions sobre tutela, patrimonials, document de voluntats anticipades, etc.). També facilita l'accés a ajudes sociosanitàries (llei de dependència, ajudes al domicili, etc.) i allarga el temps d'autonomia i permanència al domicili. I per descomptat podria disminuir la demanda dels serveis més costosos que utilitzen aquests pacients, com són les urgències i els ingressos hospitalaris (Canto et al., 2016; Zunzunegui et al., 2003).

Per al facultatiu, tenir identificat un pacient li permet entendre certs comportaments, usar els tractaments adequats a cada fase i evitar efectes secundaris d'uns altres, i prevenir situacions de risc associades a la demència (el mal compliment terapèutic, les caigudes…),

així com un abordatge multidisciplinari de les cures (Boise et al., 2004; Canto et al., 2016; Russ et al., 2012).

En l'àmbit hospitalari, la identificació d'aquests pacients una vegada entren per urgències tampoc no és fàcil: l'alta especialització dels serveis o la tendència a veure solament el problema agut pot obstaculitzar una visió més panoràmica del pacient. També hi pot haver certa reticència sota la creença que un diagnòstic de demència pot complicar les altes hospitalàries (Sampson, Blanchard, Jones, Tookman i King, 2009; Russ et al., 2012). Sigui com sigui, els pacients amb demència tenen altes taxes de freqüentació a les urgències i altes taxes d'ingrés: ingressen 10 vegades més que els no dements de la mateixa edat. A més, l'ingrés d'un pacient amb demència comporta major risc de síndrome confusional aguda (SCA), major mortalitat, major estada hospitalària i major risc d'institucionalització (Flaherty et al., 2007; Inouye, 2006).

Per tant, als centres hospitalaris hi ha dos grans reptes: el primer és atendre correctament els pacients dements, especialment per prevenir el desenvolupament de la SCA o per identificar-la ràpidament quan apareix. El segon és diagnosticar demència durant un ingrés hospitalari en pacients que no tenen aquest diagnòstic previ. Habituar-se a historiar sobre les funcions cognitives i les activitats de la vida diària (AVD) d'un pacient durant el seu ingrés, formalment o informalment, pot ajudar a identificar canvis de l'estat cognitiu. I si apareix deliri, considerar-lo signe d'alerta d'una situació cognitiva precària.

Però si la demència està infradiagnosticada en vida, també està infranotificada en mort. Els certificats de defunció de pacients amb demència acostumen a situar les complicacions en primer lloc. Això impedeix determinar el nombre de morts per Alzheimer o per altres demències, i fa més evident la falta de consciència de la importància de la demència com a causa de mort (Romero, Benito León, Louis i Bermejo-Pareja, 2014). Malgrat això i segons dades de l'INE, el 2013 van morir 16.305 persones per demència, i 12.775 per Alzheimer; això és la 5a i la 7a causa de mort més habituals a Espanya (INE, nota de premsa de 27 de febrer de 2015). Un estudi espanyol ha estat capaç no solament de valorar el grau de notificació del diagnòstic de demència en els certificats de defunció, sinó també de seguir prospectivament un grup de pacients, veure quants presentaven símptomes de demència i finalment de quants es feia constar aquest diagnòstic al moment de la defunció. Es tracta d'una branca de l'estudi NEDICES (Neurological Diseases in Central Spain Study) (Romero, Benito-León, Mitchell, Trincado i Bermejo-Pareja, 2014), en el qual es van seguir 4.197 pacients al llarg de 12,5 anys, uns 403 dels quals van morir amb diagnòstic de demència i solament en el 20,8% dels casos es va fer constar aquest diagnòstic en el seu certificat. Mentre això segueixi així no prendrem plena consciència de la importància de la demència com a factor de risc de mortalitat ni es podran usar els certificats de demència com a font epidemiològica d'aquesta entitat.

3. El diagnòstic de demència en l'àmbit extrahospitalari

Encara que cada vegada es fa més èmfasi en el diagnòstic dels signes de deteriorament cognitiu en fase precoç o de DCL, és a dir, quan els dèficits cognitius no interfereixen en el funcionament al treball o a les activitats diàries (Mora-Simón et al., 2012), la majoria dels pacients arriba a les consultes del metge de família quan ja presenta fallades importants de memòria o es desorienta al carrer o està abandonant les tasques més complexes o té problemes conductuals. En aquests casos, l'afectació neurològica de base porta ja un llarg temps d'evolució. És llavors quan el metge hauria de realitzar una avaluació global del grau d'afectació cognitiva abans de fer la possible derivació al neuròleg (*Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. SNS, 2009).

S'usin o no escales, es disposi de poc o molt poc temps, cal recordar que el diagnòstic de la demència és fonamentalment clínic, i que la informació més rellevant l'obtindrem a través de l'anamnesi. L'anamnesi hauria d'incloure antecedents familiars de demència, malalties prèvies, factors de risc vascular i fàrmacs que pren. I respecte dels símptomes de disfunció cognitiva és important recollir-ne la forma d'inici i l'evolució, com afecten la capacitat per a les activitats de la vida diària, veure quins problemes socials ocasionen i si apareixen també símptomes psicològics o conductuals.

Encara que el pacient no refereixi queixes de memòria, altres signes ens haurien de provocar alarma. Són exemple els següents: quan el pacient s'explica malament o vagament en una consulta qualsevol, quan el seu aspecte està descurat, quan els veiem més envellits de l'esperable, quan perden pes de forma injustificada, falten a les cites mèdiques o no segueixen correctament els tractaments o tenen més efectes adversos amb els tractaments, quan estan maldestres i cauen amb freqüència o quan són grans freqüentadors d'urgències (Boise et al., 2004).

Després, seria recomanable poder realitzar proves de cribratge cognitiu. Aquestes proves són escales de fàcil i ràpida aplicació (5-10 minuts) i correcció i poden objectivar aquesta sospita de deteriorament cognitiu, però és necessari tenir en compte que un resultat normal no exclou el diagnòstic de sospita (Mora-Simón et al., 2012). Influïts pel patró més prevalent de demència, gran part dels tests avaluen més profundament aspectes relacionats amb la memòria i l'orientació temporal i espacial, i minimitzen l'exploració d'altres funcions superiors, com podrien ser el llenguatge i les funcions executives. Aquest capítol no pretén estendre's en els múltiples tests a l'ús per a la detecció de demència en l'àmbit de l'atenció primària, per la qual cosa solament s'esmentaran els més coneguts per posar de relleu que són fàcils de passar i la seva capacitat de detecció de deteriorament.

- Tests de rastreig generals. Tenen la finalitat de valorar l'estat cognitiu global del subjecte, tot explorant diverses funcions cognitives. Segons una revisió sistemàtica recent que inclou 149 estudis sobre detecció de demència, el Minimental State Examination (MMSE) segueix sent el més utilitzat i ofereix una sensibilitat (S) del 81% i una especificitat (E) del 89%. Són comparables altres test breus com el Mini-Cog (S 91%, E 86%) (Tsoi, Chan, Hirai, Wong i Kwok, 2015).

- Tests de rastreig específics. Se centren en l'exploració més concreta d'una funció, encara que en la seva realització se n'engeguin d'altres. Un dels més usats és el test del rellotge: el seu principal objectiu és l'avaluació de l'habilitat visuoconstructiva, però també valora la capacitat de planificació, organització i fins i tot memòria del participant. Té una sensibilitat del 74% i una especificitat del 80%, modest pel seu ús aïllat en el diagnòstic de demència. El Mini-clock és l'aplicació conjunta del MMSE i el test del rellotge. En la població espanyola ha mostrat resultats positius per discriminar pacients sans i malalts d'Alzheimer (S 89%, E 95%) i sembla compensar algunes de les mancances que presenten en l'aplicació per separat d'aquests dos tests (Cacho et al., 2010) I per als que desitgin evitar la influència cultural del MMSE, el Mini-cog (test molt breu que consisteix en la repetició de tres paraules, el dibuix del rellotge i el record de les tres paraules) requereix una interpretació lingüística molt bàsica, pot usar-se amb qualsevol llenguatge, en qualsevol ètnia i nivell socioeconòmic, té una necessitat d'entrenament mínima, i alguns el defensen com una prova rutinària d'atenció primària, ja que és capaç de detectar demència des de fases lleus i moderades (Borson et al., 2006; Tsoi et al., 2015; Vega et al., 2016).

- Anamnesi a informador fiable, escales de valoració funcional i recollida de símptomes conductuals. Les proves de rastreig cognitiu han d'anar acompanyades de l'aplicació conjunta d'alguna prova de tipus funcional i de les activitats de la vida diària com l'índex de Barthel per a les activitats bàsiques (Baztán et al., 1993) o el de Lawton i Brody per a les instrumentals (Lawton i Brody, 1969), així com la informació aportada per algun familiar o informant proper (el test de l'informador o IQCODE) (Jorm, Scott, Cullen i Mackinnon, 1991).

També s'haurien de valorar els símptomes conductuals i psicològics, ja que són les principals causes de sobrecàrrega i d'estrès en el cuidador. Seria suficient recollir-los en l'anamnesi o mitjançant escales com el Neuropsychiatric Inventory, les formes abreujades del qual i validades en espanyol es poden usar fàcilment en atenció primària (Boada, Cejudo, Tàrraga, López i Kaufer, 2002).

4. La síndrome confusional aguda

Una vegada la demència arriba a l'àmbit hospitalari es converteix en el factor de risc més important per desenvolupar una síndrome confusional aguda (SCA) (Inouye, 2006).

Per això hem de fer un alt en la SCA o *delirium* o deliri, ja que la seva presentació en els pacients hospitalitzats ha de ser un signe d'alerta per identificar aquells que ja estan dements o en risc d'evolucionar a demència.

La SCA és una entitat molt freqüent. Entre els pacients institucionalitzats afecta un 14-33%. Als hospitals d'aguts, 22% dels pacients grans sofreixen deliri al moment de l'ingrés, i fins a un 31% en desenvoluparan durant l'hospitalització. Totes aquestes taxes són majors en els casos ingressats per a cirurgia traumatològica o a les UCI (Flaherty et al., 2007).

La SCA es diagnostica en funció d'unes característiques clíniques (vegeu la taula 1).

Taula 1 | *Criteris per al diagnòstic de la síndrome confusional aguda o delirium (*)*

1. Alteració del nivell de consciència, amb una disminució de la capacitat de centrar, mantenir o dirigir l'atenció.
2. Aquesta alteració es presenta en un breu període, habitualment hores o dies, i tendeix a fluctuar durant el dia.
3. Canvis en les funcions cognitives prèvies del pacient, p. ex. dèficit de memòria, de llenguatge, de la capacitat d'orientació visuoespacial o de la percepció.
4. Els criteris 1 i 3 no s'expliquen millor per una altra alteració cognitiva preexistent.
5. S'ha de demostrar a través de la història clínica, l'exploració física i les proves complementàries l'existència d'una o més causes orgàniques que justifiquin aquest estat.

(*) Basats en els criteris DSM-V (American Psychiatric Association DSM-V, 2014)

Hi ha, a més, diverses presentacions clíniques: la hipoactiva, amb un 25% dels casos, i que cursa amb una disminució de l'activitat psicomotriu; la hiperactiva, amb un altre 25% dels casos, que cursa amb un augment de la psicomotricitat i agitació, i la de tipus mixt, amb un 33% dels casos, en la qual sol existir una fluctuació entre el tipus hiper i hipoactiu (Inouye, 2006).

Malgrat l'alta prevalença, la SCA no sempre és reconeguda: en 1/3 o 2/3 de tots els casos es passa per alt (especialment en la seva forma hipoactiva) o es considera que aquests estats de confusió són la norma, més que l'excepció, i s'atribueixen a l'envelliment o a un deteriorament cognitiu preexistent que és menyspreat (Inouye, 2006). Per descomptat això no contribueix a millorar les altes taxes de mortalitat d'aquests pacients.

Com no és freqüent que en les avaluacions inicials dels pacients s'inclogui la funció cognitiva, alguns autors defensen el fet que la valoració de l'estat mental hauria de ser inclosa en els signes vitals, com ja comença a ser inclòs el dolor. Seria suficient registrar el grau d'atenció i d'alerta. D'aquesta manera, en el moment de l'ingrés del pacient s'hauria

de registrar la tensió arterial, la freqüència cardíaca i respiratòria, la temperatura, el dolor i l'estat mental, les sis constants vitals (Flaherty et al., 2007).

Per a la prevenció del delirium és necessari avaluar als pacients «en risc» utilitzant els instruments adequats per detectar aquest problema el més aviat possible. D'altra banda, tant els metges com els professionals d'infermeria haurien de conèixer els símptomes prodròmics que indiquen l'aparició imminent d'aquest trastorn, ja que la prevenció requereix l'aplicació d'una estratègia multidisciplinària amb intervencions farmacològiques i no farmacològiques (Duran i Pageo, 2008; Kalisvaart i Vreeswijk, 2008).

Quant a les causes, es poden distingir els factors de risc o predisposants, i els factors precipitants. Entre els primers destaquen, per exemple, l'edat avançada, el deteriorament cognitiu ja conegut, el dèficit sensorial, els trastorns neurològics previs, l'existència d'una malaltia greu, depressió i antecedents de SCA prèvies. Com a factors precipitants, cal ressaltar les causes infeccioses (pulmonars i urinàries), la deshidratació, la hipòxia, la retenció urinària i la constipació, la immobilitat, la polifarmàcia i la intoxicació medicamentosa o la privació brusca de substàncies, els postoperatoris, les estades perllongades a urgències, les dificultats per dormir, els dèficits sensorials i la malnutrició (Young, Murthy, Westby, Akunne i O'Mahony, 2010).

Davant qualsevol factor de risc de deliri en un pacient ingressat, s'hauria de comprovar diàriament l'aparició de signes suggestius de deliri. El CAM (Confusion Assessment Method) fou dissenyat el 1990 per facilitar el diagnòstic de delirium en un hospital general, a partir dels criteris DSM-III-R (Inouye et al., 1990). Amb quatre preguntes «Ha observat un canvi agut en l'estat mental del pacient?», «El pacient es distreu amb facilitat o no pot seguir una conversa?», «Manifesta idees o converses incoherents o confon les persones?» i «Té alterat el nivell de consciència, està letàrgic o vigilant?», té una S 94-100%, i una E 90-95% per identificar SCA i la seva adaptació i validació al castellà ha demostrat igualment fiabilitat i fàcil maneig (González et al., 2004; Martínez-Velilla, Alonso, Ripa i Sánchez-Ostiz, 2011) .

La SCA s'associa amb unes taxes de mortalitat que oscil·len entre el 25-33%, comparable amb la de l'infart de miocardi i la sèpsia. També produeix declinació funcional i cognitiva respecte de l'estat previ, un augment de les estades hospitalàries i una elevació del grau de dependència i d'institucionalització. Per als professionals, suposa una gran càrrega assistencial (Flaherty et al., 2007; Kalisvaart i Vreeswijk, 2008). Per això, la SCA hauria de ser considerada un indicador de com tracta un centre sanitari els pacients grans i fràgils i veure si s'hi donen situacions de iatrogènia, de sobremedicació, d'una infravaloració geriàtrica integral, de valoracions ràpides o d'actituds inadequades en el tracte als pacients grans. S'estima que fins a un 25% de casos de SCA podrien ser previnguts amb simples mesures com el descens de les medicacions psicoactives, el tractament de la deshidratació

i la mobilització precoç (Inouye, 2006; Kalisvaart i Vreeswijk, 2008). No obstant això, nombrosos estudis coincideixen en la falta de prevenció, de diagnòstic precoç i de tractament no farmacològic per a la SCA.

Per tot l'exposat, incidim en la necessitat de prendre consciència que el deliri és una malaltia greu, que s'han de realitzar programes formatius al personal i s'han d'introduir alertes (*think delirium*) que en permetin la detecció precoç i totes les mesures preventives necessàries (Young et al., 2010).

5. La SCA com a signe d'alerta hospitalària: desemmascarant una demència o un risc de desenvolupar-ne. Anàlisi de la casuística de SCA de 2015 a l'Hospital Son Llàtzer

Si a Espanya existeixen més de sis-cents mil pacients amb demència, i a la nostra CAIB haurien d'ascendir a més de trenta mil, cal esperar en conseqüència que aquests pacients siguin molt comuns als hospitals d'aguts. No obstant això, si aquest diagnòstic no s'ha realitzat en l'àmbit ambulatori, freqüentment tampoc no són identificats al seu ingrés hospitalari (Flaherty et al., 2007).

L'alta prevalença de pacients dements que arriben no diagnosticats als hospitals d'aguts es demostra en estudis com el realitzat en un hospital londinenc en el qual es va sotmetre a valoracions cognitives 617 pacients grans (> 70 anys) que ingressaven per diferents motius: un 42% (a expenses, sobretot, del grup > 80 anys) van ser detectats com a dements segons criteris DSM-IV (excloent aquells amb deliri agut, la qual cosa segur que va infraestimar les xifres), però solament la meitat tenien el diagnòstic previ de demència. En tots els dements la mortalitat va ser 3-5 vegades superior que en els que no presentaven deteriorament cognitiu, i les estades hospitalàries més perllongades (Sampson et al., 2009).

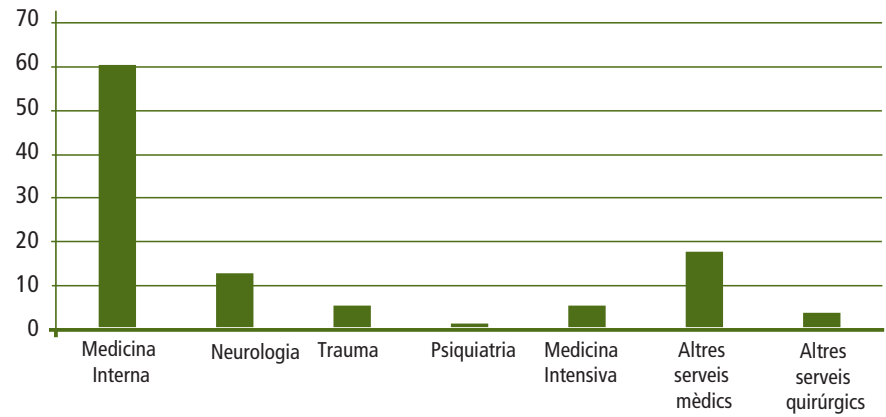
D'altra banda, el pacient amb demència té un risc elevat de presentar una síndrome confusional aguda: 2/3 dels deliris ocorren en casos amb demència prèvia. Alguns autors utilitzen el terme «deliri sobreimposat a demència preexistent» i assenyalen la SCA com una forma de desemmascarar una demència o un DCL subjacent, si bé també reconeixen la dificultat de fer aquest diagnòstic en el context d'un deliri (Morandi et al., 2017). El pitjor és que després els pacients «no tornen a la seva situació prèvia», sinó que en els mesos posteriors el seu estat cognitiu tendeix a empitjorar, augmenta la seva dependència funcional, tenen més risc d'hospitalització, d'institucionalització i de mort, a més són més vulnerables a tots els insults relacionats amb malalties agudes, medicacions o canvis ambientals (Inouye, 2006; McCusker, Cole, Dendukuri, Belzile i Primeau, 2001).

A més, no sempre tenim en ment que la SCA pot ser en si mateixa un factor de risc per al desenvolupament posterior de demència, i fins fa pocs anys es mantenia la controvèrsia per la dificultat comentada que moltes demències estan infradetectades, unes altres poden començar amb deliris (demència amb cossos de Lewy) i també perquè els deliris es poden perllongar bastant temps (Inouye, 2006; Morandi et al., 2017). Diversos estudis de revisió ja havien analitzat la relació entre el delirium i el deteriorament cognitiu (Jackson, Gordon, Hart, Hopkins i Eli, 2004), però la primera metaanàlisi que va mostrar millor aquesta associació es va realitzar el 2010 (Witlox et al., 2010). En aquest estudi es va poder observar que patir una SCA pot augmentar fins a dotze vegades el risc de «contreure» una demència. Una incidència lleugerament inferior, però encara alta (vuit vegades el risc de demència abans de cinc anys) es va confirmar posteriorment en un estudi de cohorts de persones grans (n= 553, > 85 anys), tot i que curiosament l'evolució a demència no es relacionava amb l'aparició de marcadors anatomopatològics propis d'Alzheimer, cossos de Lewy o patologia vascular, ni tan sols amb el genotip APOE (Davis et al., 2012).

6. Anàlisi de la casuística de la SCA a l'Hospital Son Llàtzer el 2015

A continuació mostrem la casuística de les SCA registrades a l'Hospital Son Llàtzer el 2015. Per a l'anàlisi es va demanar al Servei de Documentació de l'hospital l'extracció dels casos amb diagnòstic de delirium (codis CIE-9: 293.0, 293.1 i 789.09) als informes d'alta d'aquell any. Sorprenentment només es varen obtenir 216 pacients (57% homes de 73,4±13,3 anys, 43% dones de 81,3±12,8 anys), tan sols el 1,24% de tots els ingressos hospitalaris d'un any. Aquest grup de pacients tenia una estada mitjana de 12,7±15,3 dies, i les unitats on ingressaven més freqüentment es mostren a la figura 1.

Gràfic 1 | *Unitats d'hospitalització dels pacients amb SCA*

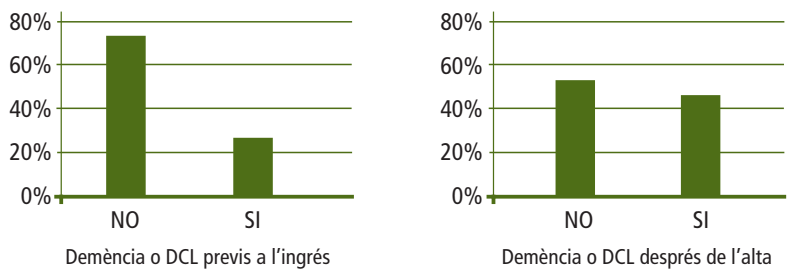


Un 40,1% d'aquests pacients havien vingut ≥3 vegades/any a urgències i un 39% tenien ≥ 2 ingressos hospitalaris en un any. Entre els factors precipitants de SCA figuraven les causes infeccioses, en un 47%, els problemes cardiorespiratoris, en un 11%, i en un 9,3% es va identificar l'acció d'un fàrmac psicoactiu. Entre els factors de risc s'identificaren: en un 26,4% l'existència de malalties greus, en un 16,7% hi havia altres malalties neurològiques, un 12,5% abús d'alcohol, un 11,1% deliris previs, un 6,9% estaven desnodrits i un 6,9% tenien greus distòcies socials.

Les complicacions varen ocórrer en el 23,6% dels casos, i les infeccions i la iatrogènia farmacològica intrahospitalària varen ser les més freqüents.

A la figura 2 es mostra el percentatge de pacients que tenien demència o DCL abans de l'ingrés per símptomes de confusió (26,4%, n= 56) i com aquest percentatge va canviar a l'alta (46,9%, n=97), i s'identificà deteriorament cognitiu (prèviament no detectat) en 47 pacients més.

Gràfic 2 | *Proporció de pacients amb demència o DCL abans i després de l'ingrés hospitalari per SCA*



A la taula 2 es mostren algunes de les característiques dels dos grups de pacients amb SCA, segons si tenien diagnòstic o no de deteriorament cognitiu (previ o fet en el moment de l'alta). El grup amb deteriorament cognitiu tenia una edat més alta i va requerir més derivació als hospitals sociosanitaris.

Pensem que el baix nombre de casos de SCA codificats al nostre hospital (amb un volum total de 17.438 ingressos el 2015) no es correspon amb la realitat, sinó amb una infradetecció de la SCA i infrarregistre d'aquesta complicació en els informes d'alta. Dels identificats ressaltem la importància de la SCA com a signe desemmascarant de demències no diagnosticades prèviament, i ús més gran dels recursos sociosanitaris dels pacients amb deteriorament cognitiu.

Taula 2 | *Algunes característiques dels pacients amb SCA en funció del diagnòstic de deteriorament cognitiu a l'alta*

	Amb diagnòstic de deteriorament cognitiu	Sense diagnòstic de deteriorament cognitiu
N	97	56
Edat (anys)	80,9±8,9	72,8±16,8
Destí a l'alta: • Domicili • Sociosanitari • Residència • Exitus	 64,9% 26,8% 4,1% 4,1%	 73,6% 12,7% 2,7% 9,1%
Freqüentació a urgències (núm. episodis/any)	2,8±2,2	2,7±1,8
Dies d'estada hospitalària	12,2±18,8	13,0±11,9

I això abunda novament en la importància de la valoració de l'estat mental en tots els pacients ingressats especialment en els serveis mèdics, a manera de signe vital, tant per detectar demències prèvies com per alertar del risc de SCA. I en la necessitat de canviar la sensibilitat i formació dels professionals: ni l'estat mental previ es registra en molts casos quan els pacients ingressen, ni la presència de delirium queda ben documentat en els informes d'alta.

7. La demència amagada darrere els signes psiquiàtrics i els patrons no amnèsics

De forma breu esmentarem quines entitats o variants clíniques dificulten encara més el reconeixement de la demència. Aquí es troben, sobretot, les variants de la malaltia d'Alzheimer mateixa, les demències no-Alzheimer i la depressió.

La MA és clàssicament coneguda per les fallades prominents de memòria. Però una proporció de pacients pot cursar amb defectes més evidents en altres àrees com el llenguatge, o bé amb simptomatologia frontal o amb síndromes d'atròfia cortical posterior. Aquests patrons no amnèsics poden afectar fins al 40% de les demències d'Alzheimer i fan més difícil el reconeixement inicial d'aquesta malaltia, i fins i tot la validesa de moltes proves de cribratge que posen un gran pes en els tests de memòria.

Aquests pacients acostumen a ser una mica més joves que el patró clàssic amnèsic, el seu curs és més ràpid i són confosos amb malalts psiquiàtrics (Scheltens et al., 2017). L'aprenentatge és que la MA té formes molt heterogènies, no amnèsiques, que en dificulten la identificació (Dubois et al., 2014).

La demència més psiquiàtrica és la demència frontotemporal, la segona causa més freqüent de demència en menors de 65 anys. En la seva variant conductual, aquesta demència passa per tots els circuits psiquiàtrics abans de ser diagnosticada: per personalitat antisocial, per depressió o hipomania, per impulsivitat (abús de tòxics o alcohol), pels seus trets obsessiu-compulsius, etc. Com la seva memòria està llargament preservada en molts casos (el que no significa que no tinguin altres dèficits cognitius), les proves habituals de cribratge tampoc no la detecten, la qual cosa, juntament al desconeixement dels aspectes no cognitius de la demències, es conjura per retardar molt el seu diagnòstic (Finger, 2016).

I finalment, però no menys freqüent, tenim el repte de la depressió en l'ancià. En moltes ocasions es tracta d'un primer episodi depressiu que pot afectar fins al 12% de les persones més grans de 65 anys (Copeland et al., 1999). La depressió geriàtrica té algunes característiques diferencials: són més freqüents les idees delirants, les al·lucinacions, l'agitació psicomotriu i l'ansietat. Aquestes característiques, unides al fet que la síndrome depressiva en si mateixa pot bloquejar les funcions cognitives, sovint compliquen molt el diagnòstic diferencial amb la demència.

D'altra banda, saber si la depressió és un factor de risc per demència o un símptoma prodròmic del procés degeneratiu és encara una qüestió controvertida. Per a alguns autors la depressió, especialment la tardana, pot ser la primera manifestació de demència: fins al 30-50% de pacients amb demència d'Alzheimer en fase prodròmica o lleu tenen signes depressius (Leyhe et al., 2017). Un estudi recent sustenta també aquesta hipòtesi i demostra que només els símptomes depressius que apareixen en gent gran, però no en etapes mitjanes de la vida, estan associats a un risc elevat de demència que apareix al llarg de la dècada posterior a l'aparició de la depressió, tot relacionant els dos processos amb una causa comuna (Singh-Manoux et al., 2017).

8. Conclusió

En una època de viratge necessari cap a l'atenció a l'envelliment i la cronicitat, que conviu amb una medicina cada vegada més capaç, tecnificada i sofisticada, una entitat amb tanta prevalença i de diagnòstic eminentment clínic com la demència segueix passant en molts casos desapercebuda als diferents àmbits assistencials. No l'hem d'acceptar com la normalitat de l'etapa senil, de la mateixa forma que la síndrome confusional aguda tampoc és normal en el pacient hospitalitzat, sinó un bon signe d'alerta de deteriorament cognitiu, que també està infradetectat i infrarregistrat, cosa que posa en risc el tractament òptim dels pacients amb demència als hospitals d'aguts.

Perquè si ja és frustrant no actuar ni prevenir el que es pugui prevenir d'aquesta malaltia, és encara pitjor arribar tard a la fase de conseqüències irreparables: famílies esgotades,

iatrogènies farmacològiques, ingressos hospitalaris evitables, actuacions mèdiques no indicades, falta de visió del molt que es pot fer per aquesta malaltia i finalment falta de planificació de recursos sociosanitaris ajustats a la seva necessitat.

Referències bibliogràfiques

Alzheimer's Association (2017). 2017 Alzheimer's Disease Facts and Figures. *Alzheimer's and Dementia*, 13, 325-373.

American Psychiatric Association. DSM-V. (2014). Manual Diagnòstic i Estadístic dels Trastorns Mentals, 5a ed. Arlington VA: Editorial Médica Panamericana.

Ashford, J. W., Borson, S., O'Hara, R., Dash, P., Frank, L., ... i Buschke, H. (2006). Should older adults be screened for dementia?. *Alzheimer's and Dementia*, 2, 76-85.

Baztán, J. J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G. i Manzarbeitia, J. (1993). Índice de Barthel. Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28, 32-40.

Boada, M., Cejudo, J. C., Tàrraga, L., López, O. L. i Kaufer, D. (2002). Neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI-Q): Spanish validation of an abridged form of the Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurologia*, *17*(6), 317-322.

Boise, L., Neal, M. B. i Kaye, J. (2004). Dementia assessment in primary care: results from a study in three managed care systems. *Journal of Gerontology*, *59A*(6), 621-62.

Borson, S., Scanlan, J., Watanabe, J., Shin-Ping, T. i Lessig, M. (2006). Improving identification of cognitive impairment in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 349-355.

Cacho, J., Benito-León, J., García-García, R., Fernández-Calvo, B., Vicente-Villardón, J. L. i Mitchell, A. (2010). Does the Combination of the MMSE and Clock Drawing Test (Mini-Clock) Improve the Detection of Mild Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment?. *The Journal of Alzheimer's Disease*, 22, 889-896.

Canto, M., Bonis, J., Bryant, V., Castell, V. i Otero, A. (2016) Calidad del registro del diagnóstico de demencia en atención primaria. La situación en España en el período 2002-2011. *Atención Primaria*, *48*(1), 33-41.

Copeland, J. R., Beekman, A. T., Dewey, M. E., Hooijer, C., Jordan A., Lawlor B.A., ... i Wilson, K. C. (1999). Depression in Europe. Geographical distribution among older people. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 312-321.

Davis, D., Muniz, G., Keage, H., Rahkonen, T., Oinas, M., Matthews, C., ... i Brayne, C.

(2012). Delirium is a strong risk factor for dementia in the oldest-old: a population-based cohort study. *Brain*, 135, 2809-2816.

De Pedro-Cuesta, P., Virués-Ortega, J., Vega, S., Seijo, M., Saz, P., Rodríguez, F., ... i Del Barrio, J. L. (2009). Prevalence of dementia and major dementia subtypes in Spanish populations: A reanalysis of dementia prevalence surveys, 1990-2008. *BioMed Central Neurology*, 9, 55.

Dubois, B., Feldman, H., Jacova, C., Hampel, H., Molinuevo, J. L., Blennow, J., ... i Cummings, J. L. (2014). Advancing research diagnostic criteria for Alzheimer's disease: the IWG-2 criteria. *The Lancet Neurology*, 13, 614-29.

Durán, J. C. i Pageo, M. M. (2008). Tratamiento no farmacológico del delirium. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43 (Supl. 3), 25-32.

Finger, E. (2016). Frontotemporal dementias. *Continuum* (Minneapolis, Minn.), *22*(2), 464-489.

Flaherty, J. H., Rudolph J., Shay, K., Kamholz, B., Boockvar, K. S., Shaughnessy M. ... i Edes T. (2007). Delirium is a Serious and Under-recognized Problem: Why Assessment of Mental Status Should be the Sixth Vital Sign. *Journal of the American Medical Directors Association*, *8*(5), 273-5.

Gascón-Bayarri, J., Reñé, R., Del Barrio, J. L., De Pedro-Cuesta, J., Ramón, J. M., Manubens, J. M., ... i Rubio, F. (2007). Prevalence of dementia subtypes in El Prat de Llobregat, Catalonia, Spain: The PRATICON Study. A *Neuroepidemiology*, 28, 224-234.

González, M., De Pablo, J., Fuente, E., Valdés, E., Peri, J. M., Nomdedeu, M. i Matrai, S. (2004). Instrument for Detection of Delirium in General Hospitals: Adaptation of the Confusion Assessment Method. *Psychosomatics*, 45, 426-431.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in Older Persons. *The New England Journal of Medicine*, 354, 1157-65.

Inouye, S. K., Van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P. i Horwitz, R. I. (1990). Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. New Method for Detection of Delirium. A *Annals of Internal Medicine*, 113, 941-948.

Jackson, J. C., Gordon, S. M., Hart, R. P, Hopkins, R. O. i Ely, W. (2004). The Association Between Delirium and Cognitive Decline: Review of the Empirical Literature. A *Neuropsychology Review*, *14*(2), 87-98.

Jorm, A. F., Scott, R., Cullen, J. S. i Mackinnon, A. J. (1991). Performance of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE) as a screening test for dementia. *Psychological Medicine*, 21, 785-790.

Kalisvaart, K. i Vreeswijk, R. (2008). Prevention of delirium in the elderly. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 43 (Supl. 3), 19-24.

Lang, L., Clifford, A., Wei, L., Zhang, D., Leung, D. ... i Chen, R. (2017). Prevalence and determinants of undetected dementia in the community: a systematic literature review and a meta-analysis. *British Medical Journal Open*, *7*(2), e011146. doi: org/10.1136/bmjopen-2016-011146

Larson, E. (1998). Recognition of Dementia: Discovering the Silent Epidemic. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 1576-1577.

Lawton, M. P. i Broody, E. M. (1969). Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist*, 9, 179-186.

Leyhe, T., Reynolds, C., Melcher, T., Linnemann, C., Klöppel, S., Blennow, K., ... i Hampel, H. (2017). A common challenge in older adults: Classification, overlap, and therapy of depression and dementia. *Alzheimers and Dementia*, *13*(1), 59-71.

Martínez-Velilla, N., Alonso, C., Ripa, C. i Sánchez-Ostiz, R. (2012). Síndrome confusional agudo postoperatorio en el paciente anciano. *Cirugía Española*, *90*(2), 75-84.

McCusker, J., Cole, M., Dendujuri, N., Belzile, E. i Primeau, F. (2001). Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. *Canadian Medical Association Journal*, *165*(5), 575-583.

Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad (ed.). (2009). *Guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud: AIAQS, núm. 2009/07.

Mora-Simón, S., García, R., Perea, M. V., Ladera, V., Unzueta, J., Patino, M. C. i Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Revista de Neurología*, *54*(5), 303-310.

Morandi, A., Davis, S., Bellelli, G., Arora, R. C., Caplan, G. A., Kampholz, B., ... i Rudolph, J. L. (2017). The Diagnosis of Delirium Superimposed on Dementia: An Emerging Challenge. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(1), 12-18.

Romero, J. P., Benito-León, J., Louis, E. i Bermejo-Pareja, F. (2014). Under Reporting of Dementia Deaths on Death Certificates: Systematic Review of Population-based Cohort Studies. A *The Journal of Alzheimer's Disease*, 41, 213-221.

Romero, J. P., Benito-León, J., Mitchell, A., Trincado, R. i Bermejo-Pareja, F. (2014). Under Reporting of Dementia Deaths on Death Certificates using Data from A Population-Based Study (NEDICES). *The Journal of Alzheimer's Disease*, 39, 741-74.

Ross, G., Abbot, R., Petrovich, H., Masaki, K., Murdaugh, C., Trockman, C., Curb, D. i White, L. (1997). Frequency and characteristics of silent dementia among elderly Japanese-American men. The Honolulu-Asia aging study. *Journal of the American Medical Association*, *277*(10), 800-805.

Russ, T., Shenkin, S., Reynish, E., Ryan, T., Anderson, D. i McLullich, A. (2012). Dementia in acute hospital inpatients: the role of the geriatrician. *Age and Ageing*, 41, 282-284.

Sampson, E. L., Blanchard, M., Jones, L., Tookman, A. i King, M. (2009). Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality. *The British Journal of Psychiatry*, 195, 61-66.

Savva, G. i Arthur, A. (2015). Who has undiagnosed dementia? A cross-sectional analysis of participants of the Aging, Demographics and Memory Study. *Age and ageing*, 44, 642-647.

Scheltens, N., Tijms, B., Koene, T., Barkhof, F., Teunissen, C., Wolfsgruber, S., ... i Van der Flie, W. M. (2017). Cognitive subtypes of probable Alzheimer's disease robustly identified in four cohorts. A *Alzheimer's and Dementia*, S1552-5260. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2017.03.002

Sharman, N. i Singh, A. (2016). Exploring Biomarkers for Alzheimer's Disease. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, *10*(7), KE01-6. doi: 10.7860/JCDR/2016/18828.8166

Singh-Manoux, A., Dugravot, A., Fournier, A., Abell, J., Ebmeier, K., Kivimäki, M. i Sabia, S. (2017). Trajectories of Depressive Symptoms Before Diagnosis of Dementia A 28-Year Follow-up Study. *Journal of the American Medical Association - Psychiatry*, *74*(7), 712-71.

Sternberg, S. A., Wolfson, C., Baumgarten, M. (2000). Undetected Dementia in Community-Dwelling Older People: The Canadian Study of Health and Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, 1430-1434.

Tsoi, K. F., Chan, J. Y., Hirai, H. W., Wong, S. Y. i Kwok, T. C. (2015). Cognitive Tests to Detect Dementia. A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association - Internal Medicine*, *175*(9), 1450-8.

Vega, T., Miralles, M., Mangas, J., Castrillejo, D., Rivas, A., Gil, M., ... i Fragua, M. (2016). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*, S0213-4853. doi: 10.1016/j.nrl.2016.10.002.

Virués-Ortega, J., de Pedro-Cuesta, J., Vega, S., Seijo-Martínez, M., Saz, P., Rodríguez, F., ... i del Barrio, J. L. (2011) Prevalence and European comparison of dementia in a 75-year-old composite population in Spain. On behalf of the Spanish Epidemiological Studies on Ageing Group. *Acta Neurologica Scandinavica*, 123, 316-324.

Witlox, J., Eurelings, L., Jongue, J., Kalisvaart, K., Eikelenboom, P. i Van Gool, W. (2010). Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia. A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, *304*(4), 443-451.

Young, J., Murthy, L., Westby, M., Akunne, A. i O'Mahony, R., en nom del Grup de Desenvolupament de la Guia (2010). Diagnosis, prevention, and management of delirium: summary of NICE guidance. *The British Medical Journal*, 34, c3704. doi: 10.1136/bmj.c3704.

Zunzunegui, P., del Ser, T., Rodríguez Laso, A., García Yébenes, M. J., Domingo, J. i Otero Puime, A. (2003). Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria. *Atención Primaria*, *31*(9), 581-6.

Autores

ANA ESPINO IBÁÑEZ

Barcelona (1963). És metge especialista en Neurologia (1992) i Doctor en Medicina per la Universitat de Barcelona (1995). Realitza la seva tasca assistencial a l'Hospital Son LLàtzer, on és Cap de Servei de Neurologia (2002-ss). La seva àrea d'especial dedicació és la patologia neurodegenerativa, on té la Capacitació en patologia cognitiva-conductual per la Societat Espanyola de Neurologia (2007) i el Màster en Trastorns del Moviment per la Universitat de Múrcia (2013).

CLARA ARBÓS BARBER

Palma de Mallorca (1988). Llicenciada en Medicina (UB, Hospital Clínic). Ha realitzat la residència en Neurologia (via MIR) a l' Hospital Son Llàtzer des de 2013 fins 2017. Com a resident ha adquirit experiència en tots els camps de la Neurologia, però ha mostrat un especial interès en l'atenció a la demència, fent una rotació externa a la Unitat de Memòria i Diagnòstic precoç de la Demència de l'Hospital la Princesa (Madrid) des de Gener a Març de 2017.

INGRID PÉREZ CABANILLAS

Sant Cugat del Vallès (1981). Llicenciada en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB). Metgessa especialista en neurologia. Màster en Psicobiologia i Neurociència cognitiva per la Universitat Autònoma de Barcelona. Màster en Trastorns del Moviment per la Universitat de Múrcia. Actualment treballa com a neuròloga a l'Hospital Son Llàtzer de Palma amb especial dedicació en les malalties neurodegeneratives i del trastorn del moviment.

OSTEOPOROSI EN POBLACIÓ GRAN

Osteoporosi en població gran

Antoni Juan Mas
Mònica Ibáñez Barceló
Catalina Melià Mesquida
Inmaculada Ros Vilamajó
Elide Toniolo
Ana Paula Cacheda

Resum

L'osteoporosi és la malaltia del metabolisme ossi més freqüent, i presenta unes característiques especials en la gent gran. La densitometria òssia, especialment la DXA, és l'element clau, segons les directrius de l'OMS, per al diagnòstic de l'OP relacionada amb la presència de fractures òssies. S'exposen unes escales de risc, entre les qual destaca el FRAX, que estimen la possibilitat de patir osteoporosi o de risc de fractures. L'osteoporosi comporta una repercussió enorme des del punt de vista clínic i econòmic, atès que provoca el nombre més important de fractures per fragilitat. La prevalença de l'osteoporosi és molt elevada en la població general, especialment en la població anciana i en les persones que presenten factors de risc específics de patir-ne. Hi ha uns factors de risc, variables clíniques i epidemiològiques, que s'associen específicament a la presència d'osteoporosi. El tractament consisteix en mesures higienicodietètiques, una correcta ingesta de calci i de vitamina D, exercici físic i fàrmacs específics: antiresortius, neoformadors o mixtos.

Resumen

La osteoporosis es la enfermedad del metabolismo óseo más frecuente, presentando unas características especiales en la gente mayor. La densitometría ósea, especialmente la DXA, es el elemento clave, según las directrices de la OMS, para el diagnóstico de la OP relacionada con la presencia de fracturas óseas. Se exponen unas escalas de riesgo, entre las que destaca el FRAX, que estiman la posibilidad de padecer osteoporosis o de riesgo de fracturas. Conlleva una repercusión enorme desde el punto de vista clínico y económico al provocar el mayor número de fracturas por fragilidad. La prevalencia de la osteoporosis es muy elevada en la población general, especialmente en la población anciana y en las personas que presentan factores de riesgo específicos de padecerla. Existen unos factores de riesgo, variables clínicas y epidemiológicas, que se asocian específicamente a la presencia de osteoporosis. El tratamiento consiste en medidas higiénico-dietéticas, una correcta ingesta de calcio y de vitamina D, ejercicio físico y fármacos específicos: antirresortivos, neoformadores o mixtos.

1. Osteoporosi. Concepte

L'osteoporosi (OP), segons la conferència de consens del National Institute of Health (NIH), és una malaltia esquelètica sistèmica caracteritzada per una disminució de la massa òssia i un deteriorament de la microarquitectura del teixit ossi amb un augment de la fragilitat òssia i susceptibilitat del risc de fractura. Aquest consens, a més, determina que la suma de la densitat mineral òssia (DMO) i la seva qualitat perfilen la resistència òssia. La DMO es

defineix pel pic de massa òssia i la magnitud de la seva pèrdua, mentre que la qualitat òssia depèn de l'arquitectura, el recanvi ossi, l'acumulació de microlesions i la mineralització, que es compon per les propietats materials (composició dels materials orgànics i inorgànics de la seva matriu) i les propietats estructurals (la forma d'estructuració espacial dels materials).

Si bé aquesta és la definició acceptada actualment, l'OP és una malaltia de caracterització molt difícil, atès que la seva fisiopatologia i etiopatogènia no és coneguda completament, i les manifestacions clíniques no apareixen fins que no es produeixen complicacions, les fractures òssies. Per tant, es tracta d'una definició que presenta escasses implicacions pràctiques i no és d'utilitat en la pràctica clínica, i per això són necessàries unes eines per a un millor abordatge, entre les quals destaca la densitometria òssia. Però en l'actualitat, l'OP es considera un factor que incrementa de forma clara el risc de fractura, més que pròpiament una malaltia. En aquest sentit, s'ha de recordar que una proporció no menyspreable de fractures per insuficiència òssia es produeixen en persones que no compleixen els criteris diagnòstics d'OP.

L'OP incrementa la seva prevalença de forma clara amb l'edat. Tradicionalment l'OP es dividia en dos grups, segons si se'n coneixia o no l'etiologia: OP primària i secundària. Les osteoporosis primàries se subdividien en idiopàtiques (en nins i adults joves s'anomenava osteoporosi juvenil) i involutives, encara que en ocasions s'atribuïa l'OP de les dones postmenopàusiques a alguna etiologia específica. Així mateix es classificaven en el grup de les OP involutives les de tipus 1 o postmenopàusiques, que incloïen les patides per les dones postmenopàusiques amb OP entre 51 i 75 anys d'edat, que principalment presentaven una pèrdua accelerada d'os, especialment trabecular, i que clínicament sofrien fractures de canell i vertebrals. Per contra, les OP involutives tipus 2 les sofrien les dones més grans de 75 anys que presentaven una pèrdua òssia lenta que afectava l'os trabecular i cortical; la complicació paradigmàtica d'aquestes OP és la fractura de maluc, atès que el coll femoral és principalment format per os cortical, i la zona intertrocanteriana és formada per os trabecular i cortical, per la qual cosa, segons l'edat de presentació, les localitzacions tindrien una preferència o una altra. Aquesta classificació presentava una correlació amb la fisiopatologia de l'OP, ja que les vèrtebres tenen principalment os trabecular. La classificació esmentada, encara que ja clarament en desús, perquè cada vegada s'objectiven més etiologies que provoquen l'OP, i en moltes ocasions s'entrecreuen el que consideràvem tipus 1 i 2, mostrava l'elevada prevalença d'OP en gent gran.

Després d'aconseguir el pic de massa òssia entre els 15 i els 18 anys, la DMO va decreixent de forma gradual, encara que es manté més o menys estable fins als 55 anys, quan es produeix una major pèrdua òssia, encara que aquesta es pot iniciar amb anterioritat a causa de multitud d'etiologies, com per exemple l'aparició de la menopausa de forma

precoç. El pic de massa òssia està determinat per factors genètics, l'estatus nutritiu, dades endocrinològiques com l'hormona paratiroïdal, vitamina D, cortisol i hormones sexuals i tiroïdals, l'activitat física i altres factors mecànics i la qualitat de la salut durant el creixement. Com menor sigui el pic de massa òssia, major serà el risc de presentar fractures per fragilitat durant els següents anys, i al contrari. L'os es forma per un component cel·lular i un altre de no cel·lular, que és la matriu òssia. El primer està compost pels osteoblasts, els osteoclasts, cèl·lules endotelials i vasculars. La matriu òssia es compon d'una part orgànica i una d'inorgànica. La matriu orgànica està formada per fibres de col·lagen tipus I que formen el teixit osteoide i altres proteïnes variades. La matriu inorgànica s'organitza per diferents cristalls com la hidroxiapatita, que es dipositen en la matriu òssia. Per entendre el concepte d'OP s'ha de comprendre que al sistema esquelètic se l'atribueixen dues funcions: suport i protecció d'òrgans, i regulació de l'homeòstasi mineral. Per definició s'accepta que en l'OP la massa òssia disminueix per unitat de volum encara que no s'alteri la relació entre la fase orgànica i mineral.

Els ossos es remodelen almenys un 10% cada any després d'aconseguir un creixement longitudinal complet més o menys als 18 anys; per tant, no és un teixit molt dinàmic que requereix una activitat contínua de les cèl·lules que el componen. El remodelatge ossi és un procés fisiològic continu en què, en termes generals, l'os antic és retirat pels osteoclasts, i els osteoblasts s'encarreguen de formar el nou. L'equilibri entre ambdós ha de ser exquisit per aconseguir que es reparin les microlesions i es mantingui la força òssia i l'homeòstasi mineral. Una de les cèl·lules principals que actuen com a coordinadors del remodelatge ossi mineralitzat és capaç de detectar microtrencaments ossis, pressions mecàniques a l'os o canvis hormonals que puguin afectar l'os i actuar en conseqüència. Tot aquest equilibri evita una pèrdua òssia ràpida, encara que des de l'adquisició del pic de massa òssia s'inicia un procés lent i progressiu de pèrdua òssia, exacerbat de forma important a partir de determinats canvis hormonals i amb l'edat. Si s'altera aquest equilibri, es produeixen modificacions al nivell bioquímic que desembocaran en una OP. Els mecanismes que provoquen que l'edat sigui una de les condicions més relacionades amb l'OP són l'estrès oxidatiu, l'apoptosi, la deficiència d'hormones sexuals i l'autofàgia.

Com s'ha indicat anteriorment, l'os es divideix en trabecular o esponjós i cortical. I, a part de la seva importància com a punt de suport d'estructures corporals, té implicació per a l'abordatge diagnòstic de les malalties òssies. El cortical és dens o compacte, i se situa principalment en platerets vertebrals, part externa de la major part de l'os i diàfisi d'ossos llargs; el trabecular es troba en els ossos plans, o cossos vertebrals i metàfisi d'ossos llargs. Encara que el 80% de la composició dels ossos és cortical, l'os esponjós és el més actiu des de la perspectiva del metabolisme de l'os, per la qual cosa serà el que respondrà més a les teràpies dirigides a millorar la DMO o disminuir el risc de fractures. No obstant això, s'ha de considerar que l'OP pot afectar ambdues localitzacions alhora o per separat.

2. Osteoporosi. Mètodes diagnòstics

El diagnòstic de l'OP es pot realitzar per mètodes invasius, com la biòpsia òssia, o no invasius. Aquests darrers es divideixen en dos grups diferencials de sistematització: el primer engloba els mètodes de mesurament de la quantitat i/o la qualitat òssia; d'altra banda, el segon estudia les escales de risc de disminució de massa òssia que poden inferir resultats densitomètrics i les que calculen el risc de fractura.

La densitometria òssia és el conjunt de proves diagnòstiques no invasives que mesuren la massa òssia mitjançant tècniques ionitzants o no ionitzants. Amb diferència, la més utilitzada, validada i generalitzada és la d'absorciometria per raigs X amb doble nivell d'energia X (DXA).

Per altra banda, un segon grup d'eines tracta d'identificar els factors de risc absoluts de DMO baixa i de fractura. Entre els algoritmes i escales de factors de risc coneguts i aplicables en pràctica clínica destaca el FRAX, que representa una eina d'avaluació del risc de fractura desenvolupada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS).

Les localitzacions que més sensibilitat han presentat en la valoració del risc de fractura mesurat per DXA són la columna lumbar i el coll femoral o fèmur total, denominades DXA central. Una dada a tenir en compte en la interpretació dels resultats d'una DXA és que es poden alterar per molts de factors, que s'han de conèixer en realitzar l'exploració, entre aquests factors destaca la possible interferència per artefactes com signes degeneratius en columna lumbar o fèmur, alteracions estàtiques, calcificacions vasculars, paraespinals o paraarticulars, pròtesis articulars o intervencions quirúrgiques prèvies. Entre els avantatges d'aquesta tècnica diagnòstica destaquen la reproductibilitat i precisió, així com una acceptable monitorització de l'eficàcia terapèutica i quantificació del risc de fractura. Per altra banda, l'exposició a radiacions ionitzants és molt reduïda. El mesurament en el coll femoral està molt relacionat amb la fractura femoral, així com s'ha demostrat que l'estudi en diferents llocs com vèrtebra, calcani o avantbraç distal, tant per tomografia com per DXA, és capaç de predir el risc de fractura. En referència a l'ús d'altres localitzacions per a la DXA, n'hi ha diverses possibilitats: radi distal, falange de la mà, calcani (DXA perifèriques), i hi ha estudis de correlació amb resultats acceptables amb la DXA central, encara que les conclusions són contradictòries quant a la seva aplicació clínica. Una altra tècnica utilitzada és la ultrasonometria quantitativa, que és útil, especialment la practicada al calcani, i prediu les fractures amb un risc relatiu (RR) de 2,0 per a maluc i columna lumbar i 1,5 per a la resta de fractures osteoporòtiques. D'altra banda, possiblement no és una prova apropiada, atès que la precisió és baixa, i aparentment els canvis que es produeixen al calcani no són els mateixos que a la columna lumbar i el maluc, i possiblement tampoc no és prou precisa per al seguiment d'intervals clínics rellevants.

A l'anterior definició de l'OP postmenopàusica de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) s'usaren els criteris diagnòstics publicats els anys 2004 i 2008. S'organitzaren els resultats segons el valor de la DMO, definint-se l'OP com un resultat de la densitometria menor a -2,5 desviacions estàndard (DE) de comparació amb una població sana de 20 a 29 anys del mateix sexe, que es considera el pic de massa òssia (*T-score* o índex T). A l'inici, aquesta definició operacional es va acceptar mesurant-se en qualsevol localització: avantbraç, columna lumbar, maluc i altres. L'OMS va establir el diagnòstic d'osteopènia quan, mitjançant el mesurament de la DMO, s'objectivava un resultat entre -2,5 i -1 DE, i la normalitat es va definir com a major que -1 DE (Taula 1). S'ha de tenir en compte que l'índex T de -2,5 es tracta d'un valor determinat establert per un consens, per tant, s'ha d'interpretar amb cautela, i es poden donar situacions especials com ara pacients diagnosticats d'OP en els quals l'índex T és major que -2,5 (per exemple, fractures vertebrals de morfologia característica i un valor de DMO definit com a osteopènia). Per altra banda, un índex T menor que -2,5 no és patognomònic d'OP, atès que també es pot objectivar en entitats com l'osteomalàcia.

Taula 1 | *Criteris diagnòstics de disminució de la DMO de l'OMS*

Criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud para mujeres posmenopáusicas de origen caucásico	
Diagnóstico	Criterios sobre MEO (índice T o T-*score*)
Normal	DMO T≥-1 DE
Osteopenia o densidad ósea baja	DMO T<-1 y >-2,49 DE
Osteoporosis	DMO T≤-2,5 DE
Osteoporosis grave	DMO T≤-2,5 DE + fractura

Índice T (T-score): comparación con valor de DMO alcanzado en población joven de referencia. DE: desviación estándar. DMO: densidad mineral ósea.

Entre els paràmetres que mesuren la capacitat diagnòstica de les densitometries destaquen la precisió o fiabilitat i l'exactitud o validesa. La precisió de la densitometria avalua el grau en què les determinacions repetides de la massa òssia en les mateixes condicions donen un resultat similar, per tant, una precisió alta indica una correcta reproductibilitat. L'exactitud mostra el grau de correspondència del resultat, del mesurament de la massa òssia en el nostre cas, amb la realitat.

Atenent les directrius de la Societat Internacional de Densitometria Clínica (ISCD), es valoren les localitzacions de coll femoral, fèmur total o columna lumbar i es tria la que presenta un valor menor. La massa òssia disminueix de forma clara amb l'edat, i és especialment visible en la DXA de coll femoral. Diferents protocols com el de la ISCD recomanen l'ús de l'índex Z per a l'abordatge de l'estudi de l'OP en dones premenopàusiques en lloc de l'índex T. Altres, com el de la Comunitat de Madrid, també s'utilitzen amb finalitats terapèutiques argumentant que la decisió del punt de tall a l'índex T va ser arbitrària, i que la pèrdua de

massa òssia és un procés natural associat a l'edat, i que si el major percentatge de fractures de maluc es produeix en gent molt gran, més encertat serà utilitzar l'índex Z com a referència, ja que possiblement s'aproxima més a la realitat. S'ha determinat que la disminució de cada DE en comparació amb un adult sa (índex T) en la majoria de les localitzacions multiplica per dos el risc de fractura de maluc, i no s'ha d'oblidar que la capacitat de predicció de fractura és similar en diverses localitzacions amb un risc relatiu (RR) per una disminució de la DMO d'una DE d'1,5. Habitualment una DE equival a un 10-15% de la DMO en termes absoluts (calculada en grams/cm^2). L'ús de la definició de l'OMS té implicacions clinicoterapèutiques clares, ara bé, no és una definició completa conceptualment, atès que únicament aborda un dels elements de l'OP: la DMO, i no analitza ni la qualitat òssia ni la presència d'altres factors de risc. La tendència actual és considerar la DMO com un factor més de risc de sofrir una fractura depenent en gran manera de l'edat, i trobant variabilitat clara quant a la incidència de fractures segons l'edat de les persones i la DMO.

3. Osteoporosi. Clínica

Les manifestacions clíniques de l'OP estan condicionades per les fractures òssies: tipus i localització, sent les més freqüents les de l'avantbraç distal (fractura de Colles), el fèmur proximal, el cos vertebral, l'húmer proximal i la pelvis. Les fractures vertebrals es diferencien entre clíniques o simptomàtiques i asimptomàtiques. Les fractures vertebrals morfomètriques són les que es diagnostiquen per mètodes radiològics i s'objectiva una deformitat radiològica, tant si presenta com si no presenta una clínica actual. Una fractura osteoporòtica o per fragilitat òssia és la que es produeix per un traumatisme de baix impacte o de baixa energia, com una caiguda al nivell del terra o bé en sedestació. No entren en aquesta definició les fractures a conseqüència de l'esport o després d'un accident.

No s'ha demostrat una disminució de la qualitat de vida en els pacients que presenten OP sense fractures relacionades. Ara bé, la presència de fractures per fragilitat comporta una morbimortalitat associada, especialment visible en la fractura de maluc. La fractura vertebral simptomàtica disminueix clarament la qualitat de vida. Per altra banda, la presència d'una fractura per fragilitat en qualsevol localització augmenta la incidència de noves fractures, i per consegüent tant la qualitat de vida es veu clarament minvada, com la morbiditat s'incrementa de forma exponencial amb el nombre de fractures.

4. Osteoporosi. Epidemiologia

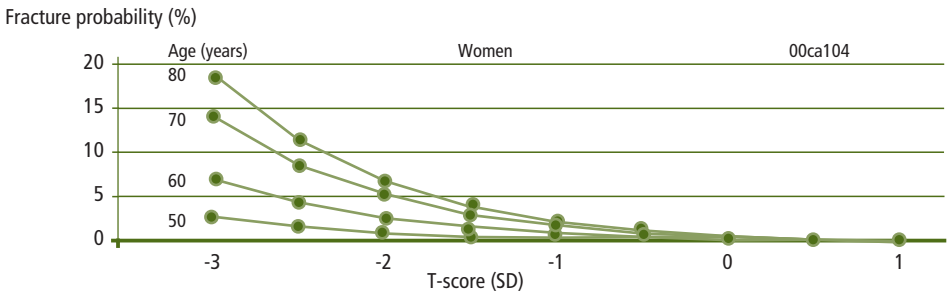
Atenent els criteris de l'OMS, uns 22 milions de dones i uns 5,5 milions d'homes pateixen una OP. La major incidència de fractures osteoporòtiques té lloc principalment a partir dels cinquanta anys, són rares en edats inferiors i presenten un creixement clar amb l'edat.

Es considera que durant els pròxims anys, en incrementar-se la població més gran de 65 anys, augmentarà de forma exponencial el nombre de fractures òssies causades per l'OP; per exemple, es calcula que l'any 2050 als Estats Units aquest subgrup de població arribarà a uns 65 milions d'habitants, pràcticament el doble que el 2005, i que possiblement els més grans de 85 anys seran més de 15 milions. El nombre de fractures possiblement s'incrementarà de 2 a 3 milions durant aquest període de temps en aquest país, i el cost es disparará de 15 a 25 milers de milions de dòlars. A la Unió Europea també s'han realitzat estimacions tant en la demografia com en el nombre de fractures, i es conclou que l'augment de la població es produirà especialment en persones més grans de 65 anys, ja que possiblement el nombre de persones amb una edat menor disminuirà, fet que pot dur a conclusions molt alarmants des del punt de vista econòmic. Per altra banda, l'increment en el nombre de fractures es produirà en qualsevol de les localitzacions, principalment en maluc i especialment en homes.

Es calcula que una dona de cinquanta anys presenta una probabilitat de sofrir, durant la resta de la seva vida, una fractura de maluc del 17,5%, d'avantbraç del 16% i el risc d'una fractura vertebral arriba al 15,6%, i en homes els percentatges són del 6%, el 5% i el 2,5%, respectivament.

La incidència de fractures d'avantbraç distal (ràdio distal, ràdio i cúbit distal o canell) augmenta amb l'edat, encara que en menor mesura que les fractures de maluc. Hi ha dades que comparen la incidència de fractures segons localitzacions, i diferencien les tres més freqüents: maluc, vèrtebra i avantbraç distal, i altres localitzacions també relacionades amb la presència d'OP: húmer, costella, clavícula, escàpula i estèrnum. Aquestes diferències es poden agrupar segons grups d'edat, i destaca el fet que, en nombres absoluts, la fractura de maluc és la més freqüent, especialment en els grups d'edat de més grans de 75 anys. A la Figura 1 veiem l'augment exponencial del nombre de fractures de maluc que s'objectiva segons els grups d'edat en anar disminuint l'índex T.

Gràfic 1 | *Probabilitat de fractura de maluc en dones de Suècia segons l'edat*



El cost absolut de l'OP és enorme, es calcula que en cinc països d'Europa: Alemanya, Regne Unit, Espanya, França i Itàlia, els costs directes de l'OP varen ser el 2015 de 29 mil milions d'euros, i de 38,7 a tot Europa. Als Estats Units, el cost anual de 2005 va ser de 19 milers de milions de dòlars, es varen comptabilitzar uns 2 milions de fractures, de les quals el 29% eren en homes, amb un cost total del 25%.

5. Osteoporosi. Factors de risc

Els factors de risc es poden diferenciar, encara que molts són coincidents, en tres grups: els associats amb la pèrdua de DMO, els que es relacionen amb el risc de fractura i els factors que faciliten les caigudes. Els dos factors que més s'associen a disminució de la DMO són l'edat i l'índex de massa corporal, l'obesitat pot ser una variable protectora; i al risc de fractura s'hi associen l'edat i la DMO, sent aquestes dues variables les que s'utilitzen en totes les eines de càlcul de risc de fractura. En enumerar altres variables de risc, destaquen les associades a dades d'estil de vida, com per exemple la ingesta baixa de calci i elevada de cafeïna o d'alcohol, i l'hàbit del tabaquisme, tant actiu com passiu. Altres són la insuficiència de vitamina D, que pot ser a causa de múltiples etiologies, com síndromes de malabsorció, escassa exposició al sol o dèficits de l'aportació, entre altres, amb possibles diferències en gent gran. Més causes relacionades amb l'OP són la ingesta elevada de sal, les caigudes, l'escassa activitat física, l'excés de vitamina A, o d'alumini, per exemple en els antiàcids, la immobilització i el biotip prim. També s'ha relacionat l'OP amb la pobresa i la menor educació. Per altra banda, hi ha moltes malalties genètiques que s'associen a l'OP. Un grup d'entitats relacionades amb el dèficit d'hormones sexuals també està relacionat amb l'OP, destaquen la menopausa precoç, la hiperprolactinèmia, l'anorèxia nerviosa i la bulímia, l'amenorrea en atletes, la síndrome de Turner i de Klinefelter, el panhipopituïtarisme i la insuficiència ovàrica prematura. Entre les malalties endocrines destaquen la diabetis *mellitus*, la insuficiència adrenal, les malalties tiroides i paratiroides i la síndrome de Cushing. Altres malalties com les digestives i hematològiques també poden representar un factor de risc, com la malaltia celíaca, la malaltia inflamatòria intestinal, la talassèmia, les leucèmies, o els limfomes, entre altres. Entre les malalties reumàtiques destaquen l'artritis reumatoide, les espondiloartritis i el lupus eritematós sistèmic. Una miscel·lània de malalties també s'han relacionat amb l'OP i amb l'increment del risc de fractura, entre les quals destaquen l'alcoholisme, l'emfisema, la malaltia respiratòria obstructiva crònica, la malaltia renal crònica avançada, i una llarga llista molt heterogènia. Alguns dels fàrmacs relacionats són els anticoagulants, els anticonvulsius, els quimioterapèutics, els inhibidors de la calcineurina i de l'aromatasa, els barbitúrics i els glucocorticoides. Un altre dels factors directament relacionats amb les fractures per insuficiència òssia són les caigudes. A la taula següent s'enumeren els factors més associats a l'OP (Taula 2).

Taula 2 | *Factors associats a l'OP*

Edat	
Pes, talla, IMC	
Factors genètics	Ètnia Sexe Història familiar
Factors ambientals	Nutrició, deficiència de calci Activitat física i càrrega mecànica Consum de tabac Consum d'alcohol Caigudes (traumatismes)
Factors hormonals	Deficiència estrogènica Deficiència androgènica
Malalties cròniques	Gastrectomia, cirrosi Síndromes de malabsorció Hipertiroïdisme Diabetis Hiperparatiroïdisme Hipercortisolisme Artritis reumatoide
Fàrmacs	Glucocorticoides Anticoagulants Anticonvulsius…
Característiques físiques de l'os	Densitat de massa òssia Mida de massa òssia Microarquitectura
Altres	Trasplantaments Nutrició parenteral

Els factors que més s'associen a patir OP o a risc de fractura són el resultat de la densitometria, l'índex de massa corporal, l'edat, el sexe femení, l'antecedent de fractures per fragilitat prèvies, especialment el nombre d'aquestes, i l'antecedent en pares de fractura de maluc. En relació amb l'anàlisi de factors de risc, s'han dissenyat i validat dos tipus d'eines: les que persegueixen valorar la disminució de la massa òssia i les que estableixen valors absoluts relatius de risc de fractura. Les escales de risc més conegudes, d'aplicació en dones postmenopàusiques, són l'OST (*Osteoporosis Self-assessment Tool*), ORAI (*OP Risk Assesment Instrument*), OSIRIS (*Osteoporosis Index of Risk*), SCORE (*Simple Calculated OP Risk Estimation*), FRAX sense DXA i ABONE (*Age, Body Size, No Estrogen*), o atenent l'algoritme de la guia de la National Osteoporosis Foundation (NOF). Cada una té unes peculiaritats especials, la més senzilla és l'OST, que únicament analitza les variables d'edat i pes, i ha estat validada en població caucàsica i en diferents treballs ha mostrat

un rendiment similar a la resta d'escales. En relació amb la valoració del risc de fractures, es disposa de diverses eines com el FRAX, amb o sense DXA, l'eina del Garvan Medical Research Institute, el Fracture Index i el QFFracture.

6. Osteoporosi. Tractament

La importància del diagnòstic precoç de l'OP, des del punt de vista densitomètric i del reconeixement de factors de risc i l'augment de risc de fractura, radica en el fet que pot permetre un tractament prematur que permeti tant augmentar la DMO com disminuir el risc d'una primera o de noves fractures, que són l'efecte clínic de l'OP. Hi ha molts de condicionants que ajuden a prendre decisions terapèutiques en relació amb l'OP com poden ser l'edat, encara que un tractament intensiu en persones grans sol ser necessari, el sexe, la presència de la menopausa, diferents factors de risc com la presa de glucocorticoides, malalties concomitants, fractura prèvia, clínica o com una troballa casual, el nombre de fractures o la seva localització: per exemple, hi ha diferències d'eficàcia entre els fàrmacs utilitzats segons es valori la prevenció d'una primera fractura o bé l'aparició de noves fractures vertebrals o d'ossos perifèrics. En primer lloc s'han de recalcar una sèrie de mesures no farmacològiques com l'evitació de factors de risc modificables com el tabac, la ingesta excessiva d'alcohol, l'abordatge de tots els factors que faciliten les caigudes, com problemes en la visió (per exemple, la intervenció quirúrgica de cataractes disminueix el risc de caigudes), barreres arquitectòniques o físiques al domicili o les zones freqüentades pel pacient, la presa de fàrmacs que poden alterar la consciència o disminuir l'eficàcia dels sentits. S'han de tenir en compte altres malalties com la malaltia cardíaca, la insuficiència respiratòria, la diabetis *mellitus*, la demència, els accidents cerebrals i altres malalties neurològiques. S'han d'evitar, tant com sigui possible, els fàrmacs osteopenitzants o bé utilitzar-ne la mínima dosi eficaç. La immobilitat és un factor de risc molt important per a l'OP, i la conseqüent disminució de massa muscular pot afavorir les caigudes. És, per tant, prioritari mantenir la mobilitat, millorar el balanç muscular i la postura. No hi ha un consens absolut sobre quin és el millor programa d'exercicis o esport per a la cura dels pacients afectats d'OP i susceptibles de patir-ne. S'ha de trobar un equilibri entre l'evitació del desús i els exercicis o esports extrems que per la seva agressivitat puguin predisposar a sofrir fractures òssies. Un altre dels inexcusables escalons terapèutics és la correcció de deficiències nutricionals, especialment del calci, la vitamina D i de proteïnes. Es recomanen dosis diàries de 1.000 mil·ligrams de calci, 400-800 UI de vitamina D i 1 gram/quilogram de pes de proteïna, encara que els requeriments es poden veure incrementats en determinades edats o determintas estats com l'edat o situacions especials (infància, adolescència, embaràs, lactància postmenopausa, entre altres) (Taula 3). Pràcticament tots els assaigs clínics que han avaluat fàrmacs que han demostrat la seva eficàcia en l'OP ho han fet administrant a tots els pacients una dosi correcta i suficient de calci i vitamina D, per la qual cosa aquest s'ha convertit en un tractament bàsic en aquests pacients.

Els fàrmacs que aconsegueixen una disminució de la incidència de fractura de maluc són els que més interessen per la seva implicació sociosanitària. Encara que la majoria de preparats només han demostrat eficàcia en fractures vertebrals, atesa la seva eficàcia, es plantegen vertaders problemes ètics en el disseny de nous estudis que pretenen comparar fàrmacs amb placebo. S'ha de tenir en compte que l'OP és una malaltia infradiagnosticada, i molts de pacients que es podrien beneficiar de teràpies per a l'OP no les reben i, al contrari, enfront de la dificultat d'accés a unitats de DXA, es prescriuen tractaments atenent únicament condicionants de factors de risc, i possiblement molts de pacients reben fàrmacs específics quan no els necessitarien. Els fàrmacs acceptats per al tractament de l'OP són el calci i la vitamina D a dosis terapèutiques, els de mecanisme antiresortiu: bifosfonats (etidronat, alendronat, risedronat, ibandronat, zoledronat) i el denosumab, els de mecanisme neoformador: l'hormona paratiroïdal (en l'actualitat es disposa únicament de la teriparatida), el que combina ambdós mecanismes: ranelat d'estronci, i els hormonals: tractament hormonal substitutiu i els moduladors selectius de la recaptació de l'estrogen (raloxifè i bazedoxifè). Hi ha una sèrie de consideracions que s'han de tenir en compte com el risc cardiovascular o l'antecedent de litiasi renal. Quant a la vitamina D, atesa la seva importància i la varietat d'efectes fisiològics, la seva determinació al laboratori és obligatòria i s'hauria d'individualitzar la dosificació per aconseguir uns nivells adequats en l'organisme. El grup farmacològic més àmpliament pautat en l'OP és el dels bifosfonats, especialment l'alendronat i risedronat per via oral i el zoledronat per via endovenosa. Durant els últims anys s'han publicat treballs que intenten dilucidar i protocol·litzar el temps de durada del tractament amb bifosfonats i millorar-ne la indicació. Actualment el temps orientatiu de rebuda d'aquests fàrmacs és d'uns cinc anys, encara que s'ha d'individualitzar segons les característiques pròpies dels malalts. A més, s'han de conèixer unes complicacions molt pot freqüents, encara que potencialment greus, com són les fractures atípiques de fèmur i l'osteonecrosi del maxil·lar. En l'actualitat s'ha disminuït dràsticament la prescripció del ranelat d'estronci per la seva possible relació amb esdeveniments isquèmics en pacients amb presència de factors de risc cardiovascular. Altres aspectes importants en la terapèutica de l'OP són la perdurabilitat i el compliment, i hi ha molts estudis en aquest sentit. Enfront a la multiplicitat de possibilitats clíniques que poden presentar-se en la consulta, els últims anys ha aparegut i pres valor el concepte de «*treat to target*» en l'OP, ja conegut en altres malalties com l'artritis reumatoide. Aquesta individualització en el tractament de l'OP pretén administrar el millor tractament possible en cada un dels escenaris (segons criteris d'eficàcia, efectivitat i eficiència), i intenta iniciar-lo en el moment precís i mantenir-lo el temps necessari, evitant retirar-lo quan encara està fent efecte o bé, al contrari, mantenir-lo quan ja no aporta benefici al pacient, o quan fins i tot el seu ús persistent pot ser perjudicial. En un futur pròxim aniran apareixent al mercat nous fàrmacs amb dianes terapèutiques noves contra l'OP, com per exemple anticossos contra antagonistes del Wnt (esclerostina), inhibidors de la catepsina K, formulacions transdèrmiques de la parathormona, entre altres.

Taula 3 | *Contingut de calci als aliments més comuns*

Contingut de calci als aliments més comuns	Contingut mitjà de calci (mg)
Llet desnatada (1 tassó de 150 ml)	181
Llet semidesnatada (1 tassó de 150 ml)	177
Llet sencera (1 tassó de 150 ml)	176
Iogurt natural (125 g)	188
1 Densia (125 g)	400
Flam (200 g)	176
Porció de formatge tipus emmental (30 g)	315
1 llauna de sardines amb espines (100 g)	400
1 llauna d'anxoves (100 g)	210
Llegums (150 g)	54
Ametlles, nous, pistatxos (25 g)	41
Verdures variades (150 g)	76
Espinacs (150 g)	264
2 bolles de gelat (50 g)	47

Referències bibliogràfiques

Åstrand, J., Thorngren, K., & Tägil, M. (2006). One fracture is enough!: Experience with a prospective and consecutive osteoporosis screening program with 239 fracture patients. *Acta Orthopaedica*, *77*(1), 3-8. http://dx.doi.org/10.1080/17453670610045623

Azagra, R., Roca, G., Encabo, G., Prieto, D., Aguyé, A., & Zwart, M. (2011). Prediction of absolute risk of fragility fracture at 10 years in a Spanish population: validation of the WHO FRAX ™ tool in Spain. *BMC Musculoskeletal Disorders*, *12*(1). http://dx.doi.org/10.1186/1471-2474-12-30

Azagra, R., Roca, G., Zwart, M., & Encabo, G. (2011). Diferencias en los valores predictivos de la herramienta FRAX™ entre población española y del Reino Unido y consideraciones sobre el umbral de intervención. *Medicina Clínica*, *137*(15), 713-714. http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2011.03.021

Bachrach, L. (2001). Acquisition of optimal bone mass in childhood and adolescence. *Trends In Endocrinology & Metabolism*, *12*(1), 22-28. http://dx.doi.org/10.1016/s1043-2760(00)00336-2

Black, D., Kelly, M., Genant, H., Palermo, L., Eastell, R., & Bucci-Rechtweg, C. (2010). Bisphosphonates and Fractures of the Subtrochanteric or Diaphyseal Femur. *New England Journal Of Medicine*, *362*(19), 1761-1771. http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa1001086

Bone, H., Hosking, D., Devogelaer, J., Tucci, J., Emkey, R., & Tonino, R. (2004). Ten Years› Experience with Alendronate for Osteoporosis in Postmenopausal Women. *New England Journal Of Medicine*, *350*(12), 1189-1199. http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa030897

Boonen, S., Rosenberg, E., Claessens, F., Vanderschueren, D., & Papapoulos, S. (2012). Inhibition of Cathepsin K for Treatment of Osteoporosis. *Current Osteoporosis Reports*, *10*(1), 73-79. http://dx.doi.org/10.1007/s11914-011-0085-9

Browner, W., Seeley, D., Cummings, S., & Vogt, T. (1991). Non-trauma mortality in elderly women with low bone mineral density. *The Lancet*, *338*(8763), 355-358. http://dx.doi.org/10.1016/0140-6736(91)90489-c

Burge, R., Dawson-Hughes, B., Solomon, D., Wong, J., King, A., & Tosteson, A. (2006). Incidence and Economic Burden of Osteoporosis-Related Fractures in the United States, 2005-2025. *Journal Of Bone And Mineral Research*, *22*(3), 465-475. http://dx.doi.org/10.1359/jbmr.061113

Cauley, J., El-Hajj Fuleihan, G., & Luckey, M. (2011). FRAX® International Task Force of the 2010 Joint International Society for Clinical Densitometry & International Osteoporosis Foundation Position Development Conference. *Journal Of Clinical Densitometry*, *14*(3), 237-239. http://dx.doi.org/10.1016/j.jocd.2011.05.016

Cummings, S., & Melton, L. (2002). Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *The Lancet*, *359*(9319), 1761-1767. http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(02)08657-9

Dennison, E., Mohamed, M., & Cooper, C. (2006). Epidemiology of Osteoporosis. *Rheumatic Disease Clinics Of North America*, *32*(4), 617-629. http://dx.doi.org/10.1016/j.rdc.2006.08.003

Ettinger, B. (1999). Reduction of Vertebral Fracture Risk in Postmenopausal Women With Osteoporosis Treated With Raloxifene<SUBTITLE>Results From a 3-Year Randomized Clinical Trial</SUBTITLE>. *JAMA*, *282*(7), 637. http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.7.637

Glüer, C., Blake, G., Lu, Y., Blunt1, B., Jergas1, M., & Genant1, H. (1995). Accurate assessment of precision errors: How to measure the reproducibility of bone densitometry techniques. *Osteoporosis International*, *5*(4), 262-270. http://dx.doi.org/10.1007/bf01774016

González-Macías, J., Marín, F., Vila, J., Díez-Pérez, A., Abizanda, M., & Álvarez, R. (2004). Prevalencia de factores de riesgo de osteoporosis y fracturas osteoporóticas en una serie de 5.195 mujeres mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, *123*(3), 85-89. http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753(04)74421-8

Hendrickx, G., Boudin, E., & Van Hul, W. (2015). A look behind the scenes: the risk and pathogenesis of primary osteoporosis. *Nature Reviews Rheumatology*, *11*(8), 462-474. http://dx.doi.org/10.1038/nrrheum.2015.48

JACKSON, J., & KLEEREKOPER, M. (1990). Osteoporosis in Men. *Medicine*, *69*(3), 137-152. http://dx.doi.org/10.1097/00005792-199005000-00002

Kado, D., Duong, T., Nevitt, M., Greendale, G., Stone, K., & Ensrud, K. (2003). Incident vertebral fractures and mortality in older women: a prospective study. *Osteoporosis International*, *14*(7), 589-594. http://dx.doi.org/10.1007/s00198-003-1412-5

Kanis, J., Johnell, O., Oden, A., Johansson, H., & McCloskey, E. (2008). FRAX™ and the assessment of fracture probability in men and women from the UK. *Osteoporosis International*, *19*(4), 385-397. http://dx.doi.org/10.1007/s00198-007-0543-5

Kanis, J., Oden, A., Johnell, O., Johansson, H., De Laet, C., & Brown, J. (2007). The use of clinical risk factors enhances the performance of BMD in the prediction of hip and osteoporotic fractures in men and women. *Osteoporosis International*, *18*(8), 1033-1046. http://dx.doi.org/10.1007/s00198-007-0343-y

Krug, R., Burghardt, A., Majumdar, S., & Link, T. (2010). High-Resolution Imaging Techniques for the Assessment of Osteoporosis. *Radiologic Clinics Of North America*, *48*(3), 601-621. http://dx.doi.org/10.1016/j.rcl.2010.02.015

Leal, J., Gray, A., & Prieto-Alhambra, D. (2015). Impact of hip fracture on hospital care costs: a population-based study. *Osteoporosis International*, *27*(2), 549-558. http://dx.doi.org/10.1007/s00198-015-3277-9

Lems, W., Dreinhöfer, K., Bischoff-Ferrari, H., Blauth, M., Czerwinski, E., & da Silva, J. et al. (2016). EULAR/EFORT recommendations for management of patients older than 50 years with a fragility fracture and prevention of subsequent fractures. *Annals Of The Rheumatic Diseases*, *76*(5), 802-810. http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2016-210289

Leib, E., Saag, K., Adachi, J., Geusens, P., Binkley, N., & McCloskey, E. (2011). Official Positions for FRAX® Clinical Regarding Glucocorticoids: The Impact of the Use of Glucocorticoids on the Estimate by FRAX® of the 10 Year Risk of Fracture. *Journal Of Clinical Densitometry*, *14*(3), 212-219. http://dx.doi.org/10.1016/j.jocd.2011.05.014

Lewiecki, E., Cummings, S., & Cosman, F. (2013). Treat-to-target for Osteoporosis: Is Now the Time?. *The Journal Of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *98*(3), 946-953. http://dx.doi.org/10.1210/jc.2012-3680

Lindsay, R. (2001). Risk of New Vertebral Fracture in the Year Following a Fracture. *JAMA*, *285*(3), 320. http://dx.doi.org/10.1001/jama.285.3.320

Lips, P., & van Schoor, N. (2004). Quality of life in patients with osteoporosis. *Osteoporosis International*, *16*(5), 447-455. http://dx.doi.org/10.1007/s00198-004-1762-7

Masud, T., Binkley, N., Boonen, S., & Hannan, M. (2011). Official Positions for FRAX® Clinical Regarding Falls and Frailty: Can Falls and Frailty be Used in FRAX®?. *Journal Of Clinical Densitometry*, *14*(3), 194-204. http://dx.doi.org/10.1016/j.jocd.2011.05.010

McCloskey, E., & Binkley, N. (2011). FRAX® Clinical Task Force of the 2010 Joint International Society for Clinical Densitometry & International Osteoporosis Foundation Position Development Conference. *Journal Of Clinical Densitometry*, *14*(3), 181-183. http://dx.doi.org/10.1016/j.jocd.2011.05.013

McClung, M., Lewiecki, E., Cohen, S., Bolognese, M., Woodson, G., & Moffett, A. (2006). Denosumab in Postmenopausal Women with Low Bone Mineral Density. *New England Journal Of Medicine*, *354*(8), 821-831. http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa044459

Meunier, P., Roux, C., Seeman, E., Ortolani, S., Badurski, J., & Spector, T. (2004). The Effects of Strontium Ranelate on the Risk of Vertebral Fracture in Women with Postmenopausal Osteoporosis. *New England Journal Of Medicine*, *350*(5), 459-468. http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa022436

Mora, S., & Gilsanz, V. (2003). Establishment of peak bone mass. *Endocrinology And Metabolism Clinics Of North America*, *32*(1), 39-63. http://dx.doi.org/10.1016/s0889-8529(02)00058-0

Naves Díaz, M., Bernardino Díaz López, J., GÓmez Alonso, C., Altadill Arregui, A., Rodríguez Rebollar, A., & B. Cannata Andía, J. (2000). Estudio de incidencia de fracturas osteoporóticas en una cohorte mayor de 50 años durante un período de 6 años de seguimiento. *Medicina Clínica*, *115*(17), 650-653. http://dx.doi.org/10.1016/s0025-7753(00)71651-4

Neer, R., Arnaud, C., Zanchetta, J., Prince, R., Gaich, G., & Reginster, J. (2001). Effect of Parathyroid Hormone (1-34) on Fractures and Bone Mineral Density in Postmenopausal Women with Osteoporosis. *New England Journal Of Medicine*, *344*(19), 1434-1441. http://dx.doi.org/10.1056/nejm200105103441904

NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. (2001). Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, *285*(6), 785-795. http://dx.doi.org/10.1001/jama.285.6.785

Nolla, J. (2002). Usefulness of bone densitometry in postmenopausal women with clinically diagnosed vertebral fractures. *Annals Of The Rheumatic Diseases*, *61*(1), 73-75. http://dx.doi.org/10.1136/ard.61.1.73

Osteonecrosis of the Jaw and Bisphosphonates. (2005). *New England Journal Of Medicine*, *353*(1), 99-102. http://dx.doi.org/10.1056/nejm200507073530120

Papaioannou, A., Kennedy, C., Dolovich, L., Lau, E., & Adachi, J. (2007). Patient Adherence to Osteoporosis Medications. *Drugs & Aging*, *24*(1), 37-55. http://dx.doi.org/10.2165/00002512-200724010-00003

Rawadi, G., & Roman-Roman, S. (2005). Wnt signalling pathway: a new target for the treatment of osteoporosis. *Expert Opinion On Therapeutic Targets*, *9*(5), 1063-1077. http://dx.doi.org/10.1517/14728222.9.5.1063

Reginster, J. (2006). Efficacy and tolerability of once-monthly oral ibandronate in postmenopausal osteoporosis: 2 year results from the MOBILE study. *Annals Of The Rheumatic Diseases*, *65*(5), 654-661. http://dx.doi.org/10.1136/ard.2005.044958

Reginster, J., Minne, H., Sorensen, O., Hooper, M., Roux, C., & Brandi, M. (2000). Randomized Trial of the Effects of Risedronate on Vertebral Fractures in Women with Established Postmenopausal Osteoporosis. *Osteoporosis International*, *11*(1), 83-91. http://dx.doi.org/10.1007/s001980050010

Reid, I., Brown, J., Burckhardt, P., Horowitz, Z., Richardson, P., & Trechsel, U. (2002). Intravenous Zoledronic Acid in Postmenopausal Women with Low Bone Mineral Density. *New England Journal Of Medicine*, *346*(9), 653-661. http://dx.doi.org/10.1056/nejmoa011807

Riggs, B., Khosla, S., & Melton, L. (1998). A Unitary Model for Involutional Osteoporosis: Estrogen Deficiency Causes Both Type I and Type II Osteoporosis in Postmenopausal Women and Contributes to Bone Loss in Aging Men. *Journal Of Bone And Mineral Research*, *13*(5), 763-773. http://dx.doi.org/10.1359/jbmr.1998.13.5.763

Sanders, K., Pasco, J., Ugoni, A., Nicholson, G., Seeman, E., & Martin, T. (1998). The Exclusion of High Trauma Fractures May Underestimate the Prevalence of Bone Fragility Fractures in the Community: The Geelong Osteoporosis Study. *Journal Of Bone And Mineral Research*, *13*(8), 1337-1342. http://dx.doi.org/10.1359/jbmr.1998.13.8.1337

Sapir-Koren, R., & Livshits, G. (2014). Osteocyte control of bone remodeling: is sclerostin a key molecular coordinator of the balanced bone resorption–formation cycles?. *Osteoporosis International*, *25*(12), 2685-2700. http://dx.doi.org/10.1007/s00198-014-2808-0

Schousboe, J., Shepherd, J., Bilezikian, J., & Baim, S. (2013). Executive Summary of the 2013 International Society for Clinical Densitometry Position Development Conference on Bone Densitometry. *Journal Of Clinical Densitometry*, *16*(4), 455-466. http://dx.doi.org/10.1016/j.jocd.2013.08.004

Seeman, E., & Delmas, P. (2006). Bone Quality — The Material and Structural Basis of Bone Strength and Fragility. *New England Journal Of Medicine*, *354*(21), 2250-2261. http://dx.doi.org/10.1056/nejmra053077

Seeman, E., Tsalamandris, C., Formica, C., Hopper, J., & McKay, J. (2009). Reduced femoral neck bone density in the daughters of women with hip fractures: The role of low peak bone density in the pathogenesis of osteoporosis. *Journal Of Bone And Mineral Research*, *9*(5), 739-743. http://dx.doi.org/10.1002/jbmr.5650090520

Shepherd, J., Schousboe, J., Broy, S., Engelke, K., & Leslie, W. (2015). Executive Summary of the 2015 ISCD Position Development Conference on Advanced Measures From DXA and QCT: Fracture Prediction Beyond BMD. *Journal Of Clinical Densitometry*, *18*(3), 274-286. http://dx.doi.org/10.1016/j.jocd.2015.06.013

Silverman, S. (2005). Quality-of-life issues in osteoporosis. *Current Rheumatology Reports*, *7*(1), 39-45. http://dx.doi.org/10.1007/s11926-005-0007-x

Silverman, S., Chines, A., Kendler, D., Kung, A., Teglbjærg, C., & Felsenberg, D. (2011). Sustained efficacy and safety of bazedoxifene in preventing fractures in postmenopausal women with osteoporosis: results of a 5-year, randomized, placebo-controlled study. *Osteoporosis International*, *23*(1), 351-363. http://dx.doi.org/10.1007/s00198-011-1691-1

Siris, E., Brenneman, S., Barrett-Connor, E., Miller, P., Sajjan, S., Berger, M., & Chen, Y. (2006). The effect of age and bone mineral density on the absolute, excess, and relative risk of fracture in postmenopausal women aged 50–99: results from the National Osteoporosis Risk Assessment (NORA). *Osteoporosis International*, *17*(4), 565-574. http://dx.doi.org/10.1007/s00198-005-0027-4

Warming, L., Hassager, C., & Christiansen, C. (2002). Changes in Bone Mineral Density with Age in Men and Women: A Longitudinal Study. *Osteoporosis International*, *13*(2), 105-112. http://dx.doi.org/10.1007/s001980200001

Watts, N., Lewiecki, E., Miller, P., & Baim, S. (2008). National Osteoporosis Foundation 2008 Clinician›s Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis and the World Health Organization Fracture Risk Assessment Tool (FRAX): What They Mean to the Bone Densitometrist and Bone Technologist. *Journal Of Clinical Densitometry*, *11*(4), 473-477. http://dx.doi.org/10.1016/j.jocd.2008.04.003

AUTORS

ANTONI JUAN MAS

Palma (1969). Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona l'any 1993. Especialista en Reumatologia a l'Hospital de Bellvitge (Barcelona) l'any 1998. Màster Universitari en Bioètica per la UNED (2001-2003). Màster Universitari en Direcció Mèdica i Gestió Clínica per la UNED (2006-2008). Doctor en Ciències Biosociosanitàries per la Universitat de les Illes Balears (UIB) l'any 2016. Cap de la Unitat de Reumatologia de l'Hospital Universitari Son Llàtzer. Professor associat al grau de Fisioteràpia de la UIB.

MÒNICA IBÁÑEZ BARCELÓ

Barcelona (1975). Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona l'any 2000. Especialista en Reumatologia a l'Hospital Universitari de La Princesa (Madrid) l'any 2006. Va llegir la suficiència investigadora a la Universitat Complutense de Madrid l'any 2006. Des de l'any 2006 fins a l'actualitat treballa al Departament de Reumatologia de l'Hospital Universitari Son Llàtzer. Ha realitzat estades al Departament de Radiologia de l'Hospital Maimonides de Nova York (2004), al Departament de Reumatologia Pediàtrica del Hospital for Special Surgery de Nova York (2006) i al Departament de Reumatologia del University College de Londres (2015). Ha participat en diversos estudis realitzats per la Societat Espanyola de Reumatologia.

CATALINA MELIÀ MESQUIDA

Porreres (1993). Graduada en Bioquímica per la Universitat de les Illes Balears (UIB) l'any 2015. Gestora de dades clíniques del Servei de Reumatologia de l'Hospital Universitari Son Llàtzer. Participació i coordinació d'assaigs clínics. Elaboració de bases de dades de diferents malalties reumatològiques com l'artritis reumatoide, l'espondilitis anquilosant, l'artritis psoriàsica i altres malalties autoimmunitàries sistèmiques.

INMACULADA ROS VILAMAJÓ

Alguaire, Lleida (1968). Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Facultat de Medicina de Lleida (1993). Especialista en Reumatologia a l'Hospital Clínic i Provincial de Barcelona des de 2000. Cursos de doctorat del Programa de Biopatologia en Medicina de la Facultat

de Medicina de la Universitat de Barcelona (2000-2001). Màster Universitari en Direcció i Gestió Clínica per la UNED (2006-2008). Màster en Reumatologia per la UOC (2006-2007) i en Espondiloartropaties per la UEM (2014). Vocal de la Societat Espanyola de Metabolisme Ossi i Mineral (SEIOMM) (2008-2012). Ha treballat com a reumatòloga a Mataró, Granollers, Figueres i des de 2002 a l'Hospital Universitari Son Llàtzer de Palma. Actualment i des de desembre de 2015 treballa com a subdirectora mèdica a l'Hospital Universitari Son Llàtzer.

ELIDE TONIOLO

Marostica, Itàlia (1983). Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Pàdua, Itàlia (2009). Especialista en Reumatologia a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (2015). Formació específica en Esclerosi Sistèmica i Capil·laroscòpia Periunguial a l'Hospital Cochin de París, França (2015). Reumatòloga a l'Hospital Universitari Son Llàtzer amb gabinet d'ecografia musculoesquelètica i capil·laroscòpia (2015-actualitat). Responsable de la consulta conjunta d'artritis psoriàsica amb Dermatologia. Coautora d'estudis publicats sobre capil·lariscòpia i ecografia musculoesquelètica. Investigadora principal i col·laboradora de diversos estudis realitzats per la Societat Espanyola de Reumatologia. Membre de la SER, SCR, EMEUNET.

ANA PAULA CACHEDA

Buenos Aires (1981). Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Facultat de Medicina de la Universitat de Buenos Aires l'any 2008. Especialista en Reumatologia per l'Hospital Universitari del Mar (Barcelona) l'any 2013. Posteriorment ha realitzat formació en Reumatologia Pediàtrica a l'Hospital Universitari Meyer (Florència). L'any 2014 va treballar a l'Hospital de Manacor i l'any 2015 a la Clínica Juaneda. Des de l'any 2016 fins a l'actualitat treballa al Departament de Reumatologia de l'Hospital Universitari Son Llàtzer. Des que va acabar l'especialització en Reumatologia ha realitzat diversos cursos d'actualització i formació, certificats per les societats Espanyola i Europea de Reumatologia, entre altres. Recentment ha acabat la formació en Ecografia Musculoesquelètica per la Societat Espanyola de Reumatologia.

EXERCICI FÍSIC I PERSONES MAJORS: RESULTATS PRELIMINARS DE LA NOSTRA EXPERIÈNCIA A EIVISSA

Exercici físic i persones majors: Resultats preliminars de la nostra experiència a Eivissa

Maria José Torres Planells

Resum

La literatura científica avala que la pràctica d'exercici físic en les persones majors pot suposar uns grans beneficis, tant en el seu vessant fisicofuncional, com en l'emocional i en el social. D'aquí que les polítiques de promoció de la salut pública vagin enfocades a incentivar la seua pràctica en aquest període vital.

El nostre objectiu s'ha centrat a exposar els primers resultats obtenguts en un grup de majors practicants de l'illa d'Eivissa, amb la finalitat d'anar plantejant progressivament un protocol per al bon seguiment i control dels programes d'exercici físic oferts pels centres relacionats amb les persones majors de la resta de l'illa.

En aquesta primera aproximació hem pretès conèixer de primera mà les motivacions (tant inicials com de manteniment), així com el coneixement que tenen sobre les bondats derivades de la pràctica contínua d'exercici físic i la seua percepció sobre els efectes reals de practicar-ne entre les mateixes persones majors.

L'anàlisi qualitativa de tota aquesta informació obtenguda dels mateixos majors resultarà de gran interès per posteriorment poder dissenyar, elaborar i implementar programes d'exercici físic de forma més ajustada a les persones majors eivissenques i de manera més emmarcada a la seua realitat psicosocial.

Resumen

La literatura científica avala que la práctica de ejercicio físico en las personas mayores puede suponer unos grandes beneficios, tanto en su vertiente físico-funcional, en la emocional así como en la social. De ahí, que las políticas de promoción de la salud pública vayan enfocadas a incentivar su práctica en este periodo vital.

Nuestro objetivo se ha centrado en exponer los primeros resultados obtenidos en un grupo de mayores practicantes de la isla de Ibiza, con el fin de ir progresivamente planteando un protocolo para el buen seguimiento y control de los programas de ejercicio físico ofrecidos por los centros relacionados con las personas mayores del resto de la isla.

En esta primera aproximación hemos pretendido conocer de primera mano las motivaciones (tanto iniciales como de mantenimiento), así como el conocimiento que tienen sobre las bondades derivadas de la práctica continuada de ejercicio físico y su percepción sobre los efectos reales de su práctica entre las propias personas mayores.

El análisis cualitativo de toda esta información obtenida de los propios mayores resultará de gran interés para posteriormente poder diseñar, elaborar e implementar programas de ejercicio físico de forma más ajustada a las personas mayores ibicencas y más enmarcadas a su realidad psicosocial.

1. Introducció

En la societat actual la millora de les condicions de vida de la població (atenció sanitària, millora de l'alimentació, polítiques de regulació del treball, etc.), la industrialització que ha implicat la substitució dels esforços més agressius i vigorosos realitzats a càrrec dels treballadors per màquines, el gaudi d'un major període de temps d'oci i d'esplai personal, etc. són elements que estan incidint en una major esperança de vida de la nostra població.

Una major esperança de vida, una baixa taxa de natalitat i els moviments migratoris en la nostra societat actual estan implicant profunds canvis socials, polítics i econòmics.

El procés d'envelliment de les persones suposa una pèrdua individualitzada de les capacitats funcionals. No totes les persones ho fan en el mateix moment ni de la mateixa manera. Però en tots els casos, en el procés d'envelliment es dóna un descens de la funció neuromuscular i del seu resultat, ja que es produeix una desmineralització de les estructures òssies i una pèrdua de massa muscular (sarcopènia) que impliquen especialment la força i la potència muscular. A més, el sistema nerviós somatosensorial i motor es deteriora, amb la qual cosa la capacitat de donar respostes adaptatives dels majors minora, els seus moviments s'alenteixen, s'incrementa la prevalença de les temudes caigudes i, en molts casos, van perdent la capacitat de dur a terme les tasques domèstiques i/o d'autocura. Totes aquestes pèrdues o limitacions en les seues funcions suposa per a les persones majors un descens d'autonomia personal i, inclusivament, de qualitat de vida. És més, fins i tot en moltes ocasions les seues limitacions de mobilitat i de desplaçaments també acaben afectant les seues relacions familiars i socials, plantejant-los una reducció de les seues interrelacions amb els seus iguals, vesins, familiars propers, etc.

A Espanya es varen registrar 8.573.985 persones d'igual o majors de 65 anys (2015) segons el Padró continu d'habitants, mentre que a les Illes Balears segons l'Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT) ho varen fer 166.592 persones a la mateixa franja d'edat (15,08 % del total de la població). A Balears s'ha registrat una taxa d'envelliment menor al de la mitjana estatal, només per darrere de les Illes Canàries i Múrcia (Lluch, 2016).

En el cas particular de l'illa d'Eivissa aquesta taxa d'envelliment és la menor (11,75 %) de tot l'arxipèlag Balear (Lluch, 2016), on es comptabilitzen 16.561 persones d'igual o majors

de 65 anys (2015) davant un total de 140.964 persones segons l'Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT).

L'illa d'Eivissa té cinc termes municipals: Eivissa, Sant Antoni de Portmany, Santa Eulària des Riu, Sant Josep de sa Talaia i Sant Joan de Labritja. En cadascun d'aquestos municipis hi ha clubs parroquials que agrupen la gent gran amb un total de 17 associacions, en els quals poden inscriure's els residents de cada municipi. Aquestos clubs estan reagrupats en una única federació: la Federació Pitiüsa d'Associacions de Majors.

Quant a l'illa d'Eivissa, en la majoria d'aquestos clubs parroquials s'han promogut des de fa anys activitats de gimnàstica, plantejades des d'un enfocament lúdic o recreatiu. És un fet evident la participació de totes les associacions en esdeveniments organitzats en poliesportius amb finalitats benèfiques i/o socials. Les activitats de gimnàstica (i sobretot la gimnàstica de caràcter rítmic) tenen un gran arrelament en la població major a l'illa d'Eivissa, tal com ho testifiquen les activitats proposades per les associacions de majors de cada centre parroquial. Fins i tot un dels grups practicants va participar al programa *Tienes talento* de Telecinco.

Just a la meua tornada a l'illa, va ser el moment en el qual em vaig plantejar una aproximació de com experimentaven les persones majors aquest tipus d'activitats, quins motius tenien per realitzar-les i quins beneficis buscaven per començar a dissenyar protocols d'actuació adaptats a la població eivissenca.

Una de les meues grans preocupacions a l'hora de treballar a l'illa ha estat que no hi havia cap tipus d'avaluació ni de control medicoesportiu dels participants que s'iniciaven o que es mantenien en la seua pràctica, la qual cosa feia molt difícil prevenir i fins i tot minimitzar riscos en no conèixer l'estat de condició física d'aquest col·lectiu tan heterogeni. Vaig intentar almenys dur a terme una avaluació inicial dels practicants majors, però els meus esforços varen resultar infructuosos.

I una altra de les circumstàncies amb les quals em vaig trobar va ser que els majors no eren conscients ni dels beneficis que podien obtenir de la pràctica d'exercici físic, ni de les contraindicacions o els riscos que podien suposar-los alguns tipus d'activitats físiques. Amb el propòsit de pal·liar aquesta situació i oferir més cultura esportiva a les persones majors d'Eivissa vaig dur a terme onze sessions formatives als diferents municipis d'aquesta illa i a la de Formentera.

Fruit de sis anys d'intens treball he aconseguit consolidar cinc grups de treball en diferents municipis (Vila, Santa Eulària des Riu i Sant Joan de Labritja), necessitant a tot moment explorar més sobre la realitat eivissenca per poder adequar cada vegada amb major ajust els programes als seus destinataris.

En l'actualitat es fa de vital necessitat plantejar un model d'envelliment actiu perquè els nostres majors desenvolupin el seu potencial de benestar físic, social i mental al llarg de tot el seu cicle vital i puguin participar en la societat d'acord amb les seues necessitats, desitjos i capacitats. Ja no val "viure més anys" sinó fer-ho "amb la major qualitat de vida" possible. Un programa d'exercici físic ben planificat permet als majors desenvolupar el seu màxim potencial físic, així com incrementar la seua salut física i mental, la qual cosa atenua i retarda les conseqüències negatives de l'edat (Blain, Vuillemin, Blain i Jeandel, 2000; Bréchat, Lonsdorfer, Berthel i Bertrand, 2006). És molt important per a les diferents institucions relacionades amb la salut pública que la població en general i especialment els majors vencin d'aquesta manera el sedentarisme tan característic d'aquesta edat (Owen i Bauman, 1992; Capdevila, Niñerola i Pintanel, 2004).

La literatura científica avala els beneficis de la pràctica d'exercici físic entre les persones majors com a element que: reforça el sistema immune (Senchina i Kohut, 2008; Nieman, 2007); prevé davant malalties cardiovasculars en general (Audelin, Savage i Ades, 2008; Manson, Greenland, LaCroix, Stefanick, Mouton, Oberman et al., 2002; Thompson, Buchner, Pinya, Balalady, Williams, Bess et al., 2003); afavoreix l'enfortiment muscular (Hunter, McCarthy i Bamman, 2004; Blain et al., 2000); redueix la pèrdua mineral òssia (Karinkanta, Heinonen, Sievänen, Uusi-Rasi, Fogelhol i Kannus, 2008; Siegrist, 2008); redueix el dolor musculoesquelètic associat a l'envelliment (Bruce, Fries i Lubeck, 2007); prevé el risc de sofrir fractures (Park, Muto i Park, 2002; Ytinger, 2003; Moayyeri, 2008); retarda la resistència a la insulina associada amb l'envelliment, reduint així mateix la incidència d'obesitat i diabetis tipus II (Demakakos, Hamer, Stamatakis i Steptoe, 2010; Hakkinen, Kukka, Onatsu, Jarvenpaa, Heinonen, Kyrolinen et al., 2008; Hughes, Frontera, Roubenoff, Evans i Singh, 2002; Ryan, 2000; Kirk, Mutrie, McIntyre i Fisher, 2003); incrementa i conserva la funció cognitiva (Liu-Ambrose i Donaldsonm, 2009; Angevaren, Aufdemkampe, Verhaar, Aleman i Vanhees, 2008; Brisswalter, Collardeau i René, 2002); disminueix la prevalença de la depressió, l'ansietat i altres malalties mentals (Hill, Smith, Fearn, Rydberg i Oliphant, 2007; Guszkowska, 2004; McAuley, Marquez, Jerome, Blissmer i Katula, 2002); protegeix enfront del risc de desenvolupar demència o Alzheimer (Lautenschlager, Coix, Flicker, Foster, van Bockxmeer, Xiao et al., 2008; Larson, Wang, Bowen, McCormick, Teri, Crane et al., 2006; Vogel, Brechat, Leprêtre, Kaltenbach, Berthel i Lonsdorfer, 2009), i afavoreix la cohesió i la integració social de la persona major (Estabrooks i Carron, 1999; McIntyre, Watson i Cunningham, 1990; Diognini, 2007; Turner, Rejeski i Brawley, 1997), entre altres nombrosos beneficis.

2. Objectius

- Conèixer els resultats preliminars de la primera consulta directa a un grup de persones majors de la Llar Eivissa sobre les seues motivacions (inicials i de manteniment), coneixements dels seus beneficis i experiències davant la pràctica d'exercici físic,

amb l'objecte d'identificar i analitzar elements facilitadors que han de ser considerats a l'hora de dissenyar, elaborar i avaluar els programes d'exercici físic específics destinats a aquesta població a Eivissa.

3. Mètode

3.1. Participants

En el si de la directiva de la Llar Eivissa hi ha una gran sensibilitat i intenció d'acostar l'exercici físic entre les persones majors més longeves, amb una major limitació de les seues funcions i fins i tot amb persones amb restricció de mobilitat i que requereixen un seguiment més individualitzat.

El mes de març de 2017 es va plantejar, entre altres iniciatives que promou la Llar Eivissa, l'inici d'un programa denominat: "Exercici físic, salut i autonomia personal", que té una limitació d'aforament de vint persones a causa de les característiques i les necessitats individuals d'aquestos participants. Amb el propòsit de seleccionar les persones candidates destinatàries d'aquest nou programa d'exercici físic, es varen dur a terme tres setmanes de prova en què les persones majors que així ho varen voler varen poder venir a provar la nova activitat. D'una banda, resultava necessari aquest període de temps perquè els i les participants constatassin que els objectius i els continguts del programa eren del seu grat i que comprovassin en pròpia persona la seua idoneïtat o no; i, d'altra banda, el tècnic també havia d'avaluar les persones assistents i seleccionar les que més s'adequaven al programa d'exercici físic específic i més podien beneficiar-se dels seus efectes.

Durant aquestes tres setmanes, finalment es varen registrar especialment els mals i les limitacions particulars de seixanta-tres practicants. Finalment, tenint en compte la variable edat, l'historial mèdic bàsic i a partir d'alguns criteris tecnicoesportius (proves físiques funcionals, nivell de condició física, nivell coordinatiu, capacitat d'equilibri i nivell d'experiència prèvia) es va dur a terme un procés de selecció de vint persones (N=20).

Les persones participants d'aquesta recerca preliminar varen ser vint practicants majors, de les quals el 95 % eren dones (n=19) i només el 5 % homes (n=1). El rang d'edat del grup estava comprès entre 63 i 83 anys ($\overline{X}$ = 77,2 anys; DT= 5,7 anys).

3.2. Variables i instruments de mesura

Amb l'objecte de conèixer els elements facilitadors que afavoreixen les conductes de motivació i d'adherència cap a l'inici i el manteniment de les conductes actives dels majors, es va elaborar una enquesta per a aquesta recerca que va ser resposta per les

persones majors (vegeu Annex 1). A la següent taula es resumeixen les quatre variables seleccionades i els ítems que es varen formular perquè es poguessin conèixer en interrogar els majors sobre aquesta variable:

Taula 1 | *Variables i ítems formulats*

Variables seleccionades i formulació de les preguntes obertes
+ *Motivació inicial dels majors* Per què us varen interessar en un primer moment aquestes classes? Què us va fer venir a provar el primer dia?
+ *Coneixements sobre els beneficis de l'exercici físic* Per què creis que us pot ajudar l'exercici físic en el vostre cas particular? De quina manera?
+ *Efectes percebuts després de la pràctica d'exercici físic* Heu notat alguna millora des que veniu a aquestes classes?
+ *Motivació de manteniment dels majors* Creis que continuareu el curs que ve? En cas afirmatiu, què us mou a tornar a reprendre aquestes classes?

Amb les respostes aportades per aquest grup de majors practicants d'exercici físic es va realitzar una anàlisi de contingut pel mètode de "consens interjutges" (Glaser i Strauss, 1967; López-Aranguren, 2001; Glaser i Strauss, 2009). L'anàlisi de contingut de les respostes obtengudes es va realitzar identificant les unitats de contingut i desglossant la resposta oferta per l'interlocutor en tants ítems com unitats de contingut tenia la seua resposta.

3.3. Procediment

A causa que la gran majoria dels practicants majors tenen una edat avançada, molts d'ells presentaven dificultats per emplenar l'enquesta ja que no tenien estudis acadèmics. Alguns varen fer saber que no sabien ni llegir ni escriure, o que ho feien d'una forma molt bàsica. Amb la qual cosa, a les persones que varen voler se'ls va lliurar l'enquesta en format paper perquè ells de manera autònoma la responguessin, i a la resta, que va ser la gran majoria, se'ls va prestar ajuda per emplenar-la. Al grup de majors que varen considerar que necessitaven ser ajudats, se'ls va convocar al llarg de tres sessions de forma organitzada i amb antelació per poder registrar les seues respostes.

S'ha estat molt conscient que amb la mera presència i la presa de nota de les seues respostes per part del tècnic, ja pot suposar un element que esbiaixi o afavoreixi la desitjabilitat social en les contestacions de les persones enquestades; no obstant això, també s'ha de destacar que amb aquest col·lectiu ens hem assegurat que han entès bé les qüestions plantejades.

4. Resultats i discussió

Després d'analitzar les respostes ofertes pel mateix grup de majors de la Llar Eivissa, s'han organitzat les seues contestacions de major a menor freqüència en les quatre variables assenyalades (vegeu taules 2, 3, 4, i 5).

Una circumstància que s'ha de destacar des del punt de vista general quant a les respostes dels majors és que s'ha observat en ocasions un nivell baix en la seua capacitat d'expressió, abusant en ocasions de les generalitzacions ("En tot", "Sí, molt", etc.) i la dificultat o la manca d'alguns majors a l'hora trobar paraules o termes específics per respondre.

4.1. Motivació inicial

Taula 2 | *Respostes obtengudes del grup de majors sobre la variable motivació inicial*

MOTIVACIÓ INICIAL Per què us va interessar en un primer moment aquest curs? Què us va fer venir a provar?	
M'ho varen recomanar les meues amistats	6
Per moure'm	6
M'agrada la gimnàstica	5
Experiència prèvia. Port temps practicant	4
Em trob millor quan em moc	4
Per provar	4
M'ho va recomanar el metge	3
Per sortir de casa	2
Per millorar la salut	2
Per mantenir-me entretengut/uda	2
Perquè no som caminador/a	1
Per cuidar l'esquena	1
Portava temps sense fer esport	1
Per superar depressió	1
Per estar amb més gent	1
Per guanyar mobilitat	1
Equilibri i estabilitat corporal	1
Per als ossos	1
Em diverteix	1

En un primer moment sembla que el que ha motivat principalment aquest grup de majors de la Llar Eivissa ha estat la necessitat i/o el gust pel moviment (i especialment "la gimnàstica"), resultant aquestes classes una alternativa a les típiques caminades o passejos. En segon

lloc, s'agrupen els ítems que estan relacionats amb la salut, en què destaca la recomanació del metge, la seua cerca per la salut i especialment la salut física (cuidar l'esquena, els ossos, guanyar mobilitat i equilibri, etc.) com a elements que motiven a practicar exercici físic. En tercer lloc, s'ha de destacar l'experiència prèvia de la pràctica i la vivència de sensacions positives quan ha practicat exercici físic i consegüentment s'ha trobat millor com un dels motius que empenyen els majors a realitzar exercici físic. En quart lloc, un altre element a considerar són els beneficis psicosocials derivats de la pràctica d'exercici físic com: per sortir de casa, estar amb més gent, mantenir-me entretingut/uda, divertir-me i en algun cas superar fins i tot una depressió. En cinquè lloc, es troben les opinions i les recomanacions d'altres persones (majoritàriament els seus iguals) com a elements que inciten a practicar exercici.

Una idea molt acceptada socialment i que tenen els majors molt arrelada és que fer "exercici físic és bo", la qual cosa expliquen els dos primers blocs de respostes més freqüents. En moltes ocasions i sense saber-ho, ho relacionen directament amb la salut física i la seua capacitat funcional ("encara em puc manejar"- subjecte núm. 8). La pràctica d'exercici físic té efectes beneficiosos en la majoria de les funcions orgàniques de l'adult major, contribuint a millorar la seua funcionalitat, la qual cosa és sinònim de millor salut, millor resposta adaptativa i major resistència davant la malaltia (Castillo-Garzón, Ortega i Gutiérrez, 2006). Des d'una visió general i no específica de l'àmbit esportiu, segons Azpiazu, Cruz, Villagrasa, Abanades, García y Alvear (2002), la salut mental i la capacitat funcional són els factors que més influeixen en la percepció de l'estat de salut i la qualitat de vida de les persones majors. Qüestió que és important considerar a l'hora de plantejar un programa i les classes d'exercici físic per als majors.

Comparant els resultats obtenguts en la recerca de Gill i Overdof (1994), els incentius entre diferents grups d'edat de dones varien. En el cas de les dones majors han d'emfasitzar-se els beneficis físics i mentals derivats de la pràctica d'exercici físic, permetent la interacció social, la reducció de l'estrès i la promoció d'experiències de millora personal, en la línia dels resultats obtenguts en el present estudi preliminar.

4.2. Coneixement sobre els beneficis de l'exercici físic

Taula 3 | *Respostes obtengudes del grup de majors sobre la variable coneixement dels beneficis de l'exercici físic*

CONEIXEMENTS DELS BENEFICIS DE L'EXERCICI FÍSIC Per què creis que us pot ajudar l'exercici físic en el vostre cas particular?	
Per moure els ossos	4
Per millorar la salut	4
M'ajuda a moure'm millor	3
Per fer exercici físic	2

Per relaxar-me i desconnectar dels problemes	2
Millora de la mobilitat i flex. articulacions	2
Millor ànim	2
Per estar més àgil	2
En tot	2
Millorar les cames	2
A pujar i baixar escales millor	1
Em sent més fort/a	1
Activar la ment	1
Per estar amb les meues amistats	1
Guanyar concentració i memòria	1
Millorar la circulació sanguínia	1
Per divertir-me	1
Per entretenir-me	1
Per millorar esquena, espatlles i braços	1
Millora de l'equilibri	1
Físicament en tot	1
Ajuda a minimitzar el dolor	1

El col·lectiu de practicants de la Llar Eivissa ha destacat com a beneficis derivats de la pràctica d'exercici físic la millora de la salut en general, fent poca precisió en els sistemes que sofreixen aquestes millores. El que més destaquen és el sistema esquelètic, i en cap cas no fan esment a termes populars com osteoporosi, fractures, etc. En menor mesura han descrit la millora de la mobilitat i la flexibilitat, la millora del sistema circulatori, la millora de l'equilibri i la millora de la concentració i la memòria. En segon lloc, subratllen aspectes relacionats amb l'autonomia funcional com "m'ajuda a moure'm millor". Plantegen exemples molt concrets de la vida diària com pujar i baixar escales, i millorar tant la mobilitat del tren superior (esquena) o tren inferior. També destaquen que la pràctica d'exercici físic els ofereix una major percepció física: els ajuda a moure's millor, se senten més àgils i més forts. En tercer lloc, també posen en relleu els beneficis emocionals i cognitius com millorar l'ànim, per relaxar-se i desconnectar dels problemes, activar la ment i per entretenir-se. En quart lloc destaquen els beneficis a l'àrea social com estar amb les seues amistats i divertir-se.

A la llum dels resultats, és evident que moltes vegades les persones majors tenen manca o una idea molt general i inexacta del seu coneixement sobre els beneficis de l'exercici físic. S'ha de ser molt conscients que aquest col·lectiu no ha cursat cap assignatura anomenada *educació física* o similar, i que per tant els coneixements que puguin tenir moltes vegades vénen derivats de la seua pròpia experiència tant pràctica com teòrica (si han practicat amb anterioritat, informació aportada pels metges o mitjans de comunicació, etc.). Per aquesta qüestió i vist que després de les primeres xerrades informatives que vaig dur a terme sobre

les bondats de l'exercici físic a l'illa d'Eivissa, on alguns assistents majors varen arribar a associar les classes d'aquestos programes amb els entrenaments del "servei militar" i em feien arribar la idea que no aconseguien entendre que tipus d'activitats es realitzaven en aquestes classes, etc., em varen fer replantejar la divulgació d'aquestos programes d'exercici físic. Després d'aquestes primeres experiències es va tenir la necessitat de promocionar els beneficis de l'exercici físic de forma més bàsica, mostrant d'una manera més visual aquestes classes pels diferents municipis de l'illa. Per a això es varen replantejar nous formats de xerrades informatives, en què les explicacions havien de donar-se "al nivell" dels majors, de forma molt visual, amb molts exemples de beneficis, de forma més interactiva i amb un llenguatge senzill i familiar. És important millorar la cultura esportiva dels nostres majors, ja que realment és complicat que les nostres generacions de majors actuals la puguin obtenir de forma autònoma.

4.3. Efectes percebuts després de la pràctica d'exercici físic

Taula 4 | *Respostes obtengudes del grup de majors sobre la variable efectes percebuts*

MOTIVACIÓ INICIAL Per què us va interessar en un primer moment aquest curs? Què us va fer venir a provar?	
Sí (bastant, molt)	7
Em trob millor	4
Tenc més energia i motivació	2
Em sent més àgil	2
Millor ànim	2
Millor capacitat funcional (caminar, etc.)	2
Millor moviment dels braços	2
Millora de l'esquena	2
En tot	2
Satisfacció	1
Puc girar més el coll	1
Alleujament del dolor	1
Major mobilitat articular	1
No tant, però no he anat a pitjor	1
Vàlvula de fuita	1

La gran majoria del grup de practicants de la Llar Eivissa percep que des que practica exercici físic ha obtengut millorança, encara que les seues respostes solen ser bastant escarides i poc descriptives (molt, bastant, etc.). Alguns majors indiquen directament que es troben millor, però sense detallar en què es troben millor. Només en un cas no arriba a percebre tal millorança però sí destaca que no s'ha trobat pitjor després del període de pràctica. En segon

lloc, destaquen les millores físiques que han experimentat com: millor capacitat funcional; millor moviment dels braços, de l'esquena, etc.; major sensació d'agilitat; menor dolor; etc. I en tercer lloc, els majors també han percebut millores emocionalment com "tenc més ànim", major nivell d'energia i motivació, major satisfacció i la tinença d'una vàlvula de fuita.

S'ha de destacar que les millores físiques i funcionals també reverteixen en la millora de les sensacions anímiques i de benestar. Quan els majors lluiten per aconseguir autonomia són capaços de crear un significat per a la seua vida que alimenta el benestar subjectiu (Cabanillas, Barcina, de la Clau i Aznar, 2011), la qual cosa podria explicar l'alta freqüència dels efectes també psicològics.

Altres treballs internacionals com el de Barris, Borges i Cardoso (2003) i Vélez, Alban, Reina, Idarraga i Gensini (2008) així com nacionals com el de Sánchez (2002) també varen consultar sobre els efectes percebuts de l'exercici físic per les persones majors. En totes les recerques els efectes percebuts pels majors destaquen el caràcter multifactorial, en la mateixa línia que en el nostre estudi. Encara que en el nostre cas s'ha d'indicar que l'àrea social és la menys representativa i curiosament una de les motivacions que inciten a la pràctica és la interrelació personal.

4.4. Motivació de manteniment

Taula 5 | *Respostes obtengudes del grup de majors sobre la variable motivació de manteniment*

MOTIVACIÓ INICIAL Per què us va interessar en un primer moment aquest curs? Què us va fer venir a provar?	
Sentir-me bé	10
Professorat	4
Millorar la salut	3
Per sortir de casa i estar amb més gent	2
Sí	2
Em diverteix	2
Tenc més amistats ara	1
Ens distreim	1
Per evitar la soledat	1
Classes amenes	1
Pel grup integrat	1
Per millorar l'ànim	1
Per millorar la salut física i mental	1
Per millorar les cames	1
Les ganes de fer exercici	1

El grup de la Llar Eivissa considera que el que motiva a continuar practicant exercici físic per al curs que ve és "sentir-se bé". Aquest motiu es relaciona directament amb la salut percebuda, un concepte que ha de ser considerat per mantenir l'adherència cap als programes d'exercici físic per a persones majors. En segon lloc els mateixos majors destaquen factors que han de ser considerats a l'hora de dissenyar, elaborar i implantar un programa d'exercici físic, especialment el del professorat, i que el grup resulti integrat i les classes resultin amenes als majors, etc. En tercer lloc, destaquen els beneficis emocionals (diversió, major ànim, ganes de practicar, distracció, salut, etc.) que han experimentat com a element motivador per continuar la pràctica d'exercici físic. I com a quart factor subratllen les millores funcionals i físiques (millora de la salut integral, millorar salut física, millora de les cames, etc.). I com a cinquè factor motivador per continuar la pràctica, els majors posen en relleu els beneficis de relació o socials (per sortir de casa i estar amb més gent, evitant així la soledat i incrementar el seu cercle social).

Diognigi (2007) va realitzar un estudi qualitatiu en el qual consultava les persones majors sobre les seues sensacions després de la implementació d'un programa d'exercici físic. Per a tots els consultats, aquest programa va suposar una millora significativa del seu sentiment de benestar personal. En el treball de Diognigi (2007) la clau aportada pels majors resideix en el sentiment d'autoeficàcia que havien percebut i en l'increment de les seues relacions socials. En el nostre estudi la resposta amb major freqüència ha resultat ser "sentir-me bé" i a més s'han equilibrat les freqüències de les respostes de caràcter fisicofuncional, emocional i social pel que fa a la motivació inicial, que fonamentalment es basa en la fisicofuncional.

5. Conclusions

És molt important conèixer amb profunditat la població destinatària dels programes d'exercici físic i contextualitzar-la en la seua cultura i situació geogràfica, ja que aquesta acció pot fer tenir una incidència directa a l'hora de dissenyar, elaborar i implementar un programa d'exercici físic adaptat a una població de majors. S'ha pogut observar que aquestos resultats preliminars estan sent molt conseqüents amb els exposats en la literatura científica.

A la vista dels resultats, és important no només incidir en els objectius recreacionals dels programes d'exercici físic, ja que tal com argumenten les diferents recerques exposades, els programes d'exercici poden també ser un element que promociona la salut integral dels majors. Per tant, especialment des de les entitats públiques és necessari ampliar les expectatives sobre els beneficis de l'exercici físic practicat pels majors i canviar de model de promoció de l'exercici físic cap a les persones de major edat, del model tradicional d'exercici físic orientat a la recreació-esplai cap a un model més orientat a la salut,

a l'autonomia personal i a la qualitat de vida. Es requereix, per tant, optimitzar el disseny dels programes d'exercici físic per implicar més millores en la salut integral dels practicants majors i que "s'armin" socialment contra el sedentarisme tan popular en aquest col·lectiu.

6. Limitacions i noves perspectives

En un primer lloc, s'ha de destacar que el nombre de participants amb la qual hem iniciat aquest treball és molt limitat (N=20), queda encara un llarg camí per recórrer, per la qual cosa en aquestos moments només pretenem mostrar uns resultats preliminars d'aquest petit grup de la Llar Eivissa, i que progressivament volem fer extensible a tota la població eivissenca. Per al curs esportiu que ve, també es vol seguir analitzant altres aspectes com barreres que dificulten l'adherència a l'exercici físic, realitzar accions que afavoreixin el coneixement dels beneficis derivats de la seua pràctica, incidir en aspectes de planificació o programació de les classes per afavorir conductes d'adherència entre el grup de majors, etc.

Un altre punt a destacar és la conveniència de treballar des de la pràctica de l'exercici físic cap a la cerca d'autonomia personal i la millora de la qualitat de vida dels majors, tal com assenyalen les recerques consultades i fins i tot coincidint amb la direcció traçada per l'equip de treball de la Llar Eivissa (Tur, Serapio, Muñoz, Rivero i Marí, 2014). Per això es fa imperiosa la labor de millorar el disseny, l'elaboració i la implementació dels programes d'exercici físic tenint en compte aquesta necessitat psicosocial de les persones majors, especialment les d'edat més avançada.

Agraïments

A Josefa Marí per tot el seu suport i confiança en aquest nou repte
A Paula Muñoz per tota la seua ajuda tècnica i dedicació
Gràcies a tot l'equip de la Llar Eivissa

Annex I

Le agradeceríamos que nos dedicaran unos minutos de su tiempo, pues su testimonio nos ayudara a conocer cuales son las claves para que a las personas mayores les guste y practiquen una actividad física dirigida beneficiosa para su salud. Sus palabras nos resultarán de gran interés y muy enriquecedoras para un futuro, por lo que rogaríamos que por favor nos escriban aquellos pensamientos que primero le vienen a la mente, sin pensar demasiado, aunque les parezca una obviedad o algo que no es muy interesante.

Su experiencia es muy importante para nosotros, para seguir mejorando cada día y acercar el ejercicio físico entre la población de mayores.

Gracias por su disposición y ayuda.

Actividad: ..... Fecha: .....

Sexo: Masculino/ Femenino ..... Edad: .....

1.- ¿Por qué le interesó en un primer momento estas clases? ¿Qué le hizo venir a probar el primer día?

2.- ¿Por qué cree que le puede ayudar el ejercicio físico en su caso particular? ¿De qué manera?

3.- ¿Ha notado alguna mejora desde que viene a estas clases?

4.- ¿Cree que va a continuar el curso que viene? En caso afirmativo, ¿qué le mueve a volver a retomar estas clases?

Referències bibliogràfiques

Angevaren, M., Aufdemkampe, G., Verhaar, H.J., Aleman, A. i Vanhees, L. (2008). Physical activity and enhanced fitness to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev.* 16,(2):CD005.

Audelin, M.C., Savage, P.D. i Ades, P.A. (2008). Exercise-Based Cardiac Rehabilitation for Very Old Patients (>75 Years) Focus on physical function. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention*, 28:163–173.

Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, JR., Abanades, J.C., García, N. i Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala calidad de vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, *76*(6), 683-699.

Barrios, R., Borges, R. i Cardoso, L.C. (2003). Beneficios percibidos por adultos mayores incorporados al ejercicio. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *19*(2).

Blain, H., Vuillemin, A., Blain, A. i Jeandel, C. (2000). The preventive effects of physical activity in the elderly. *Presse Medicale,* 24, 29(22):1240-1248.

Bréchat, P.H., Lonsdorfer, J., Berthel, M. i Bertrand, D.(2006). Subsidising exercise in elderly people. *Lancet*, 367: 1055–1056.

Bruce, B., Fries, J.F. i Lubeck, D.P. (2007). Aerobic exercise and its impact on musculoskelyal pain in older adults: a 14 year prospective, longitudinal study. *Arthritis Research y Therapy*, 7(6):263-270.

Capdevila, L., Niñerola, J. i Pintanel, M. (2004). Motivación y actividad física: el autoinforme de motivos para la práctica de ejercicio físico (AMPEF). *Revista de Psicología del Deporte*, 13 (1), 55-74.

Castillo-Garzón, M. J., Ruiz, J. R., Ortega, F. B. i Gutiérrez, Á. (2006). Anti-aging therapy through fitness enhancement. *Clinical Interventions in Aging*, *1*(3), 213–220.

Dionigi, R. (2007). Resistance training and older adults' beliefs about psychological benefits: the importance of self-efficacy and social interaction. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 29(6):723-746.

Demakakos P, Hamer M, Stamatakis E i Steptoe A (2010). Low-intensity physical prediction and intervention effects. *Journal Behavioral Medicine,* 22(6):575-588.

Estabrooks, P.A. i Carron, A.V. (1999). Group cohesion in older adult exercisers: prediction and intervention effects. *Journal Behavioral Medicine:* 22(6):575-588.

Gill, K. i Overdorf, V. (1994). Incentives for exercise in younger and older women. *Journal of Sport Behavior*, *17*(2), 87.

Glaser, B.G. i Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publishing Company.

Glaser, B. G. i Strauss, A. L. (2009). The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research Transaction Publishers.

Guszkowska, M. (2004). Effects of exercise on anxiety, depression and mood. *Psychiatria Polska*, 38(4):611-620.

Hakkinen, A., Kukka, A., Onatsu, T., Jarvenpaa, S., Heinonen, A., Kyrolainen, H., Tomas-Carus, P. i Kallinen, M. (2008). Health-related quality of life and physical activity in persons at high risk for type 2 diabetes. *Disability and Rehabilitation*: 25:1-7.

Hill, K., Smith, R., Fearn, M., Rydberg, M. i Oliphant, R. (2007). Physical and psychological outcomes of a supported physical activity program for older carers. *Journal of Aging and Physical Activity*, 15 (3):257-271.

Hughes, V. A.; Frontera, W. R.; Roubenoff, R.; Evans, W. J. i Singh, M. A. (2002). Longitudinal changes in body composition in older men and women: role of body weight change and physical activity. *American Journal of Clinical Nutrition*, 76(2), 473-81.

Hunter, G.R., McCarthy, J.P. i Bamman, M.M.(2004). Effects of resistance training on older adults. *Sports Medicine,* 34(5):329-348.

Karinkanta, S., Heinonen, A., Sievänen, H., Uusi-Rasi, K., Fogelhol, M. i Kannus, P. (2008). Maintenance of exercise-induced benefits in physical functioning and bone among elderly women. *Osteoporosis International*, DOI 10.1007/s00198-008-0703-2

Kirk A., Mutrie N., McIntyre P. i Fisher M. (2003). Increasing physical activity in people with type 2 diabetes. *Diabetes Care*, 26, 1186-1192.

Larson, E.B., Wang, L., Bowen, J.D., McCormick, W.C., Teri, L., Crane, P. i Kukull, W. (2006). Exercise is associated with reduced risk for incident dementia among persons 65 years of age and older. *Annals of Internal Medicine*, 144:73–81.

Lautenschlager, N.T., Cox, K.L., Flicker, L., Foster, J.K., van Bockxmeer, F.M., Xiao, J., Greenop, K.R. i Almeida, O.P.(2008). Effect of physical activity on cognitive function in older adults at risk for Alzheimer disease: a randomized trial. *JAMA*.3, 300(9):1077-1079.

Liu-Ambrose, T. i Donaldsonm, M.G. (2009). Exercise and cognition in older adults: is there a role for resistance training programmes?. *British Journal of Sports Med*icine, 43(1):25-27

López-Aranguren, E. (2001). El análisis de contenido tradicional. In M. García-Ferrando, J. Ibáñez i F. Alvira (Eds.), El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación (3ª edición ed., pp. 365-396). Madrid: Alianza.

Lluch i Dubon, FD. (2016). Un perfil aproximat de la població de la tercera edat a les Illes Balears. Indicadors estadístics bàsics, 2016. In Orte Socias, C. (Eds.), *Anuari d´Envelliment.* Illes Balears (pp. 31-93). Palma de Mallorca: UIB.

Manson, J.E., Greenland, P., LaCroix, A.Z., Stefanick, M.L., Mouton, C.P., Oberman, A., Perri, M.G., Sheps, D.S., Pettinger, M.B. i Siscovick, D.S. (2002). Walking compared with vigorous exercise for the prevention of cardiovascular events in women. *New England Journal of Medicine*, 347, 716-725.

McAuley, E., Marquez, D.X., Jerome, G.J., Blissmer, B. i Katula, J. (2002). Physical activity and physique anxiety in older adults: fitness, and efficacy influences. *Aging Ment Health*, 6(3):222-230.

McIntyre, C.W., Watson, D. i Cunningham, A.C. (1990). The effects of social interaction, exercise, and test stress on positive and negative affect. *Bulletin of the Phychonomic Society, 28*, 141-143.

Moayyeri, A. (2008). The association byween physical activity and osteoporotic fractures: a review of the evidence and implications for future research. *Annals of Epidemiology*, 18(11):827-835.

Nieman, D. C. (2007). Exercise and immunity: clinical studies. A: R. Ader (Ed.), Psychoneuroimmunology (pp. 661-673). San Diego: Elsevier Inc. Nieman. (2002). Exercise and immunity: clinical studies. *Psychoneuroimmunology,* 4eVol.1.

Niñerola, J., Capdevila, L. i Pintanel, M. (2006). Barreras percibidas y actividad física: el autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico. *Revista de Psicología del Deporte*, 15 (1), 53-69.

Owen, N i Bauman, A. (1992). The descriptive epidemiology of a sedentary lifestyle in adult Australians. *International Journal of Epidemiology*, 21:305-10.

Park, H., Muto, Y. i Park, S. (2002). Improvement of risk factors for hip fracture by exercise intervention in elderly women. *Clinical Calcium*, 12(4):509-512.

Ryan, A.S. (2000). Insulin resistance with aging: effects of diy and exercise. *Sports Medicine,* 30(5):327-346.

Sánchez, P. (2002). Beneficios percibidos y adherencia a un programa de actividad física gerontológica. *Lecturas: Educación Física y Deportes. Revista Digital* http//www.efdeportes.com;8(52).

Senchina, D.S. i Kohut, M.L.(2007). Immunological outcomes of exercise in older adults. *Clinical Interventions in Aging*, 2(1):3-16.

Siegrist, M. (2008). Role of physical activity in the prevention of osteoporosis. *Medizinischen Monatsschrift für Pharmazeuten*, 31(7):259-564.

Thompson, P.D., Buchner, D., Piña, I.L., Balady, G.J., Williams, M.A., Bess, H. et al. (2003). Exercise and Physical Activity in the Prevention and Treatment of Atherosclerotic Cardiovascular Disease. A Statement From the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation* ,107,3109-3116.

Tur, A.; Serapio, A.; Muñoz, P.; Rivero, V. i Marí, J. (2014). Promoció de l´autonomia des de la Llar Eivissa. In Orte Socias, C. (Eds.), *Anuari d´Envelliment*. Illes Balears (pp. 236-250). Palma de Mallorca:UIB.

Turner, E., Rejeski, W.J. i Brawley, L.R. (1997). Psychological Benefits of Physical Activity Are Influenced by the Social Environment. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 19*, 119-130.

Vélez, R. R., Alban, C. A. L., Reina, H. R. T., Idarraga, M. i Gensini, F. G. (2008). Beneficios percibidos de un grupo de mujeres en climaterio incorporadas a un programa de actividad física terapéutica. *Apunts. Medicina de l'Esport*, *43*(157), 14-23.

Vogel, T., Brechat, P.H., Leprêtre, P.M., Kaltenbach, G., Berthel,M. i Lonsdorfer, J. (2009). Health benefits of physical activity in older patients: a review. *International Journal of Clinical Practice*, 63(2):303–320.

Ytinger, M.P. (2003). Aging bone and osteoporosis: strategies for preventing fractures in the elderly. *Archives of Internal Medicine*,13, 163 (18):2237-2246.

Autora

MARIA JOSÉ TORRES PLANELLS

Eivissa (1974). Llicenciada en Educació Física i Esports (Madrid). Doctora per la Universitat de Saragossa (Departament de Psicologia i Sociologia). Màster en psicologia de l'esport i de l'entrenament esportiu (UAM-COE). Exprofessora de la Universitat Alfonso X el Sabio (Madrid, 2000-2009). Tècniques de reeducació psicomotriu i psicomotricitat com a tècnica terapèutica (Fundació ICSE, Madrid).

Disseny, elaboració, implantació i direcció del programa "Activitat física per a persones de seixanta-i-tants anys", un programa específic que atén les necessitats i les característiques de les persones majors. Responsable d'accions de divulgació i de promoció de l'exercici entre les persones majors a Eivissa i Formentera: Llar de Majors d'Eivissa (2011); centres de Sant Joan i Sant Miquel (2012); Can Ventosa (2012); Programa Universitat Oberta per a Majors –UOM– (programa de Vila, programa als Pobles d'Eivissa i programa de Formentera, 2013) i Santa Eulària des Riu (2016), entre altres accions.

L'ESTAT CIVIL COM A FACTOR DE RISC DAVANT LA VULNERABILITAT: LA SOLITUD

L'estat civil com a factor de risc davant la vulnerabilitat: la solitud

Maria Teresa Coll Janer
Maria Antònia Gomila Grau
Belén Vaquer Arjonilla
Natalia Reinares Gagneten
Lydia Sánchez Prieto

Resum

Un elevat nombre de persones grans viuen en solitud actualment, a més disposen d'una pobra xarxa social i manifesten un elevat malestar davant la percepció d'una solitud permanent. Amb freqüència, la solitud es vincula a la inestabilitat en les relacions sentimentals o a l'absència de parella. A més, amb freqüència, s'hi sumen factors de risc, com una economia precària, baixa formació, fragilitat, mobilitat reduïda o malalties mentals i psicològiques que exposen a les persones grans a situacions de vulnerabilitat.

Mitjançant l'anàlisi d'històries de vida d'usuaris dels "Serveis de Promoció de l'autonomia personal" Casal Ciutat Antiga, el Casal Jonquet i el centre Can Ribes per a persones grans de l'Ajuntament de Palma, gestionats per Intress, es pretén descriure com l'estat civil de la persona gran pot influir en situacions de vulnerabilitat —característiques dels usuaris. Els resultats assenyalen que la percepció de solitud influeix negativament en les situacions de vulnerabilitat. A més, es reflecteix com els diferents estats civils s'enfronten de diferent manera a la percepció de solitud, de manera, que mentre que els solters aconsegueixen una millor acceptació i adaptació, els separats/divorciats o vidus descriuen un elevat malestar davant la solitud. En general, els protagonistes disposen d'una pobra xarxa social, però que sol millorar a partir de la creació de noves relacions socials emergents als Casals, que actuen com un rellevant mecanisme i estratègia davant la solitud.

Resumen

Un elevado número de personas mayores viven en soledad actualmente, además, disponen de una pobre red social y manifiestan un elevado malestar ante la percepción de una soledad permanente. Con frecuencia, la soledad se vincula a la inestabilidad en las relaciones sentimentales o a la ausencia de pareja. Además, con frecuencia, a esa situación se le suman factores de riesgo, como una economía precaria, baja formación, fragilidad, movilidad reducida o enfermedades mentales y psicológicas, que disponen a las personas mayores a situaciones de vulnerabilidad.

Mediante el análisis de historias de vida de usuarios del "Instituto de Trabajo y Servicios Sociales" Casal Ciutat Antiga, Casal Jonquet y centro Can Ribes para personas mayores del Ayuntamiento de Palma, gestionados por Intress, se pretende describir cómo el estado civil de la persona mayor puede influir en situaciones de vulnerabilidad —características de los usuarios—. Los resultados señalan que la percepción de soledad influye negativamente en las situaciones de vulnerabilidad. Además, se refleja como los diferentes estados civiles se enfrentan de diferente manera a la percepción de soledad, de manera, que mientras que los solteros consiguen una mejor aceptación y adaptación, los separados/divorciados

o viudos describen un elevado malestar ante la soledad. En general, los protagonistas disponen de una pobre red social, pero suele mejorar con la creación de nuevas relaciones sociales emergentes en los centros de tercera edad, que actúan como un relevante mecanismo y estrategia ante la soledad.

1. La vulnerabilitat en les persones grans

En una societat com la nostra, caracteritzada per un sobreenvelliment de la població i per l'emergència de noves estructures familiars i socials, l'increment de l'esperança de vida es converteix en un desafiament. Mentre que en temps passats, les cures i l'atenció de les persones grans eren assumides per les famílies, en les últimes dècades s'han produït rellevants variacions en els sistemes d'atenció. La pèrdua dels principals cuidadors, les dones de la família que s'incorporen al mercat laboral, deixa desproveïdes les persones grans d'atencions i cures. Els anteriors efectes poden ser visualitzats mitjançant els canvis establerts en les estructures familiars, que han passat de ser horitzontals a verticals. Tot plegat suposa que l'Estat ha de desenvolupar una sèrie de polítiques públiques que han d'assumir la cura de les persones grans. Correspon als Serveis Socials responsabilitzar-se de persones que, tot i no ser dependents, també necessiten recursos per poder accedir a unes bones condicions de vida. En aquest article es pretén emfatitzar l'actuació duita a terme pels casals, que intervenen directament sobre el col·lectiu de persones grans que presenten característiques de vulnerabilitat. És a dir, que es veuen acompanyats de tota una sèrie de desavantatges i inconvenients que limiten la seva qualitat de vida i que els predisposen a perdre les seves pròpies capacitats (Sánchez-González i Egea-Jiménez, 2011). Les persones grans són considerades en sí mateix, un col.lectiu vulnerable per les seves condicions biològiques (salut), posició que es veu augmentada quan s'afegeixen també condicions socials de risc i manca de recursos (Guerrero i Yépez, 2015).

Els factors de vulnerabilitat són nombrosos i diversos en funció dels països i les regions i del seu nivell de desenvolupament en relació amb la provisió de recursos (mèdics, socials, etc.). No obstant això, a nivell teòric no hi ha una definició clara de la vulnerabilitat. Com es defineix la vulnerabilitat en relació amb l'edat és una qüestió complexa que interrelaciona subjectivitats amb situacions reals. Com exposen Abley, Bond i Robinson (2011), resulta rellevant destacar que es produeixen diferències significatives entre el col·lectiu de gent gran i els professionals que els atenen, és a dir, segons l'agent. Mentre que per a les persones grans el concepte de vulnerabilitat es vincula a una resposta afectiva davant una situació específica sobre la qual no es té control, per als professionals s'estableix en funció d'una sèrie de factors: socials, psicològics, econòmics, legals, entre d'altres. D'una banda, les persones grans no tendeixen a percebre's com vulnerables, sinó més aviat, que es troben en una «situació de vulnerabilitat» quan es desenvolupen condicions ambientals

sobre les quals no tenen competències suficients. En concret, els autors apunten a tres situacions freqüentment assenyalades com de vulnerabilitat:

a) Solitud a la llar: fa referència a la incapacitat de sortir de la llar per si mateix o d'actuar adequadament davant circumstàncies noves o imprevistes —trucada al timbre de desconeguts, etc.

b) Mobilitat o transports públics: creuar la carretera, pujar a l'autobús o trobar un lloc al metro són situacions típiques que tendeixen a ser valorades com de vulnerabilitat.

c) Aspectes associats a la salut: també les persones grans poden sentir-se en situació de major vulnerabilitat quan es troben limitades per la salut o factors implicats, com la visita al metge o la presa de medicació de manera adequada.

La vulnerabilitat per a les persones grans apareix, doncs, com una variable cognitiva, en concret, com una percepció de manca de control davant successos ambientals que es poden produir o per limitacions cognitives i/o físiques davant els estímuls als quals han de reaccionar, com una caiguda en un carrer en el qual no es pot obtenir ajuda o la incapacitat d'asseure's amb la rapidesa que exigeix el transport públic. En canvi, els professionals del *care* no inclouen elements subjectius, sinó que, segons ells, respon a les condicions individuals de les persones quan es troben sota certes situacions de risc o fragilitat (condicions físiques i mentals, solitud o aïllament, que es relaciona amb l'existència de «persones amb les quals es pot comptar», víctimes d'algun crim —violació, violència, robatori, estafa—, víctimes d'abusos domèstics i desequilibri entre les necessitats i els serveis que es reben).

La vulnerabilitat en l'edat adulta està també relacionada amb el concepte d'**agència** (Gron, 2016), no necessàriament com a conceptes contraposats o contradictoris, sinó que poden donar-se alhora. Gron defineix la vulnerabilitat en les persones grans a partir d'altres elements, que inclouen també elements subjectius: decadència física i mental (salut), marginalització (exclusió social), desigualtat econòmica (pobresa), experiència de vulnerabilitat (percepció), família i xarxa social, rebre cures o ajuda (Gron, 2016). Per la qual cosa el concepte de vulnerabilitat no pot establir-se únicament a partir de constructes socioculturals, sanitaris o econòmics, sinó també a partir de factors intrínsecs i individuals. S'ha de recórrer a la percepció establerta per cadascuna de les persones per establir el nivell o el risc per a cadascuna.

Relacionat amb la vulnerabilitat, es reconeix també el concepte de fragilitat, definit per Van Assen et al. (2016), com una dimensió biomèdica i psicosocial en què s'experimenten pèrdues en el funcionament humà. Els resultats de l'estudi evidencien que l'edat és una variable que provoca una notable deterioració física, que incideix en el grau de fragilitat.

Concretament, es va calcular que la fragilitat per a homes d'entre 65 i 66 anys aconseguia el 7,5% i que augmentava al 32% en homes de 87 anys, i en dones es passava del 13% en dones de 65-66 anys al 44% en dones de 87 anys. No obstant això, es van identificar resultats significatius pel que fa una fragilitat psicològica o social.

1.1. Persones grans soles: persones grans vulnerables.

La **solitud** és una forma de vulnerabilitat social (Abley, et al. 2011). En el cas espanyol, diversos factors socioculturals s'assenyalen com decisius en l'increment de les taxes de solitud. Per començar, com destaquen Abellán, Ayala i Pujol (2017), l'esperança de vida és cada vegada major (a Espanya, 79,9 anys per als homes i 85,4 anys per a les dones), i cada vegada s'incrementa més el nombre de persones grans. S'estima que actualment hi ha 8.657.705 persones de 65 o més anys i es preveuen projeccions de fins a 14 milions de persones el 2066. L'edat augmenta la possibilitat de viure en solitud. Concretament, es calcula que un 28,9% de dones de 65 o més anys viuen en solitud i un 14,1% d'homes de 65 o més anys. Les xifres mostren que el doble de dones grans viuen soles, no obstant això, són els homes els que reben un impacte de la solitud més nociu (Eloranta et al. (2015), un dels factors que més afecten el sentiment de solitud, que incideix directament en la sensació de vulnerabilitat. Victor i Yang (2012) declaren que la prevalença de la solitud pot ser representada en forma de U; així, els grups que en major mesura la pateixen són els menors de 25 anys i els més grans de 65 anys. A Espanya, la forma de convivència més freqüent entre persones de 65 o més anys és amb la parella, sense fills o altres familiars (Abellán, Ayala i Pujol, 2017). S'ha de ressaltar que l'estudi de Russell (2009) confirma que les persones grans que viuen amb la seva parella reporten nivells menors de solitud que aquelles que viuen amb altres familiars.

Sembla que hi ha una correlació positiva entre la solitud i l'edat, però sobre tot entre la solitud i **les malalties o limitacions físiques** (Thomopoulou, Thomopoulou i Koutsouki, 2010) i situacions de discapacitat (Russell, 2009). Abley et al. (2011) observen al seu treball que després d'una alta hospitalària la gent gran manifesta un sentiment de desprotecció (se senten desvalguts) i reclama la necessitat d'estar acompanyats per professionals sanitaris. Per la seva banda, Bornat i Bytheway (2010) també observen que la pèrdua de salut pròpia o de la parella és valorat pel grup de persones grans com un elevat risc, perquè, amb freqüència, constitueix una ruptura amb els **vincles socials** i provoca canvis en l'estil de vida. La importància de mantenir i/o tenir relacions interpersonals és també apuntat per Victor i Yang (2012), que analitzen el fenomen de la solitud al Regne Unit. Aquests autors apunten al gènere (concretament ser dona), patir depressió i presentar nivells mínims d'interacció social com a factors de risc per a la solitud. En canvi, els factors de protecció són estar casat, tenir bona salut, tenir nivells d'estudis superiors i tenir una bona amistat-confident.

Finalment, l'estudi d'Eloranta et al. (2015), que realitza una anàlisi dels factors que incideixen en una pitjor acceptació de la solitud, confirma una correlació entre l'edat i la percepció negativa de la solitud, malgrat les diferències entre franges etàries no siguin significatives. A més, altres variables, com una percepció negativa de la pròpia salut, baixa autoestima o l'aparició de simptomatologia depressiva, també hi influeixen decisivament. Concretament, els seus resultats apunten al fet que si se senten malalts o lligats a limitacions físiques, el sentiment de solitud es potencia.

1.2. Factors de risc vinculats amb la vulnerabilitat: l'estat civil.

Com s'ha exposat, la solitud pot actuar com un factor perjudicial durant la vellesa ja que afavoreix la vulnerabilitat. No obstant això, com assenyalen Thomopoulou, Thomopoulou i Koutsouki (2010), no és el mateix estar sol per defunció de la parella que per ser solter o no haver tingut parella. Els autors exposen que la pèrdua del company provoca una pitjor adaptació a les circumstàncies adverses que es produeixen i una pitjor qualitat de vida. És a dir, d'una banda, destaquen que no tenir parella comporta una pitjor qualitat de vida per una més lenta adaptació als successos perjudicials emergents, però, a més, com a aspecte nou, apunten al fet que la pitjor adaptació es relaciona amb no tenir parella, independentment del motiu pel qual no se'n té —ruptura de la parella per divorci o pèrdua del company per defunció. Associat a l'anterior, Trevisan et al. (2016) manifesten una millor recuperació després de la **defunció de la parella** en dones que en homes. En canvi, l'estudi de Thomopoulou, Thomopoulou i Koutsouki (2010) suggereix el contrari, la viduïtat per a les dones grans condiciona i incideix en el desenvolupament d'un model de comportament inactiu, ja que abandonen activitats i accions que es feien en parella. Tant el dol per la parella com la minva dels ingressos hi influeixen, tot provocant en les dones una major percepció de vulnerabilitat.

D'igual manera, la **solteria** en l'edat avançada també es relaciona popularment amb situació de vulnerabilitat i/o fragilitat, associada generalment a la solitud. Per a Trevisan et al. (2016), el punt anterior és cert en el cas dels homes grans, mentre que, per a les dones, la fragilitat s'associa més amb la viduïtat, entre d'altres raons perquè les dones vídues són estadísticament bastant més nombroses que les dones solteres. Per aquests autors, els factors socioculturals tenen una gran rellevància. Encara a mitjan segle XX la neteja i la preparació dels àpats requeia especialment en la dona, per la qual cosa els patrons culturals de gènere que fomenten que els homes no cuinen (o no d'una manera saludable), afegit a altres condicions ambientals inadequades, pot ser un element que influeixi en l'estat de salut dels homes. Això justificaria els majors nivells de fragilitat en homes grans en comparació amb les dones grans.

També Lahad i Hazan (2014) coincideixen en el fet que es produeixen diferències significatives entre gèneres vinculats amb la solteria i l'envelliment. Tanmateix, argumenten que

les dones grans es veuen exposades a situacions de major desavantatge. Segons la teoria feminista, la construcció social de l'edat entra dins d'un procés basat en el gènere i en l'heteronormativa del patriarcat. La complexitat en la qual opera converteix en «natural» una situació que penalitza la dona soltera. Ser dona soltera a edats tardanes provoca una triple discriminació: per sexe, per edat i per estat civil. En la nostra societat, s'identifiquen múltiples estereotips associats a estar solter i ser dona, que s'arrelen encara més si la dona és gran. El desenvolupament d'estigmes ha desencadenat expressions i actituds col·loquials que desqualifiquen i perjudiquen la imatge de la dona gran, tals com «ser una solterona». Existeix una tendència a percebre la dona gran soltera com vulnerable, que viu sola i aïllada i l'edat és una variable que influeix negativament sobre la percepció. No es considera l'edat com una variable constituïda a partir de diverses dimensions (psicològica, social i de salut), sinó que s'atribueixen connotacions negatives simplement per haver complert anys. En canvi, Trevisan et al. (2016) afegeixen que les dones grans solteres tendeixen a desenvolupar xarxes socials més potents, que les protegeixen davant la fragilitat i que també incideixen en majors nivells d'eficàcia i satisfacció en l'àmbit laboral. En el que semblen coincidir els autors és que l'estat civil de «solter» mostra resultats més perjudicials en algunes variables com la mortalitat o la situació de discapacitat. S'evidencia que estar solter influeix negativament en els nivells de fragilitat (Lahad i Hazan 2014; Trevisan et al., 2016). De la mateixa manera, els divorciats i separats (homes i dones) tendeixen a presentar depressió i angoixa amb més freqüència que els casats. Trevisan et al. (2016) apunten al fet que l'estat de salut i mental pot estar més preservat en parella, ja que estan menys exposats a factors de risc, tenen un suport social i un millor nivell econòmic, i la parella actua com un amortidor de variables de risc. En definitiva, l'estat civil constitueix una condició social associada a la salut i la capacitat funcional dels individus més grans de 60 anys. A més, s'assenyalen diferències de gènere: el risc és major per als homes que per a les dones. Justifiquen que els homes casats disposen, en general, d'un major nombre de recursos gràcies a les seves parelles, com una millor atenció quan hi ha limitacions de la salut, alimentació sana i condicions ambientals adequades. En canvi, es reporten resultats que indiquen que les dones casades tenen un pitjor índex de fragilitat que les solteres, probablement, a causa de l'estrès que freqüentment es vincula amb una major sobrecàrrega en l'àmbit domèstic i de parella (Trevisan et al., 2016). Amb l'edat, és freqüent que hagin de realitzar funcions no només domèstiques, sinó també de cuidadores davant malalties o limitacions físiques o mentals. Aquestes obligacions explicarien les diferències dels nivells de fragilitat entre dones grans solteres i casades.

Finalment, Lahad i Hazan (2014) apunten a l'absència de maternitat com a factor que actua com a element de marginació o d'exclusió social. Tenir fills és com un element de sustentació davant el risc de vulnerabilitat, ja que poden actuar com persones de referència en cas de necessitat o urgència, i disminueix la solitud. L'edat és un factor decisiu en la maternitat; ser jove possibilita ser mare, no obstant això, després dels processos d'envelliment es limita o incapacita aquesta propietat biològica en el cas de les dones. Aquesta situació seria

especialment negativa en les cultures orientals, on els processos d'envelliment són valorats negativament, perquè estableixen que la dona deixa de tenir un valor reproductiu (Lahad i Hazan, 2014).

2. Metodologia i objectius: la vulnerabilitat com a procés i el paper dels casals.

La vinculació entre l'estat civil i la percepció de vulnerabilitat és analitzada, en aquest treball, a través de les relacions socials que creen els individus grans. L'objectiu general del treball és, doncs, el d'investigar quins són els processos de pèrdua i reconstrucció de la xarxa social de les persones grans a partir de l'anàlisi d'algunes històries de vida dels centres Casal Ciutat Antiga, el Casal Jonquet i el centre Can Ribes per a persones grans de l'Ajuntament de Palma, gestionats per Intress.

Aquest article pretén també emfatitzar l'actuació desenvolupada pels casals, que intervenen directament sobre el col·lectiu de persones grans que presenten característiques de vulnerabilitat. És a dir, que es veuen acompanyades de tota una sèrie de desavantatges i inconvenients que limiten la seva vida i que els predisposen a perdre les seves pròpies capacitats (Sánchez-González i Egea-Jiménez, 2012). La Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a persones en situació de dependència (LAPAD) constitueix un pilar a partir del qual es pot donar resposta a les demandes del col·lectiu de persones grans dependents. No obstant això, pot ocórrer que algunes persones grans no es trobin en situació de dependència i, per tant, no poden gaudir dels recursos, però, alhora, requereixen també algun tipus d'ajuda, si els manca una xarxa social que els permeti accedir als serveis. Dependents dels Serveis Socials municipals, els casals representen per a aquestes persones una oportunitat per crear o reconstruir un teixit social que afavoreix el benestar social de persones soles.

Així, l'objecte d'anàlisi del treball se centra, en primer lloc, en l'entorn familiar i social amb el qual compten i el tipus de relacions que hi estableixen. En segon lloc, en el procés de pèrdua de la xarxa social i dels factors que han influït en aquest procés (alcoholisme, separació/viduïtat, consum de tòxics, nivell econòmic, migració i/o mobilitat, malalties mentals, físiques o cròniques, trajectòria de maltractament o violència, deficient gestió de les emocions, etc.). En tercer lloc, ens interessa fixar l'atenció en els processos de construcció i reconstrucció d'una xarxa social dins els casals, o gràcies a ells, i dirigir l'atenció al tipus d'interrelacions que estableixen al casal amb altres usuaris i les estratègies que es generen en aquestes relacions.

Es parteix, en un primer moment, d'una anàlisi documental i evolutiva de les memòries dels casals (Memòria del Casal Jonquet i Memòria del Casal Ciutat Antiga dels anys 2010 i 2016), per tal de conèixer el perfil dels usuaris i actuacions que s'hi desenvolupen. A partir

de la definició del perfil dels usuaris, hem obtingut informació sobre les condicions de les persones grans que viuen en situació de risc social, així com dels recursos i serveis que ofereixen els casals.

Posteriorment, s'ha dut a terme una anàlisi qualitativa de diverses històries de vida d'usuaris, a través d'entrevistes en profunditat realitzades per les coordinadores dels casals. S'han entrevistat sis persones (dos homes, quatre dones), totes més grans de 60 anys, sense estudis i amb nivells de renda baixos (menys de 700 € en un cas, i en la resta, amb pensions no contributives molt baixes). Quant al seu estat civil, són tots solters i, en el cas de dues dones, divorciades.[1]

Les històries de vida constitueixen un mètode de recollida d'informació biogràfica de persones escollides sobre moments clau de la vida d'aquests individus (Ballester et al., 2014). En el cas d'aquest estudi, ens basem en entrevistes en profunditat realitzades a sis persones dels casals del Jonquet i Ciutat Antiga i del centre Can Ribes. Per qüestions de facilitat d'accés, garantia de la Privadesa dels usuaris i relació de confiança amb ells s'ha estimat oportú que fossin les tècniques dels casals les úniques persones que contactessin amb els entrevistats, en lloc de les investigadores. No obstant això, davant algunes dificultats d'expressió dels usuaris, l'entrevista es converteix en un diàleg en el qual entrevistat i entrevistador complementen i s'interroguen sobre sentiments, vivències i experiències que en un relat autobiogràfic dels entrevistats potser no hauria emergit a la llum. Es tracta de sis relats paral·lels (Licitades, 1992 a Ballester et al., 2014) que permeten que agrupen trajectòries de vida similars que ens permeten entendre els processos de construcció-destrucció-reconstrucció de les relacions socials de persones grans soles usuàries dels casals.

3. Anàlisi de les dades més rellevants

3.1. Els casals com a espai de creació de relacions

Els casals tenen l'objectiu de «millorar la qualitat de vida dels persones majors tot i mantenint-les en el seu entorn habitual de vida del sector Ponent, proporcionant-los una atenció de caràcter comunitari a mig camí entre l'atenció domiciliària i l'atenció residencial» (Casal Jonquet, 2010). Aquestes institucions faciliten l'accés de les persones grans que experimenten situacions d'aïllament, solitud o vulnerabilitat a diferents serveis i cobreixen les seves necessitats bàsiques quan aquestes no poden ser cobertes per ells mateixos a causa de diversos factors. Una de les necessitats de les persones soles és precisament tot el que afecta a l'àmbit relacional. En aquest sentit, els casals potencien

[1] Per tal de preservar-ne l'anonimat, els usuaris han estat codificats: A1, C1, C2, M1, M2, P1.

el desenvolupament de relacions socials d'aquestes persones mitjançant la participació en activitats en grup organitzades tant pels casals mateixos com per altres entitats.

Pel que fa al perfil dels usuaris dels casals, són persones més grans de 60 anys que es troben en situació de dificultat o risc social a causa de problemàtiques de salut, necessitats d'atenció, acompanyament i seguiment i dificultats econòmiques (Casal Jonquet, 2010). Es tracta, doncs, de persones que es troben en situació d'aïllament o risc social que presenten necessitats relacionades amb l'envelliment i la insuficiència de recursos econòmics. Els usuaris dels casals accedeixen a aquests serveis a través dels Centres Municipals de Serveis Socials (en aquest cas dels barris de Ponent i Mestral de Palma), del Servei d'Ajuda a domicili (SERVISAR) dels barris esmentats i a través de Càritas. En canvi, els usuaris del Casal de Ciutat Antiga provenen, a més, d'altres serveis, com a Casal Petit, PMH i l'IB-Salut o a nivell particular del veïnat. La distribució per sexe i edat es pot observar en la taula 1:

Taula 1 | *Distribució dels usuaris dels casals per sexes i edat*

	Sexe		Edat			
Casals	Homes	Dones	60- 96	70-79	80-89	+90
Casal Jonquet 2010	39%	61%	-	-	-	-
Casal Ciutat Antiga 2010	40 %	60 %	40%	36%	16%	8%
Casal Jonquet 2016	39%	61%	39%	39%	18%	4%
Casal Ciutat Antiga 2016	44,1%	55,8%	41,8%	32,5%	23,2%	2,3%

Pel que fa al nivell d'ingressos d'aquests usuaris, per exemple, són especificats en les memòries del Casal Jonquet de 2010. Així, s'indica que un 45% dels usuaris té ingressos mensuals inferiors a 400 € i per exemple un 8% té ingressos superiors que, això no obstant, no superen els 700 € mensuals. Al mateix casal, el 2016, encara que no s'hi especifica la quantitat dels ingressos, sí se'n fa una classificació de la procedència. Així, pràcticament el 60% procedeix de pensions contributives, mentre que el 24% rep una pensió no contributiva. Queda un 17% que o bé no percep cap ingrés o rep la renda mínima d'inserció o un subsidi per a aturats més grans de 52 anys.

Pel que fa a la nacionalitat, es tracta en la gran majoria de nacionals espanyols (el 84%), mentre que sols el 16% és d'altres nacionalitats, sense que les memòries especifiquin d'on exactament.

Quant a l'estat civil, les dades s'insereixen en les proporcions que trobem entre les persones de més de 60 anys en general. Entre els homes, una elevada proporció són solters i separats, mentre que entre les dones trobem una major proporció de vídues i separades.

Taula 2 | *Estat civil segons sexe del Casal Jonquet (2016)*

Estat civil		Fadrins/es	Separats/des	Vidus/vídues	Casats/des
Casal Jonquet (2016)	Homes	44	44	6	6
	Dones	14	32	54	-

Les memòries recullen que una de les característiques comunes de la majoria dels usuaris és la situació de solitud que manifesten, situació que es troba a la base d'altres patologies (com la depressió) o problemes d'apatia, falta d'il·lusió, etc. La falta d'una xarxa sociofamiliar significativa i la falta de compromís amb altres persones o grups que els permetin constituir una xarxa social consistent són les que defineixen la seva situació de solitud, que s'afegeix a la falta de recursos suficients per cobrir totes les seves necessitats bàsiques, cosa que els col·loca en una situació de major vulnerabilitat.

3.2. Trajectòries relacionals i la configuració del concepte d'amistat i de vulnerabilitat

Les històries de vida analitzades ens mostren trajectòries vitals que es mouen sempre en entorns socials i econòmics molt vulnerables caracteritzades per perfils comuns d'abandó primerenc de la formació (sols un té estudis secundaris) i d'inserció en entorns laborals de baix o molt baix nivell salarial amb una elevada mobilitat laboral, i de problemàtiques de salut o consum i/o depressió, algunes lligades a la inestabilitat de les relacions afectives. En alguns casos, aquestes condicions estan acompanyades per l'establiment de relacions socials negatives o tòxiques que degraden les condicions de vida i dificulten la superació de la situació de vulnerabilitat en la qual es troben. Per a les persones grans la trajectòria vital de les quals ha oscil·lat entre la vulnerabilitat i l'exclusió social i/o la marginalitat els pot ser particularment difícil canviar patrons de comportament (com els que afecten les relacions socials) que els permetin millorar les seves condicions de vida. És el cas de la usuària C2, per a la qual la vulnerabilitat és una situació gairebé permanent des dels primers anys de la seva vida arran de la defunció prematura dels seus pares i la necessitat de fer front a la vida per ella mateixa als carrers. Com exposa la mateixa usuària, durant la seva infància, en els anys cinquanta va rebre una atenció de negligència i de mal tracte per part dels serveis professionals, per la qual cosa, el desemparament social i la solitud havien constituït pilars permanents en la seva vida.

Segons Aguilar i Molinari (2008), en col·lectius en situació de pobresa i/o d'exclusió social, els mateixos patrons culturals que els permeten sobreviure de vegades es converteixen en un obstacle per sortir d'aquesta situació, de manera que es reprodueix i fins i tot s'incrementa el seu nivell de vulnerabilitat. El desenvolupament d'activitats en la

marginalitat social, com la prostitució o la relació amb persones de l'entorn de la presó o de l'àmbit del consum, constitueix un element de vulnerabilitat (Gron, 2016) que dificulta l'establiment de relacions socials amb persones de fora d'aquests entorns, la qual cosa no significa, no obstant això, que no puguin crear-se. La majoria dels nostres protagonistes han pogut mantenir relacions de llarga durada en algun moment de la seva vida, que han representat un important suport tant a nivell instrumental com a nivell psicològic. És el cas de diverses usuàries que mantenen relacions d'amistat i ajuda amb diverses persones que varen conèixer durant la seva vida adulta (per exemple, una d'elles té una amiga des de fa més de 40 anys («somos amigas desde siempre», «nos conocemos desde cuando llegué aquí»). En altres casos, els usuaris han mantingut relacions sentimentals de llarga durada —un usuari, per exemple, va estar amb l'última parella trenta anys, fins a la seva defunció. Els vincles amb aquestes persones han permès substituir o pal·liar la **falta d'una xarxa de suport familiar** (fills, germans, pares i nebots, etc). Amb freqüència, aquestes històries revelen relacions molt febles amb la família extensa. En alguns casos, els **factors** que els han portat a **perdre o reduir la seva xarxa social de suport** estan en relació amb els factors que els situen en una posició de vulnerabilitat social: consum de tòxics, prostitució, activitats il·legals o irregulars, inestabilitat i precarietat laboral i malalties, entre d'altres. Aquest últim cas és el de M1, el qual després d'enviduar i jubilar-se i amb els fills ja grans, va entrar en una forta depressió ocasionada per la sensació de solitud i buit.

Els usuaris C2 i C1 expliquen que la necessitat de treballar des d'una primerenca edat, així com la cura de les seves mares, va impedir el desenvolupament de relacions sentimentals estables. La **inestabilitat de les relacions de parella** constitueix també un factor important en la pèrdua d'una xarxa social de suport. No obstant això, no sempre la solitud està relacionada amb falta de relació de parella, ni tan sols amb la falta de família. Els sis protagonistes de les històries tenen tots familiars (germans, nebots, fills) amb els quals tenen una certa relació (més forta o més feble), encara que no sembla que hi mantinguin un tipus de relació de suport. Encara que s'ha de reconèixer que, en casos concrets, els fills i/o els germans han representat un important suport quotidià que els ha portat a superar determinades situacions, com una depressió, una malaltia, etc., que els hauria portat a un estat de desprotecció encara més gran, en d'altres casos, aquests familiars (sobretot germans, però també fills) no han respost adequadament en moments de necessitat o de vulnerabilitat (com en el cas de malaltia sobrevinguda). La presència i el suport dels germans sol ser més feble, ja que en la majoria de casos, es tracta d'usuaris que no han nascut a l'illa, sinó que hi van venir ja d'adults, en els anys seixanta, per inserir-se al mercat laboral.

Els casals i altres institucions (Càritas, en el cas d'un dels usuaris) han permès —i han fomentat— la **creació d'una nova xarxa social** amb gent amb una situació similar (també usuaris dels casals) amb la qual han establert uns vincles que inclouen la solidaritat i l'ajuda (més psicològica que instrumental, com pot ser fer-se companyia durant l'estada hospitalària, parlar, etc.), la sociabilitat i l'oci amb activitats com prendre cafè o sortir a

passejar i fins i tot desenvolupar vincles afectius més estrets. Com destacaven Bornat i Bytheway (2010), el desenvolupament de xarxes socials properes possibilita l'autonomia de les persones grans i redueix la necessitat d'intervencions professionals o de prestacions. Aquests autors assenyalen també el desenvolupament de vincles com un potent factor de protecció davant la marginalitat, però també davant situacions de dependència.

Un element important que s'ha de considerar és la doble conceptualització de la vulnerabilitat. El que Abley et al. (2011) denominen: vulnerabilitat *etic* i vulnerabilitat *emic*. Aquesta última està relacionada amb la **interpretació personal** que aquests individus fan de la vulnerabilitat a partir de la seva pròpia experiència. Aquesta percepció està també molt relacionada amb les expectatives que es tenen respecte de les persones amb les quals es relacionen. Així, per exemple, de les històries de vida, la que té una major percepció de solitud i vulnerabilitat és precisament la que té una vida més normalitzada (casada fins que va enviduar, amb fills amb els quals manté una relació freqüent). Segons Abley et al (2011), la concepció de vulnerabilitat que té la gent gran és una resposta emocional a una situació puntual que els situa en una posició de dependència respecte d'uns altres i no tant com una situació en si mateixa o permanent, sinó puntual, a partir d'una situació i un moment concrets. No obstant això, els usuaris conceben la seva situació de vulnerabilitat de diferents maneres. A1 la concep com un procés vital, que no té un inici concret, sinó que són les condicions de vida per les quals ha passat i les decisions que ha anat prenent al llarg de la seva vida les que han construït la seva situació actual. Els usuaris M1 i C2, en canvi, situen la seva situació de vulnerabilitat en un moment i sota una situació concreta: una depressió ocasionada per la solitud, causada, al seu torn, per la viduïtat, la jubilació i la sensació de «niu buit». El cas de C1 és una síntesi d'ambdues. Les condicions de vida i decisions l'han portat a un procés de vulnerabilitat de «llarg recorregut», que s'ha vist incrementada a causa de les malalties que ha patit en els últims anys. Tots dos casos es caracteritzen per presentar factors de risc: inestabilitat emocional i limitacions funcionals, que afavoreixen el desenvolupament de trastorns depresius i què, com exposen Conwell, Dubertstein i Caine (2002) incrementen el risc de suicidi en l'edat adulta. En canvi, l'exemple de l'usuari C2 mostra clarament la solitud com un element subjectiu i una percepció d'una situació més que un estat real. Així, aquesta usuària —soltera— ha viscut sempre sola, en un entorn molt limitat quant a relacions socials i afirma haver-se acostumat a això i no considera que hagi estat rellevant en el seu benestar psicològic al llarg de la seva vida.

La percepció de vulnerabilitat dels protagonistes mateixos està, d'alguna manera, relacionada amb la idea de rebre ajuda i de les expectatives que tenen de rebre aquesta ajuda. La situació de «necessitar» ajuda incrementa aquesta percepció de vulnerabilitat. La **necessitat de suport/ajuda** s'amaga sota el discurs sobre l'ajuda rebuda però no sol·licitada: «me ha ayudado mucho», «me ayudaba». En contraposició, haver de «demanar» ajuda s'allunya de les expectatives dels usuaris i es relaciona amb els vincles

que s'estableixen amb qui presta l'ajuda (o qui la nega). Molts es justifiquen amb l'expressió «yo no soy de pedir ayuda» (usuari M1). Per a altres, no haver rebut l'ajuda requerida en moments d'elevada vulnerabilitat és precisament motiu de ruptura dels vincles. L'usuari P1, per exemple, justifica la ruptura de relacions amb els seus germans perquè aquests no varen respondre com ell esperava en un moment en què va necessitar ajuda (va haver de ser cuidador d'una persona dependent a l'hora que va començar a patir una malaltia greu crònica). Aquest discurs mostra, en primer lloc, la consciència de la pròpia situació de vulnerabilitat i, en segon lloc, el valor d'ajuda en les relacions socials. De fet, la prestació d'ajuda és el que defineix, per als nostres usuaris, el concepte d'amistat. La presència o companyia («sabe escuchar, le puedes contar cualquier cosa»), la bondat («que tenga buen corazón», «es muy buena chica, muy buena persona»), la prestació d'ajuda incondicional (real o potencial) i la confiança són els elements que els usuaris valoren més en les relacions socials, molt per sobre del nombre de relacions que puguin tenir. Victor i Yang (2012) ja van determinar que mentre per als joves és rellevant el nombre de contactes socials que tenen, per a les persones grans el que és significatiu és la qualitat obtinguda en la relació.

Des d'aquesta perspectiva, la configuració del concepte de vulnerabilitat constitueix un element important a nivell metodològic, que reforça la necessitat de fonamentar-se també en la percepció subjectiva i personal a l'hora d'analitzar o proporcionar una resposta professional adequada davant la vulnerabilitat (Abley et al., 2011). Això suposa, com assenyalen Abley et al. (2011), que s'han d'analitzar els factors que impliquen vulnerabilitat per a cada persona, així mateix, s'han de proporcionar estratègies o eines vàlides a cada persona perquè adquireixi confiança. En altres paraules, es tracta de promocionar la seva autonomia personal combatent sensacions d'inseguretat i d'incapacitat.

D'altra banda, encara que la vulnerabilitat caracteritza els usuaris d'aquestes històries i les seves relacions en la mesura en què estan immersos en situacions reals de risc (problemes de salut, problemes econòmics, entre d'altres), alhora són persones dotades d'agència en tant que tenen capacitat de cercar recursos i d'accedir-hi (Gron, 2016). D'aquests serveis, el casal mateix n'és el més important, però també la seva iniciativa a l'hora de crear i mantenir relacions de suport, ajuda i amistat tant dins com fora del casal. Això es veu molt bé quan els usuaris parlen del seu «comportament-actitud» al casal «yo me llevo bien con todo el mundo», «yo hablo con todos»... que implica, en certa manera, un esforç conscient per crear aquests vincles. En realitat, al llarg de la seva vida els usuaris han anat desenvolupant estratègies relacionals que, en alguns moments més febles i en uns altres més forts, els han permès subsistir en situacions d'elevada precarietat (malaltia, falta total de recursos, addiccions, etc.). Alguns d'ells, que no mantenen relacions amb gent d'«abans», manifesten el seu agraïment amb el casal, ja que representa un motiu per poder «salir de casa» i relacionar-se amb altres persones. Així ho manifestaba l'usuari M1: «es que hablas con uno, hablas con otro, estas más acompañada». També l'usuari C2 es

refereix a una amiga que ha fet al casal: «me da mucha vida. Me dice: "vamos a hacer esto, vamos a hacer aquello" y porque la freno, ¿eh?, que si no...».

Les històries de vida dels usuaris mostren diversitat de trajectòries de vulnerabilitat, amb múltiples i diferents situacions, algunes de comunes, altres de particulars, que ofereixen una idea de la importància de les relacions socials en la millora de les condicions de benestar de les persones grans que es troben en solitud o tenen sentiment de vulnerabilitat. En aquest sentit, els serveis que representen els casals, quant a incorporació de xarxes socials, permeten respondre davant la sensació de vulnerabilitat, tot millorant potencialment la sensació de vulnerabilitat i convertint-se en un factor de protecció (Eloranta et al., 2015).

4. Discussió

Com s'ha exposat anteriorment, la solitud cada vegada creix més entre les persones grans. Un 28,9% de dones de 65 o més anys viuen soles a Espanya i un 14,1% d'homes de 65 o més anys (Abellán, Ayala i Pujol, 2017). Els canvis en les estructures familiars, on emergeixen famílies plàstiques amb jerarquies verticals —en lloc d'horitzontals—, i la incorporació generalitzada de les dones al mercat laboral han produït que les persones grans tinguin un menor contacte amb les seves famílies, que anteriorment actuaven com a principal sosteniment social de suport i de cura. La Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a persones en situació de dependència (LAPAD) ha desplegat tot un entramat de recursos i prestacions que ofereixen resposta i atenció a les necessitats del col·lectiu de les persones grans. No obstant això, quan aquestes persones no compleixen criteris de dependència, no obtenen l'empara del nou sistema d'atenció i cures. Si, a més, aquest ma teix col·lectiu es veu embolicat i associat amb factors de vulnerabilitat, la seva situació és negativa i ha de ser valorada i atesa per altres serveis públics. La vulnerabilitat en les persones grans es podria establir al voltant de tres eixos principals, com s'argumentava anteriorment. Per començar, el primer eix es vincularia a fragilitat i malalties, el segon es vincularia a limitacions físiques i la incapacitat per realitzar activitats de la vida diària (AVD) i, finalment, a estats de solitud.

És justament, aquest últim aspecte el que s'ha pretès analitzar mitjançant les històries de vida d'usuaris del tres casals de l'Ajuntament de Palma. L'organització Intress respon davant les necessitats més primàries, com l'alimentació, la higiene personal, la companyia i la gestió de tràmits de col·lectius en situació d'elevada vulnerabilitat. Mitjançant l'actuació de l'organització es pretén preservar l'autonomia, permetre que els usuaris romanguin als seus domicilis i evitar que les situacions de vulnerabilitat acabin convertint-se en situacions d'exclusió social o de marginació. Per això, la institució aposta pel foment de les relacions i de xarxes socials entre els mateixos usuaris.

En el cas de les històries de vida analitzades, es tracta d'un col·lectiu vinculat a **factors de risc**, com limitats recursos econòmics, antecedents de consum de tòxics, fragilitat i malalties, entre molts d'altres. Per la qual cosa es troben en una situació d'elevada vulnerabilitat, una de les característiques predominants de la qual és la pobra xarxa social de què disposen. Els factors de risc actuen com a causa i com a conseqüència; els usuaris expliquen que les circumstàncies adverses que han patit han dificultat la creació de relacions al llarg de les seves vides, però també els relats evidencien que aquesta falta d'interrelació ha condicionat i limitat la seva situació actual, tot impossibilitant-los la inserció social.

En concret, s'ha realitzat una aproximació a com l'estat civil —en concret, estar sense parella— influeix, teixint i afavorint una major vulnerabilitat. Com descriuen els protagonistes, la inestabilitat de les relacions és una constant en les seves històries personals i emergeix una percepció constant de **solitud.** La solitud comporta tot un seguit d'aspectes perjudicials, tant en la salut física (Thomopoulou, Thomopoulou i Koutsouki, 2010), en la situació de discapacitat (Russell, 2009), com en la salut mental (Trevisan et al., 2016). Conwell, Duberstein i Caine (2002) assenyalen que podria, fins i tot, afavorir estats depressius, que en les pitjors circumstàncies comporten idees suïcides. Com s'argumenta, precisament, són aspectes que incideixen negativament en la situació de vulnerabilitat, tot convertint-se en un bucle de retroalimentació negatiu. Per la qual cosa l'estudi de la vulnerabilitat, així com la seva prevenció, no pot desenvolupar-se sense l'anàlisi de la xarxa social obtinguda, i per a això, la parella o, més concretament, **l'estat civil**, constitueix una variable en si mateixa que precisa ser investigada. Ha de tenir-se en compte que la convivència amb la parella és la tipologia de convivència més freqüent en edats avançades, no obstant això, si la parella mor o no es té aquesta parella, moltes persones grans es troben en situació de solitud (Bornat i Bytheway, 2010; Russell, 2009; Thomopoulou, Thomopoulou i Koutsouki, 2010). Els usuaris entrevistats no tenen parella i relaten que la seva solitud és elevada. La solitud és enfocada de diferent manera en funció de l'estat de civil i els protagonistes que perden les seves parelles per defunció manifesten una pitjor adaptació a estar sols que aquells que afirmen no haver tingut relacions sentimentals importants en la seva vida —solters/es. De fet, usuaris com P1 i C2 expliquen que «la solitud no em molesta, hi estic acostumada» (C2), «jo sempre he viscut sol. Ni m'he plantejat mai si tenc amics o no» (P1) i narren l'establiment de relacions externes alternatives amb amistats duradores o l'assumpció de familiar "postissos".

Com argumenten Abley et al. (2011), el concepte de solitud ha de fonamentar-se també en la **percepció subjectiva i personal** de controlabilitat davant els estímuls ambientals de cada persona. És a dir, la solitud és una variable que no necessàriament funciona amb l'objectivitat, sinó que pot dependre de la pròpia percepció de l'usuari, per la qual cosa no s'han de desenvolupar actuacions segons la xarxa social obtinguda, sinó en funció de la valoració de cada persona gran. Una **resposta professional** adequada davant la vulnerabilitat percebuda requereix analitzar els factors que impliquen vulnerabilitat per a

cada persona i proporcionar a cada persona estratègies o eines vàlides perquè adquireixi confiança (Abley et al., 2011). Si els serveis comunitaris responen davant la sensació de vulnerabilitat, especialment, quan la persona percep que està malalta o limitada físicament, la sensació de vulnerabilitat millora potencialment (Eloranta et al., 2015). La **incorporació de xarxes socials** pot funcionar com un factor de protecció rellevant en situacions de vulnerabilitat (Ballester i Macías, 2015; Eloranta et al., 2015). Noves formes de xarxes socials comunitàries poden funcionar també com noves vies per pal·liar la solitud i el sentiment de vulnerabilitat. Bornat i Bytheway (2010) afegeixen a aquesta idea que les xarxes socials properes a les persones grans poden potencialment reduir les intervencions de professionals en situacions de gran dependència. De fet, els autors reivindiquen la rellevància que les persones grans mateixes es converteixin en agents actius que assumeixin la responsabilitat de prevenir riscos vinculats amb les seves vides. Seguint l'argument que les elevades prevalences de persones grans que viuen soles incideixin en polítiques comunitaries, els autors emfatitzen la necessitat de promocionar la seva autonomia, per exemple, quedant a les seves llars, seguint l'argument que les elevades prevalences de persones grans que viuen soles incideixen en polítiques comunitàries, en què la principal pauta consistiria en una major autonomia personal, tot emfatitzen la permanència a la seva llar. Ha de subratllar-se que, especialment, les persones grans soles són un col·lectiu d'especial vulnerabilitat, ja que la seva capacitat d'accedir als recursos és menor. És precisament la finalitat del Casal Ciutat Antiga, el Casal es Jonquet i el centre Can Ribes de l'Ajuntament de Palma: afavorir eines i recursos que permetin l'autonomia i que pal·liïn la solitud gràcies a l'assistència d'aquest sector de la població als centres, on uns fan companyia els altres. En altres paraules, es tracta de promocionar la seva autonomia personal combatent sensacions d'inseguretat i d'incapacitat.

A més, com exposen Bornat i Bytheway (2010), és rellevant que els professionals posseeixin una **formació especialitzada** sobre vellesa, així com actituds adequades davant els processos d'envelliment. Aquest és un dels valors en els quals es fonamenta Intress, que compta amb professionals que responen d'una manera personalitzada i constant a les demandes e les persones majors. Com defensen Bornat i Bytheway (2010), la situació de risc del col·lectiu és tan elevada, que obliga a l'avaluació i l'actuació de manera reiterada. La prevenció de l'exclusió en la vellesa ha de ser un procés continu.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A., Ayala, A. i Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos*. Madrid: Informes Envejecimiento en red. Recuperat de http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos17.pdf

Abley, C., Bond, J. i Robinson, L. (2011). Improving interprofessional practice for vulnerable older people: gaining a better understanding of vulnerability. *Journal of Interprofessional Care, 25*(5), 359-365.

Aguilar Medina, I. i Molinari, MS. (2008) Familia y lazos sociales. Antropología. *Revista interdisciplinar del INAH*, 81.

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

Ballester, L. i Macías, L. (2015). Les xarxes de relacions i suport de les persones grans. Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2015*. Palma: Universitat de les Illes Balears / Conselleria de Serveis Socials i Cooperació.

Bornat, J. i Bytheway, B. (2010). Perceptions and presentations of living with everyday risk in later life. *British Journal of Social Work*, 40, 1118-1134.

Conwell, Y., Duberstein, P. R. i Caine, E. D. (2002). Risk Factors for Suicide in Later Life. *Society of Biological Psychiatry,* 52, 193-204.

Eloranta, S., Arve, S., Isoaho, H., Lehtonen A. i Vitanen, M. (2015). Loneliness of older people aged 70: A comparison of two Finnish cohorts born 20 years apart. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *61*(2), 2, 254-260.

Guerrero N, Yépez MC. (2015) Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Revista Universitaria de salud*.;17(1):121-131

Lahad, K. i Hazan, H. (2014). The terror of the single old maid: On the insolubility of a cultural category. *Women's Studies International Forum*, 47, 127-136.

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. (BOE núm. 299 de 14 de desembre).

Sánchez-González, D. y Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de la población*, 17(69).

Trevisan, C., Veronese, N., Maggi, S., Baggio, G., De Rui, M., Bolzetta, F., …. Guiseppe, S. (2016). Marital Status and Frailty in Older People: Gender Differences in the Progetto Veneto Anziani Longitudinal Study. *Journal of Women's Health*, 25(6): 630-637.

Thomopoulou, I., Thomopoulou, D. i Koutsouki, D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of Exercise*, 6, 13-28.

Van Assen, M. A. L. M., Pallast, E., El Fakiri, F. i Gobbens, R. J. J. (2016). Measuring frailty in Dutch community-dwelling older people: Reference values of the Tilburg Frailty Indicator (TFI). *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 67, 120-129.

Victor, C. R. i Yang, K. (2012). The Prevalence of Loneliness Among Adults: A Case Study of the United Kingdom. *The Journal of Psychology*, *146*(1-2), 85-104.

Russell, D. (2009). Living Arrangements, Social Integration, and Loneliness in Later Life: The Case of Physical Disability. *Journal of Health and Social Behavior*, 50, 460-475.

Autores

MARIA TERESA COLL JANER

Treballadora social i postgrau en Gestió i Direcció de Residències per a Persones Grans.

Treballa a l'Intress des de 1992, en el seu inici va posar en funcionament i va dirigir centres de persones grans, i ho va compaginar amb tasques de coordinació d'alguns serveis. Des de l'inici, va defensar la creació de centres petits, gestionats segons el Model d'Atenció Centrat en la persona.

Posteriorment, va exercir la tasca de direcció de l'Àrea de Majors de l'entitat.

Actualment ocupa el càrrec de directora de coneixement de l'Àrea de Dependència i Desenvolupament. Molt interessada a conèixer què es fa en relació amb l'atenció a les persones grans majors a nivell europeu ha visitat serveis a Suècia, Amsterdam i Berlín.

En la seva trajectòria anterior va treballar en cooperació i formà part d'un equip de promoció social, desenvolupant projectes comunitaris a la zona del nord dels Andes peruans. Posteriorment, va treballar en diferents ajuntaments de Menorca en la implantació i gestió de Serveis d'Atenció Primària de Serveis Socials, així com models de voluntariat social en alguns municipis. També va exercir la funció de supervisora d'alumnes de Treball Social i va impartir formació en els cursos de Treballadors Familiars i equips de centres de persones grans.

MARIA ANTÒNIA GOMILA GRAU

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

BELÉN VAQUER ARJONILLA

Palma (1976). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster en Atenció a la Dependència i gerontologia per la Universitat de les Illes Balears. Des de 2001 ha desenvolupat la carrera professional en diferents organismes públics i privats. Des de 2008 fins a l'actualitat és directora del servei de promoció de l'autonomia personal Casal Jonquet de l'Ajuntament de Palma, gestionat per Intress.

Des de juny de 2017 és membre del comitè d'ètica d'Intress i des de 2015 col·labora amb l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca, a la Comissió de Treball de Promoció de l'Autonomia.

NATALIA REINARES GAGNETEN

Argentina (1975). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (1999). Actualment fa un postgrau en Direcció i Gestió de Centres Gerontològics a la UAB. L'any 2000 inicia la seva activitat amb Intress en diferents serveis i àmbits. Des de 2010 és directora del servei de promoció de l'autonomia personal Casal Ciutat Antiga de l'Ajuntament de Palma, gestionat per Intress. L'any 2015 comença a col·laborar amb l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca, a la Comissió de Treball de Promoció de l'Autonomia.

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran per la Universitat Nacional d'Educació a Distància. Màster universitari en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família i màster en Intervenció Multidisciplinària per Trastorns de la Conducta Alimentària, Trastorns de la Personalitat i Trastorns Emocionals.

Professora associada del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, i imparteix l'assignatura de Gerontologia Educativa. Treballa com a psicòloga general sanitària a l'Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda) des de 2010 i al Centre Es Pla des de 2016.

Ha treballat com a tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal des de 2008 fins a 2013. Ha coordinat el màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB. Ha tutoritzat i coordinat cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència. Les seves línies principals de recerca són els programes de prevenció del consum de substàncies, trastorns de la conducta alimentària i violència de gènere en les dones grans. És secretària de l'*Anuari de l'envelliment de Illes Balears* des de 2009.

DONAR VEU A LES PERSONES GRANS DE MALLORCA: CREACIÓ DE FÒRUMS DE PARTICIPACIÓ RESULTATS DE L'EXPERIÈNCIA PILOT

Donar veu a les persones grans de Mallorca: creació de fòrums de participació Resultats de l'experiència pilot

José Aranda Huertas
María Isabel Cano Raya
Maria Isabel Cuart Sintes
Maria Ángeles Fernández Valiente
Cristina Gamundí Massagué
Maria Isabel Gelabert Vich
Liberto Macías González
Mariano R. Sbert Balaguer

Resum

Les tendències demogràfiques actuals assenyalen un procés ràpid d'envelliment de la població. Aquest increment del pes demogràfic del sector de la població gran hauria d'estar acompanyat per un increment de participació i de presa de decisions dins la comunitat. La definició d'envelliment actiu proposada per l'Organització Mundial de la Salut, «Procés d'optimització d'oportunitats per a la salut, la participació i la seguretat que permeten garantir la qualitat de vida a mesura que les persones envelleixen», incideix en la importància que les persones grans han de participar de manera continuada en la vida social, econòmica i cultural de la comunitat per arribar al seu potencial de qualitat de vida.

Aquest fet implica que les persones grans tenen el dret de prendre part activa en la presa de decisions dins la comunitat i, per aquest motiu, les diferents administracions i entitats tenen l'obligació de crear les condicions perquè aquesta participació es pugui dur a terme, mitjançant models de col·laboració i de cooperació nous en tot el territori.

Per desenvolupar aquest model nou de participació i per fomentar una imatge de la vellesa lliure d'estereotips, els professionals que integren el grup de treball de Promoció d'Oportunitats de Participació de la comissió de treball de Promoció de l'Autonomia de l'Observatori varen prioritzar, com a línia d'actuació, la creació de fòrums de participació, per tal que les persones grans de Mallorca tinguin l'oportunitat d'expressar la seva veu i poder debatre sobre les seves necessitats principals.

Aquesta iniciativa respon a l'objectiu específic de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca de promoure iniciatives per al reconeixement i per a una major participació de les persones grans dins la societat.

Aquest projecte de constitució de diferents fòrums de participació es va començar a implantar el 2016, amb un pilotatge en deu municipis de Mallorca, representats atenent els criteris del nombre d'habitants, de l'índex d'envelliment i de distribució per edat de la població: Palma, Inca, Calvià, Manacor, Consell, Banyalbufar, Pollença, Petra, Búger i Sant Llorenç.

Els 126 participants, en quatre reunions, varen debatre i realitzaren aportacions sobre els vuit temes del protocol Vancouver, protocol d'investigació desenvolupat per al projecte Ciutats i comunitats amigables amb les persones grans, impulsat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), per valorar l'adaptació dels entorns a les necessitats de les persones grans: espais a l'aire lliure i edificis, transport, habitatge, respecte i inclusió social, participació social, comunicació i informació, treball i participació, serveis socials i de salut.

La valoració de l'experiència ha estat molt positiva, tant per part de les persones participants com dels professionals, i ha provocat que es generi una demanda per ampliar l'experiència, incorporar nous municipis i cercar fòrmules per tal que els grups ja existents es puguin mantenir amb un altre tipus d'estructura. Per altra banda, les aportacions dels participants han estat molt valuoses, i s'estan fent arribar a les diferents administracions per tal que les puguin incloure en les seves línies d'actuació.

Resumen

Las tendencias demográficas actuales apuntan a un proceso rápido de envejecimiento de la población. Este increment del peso demográfico del sector de la población mayor debería ir acompañado por un incremento de participación y toma de decisions en la comunidad. La definición de envejecimiento active propuesta por la Organización Mundial de la Salud, «Proceso de optimización de oportunidades para la salud, la participación y la seguridad que permiten garantizar la calidad de vida a medida que las personas envejecen», incide en la importancia de que las personas mayores participen de manera continuada en la vida social, económica y cultural de la comunidad para llegar a su potencial de calidad de vida.

Este hecho implica que las personas mayores tienen el derecho de tomar parte activa en la toma de decisiones en la comunidad y, por este motivo, las diferentes administraciones y entidades tienen la obligación de crear las condiciones para que esta particiación se pueda llevar a cabo, mediante modelos de colabración y de cooperación nuevos en todo el territorio.

Para desarrollar este nuevo modelo de participación y para fomenter una imagen de la vejez libre de estereotipos, los profesionales que integran el grupo de trabajo de Promoción de Oportunidades de Participación de la comisión de trabajo de Promoción de la Autonomía del Observatorio priorizaron, como línea de actuación, la creación de foros de participación para que las personas mayores de Mallorca tengan la oportunidad de expresar su voz y poder debatir sobre sus principales necesidades.

Esta iniciativa responde al objetivo específico del Observatorio de las Personas Mayores de Mallorca de promover iniciativas para el reconocimiento y para una mayor participación de las personas mayores en la sociedad.

Este proyecto de constitución de diferentes foros de participación se comenzó a implantar en 2016, con un pilotaje en diez municipios de Mallorca, representados atendiendo a los criterios de número de habitantes, índice de envejecimiento y distribución por edad de la población: Palma, Inca, Calvià, Manacor, Consell, Banyalbufar, Pollença, Petra, Búger y Sant Llorenç.

Los 126 participantes, en cuatro reuniones, debatieron y realizaron aportaciones sobre los ocho temas del protocolo Vancouver, protocolo de investigación desarrollado para el proyecto Ciudades y comunidades amigables con las personas mayores, impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para valorar la adaptación de los entornos a las necesidades de las personas mayores: espacios al aire libre y edificios, transporte, vivienda, respeto e inclusión social, participación social, comunicación e información, trabajo y participación, servicios sociales y de salud.

La valoración de la experiencia ha sido muy positiva, tanto por parte de los participantes como de los profesionales, y ha provocado que se genere una demanda para ampliar la experiencia, incorporar nuevos municipios y buscar fórmulas para que los grupos ya existentes se puedan mantener con otro tipo de estructura. Por otro lado, las aportaciones de los participantes han sido muy valiosas, y se están haciendo llegar a las diferentes administraciones para que las puedan incluir en sus líneas de actuación.

1. Fonamentació del Projecte

El progressiu envelliment poblacional és ben conegut. Les dades a la nostra comunitat (INE, 2016) mostren que un 33,79% de les persones residents a les Illes Balears té 50 i més anys (17,85% dones i 15,94% homes). Això vol dir que tenim un capital humà en procés d'envelliment molt important i que les previsions per als propers anys mantenen l'increment. El percentatge de població de 65 i més anys que actualment se situa en el 18,7% a l'Estat i en el 15,21% a la nostra comunitat passaria al 25,6%, el 2031. A Mallorca, on viu el 77,80% de la població de les Illes Balears, hi ha un 52,94% de dones i un 47,05% d'homes de 50 anys i més, que suposen el 33,69% del total de la població (IBESTAT, 2016). Es tracta d'un col·lectiu amb un pes específic per impulsar mesures de millora en els seus entorns, urbans i rurals. La idea seria anar millorant els nostres entorns per potenciar la màxima autonomia i perllongar l'estada als habitatges i llocs de referència de totes les persones al llarg de la vida. D'aquesta forma es poden mantenir, enfortir i millorar les xarxes relacionals entre les diferents edats i es creen escenaris adaptats a les persones i no a l'inrevés. Hi ha veus, Gehl (2006), que plantegen noves formes d'ús dels espais públics, com potenciar els llocs de trobada, amb el mobiliari urbà necessari, on desenvolupar activitats que poden ser no indispensables però que permeten gaudir-ne per si mateixos. Plantegen que el nostre entorn ha de propiciar les relacions i el contacte de totes les edats per viure millor i amb més felicitat. Són les persones les que han de ser les protagonistes de la transformació.

L'informe *La participación social de las personas mayores* (IMSERSO, 2008) exposa que Wright Mills, el 1954, conceptualitzà la participació com «un procés permanent de formació d'opinions, al si dels grups de treball i organismes intermedis, entorn de tots els problemes d'interès comú, a mesura que aquests vagin sorgint i requereixin de solucions,

és a dir, de decisions». Més endavant, Gyarmati, el 1992, seguint la mateixa línia de Mills, la definí com la «capacitat real, efectiva de l'individu o d'un grup de prendre decisions sobre assumptes que directament o indirectament afecten les seves activitats en la societat i, específicament, dins de l'ambient en què treballa». El 1996, McDonald plantejà la definició de participació social des de tres dimensions que s'han de tenir en compte: des del veïnat, des de la implicació en activitats organitzades o d'associacions i des de l'amistat. I el 2000, Mitchel i Kemp relacionaren la participació social amb la qualitat de vida, mesurada en nivells de depressió, satisfacció, etc.

Al *Libro blanco del envejecimiento activo* (IMSERSO, 2011), s'exposen quines són les diferents dinàmiques de participació i s'assenyalen quatre grups lligats als diferents estils de vida que presenta la persona de 65 i més anys: a) participatiu; b) oci social; c) oci inactiu, i d) domèstic; tots ells importants i que s'han de tenir en compte perquè les persones de 65 i més anys participin d'una manera activa dins la societat, a nivell general, i al seus municipis i entorns més propers, en particular. D'aquesta manera, l'article 5 del Pla Internacional d'Acció de Madrid sobre l'Envelliment aprovat a la II Assemblea Mundial sobre Envelliment (2002) afirma: «Ens comprometem a eliminar tota forma de discriminació, inclosa la discriminació per edat. També admetem que les persones, a mesura que envelleixen, haurien de gaudir d'una vida plena, saludable, segura i amb una participació activa en el pla econòmic, social, cultural i polític de la seva societat» (Nacions Unides, 2003).

Com assenyala l'autora Pérez (2002) «participar significa "formar part de" i també "actuar amb" (...). És clar que per sentir-se actors participants les persones grans requereixen admetre les seves limitacions, però també reconèixer les seves fortaleses», és per aquest motiu que és tan important fer participar els nostres grans en les decisions en les quals estan implicats, i a partir de les seves experiències vitals conèixer les seves opinions i considerar-les per actuacions de millora. És per això que la participació comunitària definida com el «procés social en virtut del qual grups específics, que comparteixen alguna necessitat, problema o interès i viuen en una mateixa comunitat, tracten activament d'identificar els esmentats problemes, necessitats o interessos, cercant mecanismes i prenent decisions per atendre'ls» (Junta de Andalucía, 2017) va semblar la millor opció per iniciar el projecte.

Així, el projecte Donar veu, en la seva fase pilot, es va anar construint adaptant la metodologia proposada al Protocol de Vancouver (OMS 2007), a diferents comunitats de Mallorca. Aquest protocol s'havia desenvolupat dins del marc del projecte Ciutats i comunitats amigables amb les persones grans. La seva finalitat és la d'orientar la investigació a conèixer l'adaptació de les ciutats i comunitats a les necessitats de les persones grans, tot identificant àrees d'acció i localitzant els punts forts i febles d'una comunitat. S'emmarca dins l'envelliment actiu, entès com el procés d'optimització d'oportunitats per a la salut, participació i seguretat, amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones a mesura que envelleixen (OMS, 2002).

Es demana la col·laboració dels membres de la comunitat com a participants actius en tot el procés de l'estudi i utilitza el grups focals[1] com a eina d'investigació. Va semblar la metodologia més adient perquè ens situava en un mètode d'estudi i acció qualitativa que cerca obtenir resultats fiables i útils per millorar situacions col·lectives, fonamentant la investigació en la participació dels mateixos col·lectius que s'investiguen. Parlem doncs d'investigació-acció participativa.

2. Descripció del projecte

2.1. Finalitat

El projecte Donar veu té com a finalitat la constitució de diferents fòrums de participació als municipis de Mallorca per tal que les persones grans puguin expressar les seves idees i debatre les principals necessitats.

2.2. Objectius del projecte

Els objectius generals del projecte Donar veu són, per una banda, promoure l'envelliment actiu i digne amb el suport de l'aprenentatge al llarg de la vida que permeti la participació ciutadana i la construcció del futur propi; per una altra banda, reconèixer el capital humà de les persones grans com a agents de canvi per al desenvolupament de la comunitat; i, també, establir una estructura organitzativa encarregada d'avaluar les necessitats de les persones grans de Mallorca i de visibilitzar les accions i les aportacions d'aquest col·lectiu amb diferents actes i publicacions.

Quant als objectius específics, s'enumeren a continuació:

- facilitar l'expressió, l'apoderament i la participació activa de les persones grans;
- garantir la protecció, seguretat i dignitat de les persones grans;
- potenciar la integració de la gent gran dins la comunitat;
- augmentar la xarxa de relacions interpersonals de les persones grans;
- crear fòrums de participació en diferents municipis de l'illa perquè les persones grans puguin expressar la seva veu, debatre les seves principals necessitats, i donar-les a conèixer;

[1] Els grups focals són una tècnica socioqualitativa que permet indagar i interpretar en profunditat i detall comportaments socials i pràctiques quotidianes.

- vetlar per l'atenció i l'assessorament de les necessitats existents entre el col·lectiu de les persones grans de l'illa de Mallorca, i

- impulsar el treball en xarxa des de la perspectiva comunitària.

2.3. Metodologia

Per recollir i analitzar les dades de les conclusions extretes dels temes debatuts en els diferents grups focals s'ha duit a terme una metodologia d'investigació qualitativa i s'ha aplicat l'estratègia d'investigació de grups focals. Els grups focals són grups de discussió guiats per un conjunt de preguntes dissenyades en una entrevista grupal semiestructurada sobre una temàtica determinada. L'objectiu d'aquesta metodologia és obtenir una visió més completa amb l'expressió de múltiples visions diferents, així com facilitar la manifestació de sentiments, de creences i d'experiències (Escobar i Bonilla-Jiménez, 2009).

El mètode emprat per recollir i analitzar les dades ha estat el que es proposa al protocol de Vancouver (OMS, 2007), protocol d'investigació desenvolupat per al projecte Ciutats i comunitats amigables amb les persones grans, impulsat per l'OMS per valorar l'adaptació dels entorns a les necessitats de les persones grans.

Aquest protocol defineix vuit àrees per dur a terme l'anàlisi qualitativa: espais a l'aire lliure i edificis, transport, habitatge, respecte i inclusió social, participació social, comunicació i informació, treball i participació, serveis socials i de salut.

Els professionals del grup de treball varen seleccionar els deu municipis participants, atenent a criteris demogràfics i socials (Palma, Calvià, Consell, Banyalbufar, Inca, Manacor, Sant Llorenç, Petra, Búger i Pollença). Des de l'Observatori es va remetre una carta als ajuntaments respectius per sol·licitar-los col·laboració en el projecte. Tots varen acceptar.

De cada municipi participant, es varen seleccionar entre 10 i 20 participants, per configurar el grup focal. Varen fer quatre reunions (exceptuant en el cas de dos municipis, que per motius interns d'organització només en varen poder fer una), per debatre els avantatges, les barreres i les propostes de millora de cada àrea esmentada anteriorment.

Les reunions es varen dur a terme el primer semestre de 2016. Durant l'estiu es varen avaluar i analitzar les dades i se'n redactaren les conclusions.

Per a 2017 es té previst ampliar l'experiència també als municipis de Puigpunyent, Felanitx, Son Servera, Alcúdia, Sineu, Sant Joan i Esporles.

2.4. Perfil de les persones participants

Varen participar a l'experiència pilot un total 126 persones: 76 dones i 50 homes. Pràcticament totes les persones participants tenien més de 60 anys i estaven jubilades. La mitjana d'edat era de 74 anys.

La major part de les persones participants estaven casades. Moltes d'elles tenien un bona percepció subjectiva de la pròpia salut. Molt poques presentaven dificultats per a la realització d'activitats bàsiques de la vida diària. També han estat minoria les persones usuàries de serveis d'atenció a la dependència.

Quasi totes les persones participants tenien habitatge en propietat. Els seus ingressos mitjans eren d'entre 400 i 700 euros.

El nivell d'estudis era majoritàriament mitjà-baix. La major part de les persones participants estaven realitzant en aquell moment activitats formatives i acudien a centres socials o de persones grans. En aquest sentit, cal remarcar que la major part pertanyia a qualque associació. Han estat poques les persones participants que feien tasques de voluntariat.

Com es comentarà més endavant en parlar de les limitacions de la implementació del projecte, no s'han pogut constituir grups completament heterogenis, no tan sols en relació amb el sexe (hi han participat més dones), sinó especialment quant al nivell de dependència: ha estat difícil arribar a les persones que viuen més aïllades i són més dependents. El repte de futur és arribar a aquest col·lectiu i cercar eines per impulsar la seva participació.

3. Resultats

3.1. Experiència de participació de les persones grans

De les 126 persones que varen participar en l'experiència pilot, 61, aproximadament la meitat, varen omplir un qüestionari de satisfacció que es va lliurar el darrer dia, per valorar com havia estat la seva experiència. La seva opinió va ser molt positiva al respecte, per a elles l'experiència de participar als fòrums i compartir les seves opinions va resultar molt enriquidora.

Va ser interessant observar el canvi que es va produir a mesura que anaven avançant les sessions, si bé al principi es podia apreciar en alguns grups un cert grau d'escepticisme, progressivament les persones participants s'hi varen anar implicant i a la vegada s'animaven cada vegada més. El resultat final va ser de grups cohesionats, que varen realitzar un

treball en equip molt satisfactori, i que varen dur a terme una feina d'anàlisi de la realitat i de recollida de propostes de millora molt valuosa.

Les persones participants varen mostrar un gran interès per tots els temes, especialment pel del respecte i de la inclusió social, pel tema de l'habitatge, pel de participació social, pel de comunicació i informació, i pels de serveis socials i salut. També varen manifestar voler mantenir una continuïtat i la intenció de tractar altres temàtiques en un futur, com la de l'atenció a la dependència, la llei de protecció de la persona gran, les darreres voluntats, civisme, relacions intergeneracionals, entre d'altres.

Quant a la valoració de la organització, hi ha hagut una satisfacció generalitzada, tant pel que fa a la dinamització de les sessions, com pels aspectes més «logístics», com l'espai on es varen dur a terme les sessions, el nombre de sessions i la seva durada. Quant al nombre de sessions a les quals varen assistir els participants, la mitjana d'assistència va ser de dues, amb una durada mitjana d'entre una hora i mitja i dues.

3.2. Aportacions de les persones grans

Resulta complicat sintetitzar en pocs paràgrafs la gran quantitat de propostes interessants que han aportat les persones participants d'aquesta experiència pilot. Al present article resumirem les principals aportacions extrapolables a tot l'illa de Mallorca; no obstant això, cal remarcar que, a més, a cada municipi s'han realitzat propostes més específiques per a les seves realitats concretes.

- Pel que fa al tema de **respecte i inclusió social**, les principals propostes van adreçades, per una banda, a promoure la formació dels professionals i la sensibilització de la societat en general i dels professionals sanitaris vers el respecte a les persones grans i la prevenció del maltractament. Dins aquesta línia s'inclourien les activitats intergeneracionals i les campanyes de comerç amigable, entre d'altres. Una altra línia de propostes va més adreçada a la detecció i intervenció primerenca, amb actuacions per combatre la solitud i l'aïllament, més visites domiciliàries a persones en situació de risc i la creació d'una línia de telèfon per notificar situacions de maltractament.

- Una proposta relacionada tant amb la temàtica del respecte com amb la **de transport**, és la d'implantar sistemes per vetllar per l'adequada ocupació dels seients per a les persones grans als transports públics. Les persones grans també veuen necessari, per una banda, condicionar tant els autobusos com les aturades, per tal que estiguin adequats a les seves necessitats, i, per una altra, incrementar la freqüència del transport public, especialment el de les línies que van cap als centres de salut i als hospitals de referència. En relació amb aquests darrers, és una demanda generalitzada de tots els municipis, la del transport directe cap als hospitals i la del pàrquing gratuït als mateixos.

- Quant a la qüestió de l'**habitatge**, es proposa ampliar els mitjans per tal que les persones grans puguin quedar a ca seva. En aquest sentit, es veu necessari facilitar informació sobre recursos per millorar l'accessibilitat, així com ampliar l'import de les subvencions per a aquesta finalitat. Les persones grans, per continuar al seu habitatge, suggereixen promoure els habitatges supervisats, així com els pisos compartits amb estudiants o altres persones grans. Per a aquelles persones més dependents es considera necessari ampliar el nombre de places residencials i de centres de dia.

- Pel que fa als **espais a l'aire lliure i edificis**, es proposa que els primers estiguin condicionats amb més banys públics, més fonts, més bancs per asseure's, amb paviment i il·luminació adequats, amb camins exclusius per a vianants i cadires de rodes; també es proposa plantar arbres d'arrels profundes per tal que aquestes no sobresurtin. Per altra banda, es considera que s'hauria de promoure més la realització d'activitats lúdiques i esportives a l'aire lliure. Altres propostes relacionades amb la temàtica han estat l'allargament de la durada dels semàfors i la proposta de moure antenes i torres elèctriques cap a llocs deshabitats.

- Per promoure la **participació social** de les persones grans, proposen, per una banda, la creació d'un Consell de Persones Grans, i per altra, una major i millor informació i difusió de les activitats per tal d'arribar a totes les persones i no exclusivament a les associades. S'hauria d'ampliar també l'oferta d'activitats, cercar sinergies entre els espais municipals per poder dur-les a terme i crear més casals. Donades les característiques d'aquest col·lectiu de població s'hauria de permetre una major flexibilitat de participació a les activitats.

- Quant a la temàtica de **treball i participació ciutadana**, dins l'àmbit laboral les persones grans proposen potenciar la jubilació parcial, alleugerar les càrregues laborals, flexibilitzar les llicències per malalties i eliminar el terme «passiu» per fer referència a les persones que ja no estan immerses dins el món laboral. En relació amb el voluntariat, es considera necessari donar a conèixer les activitats de voluntariat organitzat i vetllar perquè sigui flexible.

- En relació amb la temàtica de **comunicació i informació**, cal destacar que les persones grans creuen necessari que encara no s'aboleixin els tràmits no telemàtics, mantenir la informació en paper i difondre-la en punts estratègics. Per disminuir la «bretxa digital», proposen promoure l'aprenentatge de les noves tecnologies i facilitar l'accés a ordinadors als espais públics. Una de les propostes més reiterades a la major part dels municipis ha estat la creació d'espais d'informació i assessorament per a les persones grans. Valoren de forma molt positiva la informació personalitzada, tant la que se'ls transmet mitjançant cartes i trucades telefòniques, com la rebuda directament pels diferents departaments i àrees de les administracions, especialment les àrees de salut i els serveis socials.

- Per millorar els serveis de **salut**, les persones grans proposen ampliar els horaris dels centres de salut, dotar-los de més personal i d'especialistes en gerontologia i apropar els serveis als municipis, especialment els de rehabilitació. També proposen millorar la formació dels professionals i dur a terme més campanyes de prevenció. Molt directament relacionat amb el tema de transport anteriorment mencionat, proposen impulsar el transport directe dels municipis cap als hospitals i el transport públic cap als centres de salut per a les persones que necessiten acompanyament. Per millorar els **serveis socials** les persones grans consideren necessari, per una banda, difondre la cartera de serveis socials, i ampliar la informació sobre els recursos, i, per una altra, crear un servei d'assessorament jurídic. Troben imprescindible augmentar els recursos per poder continuar al domicili, així com dotar d'un major nombre de places les residències properes als municipis.

Tot aquest conjunt de propostes, així com les més concretes de cada municipi, s'han fet arribar a diferents administracions perquè les puguin incloure, en la mesura de les seves possibilitats, dins els seus plans d'actuació.

4. Valoració del projecte i propostes de millora

4.1. Assoliment dels objectius

A continuació es presenta una taula per valorar els objectius aconseguits a partir dels resultats percebuts.

Objectius generals	Objectius específics	Resultat
Promoure l'envelliment actiu i digne amb el suport de l'aprenentatge al llarg de la vida que permeti la participació ciutadana i la construcció del propi futur.	Facilitar l'expressió, l'apoderament i la participació activa de les persones grans.	Hem aconseguit fòrums en què les persones grans s'han expressat lliurement, han mantingut debats entre les persones assistents i han arribat a consensos que han permès, en alguns casos, elaborar documents conjunts que han pogut ser presentats públicament a les autoritats locals.
	Garantir la seva protecció, seguretat i dignitat.	Creim que aquest objectiu específic no es treballa de forma directa. S'hauria de reformular o plantejar unes accions específiques amb aquesta finalitat. O eliminar-lo com a objectiu específic d'aquest projecte. Certament, es treballa a posteriori duent a terme alguna de les seves propostes.
	Potenciar la integració de les persones grans a la comunitat.	Amb la participació al fòrum s'ha potenciat la participació i integració de les persones grans. Han mostrat un interès per una continuïtat i un seguiment, també ha augmentat la seva participació en altres activitats dels municipis.
	Augmentar la xarxa de relacions interpersonals de les persones grans.	Amb la participació al fòrum es varen fer noves relacions, es varen facilitar els contactes, se varen proposar futures trobades.

Objectius generals	Objectius específics	Resultat
Reconèixer el capital humà de les persones grans com a agents de canvi per al desenvolupament de la comunitat.	Crear fòrums de participació en diferents municipis de l'illa perquè les persones grans puguin expressar la seva veu i debatre les seves principals necessitats.	Tal com es presenta al llarg d'aquest article, s'han creat aquests fòrums al municipis participants. Hi ha un reconeixement del capital humà de les persones grans com a agents de canvi. Es dona valor als seus suggeriments i aportacions. És un projecte que contribueix a establir noves propostes d'actuació en el marc d'un procés de millora continua del municipi. En casos com el de Calvià hi ha un reconeixement tècnic i polític de la vàlua i riquesa de les seves aportacions. Es verbalitza que amb la seva veu contribueixen a les millores del municipi.
Establir una estructura organitzativa encarregada d'avaluar les necessitats de les persones grans de Mallorca i de visibilitzar les accions i aportacions de les persones grans en diferents actes i publicacions.	Vetllar per l'atenció i l'assessorament de les necessitats existents entre el col·lectiu de les persones grans de l'illa de Mallorca.	Manca un seguiment de les seves propostes i una resposta al compromís de les administracions locals, això pot perjudicar la credibilitat del projecte i crear situacions de frustració i desencís entre els participants.
	Impulsar el treball en xarxa des de la perspectiva comunitària.	Aquesta primera fase no ha donat com a resultat la creació d'una xarxa de professionals coordinats i amb funcions distribuïdes i temps per poder exercir-les. S'ha aconseguit la implicació d'alguns membres de la comunitat en tot el procés. Però ha faltat que els grups fossin més heterogenis i l'existència de prou recursos dinamitzadors per promoure que els participants siguin els impulsors de les accions de continuïtat. Es proposa completar amb la visió dels professionals que atenen les persones grans.

4.2. Orientacions

Una vegada llegides les aportacions dels fòrums realitzats com a pilotatge i reprenent la finalitat i els objectius del projecte feim les següents aportacions:

- Les evidències escrites que tenim de les aportacions que sorgiren dels debats als fòrums són valuoses, per la seva frescor, diversitat i proximitat a les situacions reals.

- Aquestes aportacions demostren interès per participar i en uns fòrums ben facilitats no sols es queden en alabances i queixes, sinó que es transformen en suggeriments i fins i tot en compromís de formar part de la solució.

- Els fòrums per si mateixos ja són valuosos, però per això cal evitar que siguin sols uns murs de lamentacions que reprodueixin les mateixes queixes i aspiracions cada cert temps. Aquest fet produiria desencís i frustració i seria la mort del fòrum.

- És molt important tenir clar fins on volen arribar el grup de debat i l'Ajuntament. Es considera essencial deixar clar el compromís per part de l'Administració: és només facilitar que donin veu i escoltar-la o també de dur a terme les seves propostes i suggeriments?

- El debat a partir de punts forts i àrees de millora ha de provocar suggeriments i aquests s'han de poder transformar en accions que puguin avançar cap al canvi i la millora.

- El mateix fòrum, amb el suport de les persones facilitadores, ha de poder fer arribar a qui pertoqui les propostes que sorgeixen i que poden ser responsabilitat de distints nivells de l'Administració, i obtenir una resposta al respecte. L'Ajuntament pot respondre segons les seves competències, però les propostes fetes que no siguin de competència municipal s'haurien de fer arribar de qualque manera. En altres casos s'han de poder mobilitzar per ser protagonistes del canvi organitzant i duent a terme activitats i campanyes. Es proposa cercar fórmules perquè ells mateixos siguin protagonistes del canvi.

Per tot això:

- Es necessiten uns fòrums molts lleugers d'estructura, però que tinguin recursos suficients per mantenir-se.

- És molt important que el perfil de la persona moderadora sigui de facilitadora.

- És important mantenir al grup centrat, motivat i moderar, tot reforçant la importància de la participació com més àmplia millor.

- S'han de potenciar els actes finals de presentació de la seva feina davant les autoritats locals i se n'han de fer ressò els mitjans de comunicació local (web, premsa, ràdio...).

- És necessari el reconeixement del capital humà de les persones grans com a agents de canvi i millora continua del municipi, i que aquest reconeixement sigui tècnic i polític.

- Els mitjans posats a disposició d'aquest projecte no pareixen suficients per poder impulsar i mantenir una estructura organitzativa que participi en l'avaluació de les necessitats de les persones grans de Mallorca i potenciï la visibilització de les accions i aportacions de les persones grans amb diferents actes i publicacions.

- És necessària una xarxa de professionals coordinats, amb funcions distribuïdes i temps per poder exercir-les, que puguin impulsar el treball col·laboratiu des de la perspectiva comunitària.

- Hem de ser capaços d'arribar a una població més heterogènia que tingui en compte que les necessitats i els interessos són molts diversos, fins i tot en la població d'un

mateix territori. De 55 anys a 95 en van 40 i hi ha molts de graus entre l'autonomia plena i la dependència.

- Fòrums permanents, comissions de treball estables, per àmbits o grups de treball per projectes podrien ser tres formes distintes de donar resposta a la continuïtat d'aquest projecte a cada territori.

Agraïments a la resta de professionals col·laboradors

Altres integrants del grup de treball: Joana M. Bestard (grup Novaedat), Ana Filo Romo (Col·legi Oficial de Psicologia), Joana Maria Fiol (IMAS), Yolanda Menéndez (Intress), Deyana Mihailova (Creu Roja), M. del Carme Orte (Universitat de les Illes Balears), Edith Pérez (Col·legi Oficial de Terapeutes Ocupacionals), Míriam Ramírez (Fundació Balear d'Atenció a la Dependència), Natalia Reynares (Intress).

Altres moderadors dels grups focals: M. Margalida Albons (grups de Banyalbufar i Consell), Aina Abrines (grup de Pollença), Laura Barjau (grup d'Inca), Joana M. Bestard (grup de Pollença), Ana Filo Romo (grup de Manacor), Neus Fullana (grup de Sant Llorenç), Olga Granados (grup de Calvià), M. Immaculada Jiménez (grup de Búger), Cristina Maura (grup de Petra), Isabel Pons (grup de Consell), M. Antònia Tugores (grup de Pollença), Belén Vaquer (grup de Palma).

Altres professionals que han col·laborat en el projecte: Margalida M. Batle (IMAS), Claudia Patiño (Col·legi Oficial de Terapeutes Ocupacionals), Maria Garcia (Serveis Socials de l'Ajuntament de Búger), Antònia Girart (Serveis Socials de l'Ajuntament de Sant Llorenç), Petra Joan (Serveis Socials de l'Ajuntament de Petra), Catalina Pont (Serveis Socials de l'Ajuntament de Manacor), Magdalena Seguí (Serveis Socials de l'Ajuntament de Pollença).

Referències bibliogràfiques

Escobar, J. i Bonilla-Jiménez, F. (2009). Grupos focales: una guía conceptual y metodológica. A *Cuadernos hispanoamericanos de psicología*, *9*(1), 51-67.

Gehl, J. (2006). *La humanización del espacio urbano*. Barcelona: Reverté.

IMSERSO (2008). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: Ministerio de Educación, Política Social y Deporte.

IMSERSO (2011). *Libro blanco del envejecimiento activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

INE (2016). *Proyecciones de población 2016-2066*. Recuperat de http://www.ine.es/prensa/np994.pdf

IBESTAT (2016). *Estadístiques de població.* Recuperat de http://www.ibestat.es/ibestat/estadistiques/poblacio

Junta de Andalucía (2017). *Participación comunitaria.* Recuperat de http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranetservicioandaluzdesalud/hhuuvr/extranet/CmsHUVR2/ONLINE/externo/huvr/ciudadano/participacion.asp

Naciones Unidas (2003). *Declaración política y plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento.* Recuperat de https://social.un.org/ageing-working-group/documents/mipaa-sp.pdf

Organització Mundial de la Salut (2002). Envejecimiento activo: un marco político. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *37*(S2), 74-105.

Organización Mundial de la Salud (2007). *Metodología del proyecto de ciudades amigables con los mayores de la OMS. Protocolo de Vancouver*. Recuperat de http://www.vitoria-gasteiz.org/wb021/http/contenidosEstaticos/adjuntos/es/04/21/40421.pdf

Pérez, M. (2002). La participación de las persones mayores. Apuntes para una agenda de intervencions gerontológicas. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 45, 21-32.

Autors

JOSÉ ARANDA HUERTAS

Sto. Tomé, Jaén (1967). Diplomat en Treball Social per la Universitat de Granada, màster en Dependència i Gerontologia per la Universitat de les Illes Balears, màster en Intervenció Social per la Universitat Internacional de la Rioja i màster en Mediació Familiar per la Universitat de València. Actualment és treballador social de les UTS de Puigpunyent, Banyalbufar i Estellencs.

MARÍA ISABEL CANO RAYA

Granada (1982). Educadora social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Experta en Intervenció en Maltractament Infantil i postgraduada en Animació Estimulativa, Discapacitat i Salut Mental. La seva trajectòria professional inclou centres de primera acollida i llars de menors, formadora de cuidadors de persones en situació de dependència, estimulació cognitiva per a l'Asociación de Familiares de Enfermos de Alzheimer de Mallorca (AFAM), acompanyament a dones víctimes de violència de gènere i intervenció socioeducativa amb població infantil i juvenil i posada en marxa de Casal de Joves. Actualment, és educadora social del departament de dinamització i activitats culturals i del programa de voluntariat de la Residència la Bonanova de l'IMAS. Col·labora al grup d'Envellimet Actiu del Col·legi d'Educadores i Educadors Socials de les Illes Balears (CEESIB) i al grup de treball de Promoció d'Oportunitats de Participació, de la Comissió de Treball de Promoció de l'Autonomia de l'Observatori de Persones Majors (OMM) de l'IMAS.

MARIA ISABEL CUART SINTES

Palma (1974). Llicenciada en Psicopedagogia i doctora en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Postgraduada en Demències i Malaltia d'Alzheimer per l'Institut Superior d'Estudis Psicològics (ISEP). Màster en musicoteràpia per l'ISEP i la Universitat de Vic. Actualment, treballa com a tècnica a l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS i com a professora associada de la UIB, al Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació, àrea de Psicologia Evolutiva i de l'Educació.

MARIA ÁNGELES FERNÁNDEZ VALIENTE

Palma (1975). Diplomada en Educació Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster en Mediació de Conflictes Familiars, Civils i Mercantils, UIB. Especialista universitària en Intervenció Socioeducativa de l'Educador Social als centres educatius. Especialista universitària en la Direcció i Gestió de Serveis Socials, UIB. Membre del consell de redacció de la revista *Res*. Ha estat presidenta i vicepresidenta del Col·legi d'Educadores i Educadors Socials de les Illes Balears (CEESIB 2003-2013) i vicepresidenta de l'Associació Estatal d'Educació Social (ASEDES 2000-2009). Formadora en l'àmbit socioeducatiu. Coordinadora dels centres d'adolescents i residencials de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) (2007-2012). Actualment. és la cap de Servei de l'àrea de Gent Gran de l'IMAS.

CRISTINA GAMUNDÍ MASSAGUÉ

Palma (1970). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Postgrau en Teràpia Familiar Sistèmica. Màster en Gerontologia Social Aplicada per la Universitat de Barcelona. Tècnica de l'Àrea de Benestar Social de l'Ajuntament de Calvià des de 1998. Actualment, és la tècnica responsable de Cooperació Social i Gent Gran del Servei d'Intervenció Social i Serveis Socials de l'Ajuntament de Calvià.

MARIA ISABEL GELABERT VICH

Palma (1959). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de Barcelona i màster en Psicoteràpia Analítica Grupal per la Universitat de Deusto. Actualment, és la tècnica responsable de les línies d'envelliment actiu de l'Ajuntament de Palma.

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma (1975). Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Formació en dependència i promoció de l'autonomia. Expert universitari en Intervenció en Qualitat de Vida de Persones Grans per la UNED (2013). Diploma d'Estudis Avançats en Ciències de l'Educació per la UIB (2013). Actualment, és el coordinador tècnic de la Universitat Oberta per a Majors (UOM). Ha participat en diversos congressos a nivell nacional i internacional. Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en l'aprenentatge permanent i la qualitat de vida de les persones grans, l'envelliment actiu i participatiu, així com l'ús que fan les persones grans de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC).

MARIANO R. SBERT BALAGUER

Palma (1956). Llicenciat en Ciències de l'Educació, màster universitari en Gestió de Recursos Humans, Intervenció Psicològica i Pedagògica i expert universitari en Entrenament i Formació Organitzacional per la Universitat de les Illes Balears. Actualment, és professor associat del Departament de Pedagogia Aplicada i Psicologia de l'Educació de la UIB i imparteix docència al grau d'Educació Social. A més, col·labora en diversos projectes de caire social i educatiu i treballa per a empreses en la millora de les habilitats socials i organitzatives dels seus membres. Els seus camps d'interès són l'aprenentatge al llarg de la vida, l'apoderament per a la participació social i les metodologies d'aprenentatge per a la millora personal i professional. Ha tingut responsabilitat directa en la direcció de serveis dirigits a persones grans en situació de dependència i és conferenciant al programa de la UOM per a pobles de Mallorca i barris de Palma.

ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA EN CENTRES RESIDENCIALS I SOCIOSANITARIS

Atenció centrada en la persona en centres residencials i sociosanitaris

Maria Lourdes Amer Forteza
Iciar Ancizu García
Raúl Vaca Bermejo
Diego Espina Rosales
Natalia Monteagudo Palma

Resum

Assistim a un procés de transformació de l'enfocament assistencial en centres residencials marcat per l'impuls dels models d'atenció centrada en la persona que reconeixen els individus com a posseïdors de valors únics, amb dignitat inherent i una història vital que els caracteritza. A més, busquen millorar la qualitat de vida de les persones donant la màxima importància a l'exercici de la seva autonomia i al seu benestar subjectiu.

Partint d'aquesta perspectiva, es presenta el procés de revisió del model assistencial de SARquavitae. Després del diagnòstic inicial, es dissenya una implantació en centres que contempla una formació inicial i un desplegament gradual, acompanyat d'un procés d'avaluació en el qual s'inclouen grups focals, diaris de camp, enquestes de satisfacció i motivació laboral i anàlisi d'indicadors clau.

Gràcies al diagnòstic, s'identifiquen tres àrees de treball principals: millora de la qualitat assistencial, treball en equip i comunicació entre professionals i amb l'entorn afectiu. El treball en aquestes àrees es concreta en una sèrie de compromisos específics que se centren a potenciar la presa de decisions compartida a través de la implantació del professional de referència, responsable del suport continuat i l'atenció al detall d'un grup reduït d'usuaris; establir els mecanismes que garanteixin la participació de la persona i el seu entorn afectiu en el procés d'atenció, i introduir nous instruments d'avaluació que permetin obtenir informació objectiva sobre les potencialitats de les persones i els seus nivells de benestar i qualitat de vida.

Resumen

Asistimos a un proceso de transformación del enfoque asistencial en centros residenciales marcado por el impulso de los modelos de atención centrada en la persona que reconocen a los individuos como poseedores de valores únicos, con dignidad inherente y una historia vital que los caracteriza. Además, buscan mejorar la calidad de vida de las personas dando la máxima importancia al ejercicio de su autonomía y a su bienestar subjetivo.

Partiendo de esta perspectiva, se presenta el proceso de revisión del modelo asistencial de SARquavitae. Tras el diagnóstico inicial, se diseña una implantación en centros que contempla una formación inicial y un despliegue paulatino, acompañado de un proceso de evaluación en el que se incluyen grupos focales, diarios de campo, encuestas de satisfacción y motivación laboral y análisis de indicadores clave.

Gracias al diagnóstico, se identifican tres áreas de trabajo principales: mejora de la calidad asistencial, trabajo en equipo y comunicación entre profesionales y con el entorno afectivo. El trabajo en estas áreas se concreta en una serie de compromisos específicos que se centran

en potenciar la toma de decisiones compartida a través de la implantación del profesional de referencia, responsable del apoyo continuado y la atención al detalle de un grupo reducido de usuarios; establecer los mecanismos que garanticen la participación de la persona y su entorno afectivo en el proceso de atención, e introducir nuevos instrumentos de evaluación que permitan obtener información objetiva sobre las potencialidades de las personas y sus niveles de bienestar y calidad de vida.

1. Introducció

Els models centrats en la persona (ACP) advoquen per la **personalització** de les cures i l'adquisició d'unes actituds emmarcades en el corrent humanista de la psicologia per garantir el **respecte i el tracte digne a les persones**.

Després d'una intensa revisió bibliogràfica, SARquavitae adapta el seu model i procés assistencial sobre la base de tres enfocaments de l'ACP que es complementen i enriqueixen mútuament: model VIPS (Kitwood, 1997; Brooker, 2007; Brooker i Surr, 2009), l'atenció gerontològica centrada en la persona (Martínez, 2016) i l'atenció integral centrada en la persona (Rodríguez, 2013). Per altra banda, es va elaborar material formatiu tenint com a referència el model VIPS. Originalment, aquest model se centra en persones que tenen algun tipus de demència, però consideram que la seva base conceptual i tècnica s'assenta sobre principis universals aplicables en qualsevol entorn de cures, social o sanitari. Entre els aspectes clau del model s'inclouen (Brooker, 2007):

- Tractar les persones com a individus, tot fomentant els seus drets com a ciutadans; acceptar que cada persona té una trajectòria i personalitat úniques i uns recursos personals, familiars i socials concrets.

- Adoptar la perspectiva de la persona atesa; cada persona té les seves experiències i vivències pròpies i empatitzar amb elles té potencial terapèutic per ell mateix.

- Reconèixer que tota vida humana es fonamenta en relacions i que les persones a les quals cuidam necessiten un entorn social enriquit que compensi les seves limitacions i promogui les oportunitats de creixement personal.

De manera molt breu, els principals valors d'aquests models són els següents:

- Dignitat i respecte: el focus de l'atenció és la persona i no la seva malaltia. Així, prevalen les seves fortaleses i habilitats conservades, en lloc de les seves limitacions i debilitats, i es considera la persona com un fi en si mateix.

- Informació compartida: la persona atesa i el seu entorn afectiu han de rebre informació actualitzada i completa per participar en la presa de decisions.

- Participació: la relació de l'atenció ha de basar-se en la participació activa de la persona, independentment del seu nivell cognitiu o de l'estat físic i sense excloure els membres del seu entorn afectiu.

- Col·laboració: s'ha de comptar amb la persona atesa i amb el seu entorn afectiu en el desenvolupament, implantació i avaluació de les diferents iniciatives.

Els models d'ACP advoquen per treballar amb els professionals per ajudar-los a connectar emocionalment amb les persones ateses, a fi de garantir una bona actitud vers la persona cuidada. Així, la formació continuada i el reconeixement dels professionals són essencials. A més, es necessita la implicació dels professionals en els processos de decisió i una organització de les cures que permeti donar resposta a les necessitats i preferències de les persones cuidades.

La utilització de models d'ACP en centres sociosanitaris millora la qualitat de les cures. Això redunda en un major benestar emocional i satisfacció, tant de la persona cuidada i el seu entorn afectiu com del personal del centre.

En aquest context, a principis de 2014 es posa en marxa en la nostra organització un procés l'objectiu del qual era adaptar el nostre model assistencial per donar resposta integral a les necessitats de les persones que atenem amb un enfocament d'especialització en totes les àrees, en harmonia amb el seu projecte de vida i en el qual ha de prevaler el respecte a les seves preferències i l'atenció al detall.

S'espera aconseguir que l'entrada dels usuaris en un centre no suposi una ruptura radical amb la seva anterior forma de vida, sinó que suposi una nova etapa en la qual han de trobar el suport necessari per poder viure d'acord amb els seus objectius personals, tot tenint en compte les seves necessitats, desitjos i preferències. A més, s'espera augmentar la motivació i implicació dels professionals.

2. Mètode

2.1. Revisió i adaptació del model assistencial

Partint de la filosofia assistencial de l'organització, en la qual ja hi havia alguns elements propis dels models d'ACP (unitats de convivència, grups de cures reduïts, etc.) es dissenya un pla de revisió del model amb l'objectiu d'evolucionar-lo. Així, en primer lloc, es definiren

dos grups de treball diferenciats, en els quals estaven representades totes les categories professionals de l'organització. El seu treball es va estendre de gener de 2014 fins a abril de 2015.

El primer dels grups es va encarregar de definir i unificar tota la documentació i els processos assistencials existents, dissenyar i desenvolupar el material formatiu necessari per implantar les iniciatives resultants, pilotar-les en els centres i avaluar-ne el procés.

El segon dels grups estava constituït per quatre equips diferenciats en funció de la seva categoria professional (psicologia, fisioteràpia, teràpia ocupacional i animació sociocultural). Aquests grups adaptaren i actualitzaren els protocols assistencials, teràpies i intervencions dels diferents perfils professionals que treballen en l'organització en funció de l'evidència cientificotècnica disponible.

2.2. Diagnòstic i formació

Una vegada revisats i elaborats els documents, va ser necessari dur a terme una formació intensiva per als professionals del centre en què s'havien de dur a terme les iniciatives resultants. Aquesta formació es va realitzar durant el mes de maig de 2015.

El procés de formació es va organitzar per categoria professional i hi participaren tots els professionals del centre. L'enfocament utilitzat va ser experiencial i vivencial perquè els professionals s'apropassin a la realitat del seus usuaris i interioritzassin de forma més àgil i profunda els supòsits de l'ACP i les actituds, els valors i la perspectiva ètica de la cura. El contingut va ser eminentment pràctic per reforçar les habilitats procedimentals enfront de les conceptuals. No obstant això, es va elaborar la documentació necessària per utilitzar-la com a guia de consulta. Finalment, es va establir un sistema d'acompanyament per als professionals dels centres per supervisar tot el procés i reforçar la formació, si era necessari.

Durant aquesta fase, es va fer també un treball de diagnòstic amb els professionals, en què s'exploraren les seves expectatives, els punts forts, les àrees de millora i què esperaven obtenir a nivell personal de tot el procés de canvi que s'havia de posar en marxa. S'identificaren les següents àrees de treball: millora de la qualitat assistencial, treball en equip i comunicació entre professionals i amb l'entorn afectiu. El treball en cada una de les àrees es va articular entorn de compromisos concrets que es varen implementar i avaluar posteriorment.

2.3. Implementació

Una vegada formats tots els professionals del centre es va començar el procés d'aplicació real de les intervencions proposades pel pla d'implantació que s'estructurava en

les següents àrees: revisió dels recursos materials i humans, revisió de les unitats de convivència, elaboració i implementació del protocol d'organització assistencial, revisió dels grups de cura, establiment del professional de referència, actualització de les reunions interdisciplinàries, impuls de mesures d'implicació de l'equip directiu, implantació dels nous registres i dels programes de teràpies i d'activitats d'oci.

2.4. Avaluació

En el disseny metodològic es varen diferenciar tres moments d'avaluació: l'avaluació prèvia a la intervenció, el seguiment del pilotatge i l'avaluació final. Es pretenia mesurar i explicitar l'impacte real de les accions proposades i la transformació del model assistencial de l'organització; analitzar, mitjançant indicadors objectius, el canvi de l'organització assistencial i de la rutina de treball dels professionals del centre; conèixer l'opinió i la impressió sobre la implementació de les accions plantejades en el projecte dels diversos col·lectius implicats i la valoració de l'experiència subjectiva dels usuaris i el seu entorn afectiu en relació amb l'atenció rebuda.

Tant en l'avaluació prèvia, realitzada abans de la formació, com en la final, realitzada durant el mes de desembre de 2015, es va utilitzar, per una banda, metodologia qualitativa, en concret grups focals, per analitzar les impressions i opinions dels col·lectius implicats en el projecte (professionals, usuaris i entorn afectiu). Per altra banda, es varen utilitzar mètodes quantitatius. En concret, indicadors de l'activitat assistencial i de la motivació i satisfacció laboral dels treballadors del centre.

Mitjançant l'avaluació de seguiment es pretenia analitzar la implantació progressiva de les accions previstes pel procés. Es van elaborar diaris de camp que s'actualitzaven setmanalment, a fi de recollir la màxima informació possible sobre les resistències trobades, l'èxit de les accions posades en marxa i els factors que podrien tenir influència en el seu desenvolupament.

3. Resultats

El juny de 2015, s'inicià la implantació d'una sèrie d'**accions o iniciatives innovadores** diferenciades en funció del grup de beneficiaris al qual es dirigien (figura 1).

A continuació s'exposen els resultats obtinguts al centre SARquavitae Costa d'en Blanes, a Portals Nous, Mallorca.

Per a l'avaluació, es varen establir tres grans grups d'indicadors: d'estructura, de procés i de resultats (satisfacció dels usuaris, familiars i treballadors).

Taula 1 | *Accions innovadores en el marc del procés de revisió del model assistencial*

Revisió dels protocols d'organització assistencial				
Usuaris	Entorn afectiu	Professionals	Organització	Comunitat
• Història de vida • Gusts i preferències • Acompanyar la persona en el seu projecte vital • Resposta de necessitats objectives i subjectives	• Canal de comunicació directa i contínua • Aliats terapèutics	• Reforç de l'ètica assistencial • Professionals de referència • Reforç dels rols professionals • Reconeixement professional d'atenció directa • Acompanyament de la persona	• Harmonització de les cures (necessitats, desigs i preferències) • Cures orientades a l'atenció del detall • Intervencions basades en l'evidència científica • Activitats significatives	• Reforç de l'ètica assistencial • Respecte i defensa de la dignitat de la persona • Reforç de la integració en la comunitat • Reforç del voluntariat

Quant a l'estructura, es va elaborar un protocol d'organització assistencial que regeix l'activitat dels centres. Així, s'han treballat 271 documents, dels quals 212 són de nova elaboració i 59 han estat revisats. A més, fruit de la revisió de l'evidència científica disponible, s'han introduït nous instruments i valoracions que complementen les existents. Per millorar el procés d'avaluació, s'incorporà la valoració de l'estat global de la persona [GDS de Reisberg (Reisberg, Ferris, de Leon i Crook, 1982)], una valoració neuropsicològica completa en funció de l'estat cognitiu de la persona [Severe Mini-Mental State Examination (Buiza et al., 2011), l'exploració neuropsicològica mínima en demències (Duque, 2015)], una valoració objectiva de qualitat de vida [l'escala FUMAT (Verdugo, Gómez i Arias, 2009)], una valoració d'oci i temps lliure, s'amplià la història de vida, s'introduí un qüestionari de gustos i preferències per recollir tots els aspectes relatius a la vida diària al centre i què proporciona benestar als usuaris; per últim, una valoració per àrees de les fortaleses i potencialitats conservades de la persona que poden orientar la intervenció. A més, es va realitzar una revisió de tots els programes de teràpia i activitats socioculturals actius en l'organització, es va actualitzar i unificar, d'acord amb l'evidència científica disponible. Finalment, es va revisar el procés de rotació dels professionals de base per minimitzar-la tot el possible amb l'objectiu de potenciar un coneixement profund entre el professional i l'usuari en la seva cura.

El setembre de 2015, s'inicià la implantació de les accions noves. Es va fer un seguiment del grau d'implantació d'aquestes innovacions al centre en dos moments, a final de 2015 i a final de març de 2017.

Taula 2 | *Implantació de les accions estratègiques*

	Desembre 2015	Març 2017
Usuaris del centre	133	115
Valoració de l'estat global	96,24%	98,26%
Història de vida	72,18%	99,13%
Valoració de la qualitat de vida	0,00%	78,26%
Valoració d'oci i temps lliure	92,48%	100,00%
Assignació del professional de referència	79,70%	100,00%
Qüestionari de gustos i preferències	79,70%	97,39%
Fortaleses en la valoració de fisioteràpia	21,05%	51,30%
Fortaleses en la valoració de necessitats	0,75%	1,74%
Fortaleses en la valoració d'oci	3,76%	14,78%
Fortaleses en la valoració ocupacional	0,75%	7,83%
Fortaleses en la valoració psicològica	0,00%	36,52%
Fortaleses en la valoració social	4,51%	8,70%
Activitat significativa registrada	21,05%	51,30%

Mitjançant la incorporació d'aquests nous registres es requereix aconseguir un alt grau d'especialització, posada al servei de les persones, tant en les avaluacions que es fan al centre com en les teràpies i activitats. A més, es requereix dotar les activitats significatives d'un paper central en el pla d'intervenció de les persones.

Els resultats obtinguts evidencien que la implementació d'eines d'avaluació i dels elements clau del model es pot realitzar en un termini de sis mesos i que cal un seguiment i desenvolupament posterior per garantir-ne la interiorització i consolidació. S'ha de prestar especial atenció al registre de l'activitat significativa i al registre de fortaleses i capacitats conservades dels usuaris, que són les que permetran personalitzar l'atenció al centre.

La **satisfacció i motivació laboral** dels professionals es va avaluar abans de la formació i passats set mesos de desplegament de les accions. En ambdues ocasions, tots els professionals del centre foren convidats a contestar de manera anònima el qüestionari elaborat *ad hoc* per a aquest procés amb un rang de resposta d'1 a 10. En la primera valoració es va obtenir una taxa de resposta del 64,79%, enfront del 46,67% obtingut en la segona avaluació. Les respostes s'analitzaren en funció de la categoria professional i es va comprovar l'existència de diferències estadísticament significatives (taula 2).

Taula 3 | *Estadístics descriptius obtinguts en l'enquesta de satisfacció i motivació laboral*

Categoria professional	Variable	Resultats					
		Abril 2015			Desembre 2015		
		N	Mitjana	Dev. tip	N	Mitjana	Dev. tip
Equip multidisciplinari	Satisfacció per treballar al centre	6	7,33	2,80	3	8,00	1,00
	Motivació actual	6	7,33	2,42	3	8,67	0,58
Equip tècnic	Satisfacció per treballar al centre	4	6,50	1,00	4	6,50	1,29
	Motivació actual	4	5,75	1,89	4	7,25	1,50
Equip d'infermeria	Satisfacció per treballar al centre	14	4,29	2,55	12	7,83	1,80
	Motivació actual	14	3,07	2,40	12	7,08	2,19
Professionals de suport i de S. H.	Satisfacció per treballar al centre	13	9,00	1,22	8	6,25	2,76
	Motivació actual	13	8,15	2,27	8	7,00	3,02
1: $p < 0,05$							

Segons els resultats, pareix que les accions incloses en aquest procés de revisió del model assistencial suposen, per als professionals, una sortida de la seva zona de confort i que, per tant, es podrien trobar resistències en els equips que no treballen de forma coordinada i cohesionada. Resulta evident que es necessita una figura que lideri el desplegament de les accions al centre, de manera que n'estableixi la prioritat, que en faci el seguiment, que coordini tots els equips i que garanteixi el compromís amb el procés de tots els membres.

Per altra banda, l'anàlisi del contingut **dels grups focals** ha permès constatar que la figura del professional de referència necessita més temps per obtenir tots els beneficis potencials. No obstant això, els familiars dels usuaris valoren molt positivament la implantació d'aquest professional. Afirmen que ara saben a qui s'han de dirigir, la qual cosa els dóna seguretat i optimitza els canals de comunicació. Un altre dels aspectes destacats de manera general és l'augment del reconeixement de la labor de l'equip d'auxiliars, gràcies a la millora de la comunicació amb elles i al fet de fer-les partícips del procés de presa de decisions assistencials. Per altra banda, els membres de l'equip interdisciplinari consideren que hi ha un marge important de millora en la identificació de l'activitat significativa de la persona i el consegüent canvi de perspectiva en el plantejament dels plans d'intervenció. L'equip d'infermeria, format por DUE i auxiliars, detecta igualment un marge de millora en la relació i comunicació amb l'equip de direcció.

En analitzar el procés d'implantació, mitjançant els **diaris de camp** i els **informes de seguiment**, s'ha pogut establir un pla d'implantació tipus per a les accions que s'han de realitzar per a un desplegament posterior a la resta de centres de l'organització. Així, es distingeixen quatre fases amb una duració total ideal entre 6 i 8 mesos. En la primera, es fa el diagnòstic, amb una anàlisi dels recursos materials i humans disponibles i la formació de l'equip. En la segona fase es revisa l'ajust de l'activitat assistencial del centre amb el que estableix el protocol d'organització assistencial. Aquesta fase s'inicia després de la formació i continua fins al final del desplegament. En la tercera fase, es revisen i actualitzen els denominats grups de cures i el procediment de les reunions interdisciplinàries, a les quals s'incorporen les auxiliars, i en les quals s'analitza la informació aportada pels nous instruments de valoració. La quarta fase se centra en la introducció del professional de referència. Finalment, es pot afirmar que, per garantir l'èxit de les accions previstes, es necessita una important implicació de l'equip directiu del centre per coordinar i fer el seguiment exhaustiu de totes les tasques.

4. Conclusions

El procés de revisió del model assistencial de l'organització i la posada en marxa al centre del procés de canvi han actuat com un catalitzador que ha permès revisar la filosofia assistencial de l'organització i recuperar l'essència de les cures i reafirmar aquells elements positius ja presents en el model.

En aquest projecte s'han analitzat les inquietuds, expectatives i preocupacions de tots els implicats en el procés assistencial, des dels directors i responsables de l'entitat als usuaris i l'entorn afectiu, passant pels professionals d'atenció directa. Com a resultat s'ha obtingut una redefinició operativa del model assistencial de l'organització amb un important reforç de l'enfocament d'ACP que, alhora, ha desembocat en una redefinició de la qualitat assistencial.

Cada persona que viu als centres és diferent: té les seves pròpies necessitats, expectatives, desitjos, projectes i dificultats. Reconèixer la seva singularitat i compartir la seva història de vida és clau per proporcionar una atenció de qualitat.

Després del treball realitzat, els **eixos principals del model assistencial de SARquavitae** són els següents:

1) La persona és protagonista del procés: l'atenció que es proporciona es basa en els drets, la independència i les eleccions, mitjançant una intervenció no directiva en què la persona es converteix en actor actiu.

2) L'individu no s'entén com una cosa aïllada, sinó que fa part d'un context familiar i comunitari.

3) El focus de la intervenció són les capacitats de la persona i el que ella triï. D'aquesta manera, és la pròpia persona qui decideix què és important i pren un rol de lideratge decidint quines oportunitats s'han de crear i quins suports necessita. Això implica un replantejament i una redistribució de rols i reconèixer que els professionals no són els «millors experts», sinó part del grup de suport.

4) L'ACP implica un procés flexible d'escolta, aprenentatge i acció. La intervenció ha d'orientar-se no només a les necessitats, sinó també als valors, els desitjos i les pròpies preferències, que han de ser revaluats periòdicament per tal de detectar-hi possibles canvis.

Aquest text reflecteix la preocupació de l'organització per millorar la personalització de l'atenció, amb l'objectiu d'aconseguir l'**excel·lència de les cures**. Aquest enfocament requereix un compromís ètic i tècnic que es plasma en un model assistencial propi, compartit per tots els professionals, que ha de vetllar per l'autonomia i el control de la persona cuidada sobre la seva pròpia vida. A més, per aconseguir aquesta meta, és essencial avaluar l'impacte de l'atenció rebuda sobre la seva qualitat de vida.

Per altra banda, és fonamental tenir en compte com influeixen les actituds i els comportaments personals dels professionals en l'atenció de les persones cuidades, el que Kitwood va denominar detractors i potenciadors personals.

Dissenyar, conceptualitzar i implementar un model d'ACP en centres residencials per a persones grans, com el de SARquavitae Costa d'en Blanes, implica conèixer la biografia de cadascun dels usuaris que atenem i, entorn d'aquesta biografia, organitzar la provisió de la cura. De manera inseparable, suposa donar una resposta professional a les noves necessitats que es presenten i sistematitzar la innovació en la cura com una pràctica habitual per millorar cada dia. També suposa comprometre's amb la recerca contínua de l'excel·lència del desenvolupament professional, a través de la reflexió participada, a fi d'assegurar la competència i la responsabilitat que mereixen les persones en situació de vulnerabilitat, guiats per un esperit de servei basat en el principi de «tenir cura com ens agradaria ser atesos».

En definitiva, la implementació d'una filosofia assistencial centrada en la persona requereix canvis culturals i organitzatius, dirigits a promoure una atenció integral i personalitzada amb efectes reals en la provisió de serveis. En el present article s'ha mostrat l'experiència de SARquavitae en la posada en marxa d'aquest procés de transformació que requereix un important compromís per part de l'organització, tant de recursos com de planificació. Pensam que aquest és el camí que s'ha de seguir en els pròxims anys i cada organització ha

de realitzar el seu propi recorregut sobre la base d'un bon diagnòstic inicial, un procés de formació adequat i un pla d'implantació amb objectius realistes i avaluables. Només així s'aconseguiran canvis que vagin més allà del discurs i que permetin col·locar les persones com l'eix d'actuació, tot tenint en compte les seves preferències i comptant amb la seva participació activa.

Referències bibliogràfiques

Brooker, D. (2007) *Person Centred Dementia Care: Making services better*. Londres: Jessica Kingsley Publishers.

Brooker, D., Surr, C. (2009). *Dementia Care Mapping. Principios y práctica*. Barcelona: Alzheimer Catalunya.

Buiza, C., Navarro, A., Díaz-Orueta, U., González, M. F., Álaba, J., Arriola, E., Yanguas, J. J. (2011). Evaluación breve del estado cognitivo de la demencia en estadios avanzados: resultados preliminares de la validación española del Severe Mini-Mental State Examination. *Revista Española de Geriatría Y Gerontología*, 46, 131-138. doi: https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.006

Duque San Juan, P. (2015). *Exploración Neurocognitiva Mínima en Demencia (ENMdem)*. Sevilla: Ineuro.

Kitwood, T. (1997) *Dementia Reconsidered: the Person Comes First.* Buckingham i Filadèlfia: Open University Press.

Martínez Rodríguez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación.* Colección Papeles de la Fundación, 3. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J. i Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139, 1136-1139. doi: https://doi.org/10.1176/ajp.139.9.1136

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

Verdugo Alonso, M. A., Gómez Sánchez, L. E. i Arias Martínez, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: la escala FUMAT.* Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad (INICO).

Autors

MARÍA LOURDES AMER FORTEZA

Llicenciada en Dret per la Universitat dels Illes Balears en 1993 i curs superior de direcció de centres de serveis socials per la Cambra de comerç dels Illes Balears en 2006. Va començar la seva carrera laboral com a advocada per a, en 2003, adquirir la responsabilitat de Directora Gerent de l'Institut Balear d'Afers Socials del Govern Illes Balears. En 2004, passa a dirigir el Departament Jurídic del Consorci de Recursos Sociosanitaris i Assistencials de Mallorca. Finalment, en 2006 s'incorpora a SARquavitae amb el càrrec de Directora Territorial Illes Balears.

ICIAR ANCIZU GARCÍA

Llicenciada en Psicologia i Doctora en Sociologia amb una trajectòria de més de 15 anys en el camp de la Gerontologia. Té àmplia experiència en el disseny, implementació i avaluació de projectes de millora de la qualitat assistencial en serveis d'atenció sociosanitària i en les àrees d'atenció centrada en la persona , cronicitat avançada i cures pal•liatives.

És Directora de Recerca i Innovació en Geriatros-SARquavitae, companyia en la qual treballa des de fa 13 anys i és membre del Comitè d'Ètica Assistencial des dels seus inicis fa més de 10 anys.

RAÚL VACA BERMEJO

Llicenciat en Psicologia per la Universitat de Salamanca en 2009, màster en Psicogerontologia en 2011 per la mateixa Universitat i en Neuropsicologia en 2013. Va començar la seva labor professional com a investigador en la Fundació Ingema on es va centrar en l'estudi i intervenció amb persones amb demències avançades i en el concepte de qualitat de vida. En 2013 s'incorpora al departament de recerca de SARquavitae on centre la seva labor en les línies estratègiques de l'organització: atenció a persones amb trastorns neurodegeneratius, atenció centrada en la persona i cronicitat avançada i cures pal·liatives. A més, és membre del Comitè d'Ètica Assistencial de l'Organització.

DIEGO ESPINA ROSALES

Diplomat Universitari de Enfermeria per la Universitat del País Basc en 2004 i l'especialitat de Enfermeria Geriàtrica en 2014. Després d'explorar els diferents àmbits de la infermeria es va centrar en 2006 en l'àmbit de la geriatria realitzant primer labors més assistencials d'infermeria. En 2008, adquireix la responsabilitat de Coordinador d'infermeria del seu centre i, en 2015, passa a formar part de la Direcció-Tècnica Assistencial de SARquavitae.

NATALIA MONTEAGUDO PALMA

Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears en 2011, màster en mediació de conflictes familiars, civils i mercantils per la mateixa Universitat en 2013, i en 2015 expert universitari en gestió de centres de serveis socials i de tercera edat. Inicia la seva labor professional en 2014 com a mediadora en conflictes familiars de la Conselleria de menors i família del Govern dels Illes Balears. En 2015 s'incorpora a SARquavitae primer com a treballadora social de la residència Costa d'a Blanes i posteriorment com a coordinadora del servei de teleassistència. Actualment és la coordinadora del centre de dia Són Sardina d'aquesta organització.

LA UNITAT DE CONVALESCÈNCIA DE FELANITX, UN NOU MODEL D'ATENCIÓ A LES PERSONES GRANS

La Unitat de Convalescència de Felanitx, un nou model d'atenció a les persones grans

Sofia Alonso Bigler
Apolonia Vanrell Pons
Maria Dolors Taberner Ferrer
Alejandra Mejía Benard

Resum

La Unitat de Convalescència de Felanitx es va posar en marxa l'abril de 2016, sis mesos després de la seva planificació per part de l'IBSALUT i l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS). Aquesta coordinació ha permès posar damunt la taula la necessitat de replantejar els models d'atenció a les persones grans i dirigir-los a un model integral i adaptat a les necessitats de les persones.

Aquest capítol vol ser el reflex d'un any de vida de la Unitat, al llarg del qual hi han estat ateses persones grans amb malalties cròniques i amb situació de dependència, en què se'ls ha oferit un espai fora de l'entorn hospitalari, cosa que ha permès una millora funcional de la persona, una reducció dels dies d'ingrés hospitalari en places d'aguts, quan ja no es necessita aquest tipus d'assistència, i la realització d'una valoració geriàtrica integral, que suposa una intervenció més individualitzada, a més s'ha donat suport a la persona i la seva família en tot el procés.

Resumen

La Unidad de Convalecencia de Felanitx se puso en funcionamiento en abril de 2016, después de seis meses de planificación por parte del IBSALUT i el Instituto Mallorquí d'Afers Socials (IMAS). Esta coordinación ha permitido poner sobre la mesa la necesidad de replantear los modelos de atención a las personas mayores y dirigirlos hacia un modelo integral y adaptado a las necesidades de las personas.

Este capítulo pretende ser un reflejo de un año de vida de la Unitat, a lo largo del cual han sido atendidas personas mayores con enfermedades crónicas y en situación de dependencia, en el que se les ha ofrecido un espacio fuera del entorno hospitalario que ha permitido una mejora funcional de la persona, reducir los días de ingreso hospitalario en plazas de agudos, cuando la persona no requiere este tipo de asistencia, y realizar una valoración geriátrica integral, que supone una intervención más individualizada, además de apoyar a la persona y su familia en todo el proceso.

1. Introducció

A les illes Balears, igual que a la resta de comunitats autònomes, l'evolució demogràfica mostra una tendència cap a l'envelliment de la població, com a conseqüència d'una disminució de la mortalitat, la disminució també de la natalitat i un increment de l'esperança de vida, que ve condicionat per la millora i els avenços científics de la medicina.

Segons dades extretes de l'Institut d'Estadística de les Illes Balears, la població de persones de més de 65 anys suposa el 18,4% de la població general (el 2015), amb una tendència a l'augment considerable. Aquest envelliment demogràfic suposa la presència d'un percentatge molt elevat de persones que presenten malalties cròniques, malalties que tenen més prevalença en les persones grans i que suposen un deteriorament progressiu, lent i continuat de la persona, i que provoquen una disminució gradual de l'autonomia i la capacitat funcional.

Ens trobam, doncs, que molts dels ingressos hospitalaris estan relacionats directament amb la cronicitat d'aquestes malalties. S'ha de tenir en compte que aquests ingressos es repeteixen en el temps, la qual cosa suposa una disminució de l'autonomia de les persones i també que retornin al seu domicili més fràgils, amb necessitats de més atenció per part de la persona cuidadora. S'evidencia la necessitat de més recursos de caire social i sanitari i de suport més continuat al familiar cuidador.

Estam davant canvis importants en la població més gran de 65 anys, davant els quals es fa necessari plantejar noves organitzacions en l'àmbit social i també en l'àmbit sanitari (que fins ara ha estat orientat als pacients aguts que requereixen hospitalització). De fet, l'OMS, el 2005 va aconsellar iniciar polítiques de salut per afrontar la cronicitat, tot introduint nous models d'atenció integrada, multidisciplinària i orientada a les necessitats de les persones i a promoure la prevenció de la malaltia («Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital», 2005).

L'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), tenint en compte els factors que es descriuen més amunt, d'envelliment progressiu de la població, la gran prevalença de malalties cròniques, sobretot en persones més grans de 65 anys, i l'increment d'hospitalització d'aquesta població, al seu Pla Estratègic 2016-2020 es posa com a objectiu abordar-los i treballar des de quatre eixos fonamentals:

- Serveis centrats en la persona; construir una xarxa de serveis amb un model d'atenció flexible per a les persones amb més necessitats de suport, tot garantint una atenció integral individual, afavorint la seva participació en tot el procés i fomentant els serveis entre els usuaris i les famílies.

Aquest model d'atenció centrada en la persona suposa acompanyar, atendre, protegir, interactuar, coordinar i oferir les millors cures i propostes d'atenció, per tal de desenvolupar una intervenció professional de qualitat i contribuir al benestar de les persona, tot augmentant la seva qualitat de vida i l'autocura, amb una participació proactiva de tots els actors implicats.

- Recursos al servei de les persones; millorar la formació professional, tot millorant la qualitat en l'ocupació, fent infraestructures més dignes per a la persona, adaptant l'entorn comunitari i personal i desenvolupant sistemes d'informació que permetin gestionar de manera més eficient i àgil els processos per als usuaris per tal d'oferir un servei de qualitat i personalitzat.

- Treballar de forma coordinada amb la resta d'administracions públiques que formen part del sistema de serveis socials.

- Una gestió responsable dels recursos, la qual cosa implica una bona planificació de tots els serveis, tenir objectius clars, simplificar processos i treballar cap a la cohesió de les diferents organitzacions (coordinació de serveis).

2. Què és una unitat de convalescència?

Les unitats geriàtriques de mitja estada o de convalescència van ser definides per l'IMSALUT l'any 1996 com «aquell nivell d'assistència geriàtrica destinat a restablir aquelles funcions, activitats o seqüeles, alterades com a resultat de diferents processos previs (mèdics, quirúrgics o traumatològics). El disseny i funcionament d'aquestes unitats correspondrien a altres unitats descrites en la literatura com a rehabilitació geriàtrica, cures post aguts, de transició o intermedis».

Els distints departaments de Salut de les comunitats autònomes promocionen les unitats de convalescència com a unitats que tenen la finalitat d'atendre les persones quan, ingressades a l'hospital general o de convalescència, estan en disposició d'alta mèdica, però que necessiten un temps com a conseqüència de processos crònics de malaltia o patologia i necessiten cures mèdiques i d'infermeria i vigilància durant la convalescència, així com cures personals associades a la manca d'autonomia. Així, trobam programes d'unitats de convalescència en comunitats com Aragó o Catalunya. A la nostra comunitat autònoma, a Eivissa, a la Residència Assistida de Cas Serres, hi ha la Unitat de Convalescència que atén persones amb malalties cròniques d'alta i baixa prevalença i persones en període de convalescència i complexitat social.

La gran diferència entre els models actuals i el de la Unitat de Convalescència de Felanitx és que, a més d'atendre persones que es troben en processos crònics de malaltia i/o que necessiten cures, s'hi vol aportar el component social de l'atenció sociosanitària i acompanyar la persona i les seves famílies en totes les necessitats socials que sorgeixen com a conseqüència de la malaltia crònica o de les necessitats de cures específiques extrahospitalàries, i oferir una atenció integral de la persona.

3. La Unitat de Convalescència de Felanitx

Al setembre del 2015, després de diverses reunions de coordinació entre l'IBSALUT i l'IMAS per reforçar la relació entre ambdues administracions, i en un intent d'ajuntar sinergies, l'IBSALUT va plantejar la necessitat de comptar amb un servei d'atenció sociosanitària a la comarca del Llevant de Mallorca.

L'Hospital de Manacor tenia, i té, una necessitat real de places sociosanitàries de mitjana i llarga estada a la zona, ja que la majoria d'usuaris de l'hospital que necessiten continuar un tractament, i que no poden tornar a domicili, fins ara la majoria de vegades s'havien de desplaçar a Palma.

La residència de Felanitx, fins aleshores, era un centre residencial per a persones grans amb dependència amb capacitat per a cent persones, però disposava d'un espai de 10 llits en habitacions individuals que no s'usaven. L'ús d'aquest espai estava destinat a oferir habitacions de convalescència per als residents mateixos, però donada l'estructura i l'organització del centre es va valorar que no era necessari. Per tant, hi havia deu habitacions a la residència mateixa, però en un modul separat que permetia ubicar-hi un projecte nou. I es va decidir apostar per la creació de la Unitat de Convalescència.

L'Àrea de Dependència de l'IMAS, en col·laboració amb l'equip de la residència, va redactar un projecte que es va posar en comú amb l'Hospital de Manacor i el Servei de Salut del Govern; es varen plantejar objectius, metodologia, tipus d'usuaris, protocols de derivació, etc., i una vegada consensuat es va iniciar l'adequació de l'espai i la formació de l'equip, per poder engegar el projecte.

El 4 d'abril de 2016 es va posar en funcionament la Unitat de Convalescència de Felanitx gràcies a la implicació dels distints equips de la residència de Felanitx i de l'Hospital de Manacor, així com els seus respectius dirigents, que varen apostar pel projecte.

3.1. El projecte

L'objectiu principal de la Unitat de Convalescència de Felanitx és proporcionar un recurs sociosanitari a l'Hospital de Manacor ubicat a la residència de Felanitx, que gestiona l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), per a persones que precisin finalitzar un tractament, continuïtat de cures, atenció en situacions de final de vida i/o rehabilitació després d'un ingrés al centre d'aguts.

A partir d'aquest objectiu principal, es treballa per a la recuperació funcional de la persona, la millora de la qualitat de vida de la persona i, sobretot, en la mesura del possible, pel retorn de la persona al seu domicili, a la comunitat, a través de la recerca dels suports comunitaris necessaris.

Atès que la Unitat es troba en un centre residencial, s'ofereixen a les persones ingressades els serveis que hi ha al centre, tenint en compte les seves necessitats sanitàries, socials, psicològiques i físiques.

3.2. Els usuaris

Les persones que s'atenen a la Unitat han de ser més grans de 65 anys o a partir de 55, si tenen alguna discapacitat reconeguda, que necessitin convalescència després de rebre l'alta de l'Hospital de Manacor i estiguin clínicament estables o persones amb els criteris anteriors que estiguin pendents d'una plaça en un hospital sociosanitari.

Les persones ateses tenen un perfil de pluripatologia, amb fragilitat, polimedicats, portadors de patologia aguda o crònica reaguditzada, de tipus mèdic o quirúrgic, amb pèrdua de funcionalitat en activitats de la vida diària, amb una alta càrrega de cures d'infermeria i amb demandes diverses de caràcter social.

3.3. La coordinació entre la Unitat de Convalescència i l'Hospital de Manacor

La coordinació entre l'Hospital de Manacor i la Unitat de Convalescència és fonamental per al bon funcionament del projecte. A cada centre hi ha una persona de referència als equips coordinadors. De l'hospital és una coordinadora d'infermeria qui rep la petició de la derivació per part dels professionals que han captat el cas. Valora si compleix els criteris d'ingrés i es posa en contacte amb la responsable de la Unitat per gestionar el trasllat. La infermera responsable de la Unitat valora el cas i determina la idoneïtat de l'ingrés i la disponibilitat de plaça, segons les necessitats del pacient.

De cada cas, la infermera responsable de la Unitat en fa el seguiment fins que el pacient rep l'alta, moment en què també es coordina amb el nivell d'Atenció Primària a través de les infermeres gestores de casos i/o els serveis socials comunitaris.

4. La Unitat en xifres

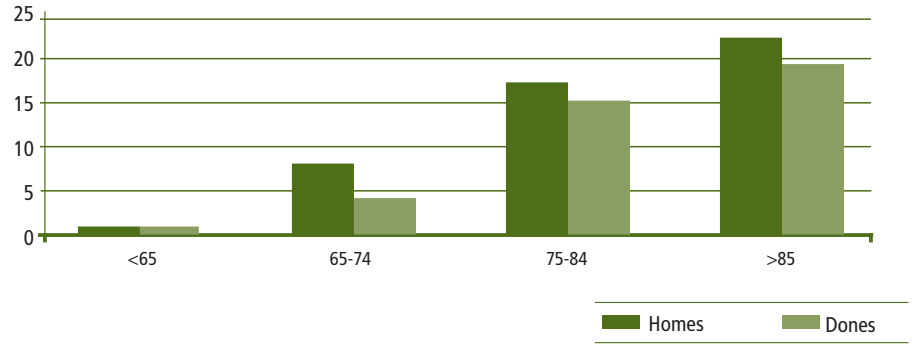
4.1. Perfil dels usuaris

La Unitat en el període d'abril de 2016 a març de 2017 ha donat d'alta 87 usuaris, el 55% han estat homes i el 45% dones. A diferència dels centres residencials per a persones grans, en què la majoria són dones, a la Unitat han estat majoria els homes.

Si analitzam les edats, es confirma l'envelliment de la població, ja que el 47% dels usuaris són més grans de 85 anys, els segueixen les persones que tenen entre 75 i 84 anys, que

representen un 37%, mentre que les persones menors de 65 anys només representen un 2%. Com es veu al següent gràfic.

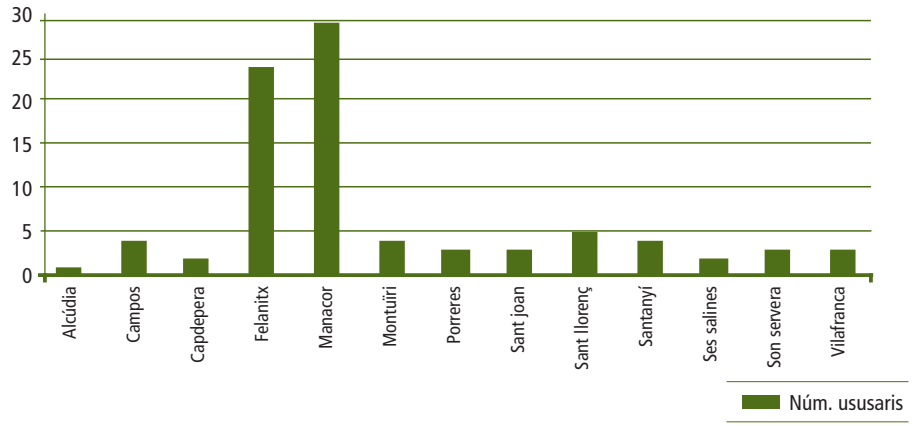
Gràfic 1 | *Usuaris de la Unitat per sexe i edat*



4.2. Procedència dels usuaris

Els usuaris són de la zona del Llevant i Nord de Mallorca, que és precisament on hi havia una mancança de recursos sociosanitaris. Al gràfic següent podem veure la procedència per municipis dels pacients que han estat atesos, en destaquen els de Felanitx i Manacor.

Gràfic 2 | *Usuaris per municipi*



4.3. Situació funcional dels usuaris

Si analitzam amb més detall les dades veurem quina és la situació funcional de les persones que han passat per la Unitat, en funció de les escales i registres que s'han recollit.

1. Test de Barthel (mesura l'autonomia per a les activitats de la vida diària- AVD). La mitjana de Barthel a la valoració al moment de l'ingrés dels 87 pacients és de 26,66 punts. Indica un nivell de dependència greu.

Si excloem les persones que han estat baixa per defunció, obtindrem que les persones quan varen ingressar tenien un Barthel de 30,09 punts i que a l'alta la puntuació era de 47,71 punts. L'augment del Barthel és de més de 15 punts, passant d'una dependència alta a una de moderada, cosa que ens mostra que en molts de casos es dona una recuperació funcional de la persona.

2. Pfeiffer (mesura el deteriorament cognitiu). Hi ha 41 pacients amb 4 o més errades en el test, per tant un 47% presenta un deteriorament cognitiu greu, representa un alt percentatge del total de les persones.

3. Dowton (mesura el risc de caiguda). Dels 87 usuaris, 48 tenien un risc mitjà/alt de caiguda, cosa que representa un 55% del total. Si relacionam aquesta dada amb el registre de caigudes, només s'han registrat 15 caigudes en tot l'any, totes sense conseqüències per als pacients, per tant, s'ha treballat per evitar les caigudes de forma eficient.

4. Norton (mesura el risc de patir úlceres per pressió UPP). Dels 87 usuaris, 26 presentaven un Norton entre 12-14, indicatiu de risc moderat d'UPP i 30 usuaris presentaven un Norton <12, indicatiu de risc alt d'UPP. Aquests valors representen que el 64% dels pacients atesos presentava risc de patir UPP.

La prevalença d'UPP ha estat de 7 UPP de grau II i 12 UPP de grau III-IV. La incidència ha estat d'1 cas d'UPP de grau IV.

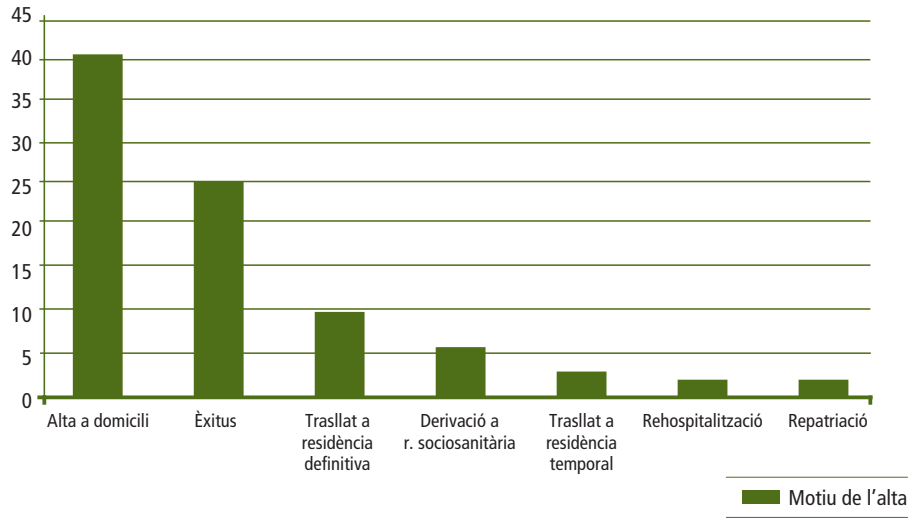
4.4. Mitjana d'estada dels usuaris

La mitjana d'estada dels usuaris ha estat de 35 dies. Al projecte es va fixar una estada màxima de 3 mesos, per tal de no saturar el recurs, malgrat que és una xifra orientativa, ja que cada situació s'avalua i es prorroga, si és necessari, amb el consens de l'equip de la Unitat i l'Hospital de Manacor.

4.5. Les altes dels usuaris

De les 87 persones donades d'alta al llarg d'aquest any de desenvolupament del projecte, quasi un 46% ha retornat al seu domicili, el 23% ha estat traslladat a una plaça sociosanitària o a una residència privada, el 29% ha estat baixa per èxitus i només un 2% ha reingressat a l'hospital d'on venia derivat. Aquest fet confirma que la feina que es realitza a la Unitat permet que la persona que hi ingressa es recuperi a tots els nivells. La Unitat promociona, sempre que és possible, el retorn al domicili, tot garantint els recursos necessaris a tots els nivells, així com el seguiment del cas per part dels recursos socials comunitaris.

Gràfic 3 | *Ubicació dels usuaris a l'alta de la Unitat*



5. Millores i beneficis per als usuaris

Podem resumir en tres els beneficis per als usuaris, la disminució dels dies d'hospitalització, la recuperació funcional i la planificació de l'alta i orientació dels recursos socials.

Com ja hem comentat, els pacients disminueixen els dies d'estada hospitalària, fet que podem relacionar directament amb el menor risc d'adquirir infeccions nosocomials. A més, l'entorn físic de la Unitat i l'ambient residencial permeten una millor adaptació del pacient a l'ingrés. Això es constata per una baixa incidència de casos d'ansietat i agitació psicomotriu i per l'opinió tant dels pacients com dels seus familiars.

Quant a la recuperació funcional, les dades quantitatives ens mostren un augment de 15 punts o més de mitjana a l'escala de Barthel, entre l'ingrés i l'alta del pacient, dada que reflecteix el pas d'una dependència alta a una de moderada o lleu, i constaten la recuperació funcional de la persona.

L'atenció de les persones no és completa si només es té en compte la malaltia; és important comprendre les condicions de vida i les històries personals dels pacients, és a dir, s'ha de tenir en compte tota la càrrega psicològica, social i familiar i atendre-la d'igual manera. Aquesta intervenció social és imprescindible per promoure canvis necessaris que ajudin a superar situacions adverses, que s'ajustin a la realitat personal i familiar dels pacients i, sobretot, que puguin ajudar en la recerca de recursos comunitaris existents i adients a les necessitats de cada pacient.

Cal destacar, doncs, que s'ha treballat de forma coordinada amb els serveis socials dels municipis per tal d'articular els recursos més idonis per a cada persona; així, es planifica amb les famílies l'alta de la Unitat de convalescència, s'afavoreix un retorn al domicili amb les condicions més òptimes per a la persona, s'informa els serveis socials municipals, s'activen els recursos disponibles a la comunitat i s'ofereixen alternatives al retorn domiciliari, com estades temporals o la sol·licitud de places residencials de caràcter permanent, en funció de les necessitats detectades.

6. Conclusió

El balanç d'aquest primer any de funcionament és positiu. Per una banda, s'ha aconseguit donar una atenció des d'un model centrat en la persona, no només hem atès sanitàriament les persones, ja que la majoria són malalts crònics avançats, sinó que les hem atès d'una forma integral, tenint en compte la persona de forma global. Per altra banda, s'ha apropat la persona al seu entorn i s'ha pogut treballar cap a un retorn al domicili de forma planificada i coordinada amb els serveis comunitaris. I, per últim, s'ha aconseguit una bona coordinació entre les administracions.

El sistema de salut ha de «curar» les persones i les residències hem de «cuidar» les persones. Aquest projecte va ser una aposta valenta per la coordinació entre les administracions i, sobretot, entre els serveis, i ha estat i és un èxit, atès que s'han complit les expectatives inicials, s'ha aconseguit un bon ambient de feina i, sobretot, una satisfacció entre els pacients i els familiars. De fet, es vol replicar aquest sistema a altres indrets de Mallorca, per poder «cuidar» les persones més a prop del seu entorn i, sobretot, en un entorn més amable que un hospital, en un entorn on l'important és la persona.

Referències bibliogràfiques

Ávila, R., Vázquez, E., Baztán, J. J. (2000). Unidades de media estancia geriátricas: perspectiva histórica, parámetros de funcionamiento y dilemas actuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 35*(S6), 3-14.

Decret 213/1999, de 27 de juliol, pel qual es crea la xarxa de centres, serveis i establiments de salut mental d'utilització públic a de Catalunya. DOGC núm. 2973 de 13/9/1999.

Insalud (1996). *Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores.* Madrid: Insalud.

Porcel i Omar, P. (2008). *Treball social en l'àmbit de la salut: un valor afegit*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears.

Sabates, O., Sánchez, D., Antón, M. (2009) Unidades de subagudos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 44* Supl. 1, 34-8. doi: 10.1016/j.regg.2009.01.008

Sánchez Ferrín, P. (2005) Unidades de convalescencia. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, *15*(1), 13-15.

Autores

SOFIA ALONSO BIGLER

Sa Cabaneta (1977). Diplomada en Educació Social (UNED). És responsable en funcions de l'Àrea d'Atenció a la Dependència, de la Direcció Insular d'Atenció a la Dependència. Estudis de postgrau sobre Qualitat ISO 9001. Cursos de formació en gestió de centres residencials per a persones grans.

APOLONIA VANRELL PONS

Llucmajor (1975). Diplomada en Treball Social (UIB). Directora de la Residència Bartomeu Quetglas de Felanitx de l'IMAS. Estudis de postgrau de gestió i direcció de centres de serveis socials.

MARIA DOLORS TABERNER FERRER

Llucmajor (1977). Diplomada universitària en Infermeria (UIB). Coordinadora de la Unitat de Convalescència de Felanitx. Especialista en Infermeria Geriàtrica.

ALEXANDRA MEJÍA BENARD

Metgessa de la Unitat de Convalescència de Felanitx, especialista en Medicina Interna (MIR) per l'Hospital Clínico San Carlos (Madrid, maig de 2002). Màster en medicina pal·liativa i tractament de suport del malalt de càncer per l'Hospital La Paz (Madrid, octubre de 2005).

MORT DIGNA A ESPANYA

Mort digna a Espanya

Carmen Orte Socias
Lluís Ballester Brage
Aina Mascaró Juan
Lluc Nevot Caldentey

Resum

L'eutanàsia és causar la mort a un pacient que ho ha sol·licitat, perquè no ho pot fer de manera autònoma, amb la intenció de posar fi al seu patiment. Actualment, el debat polític, jurídic, ètic, sanitari i social s'ha tornat a activar a partir de diverses iniciatives legislatives i diferents casos que confronten, una vegada i una altra, la nostra societat. L'objectiu d'aquest article és explorar els conceptes relatius a l'eutanàsia des dels enfocaments més rellevants. Per elaborar-lo, férem una recerca documental entre la literatura internacional, dedicant una atenció especial a les aportacions acadèmiques i a la normativa recollida els últims deu anys en publicacions destacades per l'impacte que tenen.

Resumen

La eutanasia es causar la muerte a un paciente que lo ha solicitado, porque no lo puede hacer de manera autónoma, con la intención de poner fin a su sufrimiento. Actualmente, el debate político, jurídico, ético, sanitario y social se ha reactivado a partir de varias iniciativas legislativas y diferentes casos que confrontan, una y otra vez, nuestra sociedad. El objetivo de este artículo es explorar los conceptos relativos a la eutanasia desde los enfoques más relevantes. Para elaborarlo, hicimos una investigación documental entre la literatura internacional, dedicando una atención especial a las aportaciones académicas y a la normativa recogida los últimos diez años en publicaciones destacadas por su impacto.

1. Introducció

En les societats avançades, és freqüent que els pacients terminals o grans incapacitats sol·licitin als professionals de referència que els ajudin a morir-se, i expressen la voluntat de finir dignament, és a dir, parlen de la preparació per a la mort. L'eutanàsia i els conceptes associats remeten necessàriament a la mort, sobre la qual l'opinió pública ha evitat pensar. Legalment, és una pràctica penalitzada a Espanya, la regulació de la qual no canviarà significativament aquesta legislatura, tot i el debat que s'obrí en el Parlament de l'Estat el mes de març de 2017. És un d'aquells temes soterrats en la societat i en el qual la política ha d'entrar necessàriament.

Els defensors de l'eutanàsia parlen del dret a una mort digna, decidida per la persona que pateix un mal incurable. Per contra, els detractors de l'eutanàsia en qualsevol de les modalitats, fins i tot arriben a argumentar que la vida no pertany als individus:

> «La mort se sol considerar com un esdeveniment social, en el sentit que involucra una àmplia gamma de compromisos afectius que van des dels més primaris, com els familiars,

> fins als més abstractes, com són els nacionals. D'aquesta manera, la vida pròpia mai no és pròpia en el sentit estricte de la paraula. Sempre pertany a algú o a alguna cosa, que no som nosaltres mateixos, allò que ens impedeix posseir la nostra mort» (Rodríguez, 2015, p.477).

Abans dels debats ètics i polítics, però, normalment es desenvolupen processos de definició dels termes implicats (Ramsey, 2016). Sabem que la confusió terminològica encara és molt present en la societat en general i també entre els professionals (Cuervo, Rubio, Altisent, Rocafort, Gómez, 2016; Simon et al., 2008), per la qual cosa encara és necessari esclarir els termes i conceptes implicats en el debat. Sense voler entrar-hi a fons, és important superar la confusió existent entre eutanàsia, suïcidi assistit i cures pal·liatives. L'eutanàsia la podem entendre com el dret a poder ser auxiliats, per part de personal preparat, per morir i evitar el dolor, d'acord amb una decisió prèviament expressada d'una manera clara. De les diverses denominacions que se n'han publicat, nosaltres treballarem amb la d'eutanàsia, entesa com la finalització de la vida, per posar fi al patiment físic, psicològic i moral, assistida per un professional.

El conjunt de termes de referència, en relació amb els quals s'inscriu la comprensió de l'eutanàsia són els següents:

- Directa: fa referència a aplicar una dosi mortal de qualsevol substància amb l'objecte de provocar la mort. Així, es produeix la mort causada directament a un pacient.

- Indirecta: implica emprar mitjans per alleujar el dolor, però els efectes col·laterals comprometen la vida del malalt.

- Activa: comprèn els supòsits segons els quals la finalització de la vida s'obté a partir d'una acció orientada a assolir aquest objectiu.

- Passiva: consisteix a ometre l'acció terapèutica o suspendre un tractament que ha estat aplicat fins al moment, de manera que s'evita interferir en un procés que acabarà amb la mort del pacient. Aquest concepte tendeix a desaparèixer, com també el conjunt de les pràctiques que implica en el marc de les cures pal·liatives.

Des de fa anys, la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives (SECPAL, 2002) defineix l'eutanàsia integrant-hi les diverses modalitats considerades: «La conducta (acció o omissió) intencionada i adreçada a posar fi a la vida d'una persona que té una malaltia greu i irreversible, a petició expressa i reiterada seva, per raons compassives en un context mèdic».

Les característiques de l'eutanàsia, a partir de la definició anterior, són:

- El pacient està afectat per una malaltia inguarible que li causa un greu patiment físic o psíquic.
- La mort és provocada per personal sanitari.
- Hi ha una intencionalitat compassiva o alliberadora envers el pacient que la sol·licita (posar fi al patiment).
- Sol·licitud lliure, informada i expressada reiteradament pel malalt terminal o pels familiars.

Encara que sigui amb el consentiment de la víctima, l'eutanàsia sempre és practicada per altres persones i és per això que els detractors parlen d'«homicidi consentit». Si és el malalt terminal o gran incapacitat qui es provoca la mort, encara que sigui amb ajuda, parlem de suïcidi assistit.

Les cures pal·liatives estan orientades exclusivament a reduir el patiment, és a dir, concentren l'esforç terapèutic a reduir el dolor. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix les cures pal·liatives com un seguit d'actuacions que milloren la qualitat de vida dels pacients i familiars que s'enfronten als problemes relacionats amb malalties greus, a través de la prevenció i l'alleujament del patiment, per mitjà del tractament del dolor i altres problemes físics, psicosocials i morals (OMS, 2015). Les cures pal·liatives tenen com a objectiu fonamental alleujar el patiment i millorar la qualitat de vida dels pacients incurables. Un dels resultats és el manteniment de la vida amb la màxima qualitat possible. Aquesta és la diferència fonamental amb l'eutanàsia. Com veiem, són conceptes i pràctiques clarament diferents.

2. Suport social: casos rellevants

El suport social en relació amb la mort digna és més elevat a Espanya del que sembla. A la pregunta de si un malalt incurable ha de tenir dret que els metges li proporcionin algun producte per posar fi a la seva vida sense dolor, el 84% dels espanyols creu que sí, segons explica Ferrándiz (2016) sobre la base d'una enquesta de Metroscòpia de febrer de 2016. El suport és molt més ampli entre els joves (90% entre els menors de 35 anys), i clarament majoritari entre els més grans (74% entre els de 65 i més anys), fins i tot entre els que es declaren votants del PP. Una altra dada sorprenent prové dels catòlics practicants, ja que el 56% s'hi mostra a favor. Cal recordar que les representacions socials dominants s'estructuren de manera desigual entre els diferents sectors de la població, per la qual cosa hi ha diversitat de posicions en funció de la importància de la religió, del coneixement científic, del valor cultural de la mort en una comunitat o una altra (Jylhänkangas, Smets, Cohen, Utriainen, Deliens, 2014).

El suport a la mort digna no ha deixat d'augmentar a partir de la rellevància dels casos més coneguts per l'opinió pública[1]. A continuació en veurem tres casos significatius. El primer, d'eutanàsia activa (Ramón Sampedro); els dos següents, d'eutanàsia passiva, un dels quals sense voluntats anticipades (cas Quinlan) i l'altre amb voluntats clarament expressades per escrit (Eulana).

A Espanya, el procés de més rellevància va ser el de Ramón Sampedro, gràcies a la pel·lícula d'Alejandro Amenábar titulada *Mar adentro* (2003). Ramón Sampedro era un marí mercant que als 25 anys va patir un accident que li va immobilitzar tot el cos excepte el cap. Impossibilitat per la tetraplegia per causar-se la mort sense ajuda d'una altra persona, Sampedro va dedicar els 25 anys següents a lluitar pel dret a morir dignament. Va tenir un gran ressò en la premsa i va desencadenar un fort debat social sobre l'eutanàsia (González, 2017, p.18).

Sampedro, que abans de morir va plasmar les seves vivències en un llibre (1996), va sol·licitar una autorització judicial per no veure's forçat a ingerir aliments per via artificial (i així morir d'inanició) i perquè el seu metge li pogués receptar uns fàrmacs amb els quals es llevaria la vida sense que incorregués en un delicte d'ajuda al suïcidi. No obstant això, la seva petició va ser rebutjada per dos jutjats de primera instància (Barcelona i Noya), dues audiències provincials (Barcelona i la Corunya) i pel Tribunal Constitucional.

El 12 de gener de 1998, Ramón Sampedro tancava els ulls per sempre. L'autòpsia va revelar restes de cianur en el seu organisme, la qual cosa va provocar una marea judicial que va afectar les persones més properes. Una de les seves amigues, Ramona Maneiro, va ser detinguda per la Guàrdia Civil, tot i que va haver de ser alliberada per falta de proves. Aquest cas va fer reflexionar tota la societat espanyola sobre l'eutanàsia.

El primer litigi que tingué una gran rellevància pública i referència internacionals va ser, però, el de Karen Ann Quinlan. Va provocar un debat molt profund sobre el dret a la mort digna. El cas, als Estats Units, es va tancar el juny de 1985, amb la mort de la pacient en un hospital de Nova Jersey després d'haver passat deu anys en estat de coma profund. Quinlan, que tenia 31 anys, va entrar en coma el 15 d'abril de 1975 i, tot i que la seva família va aconseguir un any més tard una sentència que va permetre que fos desconnectada d'un respirador artificial, Karen va continuar vivint una vida vegetal durant tota una dècada sense respiració assistida.

El 31 de juliol de 1975, tres mesos després que Karen entrés en coma a la festa d'aniversari d'un amic (pel que sembla després d'haver begut tres ginebres amb tònica i ingerit algun

[1] Al marge dels dos casos que comentarem a continuació (Ramón Sampedro, a Espanya, i Karen Ann Quinlan, als Estats Units), podem recordar els casos de Terry Schiavo (Estats Units), Vincent Humbert (França), P. Kneen (Regne Unit), Piergiorgio Welby i Eluana Englaro (Itàlia).

tranquil·litzant), els seus pares, devots catòlics, van demanar a l'hospital que desconnectés la seva filla del respirador artificial. El doctor que l'atenia va respondre que tenia «un problema moral» per executar l'ordre de la família, que al novembre d'aquell any va anar als tribunals per poder cumplir el seu desig. Un jutge del Tribunal Superior del comtat els va negar el permís legal necessari.

Els Quinlan van haver d'esperar fins al 31 de març de 1976, quan, en una decisió considerada històrica, el Tribunal Suprem de l'Estat de Nova Jersey va declarar que el respirador que feia funcionar artificialment els pulmons de Karen podia ser retirat «perquè cap interès superior de l'Estat pot obligar la pacient a suportar el que és insuportable». El 14 de maig d'aquell any el respirador va ser desconnectat, però Karen va continuar vivint en un estat descrit pels metges com a «crònic vegetatiu».

El tema de Quinlan va obrir la porta al diàleg sobre les qüestions ètiques i legals que envolten la moderna medicina en l'era tecnològica. Gràcies als últims avenços tècnics i científics, és possible perllongar fins a límits extrems la vida de pacients que fa uns anys s'haurien mort irremissiblement. El de Quinlan va ser el primer procés important que va qüestionar les certeses mèdiques i ètiques sobre el tema, i va replantejar els debats de la medicina moderna sobre la mort: les qüestions de la vida i la mort van passar a les mans dels pacients i professionals que els assisteixen, no a les de la destinació.

Aquesta història va esdevenir un punt de referència per a pacients molt grans o amb malalties incurables que decidien que no volien viure com Karen. Gràcies al precedent establert per aquest cas, en 24 Estats i a la capital federal dels EUA estan permesos els testaments vitals per avisar els metges perquè no facin servir sistemes artificials per mantenir una persona amb vida quan pateix una malaltia incurable. El 17 de gener de 1985, el Tribunal Suprem de Nova Jersey va anar més enllà quan va dictaminar que és legal deixar d'alimentar artificialment aquest tipus de malalts. Pel que fa a Quinlan, la sentència no va poder ser aplicada. En un altre procés, el d'Elisabeth Bouvia, una malalta tetraplègica, el 1983 va perdre la batalla legal per deixar de ser alimentada artificialment.

Finalment, cal recordar un dels processos més rellevants a Europa: el d'Eluana Englaro, la pacient italiana que es va morir a principi de febrer de 2009, després d'haver passat disset anys en coma. Aquest cas va sacsejar Itàlia i va reobrir el debat a tot Europa sobre el dret a morir dignament. Recordem-ne, breument, els fets. El 1992 Eluana va tenir un accident de trànsit que la va deixar en estat vegetatiu permanent (EVP) sense possibilitat de sortir-ne. A partir d'aquesta conclusió mèdica, apel·lant a la voluntat d'Eluana (expressada amb anterioritat a l'accident) de no voler viure mai en estat vegetatiu, els seus pares van emprendre una batalla judicial que no va concloure fins al novembre de 2008, quan el Tribunal Suprem d'Itàlia va autoritzar que li retiressin la sonda que la mantenia viva. El dictamen de la justícia italiana, però, va obrir un debat polític profund en un país on

l'Església catòlica té un pes tan rellevant. Aquesta controvèrsia s'agreujà a partir del 6 de febrer, quan van deixar d'alimentar i hidratar artificialment Eluana. El primer ministre d'aquell moment, Silvio Berlusconi, amb el suport del Vaticà, va mirar d'aprovar a corre-cuita una llei que no la deixés morir, tot i la ferma oposició del president italià, Giorgio Napolitano. Eluana es va morir el 9 de febrer, als 38 anys, mentre la llei era agrament debatuda al Senat.

Els tres assumptes recordats mostren tres situacions clarament diferents:

- Sampedro es podia expressar, sense cap problema, i deixar clara la seva demanda d'una mort assistida. La manca de normativa el va obligar a organitzar, al marge de la legalitat, la seva pròpia mort. L'eutanàsia activa legal no va ser possible ni amb la voluntat expressa de la persona afectada.

- Pel que fa al cas Quinlan, ella no es podia expressar i no havia deixat cap escrit en un sentit o altre. Per tant, la família, els pares van ser els qui van expressar, segons el seu parer i coneixement de la filla, què s'havia de fer. El debat legal va ser tortuós i va fer notar la importància de deixar clarament expressades les voluntats anticipades (Güell, Ramos, Zertuche, Pascual, 2015).

- Finalment, en el procés d'Eluana sí que hi havia una expressió clarament establerta per escrit, la qual va ser determinant perquè la justícia italiana acceptés l'eutanàsia passiva.

En els tres casos hi ha un factor comú que és oblidat amb molta freqüència: sempre o quasi sempre la família forma part de tot el procés. Moltes vegades, quan el pacient arriba a una mort digna, sembla que hagi acabat el procés d'acompanyament i atenció, però cal no oblidar que al costat del pacient sempre hi ha la família i que la majoria de les vegades es vincula al procés. Sovint solament es té en compte alleujar el patiment del pacient com un dels objectius terapèutics i es deixa de costat la família, la font més important de suport durant tot el procés de la malaltia (Achury, Pinilla, 2016). Com hem vist en els tres casos presentats, un dels agents principals de tot el procés és la família.

3. Cures pal·liatives a Espanya

Malgrat l'important suport social a les modalitats d'eutanàsia menys intrusives, enteses com a única sortida a un procés d'acarnissament terapèutic, l'única opció per reduir el dolor i mantenir la dignitat del malalt, a Espanya, se centra en les cures pal·liatives. Per no entrar en la consideració de l'«eutanàsia» i la resta de conceptes i pràctiques relacionats directament, a Espanya se solen diferenciar una sèrie de pràctiques menys controvertides

legalment. La majoria d'aquestes pràctiques són de la família de les «cures pal·liatives» i hi podem diferenciar:

- Sedació pal·liativa. Segons el comitè d'ètica de la SECPAL, es refereix a «l'administració de fàrmacs en dosis i combinacions requerides per reduir el nivell de consciència i alleujar el patiment físic i/o psíquic d'un pacient amb malaltia avançada o terminal, i amb consentiment explícit, implícit o delegat. No és utilitzat amb la intenció de posar fi a la vida, sinó que és un tractament de control simptomàtic més, solament administrat a pacients amb malaltia terminal i símptomes refractaris a altres tractaments». Se sol entendre com una ajuda en el procés d'afrontar la mort, però no per morir.

- Acarnissament terapèutic. Es refereix a l'aplicació de mitjans desproporcionats per mantenir amb vida un malalt agonitzant, contra tota esperança i a costa de perllongar un patiment sense sentit.

- Limitació de l'esforç terapèutic. Inclou totes aquelles decisions de l'equip terapèutic de restringir, limitar, retirar o no administrar determinades tècniques o mesures de suport vital per mantenir amb vida una persona amb mitjans artificials, quan les seves possibilitats de recuperació són nul·les i pateix una malaltia irreversible o terminal. Es respecta la voluntat del pacient capaç i competent o, si no, la de la seva família. Aquesta limitació de l'esforç terapèutic queda clarament recollida en la Llei d'autonomia del pacient (González-Castro, Azcune, Peñasco, Rodríguez, Rojas, 2016; Muñoz, 2013).

A partir d'aquests conceptes, ara és més fàcil definir les cures pal·liatives, enteses com un conjunt de cures actives orientades a reduir el patiment, a alleujar el dolor i altres símptomes, com dispnea, ansietat, confusió, febre o també nàusees i vòmits quan es tracta d'una malaltia greu, evolutiva o terminal. Estan reservades sobretot per a persones grans en situacions complexes, de dependència o de fragilitat. En general, són aplicades a pacients de més de 80 anys, a causa de l'envelliment de la població i a la freqüència de les malalties canceroses, cardiovasculars i neurodegeneratives (Cudennec, Moulias, Teillet, 2013). El debat sobre les diferències entre eutanàsia i les diverses pràctiques desenvolupades a les cures pal·liatives no s'ha tancat, ni de bon tros. Els sectors més oposats a l'eutanàsia, han volgut insistir en la similitud d'actuacions (Pozón, 2015).

Una breu anàlisi ajuda a entendre les dimensions del problema de què parlem. Gairebé 54.000 persones es moren cada any a Espanya sense haver rebut les cures adequades en la fase terminal, ha denunciat la Societat Espanyola de Cures Pal·liatives (SECPAL) en el congrés internacional de 2016. En el directori (Valderrama et al., 2016), presentat el mes de maig de 2016, s'afirma que els sistemes sanitaris solament compten amb 284 recursos

assistencials específics de cures pal·liatives, 94 dels quals no compleixen tots els requisits exigits per la classificació de SECPAL per ser considerada una unitat completa de pal·liatius. Únicament nou són pediàtrics i d'aquests sols tres poden ser considerats equips. A part de les dades, el més preocupant és que la situació no millora, malgrat que fa ja deu anys que es va aprovar l'Estratègia Nacional de Cures Pal·liatives (SECPAL, 2016).

El 2009, segons la SECPAL, 200.000 persones pateixen cada any una malaltia terminal a Espanya i no totes reben la mateixa atenció. El 2009 just hi havia 400 unitats especialitzades en cures pal·liatives, mal repartides pel territori. Aquestes 200.000 persones, el 2017 són 300.000, segons els càlculs de SECPAL. Gómez-Batiste, director de l'Observatori Qualy (2107) per a la promoció de l'atenció pal·liativa[2], apuja aquesta xifra fins a una forquilla que va de l'1,2% a l'1,5% de la població, augmentant el nombre de persones que necessiten aquestes cures fins al mig milió. Això es deu al fet que no solament els malalts terminals requereixen aquestes unitats, ja que hi ha moltes persones amb diverses malalties cròniques que també es podrien beneficiar d'aquests serveis. De fet, si actualment considerem que una de cada tres persones que rep pal·liatius té càncer (aquests serveis van ser dissenyats en un principi per a pacients oncològics), en el càlcul de Gómez-Batiste (2017) la proporció de persones amb tumors és d'una a set, dada que indica que són molts més els qui podrien beneficiar-se d'aquestes atencions, si les coneguessin i les tinguessin disponibles.

La revisió de la situació de les cures pal·liatives al final de la vida de la SECPAL destaca més dèficits. Per exemple, solament 14 unitats estan completes (metges, infermers, psicòlegs i treballadors socials) i n'hi ha 114 de bàsiques (únicament personal mèdic i d'infermeria). En moltes de les unitats, els treballadors s'hi dediquen a temps parcial (per exemple, un de cada quatre metges). En l'entorn sociosanitari, com són les residències, on el 30% de les persones passen els últims mesos de vida, menys de la meitat ofereixen aquest servei.

Per autonomies, la distribució de recursos assistencials registrats és la següent: Catalunya (60), Madrid (39), Andalusia (35), València (34), País Basc (20), Castella i Lleó (16), Galícia (10), Astúries i Castella-la Manxa (9), Aragó, Extremadura i Illes Balears (8), Canàries i Cantàbria (5), Múrcia i Navarra (3), la Rioja, Ceuta i Melilla (1).

A part de la quantitat d'unitats, la formació dels treballadors tampoc no és l'adequada. No hi ha un mínim de formació en cures pal·liatives. En bona part, l'atenció depèn de l'autoformació dels professionals.

En qualsevol cas, les cures pal·liatives topen amb problemes d'una gran rellevància social i ètica, com s'ha posat de manifest en diversos processos aquests darrers anys. Els reptes

[2] L'Observatori Qualy és el programa de l'Institut Català d'Oncologia per a la promoció de la qualitat en l'atenció pal·liativa, que, a més, ha estat designat Centre Col·laborador de l'OMS per a Programes Públics de Cures Pal·liatives.

principals es poden concretar, des de la perspectiva de les necessitats dels pacients, en sis àmbits: necessitats físiques, psicoemocionals, sociofamiliars, espirituals, relacionades amb la mort (situació d'últims dies i dol) i aspectes ètics (Esteban-Pérez, 2015; Ramsey, 2016). Aquesta complexitat obliga a plantejar-se el model de les cures no com una sortida senzilla al problema de l'eutanàsia activa, oferint atenció pal·liativa, sinó com una continuïtat d'una única qüestió: la mort digna. Aquesta complexitat ha motivat que diverses organitzacions defensin que no hem de parlar d'eutanàsia passiva, sinó de «mort digna». Entenem per «mort digna» el dret que el pacient té a acabar sense l'ús de mitjans desproporcionats per mantenir-lo viu i la capacitat de decidir sobre el procés per posar fi a la seva vida.

4. Arguments a favor i en contra de l'eutanàsia

Una revisió dels articles i monografies consultats ens permet fer una síntesi de les argumentacions més rellevants (Álvarez, 2014; Fundació Víctor Grífols i Lucas, 2016; Juristas por la Eutanasia, 2015; Méndez, 2002).

Partint de les condicions establertes més amunt (pacient afectat per una malaltia que li causa un greu patiment físic o psíquic; mort provocada per personal sanitari; intencionalitat compassiva; sol·licitud lliure, informada, etc.), podem resumir els principals arguments favorables que defineixen l'eutanàsia com un dret en cinc de fonamentals:

1. Argument de la llibertat personal. Tota persona té dret a decidir quan i de quina manera es morirà. En una societat laica, cada individu posseeix el seu propi cos. Si algú ho vol, en l'esfera de la llibertat i en unes condicions de malaltia terminal o incapacitadora, pot posar fi a la seva vida per evitar-se un mal o incapacitat considerats insofribles. Com que aquest acte l'afecta solament a ell i no posa en perill cap altra persona, no hi ha raó per desoir la seva decisió o prohibir-la. El dret a morir dignament és el dret moral de tot ésser humà a no viure d'una manera indigna, i ningú no té poder per impedir la seva decisió.

2. Argument sobre els límits del patiment. Cada persona sap si el dolor que pateix, si la vida que viu, és o no insuportable, sempre que sigui una malaltia fortament incapacitadora i font del patiment. Únicament l'individu en qüestió pot jutjar quin dolor pot suportar o no, i si prefereix morir dignament, amb l'acompanyament sanitari adequat que li garanteixi la mort.

3. Argument sobre la mort en condicions dignes. L'eutanàsia és una mort digna. Una persona pot morir-se bé o malament. És millor una mort digna recorrent a l'eutanàsia que una mort llarga i agonitzant, mentre pateix acarnissament terapèutic. L'eutanàsia

l'hem d'entendre com un acte compassiu, destinat a estalviar el dolor individual insuportable.

4. Argument sobre els recursos sanitaris i l'experimentació. L'eutanàsia pot ser essencial per distribuir de manera justa l'atenció sanitària i els seus recursos, i evitaria que el pacient servís per fer experiments sobre la resistència, fàrmacs o qualsevol altra cosa, sempre que es complissin les condicions anteriorment estipulades en relació amb la voluntat. Qualsevol recurs financer que sigui invertit en experimentació per allargar la vida de persones sense pronòstic de cura o pacients les morts dels quals estiguin garantides, no estarà disponible, per exemple, per als casos aguts. De què serveix al pacient que li diguin que l'experimentació pot ajudar a evitar uns hipotètics patiments futurs d'altres persones? Si el coneixement científic no ofereix oportunitats de millora i el subjecte ha expressat la seva voluntat, l'eutanàsia ha de ser una opció viable per garantir l'aprofitament de recursos.

5. Argument sobre les experiències d'eutanàsia. L'eutanàsia sempre ha estat practicada informalment; per exemple, administrant sobredosis de morfina, però també s'han identificat experiències legals (Holanda, Bèlgica, Luxemburg, etc.) o no de processos d'acompanyament a la mort, complint totes les condicions, que serveixen d'exemple de bones pràctiques. Per garantir-les és millor regular-les per llei establint clarament què és l'eutanàsia, quines condicions ha de complir i els límits.

Una vegada considerats els pressuposts per a l'eutanàsia i els arguments a favor, si es reconegués el dret a morir, sempre quedaran per resoldre diverses qüestions, com, per exemple, quan hi ha dubtes raonables sobre el pronòstic de millora o quan no s'ha pogut expressar clarament la voluntat de la persona, ja sigui per la seva edat o per qualsevol altre motiu (Chambaere et al., 2015; Cuman, Gastmans, 2017; Siegel, Caplan, Dominic, 2014).

Els arguments en contra també els podem resumir en cinc de fonamentals:

1. No existeix el dret a l'eutanàsia. Tots els anomenats drets humans (dret a la propietat, llibertat d'expressió, etc.) es basen en la premissa que els éssers humans tenen interès a mantenir la seva existència i que l'individu està més preocupat per la preservació del dret a la vida. El dret a la vida és, doncs, la base de tots els altres. A més, no es pot acceptar totalment que una persona té dret a decidir quan i de quina manera vol morir-se, ja que la mort no és exclusivament una qüestió privada, perquè hi ha més persones implicades en la situació. Finalment, per a les religions majoritàries a Occident (cristians i musulmans), la vida humana solament la pot suprimir qui l'ha donada: el déu de cada creença.

2. Hi ha un clar perill d'abús. Un pacient pot sentir que és una càrrega per als membres de la família i per al personal sanitari, i fins i tot podria insinuar-se que els familiars,

amb dret a decidir, podrien triar l'eutanàsia per raons egoistes. És molt difícil que una persona moribunda decideixi lliurement i de manera autònoma sobre la vida o la mort. La pressió temporal pot induir un pacient a prendre una decisió que no adoptaria en circumstàncies normals.

A més d'aquest argument sobre la pressió externa, hi pot haver abús quan es planteja l'eutanàsia sense una sol·licitud explícita prèvia: casos d'infants o de persones que no varen poder expressar la seva voluntat.

3. El patiment és part de la vida. En contra de l'argument que l'eutanàsia pot ser un acte compassiu, trobem el fet que l'ésser humà és l'únic que pot trobar significat al seu patiment. Es pot matar un animal per alleujar-li el patiment, però amb un ésser humà el problema és més complicat.

4. Mantenir la vida pot ajudar la ciència a evitar patiments futurs. L'eutanàsia és egoista quan pensa únicament en la vida del pacient que la demana. El patiment de molta gent tal vegada es podria reduir amb l'experimentació que es fa amb pacients incurables.

5. La política sanitària pot pressionar a favor de l'eutanàsia. L'eutanàsia pot conduir a una disminució dels esforços per trobar pràctiques sanitàries i tractaments innovadors per als malalts fortament incapacitats o terminals i podria convertir-se en una solució econòmica per als hospitals. En el pitjor dels casos, els metges podrien ser pressionats per les administracions hospitalàries o companyies d'assegurances per intentar persuadir els pacients dels beneficis de l'eutanàsia, no perquè la consideressin la millor solució per als pacients, sinó per estalviar diners.

Com podem comprovar, el debat resta obert, tot i que els arguments a favor es van obrint pas socialment i de cada vegada troben més suport en societats laiques, organitzades per defensar els seus drets. Les normatives que s'han desenvolupat en el nostre àmbit mostren les temptatives de reconeixement d'aquests arguments a favor. La despenalització de l'eutanàsia podria ser una realitat en pocs anys; el que no sabem és la manera com es resoldran els dubtes ni com seran els controls.

5. Normativa autonòmica

Hi ha nou parlaments autonòmics que han adoptat acords normatius sobre el dret a la mort digna. La pionera va ser la Llei 21/2000 del Parlament de Catalunya, del 29 de desembre de 2000, la qual va reconèixer el dret del pacient a no rebre tractament mèdic o a deixar de rebre'n, per més que hi hagi risc de perdre la vida. Si el metge determina que el pacient no pot (per raons físiques o psíquiques) expressar la seva voluntat, pertoca a la

família prendre la decisió. Aquesta era una ampliació de la Llei d'autonomia del pacient (Llei 41/2002, de 14 de novembre), en vigor a l'Estat espanyol des de 2002 ençà. Aquestes normatives garanteixen la possibilitat de formular el document de voluntats anticipades, més conegut com a testament vital. En aquest document, hom pot deixar constància de la conducta que espera dels metges si s'esdevé una situació que li impedeixi expressar la seva voluntat (Contreras-Fernández, Rivas-Ruiz, Castilla-Soto, Méndez-Martínez, 2015; Serrano et al., 2015).

Pel que fa a normatives que reconeixen clarament el dret a una mort digna, el precedent més rellevant és la llei d'Andalusia, aprovada el 2010, impulsada pel cas d'Inmaculada Echevarría, una granadina que es va passar la vida al llit i que el 2007 va aconseguir que la desconnectessin d'un ventilador mecànic al qual havia estat enganxada els últims nou anys. Tot i això, no hi ha cap llei que reculli l'eutanàsia activa o el suïcidi assistit.

Les normatives autonòmiques particularitzen els drets relatius a l'eutanàsia passiva en el marc de les seves competències i d'acord amb l'ordenament jurídic. No poden, per tant, recollir que un pacient mori quan ho decideixi. El que sí que han fet alguns governs autonòmics, com el de Catalunya, País Basc, Navarra, Astúries o Extremadura, és demanar al Parlament que reconegui el dret a decidir sobre l'eutanàsia.

Les normes d'aquestes nou comunitats són molt similars i recullen l'obligació del personal sanitari d'informar correctament el pacient sobre les seves opcions i també sobre alternatives als tractaments prescrits. Al malalt, li reconeix el dret a deixar un testament vital en què expliciti on vol morir, si a l'hospital o al seu domicili, qui vol que l'acompanyi en aquests últims moments i, si escau a l'hospital, que es respecti la seva intimitat en una habitació privada. També li garanteix l'accés a cures pal·liatives.

Les comunitats autònomes que no tenen llei de mort digna ofereixen aquests testaments vitals, que són l'últim dret de la llei d'autonomia del pacient. En aquests escrits, una persona competent –amb les facultats mentals plenes– pot, per exemple, donar permís o no per rebre tractament quan ja no ho sigui i deixar aquest desig registrat.

A la pràctica, es diferencien tant els drets del pacient sobre la mort entre les comunitats que tenen llei de mort digna i les que no en tenen? Les normes com la de Madrid i d'altres comunitats ofereixen més garanties pel que fa a les cures pal·liatives, tant per als pacients com per al personal sanitari que les subministra. A partir d'avui ja no podrien repetir-se casos com el judici al doctor Luis Montes, coordinador d'Urgències de l'hospital Severo Ochoa, per denúncies anònimes que acusaven el metge de sedacions a malalts terminals amb dosis incorrectes. Els tribunals van sobreseure l'assumpte i una enquesta de 2008 ja va descobrir que el 70% estava d'acord que un malalt incurable tingués dret a algun producte per posar fi a la seva vida sense dolor.

Únicament una llei de mort voluntària aconseguirà canvis substancials, tal com regulen ja a Bèlgica o als Països Baixos, però almenys s'ha obert el debat en el Parlament de l'Estat.

6. Normativa estatal sobre eutanàsia

La legislació estatal té dos vessants pel que fa al procés de morir. D'una banda, hi ha el Codi Penal, que tipifica com a delicte tant l'eutanàsia com el suïcidi assistit. De l'altra, hi ha la Llei de l'autonomia del pacient, de 2002, que reconeix al malalt drets com ara negar-se a rebre un tractament.

Pel que fa a l'eutanàsia, la normativa vigent és molt restrictiva. Fins ara, a Espanya, ni l'eutanàsia ni el suïcidi assistit no estan legalitzats i la seva pràctica implica responsabilitat penal, segons l'article 143 del Codi Penal (García i Miguéns, 2015):

1. Qui indueixi el suïcidi d'un altre serà castigat amb presó de 4 a 8 anys.
2. S'ha d'imposar pena de presó de 2 a 5 anys a qui cooperi amb actes necessaris per al suïcidi d'una persona.
3. S'ha de castigar amb la pena de presó de 6 a 10 anys si la cooperació arriba fins al punt d'executar la mort.
4. Qui causi o cooperi activament amb actes necessaris i directes per a la mort d'un altre, per petició expressa, seriosa i inequívoca d'aquest, en el cas que la víctima patís una malaltia greu que conduís necessàriament a la mort, o que produís greus patiments permanents difícils de suportar, serà castigat amb la pena inferior en un o dos graus a les assenyalades en els números 2 i 3 d'aquest article (18 mesos-3 anys).

En aquest article 143 del Codi Penal, es distingeixen clarament dos conceptes: l'homicidi suïcidi i l'homicidi eutanàsia.

A l'homicidi suïcidi, s'hi refereixen els tres primers números de l'article 143 de la manera següent:

- Homicidi suïcidi (a): es refereix a la inducció al suïcidi, tipus penal que va més enllà de la simple incitació. L'acció d'induir acaba amb l'assoliment del seu objectiu o que la víctima es tregui la vida, la qual cosa pot aconseguir-se mitjançant el consell, la transmissió d'ànim, promesa, amenaces o vexacions (ser víctima de violència física o psíquica). És a dir, la persona que se suïcida posa fi a la seva vida com a conseqüència de la conducta de l'altre més que no per la seva pròpia necessitat o pel propi convenciment. La inducció al suïcidi es castiga amb pena de presó de 4 a 8 anys.

- Homicidi suïcidi (b): es preveu la cooperació amb actes necessaris, acceptant la voluntat del suïcida i ajudant-lo amb un acte sense el qual no podria matar-se. L'ajuda pot arribar a proporcionar a la víctima els mitjans necessaris perquè assoleixi el seu objectiu i, en aquest supòsit, el càstig seria de pena de presó de 2 a 5 anys.

- Homicidi suïcidi (c): s'estableix l'execució de la mort. L'autor accepta fins a tal punt la voluntat del suïcida que es converteix en l'executor material de la mort; el càstig és de pena de presó de 6 a 10 anys.

L'homicidi eutanàsia s'estableix al número quatre de l'article 143. En aquest cas, els fets són similars a la cooperació del suïcidi fins al punt d'executar la mort i la diferència rau en causes atenuants, que serien:

- Petició expressa, seriosa i inequívoca de la víctima.

- La petició de la víctima ha d'estar motivada pel patiment d'una malaltia greu que el conduirà necessàriament a la mort.

- Que la víctima tingui greus patiments permanents difícils de suportar.

Com a conseqüència d'aquestes circumstàncies atenuants, aquest tipus penal és castigat amb menys pena de presó: de 18 mesos a 3 anys.

Qualsevol modificació de la legislació hauria de ser molt precisa per evitar les reticències d'alguns metges i d'altres sanitaris, preocupats per la seguretat jurídica o per les seves conviccions. Així mateix, hauria de tancar les escletxes a possibles abusos de les famílies o dels entorns amistosos dels pacients, quan aquests no es troben en condicions de decidir.

La proposta que, des de març de 2017, es debat al Parlament de l'Estat, presentada per Ciutadans, segueix el model de les lleis autonòmiques. Les propostes presentades pel PSOE, durant el darrer Govern de Rodríguez Zapatero, i per Units-Podem, en la present legislatura, plantejaven el debat més a fons, però van ser rebutjades pel Parlament. Els drets dels pacients en tot el seu procés assistencial, també al final de la pròpia vida, ja estaven recollits en la Llei d'autonomia del pacient, de 2002, que establia aspectes com el valor del testament vital i la capacitat del malalt de rebutjar un tractament, per exemple. Però la realitat d'Inmaculada Echevarría, a Andalusia, que va haver de portar el seu cas fins a la Junta quan va voler que li traguessin un respirador l'any 2006 –cosa que no va aconseguir fins mig any després, ja el 2007– va demostrar que hi havia moltes reticències i que calia detallar millor els supòsits i possibilitats que es donen específicament al final de la vida, i va ser el que va dur a terme Andalusia amb la seva llei pionera.

Les normes autonòmiques no poden anar més enllà del que fixen les lleis estatals. Tampoc no ho fa la proposta de Ciutadans, que reflecteix el dret del pacient a rebre sedació al final de la vida (distingeix entre dos nivells: un de parcial i un altre de pèrdua de consciència, que anomena sedació pal·liativa i sedació en fase d'agonia). Aquesta és la pràctica més extrema a què hom pot arribar legalment, ja que significa donar medicació per calmar dolors o altres símptomes, i arribar al punt de sedar per complet el pacient, fins i tot si això implica escurçar l'agonia pels efectes adversos no cercats de la medicació. No és ni eutanàsia ni suïcidi assistit, ja que en aquests dos casos el que se cerca és directament la mort, bé mitjançant fàrmacs aplicats per un sanitari a petició del pacient en situació terminal (eutanàsia) o bé facilitant-li els medicaments perquè es tregui la vida (suïcidi assistit), que són delictes a Espanya.

Aquest aspecte ja és considerada una bona pràctica mèdica, que fins i tot l'Església catòlica accepta, com també renunciar a tractaments o tecnologia que perllonguen la vida d'un malalt terminal que pateix (com va ser el cas del respirador d'Inmaculada Echevarría).

També s'estableix el dret a estar acompanyat en el procés final, a rebre cures pal·liatives iguals en totes les comunitats, que aquestes siguin domiciliàries, i que, si hom es mor en un hospital, se li respecti la intimitat del procés, per exemple, assignant-li una habitació individual.

Pel que fa als professionals, queda clar que hauran d'evitar administrar tractaments desproporcionats (el que es coneix com limitar l'esforç terapèutic) i que hauran d'atendre la voluntat del pacient, tot superant els criteris morals o ètics com a professionals.

7. Conclusions

En el marc d'una societat laica, amb ciutadans que tenen noves maneres d'actuar i de pensar, els conflictes bioètics estan de cada vegada més presents en la sanitat i els serveis socials. La gran incapacitat i les fases terminals de malalties greus ens enfronten al problema de la mort digna. Aquest repte implica un conjunt rellevant d'arguments, experiències i de necessitats que encara s'estan debatent sobre el paper del sistema sanitari i social en relació amb l'eutanàsia.

Es plantegen reptes bioètics que no es poden oblidar o tapar amb prohibicions. Les autoritats sanitàries i els professionals de la sanitat i els serveis socials, com tota la societat civil, s'han d'implicar en un debat profund sobre aquestes qüestions.

La societat espanyola de cada vegada és més favorable a la regulació de la mort digna, tant des de la perspectiva de les cures pal·liatives com de l'eutanàsia.

L'eutanàsia no forma part de les cures pal·liatives, però el desig d'avançar la mort de molts pacients és un fet que s'ha d'afrontar. Alguns dels instruments ja desenvolupats legalment, com el document de voluntats anticipades, han permès avançar en l'experiència del reconeixement de la voluntat del pacient, element clau d'aquests debats.

En la regulació de la mort digna s'ha avançat en algunes comunitats autonòmiques i els pròxims anys també s'haurà de modificar el marc normatiu estatal, per les iniciatives de diversos grups polítics, però també per la necessitat d'afrontar una realitat ineludible.

Referències bibliogràfiques

Achury, D. M. i Pinilla, M. (2016). La comunicación con la familia del paciente que se encuentra al final de la vida. *Enfermería Universitaria*, *13*(1), 55-60.

Álvarez-Del Río, A. (2014). Eutanasia y suicidio médicamente asistido ¿Cuál es el problema? *Revista de Investigación Clínica*, *66*, 282-287.

Chambaere, K., Cohen, J., Robijn, L., Bailey, S. K. i Deliens, L. (2015). End-of-Life Decisions in Individuals Dying with Dementia in Belgium. *Journal of the American Geriatrics Society*, *63*(2), 290-296.

Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya (2006). *Informe sobre la eutanasia y el suicidio asistido*. Barcelona: Generalitat de Catalunya Departament de Salut. [Revisat 12 Des. 2016]. Disponible a: http://comitebioetica cat/wp-content/ uploads/2012/02/repositori_eutasui pdf

Contreras-Fernández, E., Rivas-Ruiz, F., Castilla-Soto, J. i Méndez-Martínez, C. (2015). Conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios en el proceso de declaración de las voluntades vitales anticipadas. *Atención Primaria*, *47*(8), 514-522.

Cudennec, T., Moulias, S. i Teillet, L. (2013). Cuidados paliativos y acompañamiento en geriatría. Ejemplo del caso francés. *EMC-Tratado de Medicina*, *17*(3), 1-6.

Cuervo, M., Rubio, M., Altisent, R., Rocafort i J. Gómez, M. (2016). Investigación cualitativa sobre el concepto de eutanasia, entre médicos españoles. *Revista de Calidad Asistencial*, *31*(1), 18-26.

Cuman, G. i Gastmans, C. (2017). Minors and euthanasia: a systematic review of argument-based ethics literature. *European Journal of Pediatrics*, *176*(7), 837–847.

Esteban-Pérez, M., Grau, I. C., Castells, G., Bullich, I., Busquet, X., Aranzana, A., Besora, M. I., Picaza, J. M., Tuca, A. i Valverde, E. (2015). Complejidad asistencial en la atención al final de la vida: criterios y niveles de intervención en atención comunitaria de salud. *Medicina Paliativa*, *22*(2), 69-80.

Fundació Víctor Grífols i Lucas (2016). *Eutanasia y suicidio asistido*. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas.

García, M. i Miguéns, X. (2015). Sobre la vida y la muerte, una reflexión legal. *Rehabilitación*, *49*(3), 193-194.

González-Castro, A., Azcune, O., Peñasco, Y., Rodríguez, J. C., Domínguez, M. J. i Rojas, R. (2016). Opinión de los profesionales de una unidad de cuidados intensivos sobre la limitación del esfuerzo terapéutico. *Revista de Calidad Asistencial*, *31*(5), 262-266.

González, A. G. (2017). La sedación paliativa y voluntades anticipadas. *Anales de la Real Academia de Doctores de España*, *2*(1), 16-24.

Güell, E., Ramos, A., Zertuche, T. i Pascual, A. (2015). Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. *Palliative i supportive care*, *13*(2), 295-303.

Juristas por la eutanasia (2015). *Juristas por la disponibilidad de la vida* (Revisat el 2016, desembre 12). Disponible a: http://juristasporlaeutanasia org/

Jylhänkangas, L., Smets, T., Cohen, J., Utriainen, T. i Deliens, L. (2014). Descriptions of euthanasia as social representations: comparing the views of Finnish physicians and religious professionals. *Sociology of Health i Illness, 36*(3), 354-368.

Méndez, V. (2002). *Sobre morir. Eutanasias, derechos, razones.* Madrid: Trotta.

Metroscopia (2016). *Encuesta sobre el apoyo social a una muerte digna en España*. http:// metroscopia.org/muerte-digna/

Muñoz, M. B. (2013). Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enfermería Intensiva*, *24*(4), 167-174.

Observatorio Qualy (2017). *Observatorio Qualy*. Instituto Catalán de Oncología http://ico.gencat.cat/es/professionals/serveis_i_programes/observatori_qualy/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). (Revisat el 2016, desembre 12). *Cuidados paliativos.* Disponible a: http:// www.who.int/entity/cancer/palliative/es/

Pozón, S. R. (2015). El mito del argumento de la pendiente resbaladiza en la eutanasia. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, *22*(9), 497-501.

Ramsey, C. (2016). The right to die: beyond academia. *Monash bioethics review*, *34*(1), 70-87.

Sampedro, R. (1996). *Cartes des de l'infern*. Barcelona: Planeta.

Serrano, R., López, R., Illana, J., Alfonso, C., Sánchez, M. I. i Leal, M. (2015). Documento de instrucciones previas ¿Conocido por nuestros pacientes? *Educación Médica*, *16*(3), 177-183.

Siegel, A. M., Caplan, A. L. i Dominic, A. S., (2014). Pediatric Euthanasia in Belgium: Disturbing Developments. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *311*(19), 1963-1964.

Simón, P., Barrio, I. M., Alarcos, F. J., Barbero, J., Couceiro i A. Hernando, P. (2008). Ética y muerte digna: propuesta de consenso sobre un uso correcto de las palabras. *Revista de calidad asistencial*, *23*(6), 271-285.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2002). (Revisat el 2016, desembre). *Aspectos éticos de la sedación en cuidados paliativos: sedación paliativa/sedación terminal.* Disponible a: http://www.secpal.com/guiasm/index.php?acc=see_guiaiid_guia=8

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2016). (Revisat el 2017, juny 1). *Análisis y evaluación de los recursos de Cuidados Paliativos de España*. Disponible a: http://www.secpal.com//Documentos/Blog/monografia9_analisis_directorio.pdf

Soriano, R. I. R. (2015). Elementos políticos para el debate sobre los dilemas éticos del suicidio médicamente asistido y de la eutanasia. *Revista Ciencias de la Salud*, *13*(3), 465-479.

Valderrama, D., Herrera, E., Librada, S., Lucas, M. A., Muñoz, Ingrid i Rodríguez, Z. (2016). *Directorio de recursos de cuidados paliativos. Directorio SECPAL, 2015*. Madrid, Sociedad Española de Cuidados Paliativos SECPAL.

Normativa

Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica (BOE 274, de 15-11-2002).

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. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC). Directora del Màster Universitari. Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família (MISO). Codirectora de l'Anuari de l'educació de les Illes Balears. Directora de la International Summer Senior University.

Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El curs 1997-1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears, que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional.

Des de 2003 és investigadora principal en diversos estudis competitius sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques, i sobre l'educació per a la competencia familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat, i també de diverses investigacions europees en el context de la formació de formadors en prevenció de drogues, de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans i de l'educació intergeneracional en diversos països europeus.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la (1960). Diplomat en Treball Social, doctor en Filosofia per la UIB i Doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor titular d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Ha estat director (1990-1996) de la Unitat de Planificació i Estudis dels Serveis Socials del Consell de Mallorca. Fou, també, el primer director de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (2002-2003). És autor, entre d'altres, de l'obra *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos* (1999), i coautor, entre altres llibres, d'*Epistemología de las ciències sociales y de la educación* (2012); *Iniciación al análisis de datos en la investigación educativa* (2013); *Métodos y técnicas de investigación educativa* (2014); *Le Programme de compétences familiales: l'adaptation du SFP en Espagne* (2015). Ha estat director de l'ICE de la Universitat de les Illes Balears. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES).

AINA MASCARÓ JUAN

Manacor, Illes Balears (1989). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster de Mediació en Conflictes per la Universitat de Barcelona i Màster en Formació del Professorat per la UIB. Actualment és tècnica d'investigació del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB.

LLUC NEVOT CALDENTEY

Manacor, Illes Balears (1992). Graduada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB) i Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la UIB. Actualment és doctoranda en Ciències de l'Educació per la UIB i col·labora amb el Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB.

AGRESSIONS ENTRE RESIDENTS: UN ESTUDI DELS EPISODIS EN TRES RESIDÈNCIES DE MALLORCA

Agressions entre residents: un estudi dels episodis en tres residències de Mallorca

Sofia Alonso Bigler
Maria Valero de Vicente

Resum

Les agressions de resident a resident (ARR) són un fenomen relativament desconegut. S'ha associat a alteracions del comportament a causa de deteriorament cognitiu, demència o alteracions psiquiàtriques. Estudis previs afirmen que és possible observar disparadors o antecedents als episodis d'ARR, aspecte especialment important per a la prevenció. L'objectiu d'aquest estudi és registrar mitjançant l'observació els episodis d'ARR que es produïen en tres residències pertanyents al Consell de Mallorca durant un mes, i obtenir informació addicional mitjançant entrevistes al personal que registra. Durant el període d'observació s'han recollit un total de 25 registres, produïts per 18 persones, 10 dones i 8 homes. El tipus d'agressió més comuna és l'agressió verbal (10 de 25, 40%) i l'agressió mixta, verbal i física (10 de 25, 40%). Quant al moment del dia, ocorren amb major freqüència durant el matí (55%) o durant la primeres hores de la tarda (44%), i són les zones comunes (40%) els llocs més conflictius. Com a idea principal es desprèn la necessitat d'establir procediments de registre, desenvolupar protocols d'actuació, millorar la col·laboració multidisciplinària i generar estratègies eficaces de prevenció i maneig de les ARR.

Resumen

Las agresiones de residente a residente (ARR) son un fenómeno relativamente desconocido. Se ha asociado a alteraciones del comportamiento debido a deterioro cognitivo, demencia o alteraciones psiquiátricas. Estudios previos afirman que es posible observar disparadores o antecedentes a los episodios de ARR, aspecto especialmente importante para la prevención. El objetivo de este estudio es registrar mediante la observación los episodios de ARR que se producían en tres residencias pertenecientes al Consell de Mallorca durante un mes, y obtener información adicional mediante entrevistas al personal que registra. Durante el periodo de observación se han recogido un total de 25 registros, producidos por 18 personas, 10 mujeres y 8 hombres. El tipo de agresión más común es la agresión verbal (10 de 25, 40%) y la agresión mixta, verbal y física (10 de 25, 40%). En cuanto al momento del día, ocurren con mayor frecuencia durante la mañana (55%) o durante la primeras horas de la tarde (44%), y son las zonas comunes (40%) los lugares más conflictivos. Como idea principal se desprende la necesidad de establecer procedimientos de registro, desarrollar protocolos de actuación, mejorar la colaboración multidisciplinar y generar estrategias eficaces de prevención y manejo de las ARR.

1. Introducció

Les residències per a persones grans són instal·lacions complexes que acullen una diversitat de perfils entre els seus residents. Des de persones amb deteriorament cognitiu, amb o sense dependència física, amb deteriorament cognitiu important, com és el cas de les demències, passant per altres diagnòstics psiquiàtrics. Davant aquest escenari, no és d'estranyar que més sovint del desitjable es produeixin agressions entre residents. Entorn de les cures procurades dins dels complexos residencials és un fenomen relativament desconegut, tant a nivell nacional com internacional. Recentment, autors com Rosen, Pillemer i Lachs (2008a) han fet l'esforç de delimitar el concepte d'agressions de resident a resident (ARR; en anglès resident-to-resident agression, RRA), i les han definides com les «Interaccions negatives i agressives físiques, sexuals o verbals entre residents de cura a llarg termini que en un ambient comunitari probablement serien interpretades com no desitjades i tenen alt potencial per causar sofriment físic o psicològic en el receptor» (p. 78). Els estudis que hi ha fins ara sobre aquest tipus d'agressions presenten una baixa qualitat metodològica, amb descripcions inconsistents o imprecises, a més, els registres són poc sistemàtics (Ferrah et al., 2015).

Fins ara, les recerques que s'han dut a terme permeten realitzar un escarit mapa conceptual, psicosocial i d'intervenció, que descriu el fenomen de les ARR. Dels estudis examinats, s'extreu que les agressions més freqüents són les verbals, seguides de les físiques i les sexuals (Davison et al., 2017; Caspi, 2015; Lachs et al., 2016; Rosen et al., 2008b). Encara que també són comunes les agressions mixtes, verbals i físiques. Entre les agressions verbals trobem els crits, els insults, manar callar un altre resident, etc.; i entre les físiques, les més freqüents són els forcejaments, les empentes, cops amb les mans o els peus o amb algun objecte. Quant a les agressions sexuals, és important determinar la capacitat de consentiment de l'activitat sexual per poder considerar-la una agressió (Rosen, Lachs i Pillemer, 2010). En la majoria dels estudis s'ha observat que les agressions ocorren amb major freqüència en la tarda o tarda-nit, i que els espais on solen ocórrer amb més probabilitat són les zones comunes i el menjador, seguit de les habitacions (Ferrah et al., 2015; Rosen et al., 2008b; McDonald et al., 2015).

A partir de la revisió sistemàtica que va realitzar Ferrah i col·laboradors (2015), s'ha dibuixat un perfil de factors que predisposen a sofrir ARR, tals com el sexe femení, el deteriorament cognitiu, els nivells més alts d'autonomia, el comportament errant o deambulant i les alteracions de comportament socialment inadaptat o disruptiu. En aquesta mateixa revisió, també s'ha recollit evidència sobre quins són els «triggers», desencadenants o detonants de les ARR. Principalment, destaquen els problemes auditius, els problemes de la capacitat verbal (dificultats per parlar amb claredat o trobar la paraula adequada), la parla repetitiva, envair l'espai personal, desacords en els dormitoris, la territorialitat, les provocacions, les bromes, les actituds prejutjoses i estereotipades, i les diferències religioses

o polítiques (Rosen et al., 2008b). Caspi (2015) sosté que en el 85% dels successos que es registren és possible observar els desencadenants, per la qual cosa l'anàlisi detallada dels senyals previs és primordial de cara al disseny d'eines de prevenció.

Els problemes de comportament són bastant freqüents entre els residents amb demència o deteriorament cognitiu i estan negativament relacionats amb la qualitat de vida i amb la bona convivència dels centres (Davison et al., 2017; Rosen et al., 2016). Existeix cert consens, encara que no estigui clarament definida, sobre la relació entre les ARR i el deteriorament cognitiu i les demències. En les residències trobem una població important que presenta deteriorament cognitiu o demència, condició que repercuteix directament sobre el seu grau d'autonomia i de dependència d'uns altres. Quan ens trobem davant un episodi d'ARR per part d'una persona que, a més, té deteriorament cognitiu, demència o patologia psiquiàtrica associada es fa difícil diferenciar si l'agressió és intencionada o es produeix com a resultat de la patologia prèvia (Ferrah et al., 2015). Sovint no és possible observar amb claredat les causes o els desencadenants en residents amb malalties del tipus de l'Alzheimer, ja que es produeixen respostes comportamentals inesperades o que encobreixen les veritables raons de la conducta. Per exemple, un resident pot entrar en un estat d'agitació a causa de la seva incapacitat per comunicar adequadament que sent dolor en alguna part del seu cos. Exemples com aquest il·lustren que els problemes de comportament són més freqüents en aquells residents que tenen problemes o dificultats per comunicar-se amb normalitat o que la seva funció del llenguatge està clarament deteriorada (Davison et al., 2017). D'altra banda, els residents que no tenen deteriorament o que aquest és més lleu, així com aquells que tenen mobilitat poden veure's involucrats amb major freqüència en episodis d'ARR, precisament perquè tenen majors nivells d'activitat física o autonomia (Lachs et al., 2016). Aquests fets tenen importants repercussions en la pràctica diària, ja que l'abordatge és diferent depenent del perfil cognitiu i de la valoració psicosocial de la persona que està involucrada en l'incident, d'aquí la importància de dissenyar abordatges centrats en la persona i no tant en la tipologia de l'agressió (Caspi, 2015; Bonifas, 2015).

La literatura internacional estableix una sèrie d'actuacions o recomanacions davant un episodi d'ARR. Per millorar la comprensió d'aquest apartat, s'ha dividit l'àrea d'intervenció en tres eixos, encara que no necessàriament s'han d'entendre com elements separats: i) intervenció directa; ii) labor preventiva; iii) treball col·laboratiu.

2. Intervenció directa

Són aquelles estratègies que aplica el personal una vegada que s'ha produït un incident, i es poden classificar en conductuals o farmacològiques. Entre les mesures conductuals que utilitzen els professionals de cura davant un ARR trobem: l'observació, la vigilància,

la separació, tècniques de relaxació, la mediació, el redireccionamient de la conducta, la distracció i la contenció física (Bonifas, 2015; Ferrah et al., 2015; Rosen et al., 2008b). D'altra banda, hi ha les intervencions que tenen un marcat caràcter mèdic o farmacològic. Com l'administració de fàrmacs de tipus antipsicòtic o per al tractament de les alteracions de l'estat d'ànim, i la revisió de medicació per part del psiquiatre o del metge de referència. La intervenció farmacològica no és la més freqüent, però sí és bastant utilitzada, a pesar que ha mostrat una moderada eficàcia per disminuir el comportament disruptiu. A més, és important tenir en compte els nombrosos efectes secundaris que produeixen l'empitjorament de la qualitat de vida dels residents. Sempre que sigui possible el tractament de primera elecció han de ser les estratègies conductuals (Rosen et al., 2016).

3. Labor preventiva

Dins de les estratègies preventives es destaca el treball dels professionals per establir i mantenir rutines, observar l'estat d'ànim i la conducta dels residents a fi de trobar alguns senyals que permetin anticipar-se al seu comportament, mantenir un ambient tranquil, sense sorolls i sense excessiva estimulació, organitzar les habitacions amb companys compatibles per evitar enfrontaments, preservar la intimitat i individualitat dels residents, organitzar i estructurar el temps lliure (Bonifas, 2015; Caspi, 2015; Rosen et al., 2008b).

4. Treball col·laboratiu

Són aquelles actuacions que impliquen els professionals per mantenir relacions de comunicació i suport entre tots els membres del complex residencial. Les residències es conceben com a centres multidisciplinaris, i en el cas de l'abordatge dels episodis d'ARR, els professionals poden dur a terme una sèrie d'accions per facilitar el desenvolupament adequat de les funcions dins de l'organització. Entre aquestes tasques trobem les eines de registre i anàlisi de les ARR, comunicació dels incidents, gestió adequada de les estratègies, delimitar els rols implicats, mantenir reunions periòdiques, treballar de forma coordinada, generar protocols d'actuació (delimitar les intervencions directes i les preventives) i proporcionar formació continuada (Bonifas, 2015; Caspi, 2015; McDonald et al., 2015; Rosen et al., 2016).

L'objectiu d'aquest estudi, per tant, és comprendre millor el fenomen de les ARR que ocorren als centres residencials de Mallorca, a través de la recollida d'informació sobre la freqüència, la tipologia d'agressió, les circumstàncies espacials i temporals, i les actuacions que es duen a terme i els recursos disponibles per prevenir i manejar les ARR. A partir d'aquesta informació es pretén millorar les condicions assistencials dels residents i dels professionals, tot facilitant el desenvolupament de protocols i plans específics d'actuació i formació.

5. Mètode

Participants
Centres objecte de l'estudi

Les enquestes s'han passat en tres centres residencials de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, pertanyents al Consell de Mallorca. Es tracta de centres amb la totalitat de les places públiques. S'ha de tenir compte que des de l'entrada en vigor de la Llei de promoció de l'autonomia personal i dependència s'ha produït una transformació en aquests centres, ja que han passat d'atendre persones vàlides i assistides a atendre majoritàriament persones amb dependència, concretament graus II i III, i persones que hi entren segons els criteris de valoració de prioritat social, situacions de vulnerabilitat social.

Per poder entendre les dades, és import saber quina és la tipologia del centre, que passem a descriure a continuació:

Taula 1 | *Tipologia de places per centre*

Tipologia Places	Bonanova	Llar dels Ancians	Felanitx
Dependents	270	154	95
Deambulants	20	22	0
Temporals	10	4	5
Autònoms	143	100	0
Total	443	280	100

Pel que fa a la tipologia de les places (vegeu la taula 1), quan es parla de places per a persones dependents, són les places que ocupen persones que necessiten suport per a les activitats de la vida diària (AVD). Les places de deambulants són les que es destinen a persones dependents que tenen deteriorament cognitiu, però conserven la deambulació i tenen un risc alt de fugida i/o pèrdua i, per tant, estan ubicats en una zona del centre amb mesures de vigilància i protecció per a la persona gran. Les places per a estades temporals són les que es reserven per a persones que només han d'estar durant un temps al centre, hi ingressen per respir i/o convalescència dels cuidadors/es, o per convalescència de la pròpia persona. Les places per a persones autònomes estan destinades a persones que poden desenvolupar les AVD sense suport ni suplència, així i tot hi ha personal per a qualsevol incidència amb què es puguin produir.

A la Bonanova hi ha un 53% de les persones ingressades que són dones, de les quals el 62% tenen més de 85 anys i el 60% té una dependència moderada o alta. Un 71% dels ingressos són per dependència, un 25% per prioritat social i la resta per trasllat o reagrupament.

(Nota: Quant a les places, primer de tot s'ha de fer constar que al centre residencial la Bonanova, a la zona d'autònoms només hem posat les places ocupades en l'actualitat, ja que s'hi han de fer obres i, per tant, aquestes dades tindran algunes variacions.)

A la Llar dels Ancians, el 65% de les persones ingressades són dones i el 35%, homes. Quant al grau de dependència, hi ha un 45% dels residents amb un grau II o III de dependència, cosa que significa que necessiten suport per 3 o més activitats de la vida diària. El centre també ha tingut un 25% dels ingressos per prioritat social.

La residència de Felanitx té el percentatge més alt de dones ingressades, amb un 71% del total de residents, de les quals el 61% és més gran de 85 anys. En els homes el percentatge, el 50%, més alt té entre 75 i 84 anys. El centre presenta una alta taxa de dependència, atès que no hi ingressen persones autònomes, el 85% té un grau II o III de dependència. En aquest centre la majoria d'usuaris ha ingressat per dependència, el 82%, mentre que el 9% ho ha fet per prioritat social.

Instruments

Per a la recollida d'informació es va dissenyar una fitxa en format full de paper de fàcil maneig i emplenament. Al full de registre s'havia de recollir informació sobre:

- Data del succés
- Centre on va ocórrer
- Torn: matí, horabaixa, vespre o nit
- Emplaçament (espai de la residència on havia ocorregut): habitació, menjador, zona comuna
- Tipus d'agressió (poden marcar-se diverses opcions): verbal, física, sexual o una altra
- Motiu de l'agressió: discussió per pertinences (llevar-se coses, envair l'espai…), conflicte verbal (molestar-se, provocar, vacil·lar…), resposta a una agressió física (empènyer, pegar-se…), rebuig o discriminació (ignorar, no deixar participar…), disconformitat respecte a les normes establertes (enganar, mentir, consumir substàncies prohibides, no respectar les normes de convivència…) i altres motius.
- Estratègia per solucionar-ho
- Dades de la persona agressora: edat, sexe, tipus d'ingrés, plaça que ocupa, diagnòstic (demència, deterior cognitiu, psiquiatria, altre), persones implicada/es, i persona que emplena.

A més de les fitxes de registre, s'han fet entrevistes semiestructurades per recollir informació sobre l'experiència i visió de les persones que han coordinat en cada residència el procés de recollida de dades. Els continguts principals sobre els quals s'ha preguntat:

- Experiència professional prèvia, temps treballat en la residència i càrrec al centre;
- impressió general sobre el procediment de registre i recol·lecció d'informació;
- visió des del punt de vista professional del fenomen d'ARR;
- des de la seva experiència, quina freqüència, en quins espais, a quines hores ocorre, quins factors predisposen o antecedeixen els episodis i si és possible preveure els episodis;
- saber quines estratègies utilitzen els professionals davant una ARR, els recursos, la formació i els protocols, i
- visió sobre les mancances, possibles millores per enfrontar-se als episodis d'ARR i per prevenir-los, millora de la qualitat de vida dels interns i del personal assistent.

Procediment

L'estudi va començar amb una cerca bibliogràfica sobre el tema en qüestió. Una vegada consultada la literatura més rellevant i actual, es va procedir a dissenyar la fitxa de registre. Després de desenvolupar la tècnica de recollida d'informació, ens vam posar en contacte amb els responsables de coordinació de les residències seleccionades (en funció de la disponibilitat i la motivació per col·laborar en l'estudi). Després van ser seleccionats els centres i es van realitzar reunions individualitzades per proporcionar la informació sobre l'objectiu d'estudi i les instruccions sobre el registre. El procediment de registre es va produir durant un mes, del 27 de març al 27 d'abril. Posterior al mes de registre, es van enviar les fitxes a les investigadores i durant el mes de maig es van realitzar les entrevistes al personal encarregat de coordinar la recollida de dades. Finalment, es van analitzar les dades recollides als fulls de registre i les entrevistes, i es va elaborar el present informe.

Anàlisi de dades

S'ha fet una anàlisi descriptiva de les dades recollides a les fitxes de registre, ja que la mida de la mostra no permet extreure resultats estadísticament significatius. D'altra banda, la informació recollida amb les entrevistes s'ha examinat de forma qualitativa.

6. Resultats

En total, després d'un mes d'observació, s'han registrat 25 incidents produïts per 18 dels residents, això vol dir que quatre dels residents (tres dones i un home) han estat involucrats en més d'un episodi. Entre els 18 residents hi ha implicades deu dones i vuit homes i tenen una edat mitjana de 81,16 anys (vegeu la taula 1). Set dels residents tenien un diagnòstic de psiquiatria, cinc d'ells tenien una demència diagnosticada, només un presentava diagnòstic de deterioració cognitiva, un no presenta patologia i quatre estarien inclosos en la categoria «uns altres». Quant a la distribució dels casos per residències, trobem que la Bonanova va registrar sis casos, la Llar dels Ancians, 12 incidents i Felanitx, tan sols tres episodis. En relació amb el tipus de plaça el 72,22% (13 residents) dels residents que van protagonitzar els episodis d'ARR estaven en una plaça de dependència i el 27,77% (cinc residents) eren autònoms.

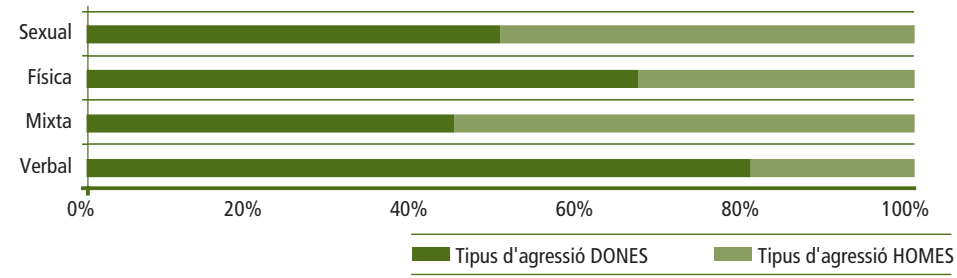
Taula 2 | *Dades descriptives*

	Total	Dones	Homes
Sexe	18	10	8
Mitjana d'edat	81,16	81,1	81,25
Rang d'edat	65-94	65-94	72-89
Diagnòstic			
Psiquiatria	7	4	3
Demència	5	1	4
Deteriorament cognitiu	1	0	1
Sense diagnòstic	1	1	0
Altres	4	4	0
Residència			
	Total incidents	Dones	Homes
Bonanova	6	4	1
Llar dels Ancians	12	6	5
Felanitx	3	1	2
	Total	Dones	Homes
Tipus d'agressió			
Verbal	10	8	2
Física	3	2	1
Mixta	10	4	5
Sexual	2	1	1

Tipus d'ingrés			
	Total	Dones	Homes
Dependència	11	5	6
Sistema antic	4	2	2
Urgència o prioritat social	3	3	0

Analitzant els 25 episodis d'ARR (vegeu la taula 1), trobem que en el 80% dels casos (20 episodis d'ARR) hi ha un component verbal important, i que el 50% d'aquestes ARR són només verbals (10 episodis d'ARR) i l'altre 50% de les ARR són mixtes (agressions verbals i físiques). En relació amb el component físic de les agressions només es van registrar tres (23,07%) agressions físiques i 13 ARR eren mixtes. Durant tot el temps que va durar el registre, només es van observar dues incidències (perquè se'n van registrar una per a cadascuna de les parts implicades) considerades agressió sexual. Va tenir lloc entre un home i una dona, l'home presentava diagnòstic de demència i de la dona només sabem que havia ingressat per urgència social. Quan examinem les diferències en funció del sexe dels residents, per exemple en el gràfic 1, observem (també a la taula 1) que les dones estan involucrades en 15 dels 25 episodis d'ARR, això representa un 60%, mentre que els homes només han participat en el 40% d'ARR. En examinar el tipus d'agressió més freqüent entre les dones, destaquem les agressions verbals (8 de 15), seguides de les mixtes (4 de 15). Entre els homes l'agressió més freqüent és la mixta (5 de 10 incidents), seguida de les verbals (2 de 10).

Gràfic 1 | *Diferències en el tipus d'agressió, segons si l'ha feta un home o una dona*



Un altre aspecte que s'ha analitzat és el moment temporal en el qual ocorren els episodis d'ARR, que succeeixen més freqüentment al matí i a primera hora de la tarda (vegeu el gràfic 2). Quant a l'espai on s'han registrats els successos, destaquen les zones comunes (passadissos, vestíbul, sala d'estar, etc.), amb un 40%, el menjador, amb un 32% de les ARR, i les habitacions, amb el restant 28% de les ARR (vegeu el gràfic 3).

Gràfic 2 | *Moment del dia en què ocorren els incidents*

Gràfic 3 | *Espai de la residència on ocorren els incidents*

El motiu més freqüent pel qual es van produir els episodis d'ARR, segons els professionals que els van registrar, va ser el conflicte verbal (32%) i la discussió per pertinences (32%), i els segueix la disconformitat amb les normes establertes pel centre (16%). Quant a qui va recollir la informació, el 44,44% va ser la persona coordinadora, el 33,33%, els professionals d'infermeria, i el 22,22%, els auxiliars d'infermeria.

A continuació es presenten els aspectes més rellevants de les tres entrevistes realitzades a les coordinadores dels centres que han estat les encarregades de la recollida d'informació. Tots els professionals entrevistats tenien més de deu anys d'experiència, i feien funcions de supervisió i coordinació de personal assistencial. En general, comenten que el procediment de registre els ha semblat fàcil i senzill per ser manejat o emplenat pel personal auxiliar, però reconeixen que amb el nivell d'activitat que porten és difícil que s'asseguin a emplenar els fulls quan ocorren els incidents. Només en una de les residència tenen un procediment de registre de les ARR, i el duu a terme el personal de seguretat i vigilància. Sobre la tipologia de les ARR, hi ha consens sobre el fet que les agressions més comunes són les verbals i que ocorren principalment durant les últimes hores del matí o les primeres de la tarda de la tarda, i que les zones comunes (passadissos, vestíbul, etc.) i el menjador són els llocs més conflictius:

> «Les agressions habituals són insults. Aixecar la veu...» (Bonanova).

«Agressió verbal constantment n'hi ha, fins i tot al personal…» (Llar dels Ancians).

«Entre residents passa més a les zones comunes, al menjador, és gairebé quan passa més freqüentment, a les taules…» (Felanitx).

«A les zones comunes, a les habitacions no passa gairebé mai, o al menjador, però sobretot en zones comunes…» (Llar dels Ancians).

«Jo, la veritat és que als matins, jo hi sol estar sempre al matí i solen ser tranquils. Crec que és més a la tarda…» (Bonanova).

Quan se'ls pregunta per les situacions o els factors que precipiten els episodis d'ARR, també estan d'acord a assenyalar que els problemes es generen per la presència de deteriorament cognitiu, demència o trastorns psiquiàtrics, la territorialitat, les alteracions de comportament, la violació de la privadesa i, també, la diferència de creences polítiques o religioses. On hi ha certa discrepància és quan els preguntem si creuen que és possible prevenir alguna de les ARR: dues d'elles creuen que és molt difícil, mentre que l'altra pensa que és fàcil si les intervencions es basen en el coneixement de la persona.

«És molt difícil, perquè això passa amb gent, estan tranquils i de sobte, un s'aixeca i ja està. Ho veig molt complicat, complicadíssim. Evidentment, les agressions, la majoria, són verbals, i no arriben a res més perquè es fan intervencions, clar, si no acabaria sent una gran agressió, perquè si no hi vas de seguida comencen a pegar…» (Bonanova).

«Si […] fem la valoració a l'ingrés i aquí sí que treus molta informació, però clar fins que no convius amb ells realment no en coneixes detalls com per prevenir segons quines coses...» (Felanitx).

Les intervencions, en primer lloc, se centren a aplicar estratègies com la separació, distracció, tranquil·litzar, negociar i si no aconsegueixen calmar la situació es diu a la infermera o al personal de seguretat. La medicació s'utilitza quan el metge prèviament l'ha prescrit per si les estratègies anteriors no funcionen. A més, assenyalen la necessitat d'elaborar un protocol d'actuació i formació específica sobre el maneig de les situacions d'ARR, especialment per als professionals que estan en contacte més proper amb els residents.

«no hi ha cap protocol d'actuació en aquests casos...» (Llar dels Ancians).

«el personal que treballa més diàriament a la plantilla de la segona planta, que són les demències avançades, aquestes persones sí que necessitarien reciclar-se una mica més...» (Felanitx).

«No hem tingut formació especialitzada per a aquest tipus de situacions…» (Bonanova).

> «La formació. Saber com actuar. També fa molta falta saber com actuar amb ells, pel meu és molt important. Si vas amb predisposició d'intentar calmar aconsegueixes que ells es tranquil·litzin…» (Bonanova).

Entre els suggeriments que realitzen per millorar l'abordatge de les situacions d'ARR, s'inclou el disseny d'estratègies més adequades per a la població, millorar la formació, intervencions centrades en la persona, més atenció psicològica i engegada de procediments per al registre i l'avaluació dels episodis d'ARR.

7. Discussió i conclusions

Una vegada analitzades les dades, es detecta la necessitat d'establir un protocol d'actuació davant la situació d'agressions entre iguals. Si consultem la bibliografia, trobem protocols per detectar el maltractament cap a les persones grans, de distints tipus, agressions físiques i/o verbals, abús econòmic, etc., però no es troben tants d'instruments per poder detectar les agressions i/o els abusos entre iguals.

Hem de destacar com a punt de partida el protocol d'actuacions davant conductes disruptives de la persona usuària publicat a la pàgina web de l'Imserso (2015a), en què s'aborda el tema de la violència entre iguals als centre de persones grans; no és un protocol específic per a agressions entre iguals, però parla de les actuacions davant de conductes agressives entre persones usuàries, i concretament aborda l'agressivitat física, verbal, facial i indirecta. Seria necessari poder desenvolupar una eina, un protocol per als centres residencials públics, i extrapolable als privats, per tal de garantir la detecció d'aquestes situacions. També es pot consultar el protocol per a la detecció i actuació davant situacions de maltractament en els centres de l'Imserso (2015b) que contempla el maltractament entre iguals, també de forma puntual i no abordant de forma específica la problemàtica.

Malgrat que hem dit que aquests protocols poden servir de punt de partida, caldria que contemplés el registre de les agressions als centres d'una forma sistemàtica com hem fet per al nostre estudi, ja que no hi ha el «costum» de registrar aquestes conductes i per tant, no se'n deixa constància, la qual cosa en dificulta la investigació i, sobretot, l'abordatge de la problemàtica. Pensem que la informació que ens aportarien les dades que hem recollit de forma ampliada ens permetrien poder dissenyar un protocol propi d'actuació davant les situacions d'ARR i la seva validació. En definitiva, aquesta informació ens permetria visibilitzar una problemàtica real dels centres d'atenció a les persones grans.

Les línies futures tracen el començament per a un major coneixement dels episodis d'ARR i de les circumstàncies que els envolten, i continuen amb el desenvolupament de mesures preventives des d'una perspectiva d'abordatge integral centrat en la persona. La millora

de les intervencions passa per una més que necessària col·laboració interdisciplinària que ha de permetre als professionals dissenyar intervencions que tinguin en compte els factors contextuals, psicosocials i de salut per millorar la qualitat de vida i la convivència de totes les persones involucrades al centre (Bonifas, 2015; McDonald et al., 2015; Rosen et al., 2016).

Agraïments

A les persones de les tres residències del Consell de Mallorca que han col·laborat i fet possible que pogués dur-se a terme aquest estudi.

Referències bibliogràfiques

Bonifas, R. P. (2015). Resident-to-resident aggression in nursing homes: Social worker involvement and collaboration with nursing colleagues. *Health and Social Work*, *40*(3), 101-109. doi: 10.1093/hsw/hlv040

Caspi, E. (2015). Aggressive behaviors between residents with dementia in an assisted living residence. *Dementia*, *14*(4), 528-546. doi: 10.1177/1471301213502588

Davison, T. E., McCabe, M. P., Bird, M., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D., ... O'Connor, D. W. (2017). Behavioral symptoms of dementia that present management difficulties in nursing homes: Staff perceptions and their concordance with informant scales. *Journal of Gerontological Nursing, 43*(1), 34-43

Ferrah, N., Murphy, B. J., Ibrahim, J. E., Bugeja, L. C., Winbolt, M., LoGiudice, D., ... Ranson, D. L. (2015). Resident-to-resident physical aggression leading to injury in nursing homes: A systematic review. *Age and Ageing, 44*(3), 356-364

Imserso. (2015a). *Protocolo de actuaciones ante conductas disruptivas de la persona usuaria* (2a ed.). Madrid: Imserso.

Imserso. (2015b). *Protocolo para la detección y actuación ante situaciones de maltrato en los centros del Imserso* (1a ed.). Madrid: Imserso.

Lachs, M. S., Teresi, J. A., Ramirez, M., Van Haitsma, K., Silver, S., Eimicke, J. P., ... Pillemer, K. A. (2016). The prevalence of resident- to-resident elder mistreatment in nursing homes. *Annals of Internal Medicine, 165*(4), 229-236

McDonald, L., Hitzig, S. L., Pillemer, K. A., Lachs, M. S., Beaulieu, M., Brownell, P., ... Thomas, C. (2015). Developing a research agenda on resident-to-resident aggression: Recommendations from a consensus conference. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 27*(2), 146-167

Rosen, T., Pillemer, K., i Lachs, M. (2008a). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: An understudied problem. *Aggression and Violent Behavior, 13*, 77-87

Rosen, T., Lachs, M. S., Bharucha, A. J., Stevens, S. M., Teresi, J. A., Nebres, F., ... Pillemer, K. (2008b). Resident-to-resident aggression in long-term care facilities: Insights from focus groups of nursing home residents and staff. *Journal of the American Geriatrics Society, 56*, 1398-1408

Rosen, T., Lachs, M. S., i Pillemer, K. (2010). Sexual Aggression Between Residents in Nursing Homes: Literature Synthesis of an Underrecognized Problem. *Journal Of The American Geriatrics Society, 58*(10), 1970-1979

Rosen, T., Lachs, M. S., Teresi, J., Eimicke, J., Van Haitsma, K., i Pillemer, K. (2016). Staffreported strategies for prevention and management of resident-to-resident elder mistreatment in long-term care facilities. *Journal of Elder Abuse and Neglect, 28*(1), 1-13

Autores

SOFIA ALONSO BIGLER

Sa Cabaneta (1977). Diplomada en Educació Social (UNED). Treballa com a responsable en funcions de l'Àrea d'Atenció a la Dependència, de la Direcció Insular d'Atenció a la Dependència. Estudis de postgrau sobre Qualitat ISO 9001. Cursos de formació en gestió de centres residencials per a persones grans.

MARIA VALERO DE VICENTE

Oriola (1988). Llicenciada en Psicologia. Màster en Intervenció Psicològica en Àmbits Clínics i Socials amb Intensificació en Psicologia Clínica i Neuropsicologia. Actualment és estudiant de doctorat en Educació i membre del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears.

VIURE A CASA O COM A CASA: MODELS PER A LES PERSONES GRANS DIFERENTS DE LES RESIDÈNCIES TRADICIONALS

Viure a casa o com a casa: models per a les persones grans diferents de les residències tradicionals

Miren Fernández-de-Álava
Josep Lluís Oliver Torelló
Juan Manuel Martínez Álvarez

Resum

S'inicia l'article amb un breu repàs a l'evolució històrica recent del tractament residencial dirigit a les persones grans per arribar a determinar quin és l'estat de la qüestió en relació amb el paradigma residencial que els autors consideren que ha d'orientar les polítiques residencials en el futur immediat.

En aquest article presentem, doncs, alternatives als models de residències tradicionals per a persones grans. Aquestes alternatives són l'atenció centrada en la persona, les unitats de convivència, el model *housing* i l'atenció basada en el domicili. L'evolució del tractament residencial en determinades situacions, que afecten un bon nombre de persones grans, ha sofert una ràpida evolució. En el document que es presenta s'exposa l'estat de la qüestió actual.

Resumen

Se inicia el artículo con un breve repaso a la evolución histórica reciente del tratamiento residencial dirigido a las personas mayores para llegar a determinar cuál es el estado de la cuestión en relación con el paradigma residencial que los autores consideran que tiene que orientar las políticas residenciales en el futuro inmediato.

En este artículo presentamos alternativas a los modelos de residencias tradicionales para personas mayores. Dichas alternativas son la atención centrada en la persona, las unidades de convivencia, el modelo *housing* y la atención basada en el domicilio. La evolución del tratamiento residencial en determinadas situaciones, que afectan a un buen número de personas mayores, ha sufrido una rápida evolución. En el documento que se presenta se expondrá el estado de la cuestión actual.

1. Introducció

En la segona meitat dels anys vuitanta, a les illes Balears, s'inicia la construcció d'un sistema de serveis socials que havia de modernitzar l'obsolet i desigual tractament que es feia de les necessitats socials en el període predemocràtic anterior (Ballester i Oliver, 2004). Tot i l'existència d'una ferma voluntat planificadora per part del Consell de Mallorca (Consell de Mallorca, 1990), aquest procés cursà amb importants factors que interferiren el plantejament tecnocràtic i basat en el model inicial i del moment que no era altre que el de la planificació estratègica. Un dels sectors que, en la seva planificació, es varen veure molt afectats per aquests factors, no estrictament tècnics, va esser el de la gent gran. El pes polític d'aquest col·lectiu no era ignorat per ningú i aquest va esser un factor de rellevància en la configuració del sistema d'atenció a les persones

grans. El marc normatiu i regulador a nivell autonòmic, el fixava la Llei d'acció social de 1987, la Concertació del Pla, del Pla de Prestacions Bàsiques, i el Decret 244/1999, de 26 de novembre, pel qual es regula l'Estatut Bàsic dels centres de persones majors dependents de l'Institut Balear d'Afers Socials. A més, s'ha de tenir en compte que, des dels orígens del sistema la iniciativa privada i l'acció concertada foren també importants factors d'incidència en la planificació el sector. El resultat de tot això fou que el sistema cresqué de forma desigual.

A l'Estat, un dels primers elements que demostraven una certa intenció planificadora vingué el 1971, de la mà del Plan Nacional de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos. Aquell pla tenia un marcat caràcter contributiu, ja que s'havia pensat en funció dels pensionistes i jubilats de la Seguretat Social, és a dir, els anteriors treballadors afiliats i cotitzants de la Seguretat Social. Aquell pla centrava tota l'atenció en les persones grans abans esmentades en dues línies d'actuació:

1. l'acció directa de la Seguretat Social, destinada a la creació d'actuacions i recursos d'ajuda a domicili, clubs, residències, sanatoris geriàtrics de rehabilitació i residències assistides, i

2. l'acció concertada per a la promoció de la creació d'unitats geriàtriques a càrrec d'entitats públiques o privades.

Ja al final dels anys vuitanta, tot seguint la tendència que ja feia anys que s'havia instaurat en molts de països d'Europa, es començà a considerar que l'atenció residencial podia esser contrarestada per enfocaments centrats en l'acció comunitària, que planteja que l'atenció a domicili és millor opció que la generalització del model institucional. En aquest canvi de paradigma assistencial influïren no només les esteses corrents desinstitucionalitzadores que afectaren també de forma notable els serveis de protecció de menors, de persones amb discapacitat i salut mental (Foucault, 1978; Goffman, 1970), sinó també consideracions relaciones amb l'elevat cost del model residencial i la seva sostenibilitat. Una reflexió interessant de l'època sobre això la podem trobar en l'article de Pía (1992), en el qual ja s'apuntaven determinats aspectes que avui encara estan en vies de desenvolupament:

Deben propiciarse servicios alternativos de apoyo a la familia y al anciano/a que vive y quiere vivir solo. Para ello se debe ampliar la red de servicios de ayuda a domicilio, los teléfonos alarma, facilitar información sobre los pisos compartidos, las familias de acogida, etc., es decir, como formas alternativas a la residencia y adaptadas a la sociedad actual… Son necesarias políticas específicas para cada grupo de edad, con diferencia de sexo, especialmente para las mujeres ancianas, más vulnerables, más propensas a ser pobres, a enviudar, a tener limitaciones funcionales y a pasar los últimos días de su vida solas o en una residencia. (pp. 134-135).

Òbviament, i a diferència d'altres països del centre i nord d'Europa, a l'Estat espanyol, les famílies havien estat i seguien essent el puntal sobre el qual se sustentava l'atenció principal a les persones grans. Els poders públics consideraren important aprofundir en aquest model no institucionalitzador, tot i que, per motius de diversa índole, no s'ha consumat la transformació del model cap a l'especialització de les residències en centres només per persones amb importants necessitats relacionades amb la seva autonomia i dependència.

En aquest article presentem alternatives als models de residències tradicionals per a gent gran perquè, com apunten Martínez, Díaz-Veiga, Sancho i Rodríguez (2014), el primer pas és conèixer la persona i potenciar-ne l'autodeterminació, és a dir, que la persona sigui agent causal de la seva vida. Es tracta, doncs, d'alternatives que ofereixen suport a la gent gran sense oblidar les seves capacitats i els seus valors, i respectar que puguin tenir el control de la seva vida i cures habituals (ibídem). Podríem afirmar que el que es propugna constitueix el pas d'un paradigma quantitatiu a un altre de qualitatiu. De la preocupació «inicial» del sistema per dotar de places residencials tota la població amb necessitats relacionades amb l'autonomia i la residència, s'està passant, de forma lenta però progressiva, a una consideració d'aquestes necessitats que té un doble efecte. D'una banda, en la dimensió institucional, pot disminuir la pressió sobre l'administració per a la construcció de residències i, de l'altra, suposa l'aplicació d'un model més centrat en consideracions «domèstiques o quotidianes», en el sentit que es prima la permanència de les persones grans en el seu context habitual i natural de residència, tot realitzant les adaptacions que es considerin necessàries per tal d'atendre les necessitats que les diverses situacions de salut i autonomia d'aquestes persones presenten. Per suposat, aquest model no podrà acabar mai amb les residències, però n'implica la reconversió en residències centrades en la prestació d'atenció a les necessitats amb graus importants de dependència i amb severes limitacions de la seva capacitat d'autonomia.

En el sentit exposat, doncs, explicarem el model d'atenció centrada en la persona (ACP); clau per a la millora de la qualitat assistencial de les persones grans, com així s'ha demostrat en països que compten amb polítiques sociosanitàries avançades (p. e. Austràlia, França i el Regne Unit) (García, 2015; Martínez, 2013), perquè aposten per entorns càlids i accessibles, activitats significatives, relacions familiars, proximitat amb la comunitat i flexibilitat organitzativa (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez i Sancho, 2015). Per tenir una visió més centrada en l'ACP, presentem el projecte Etxean Ondo, finançat pel Departament de Treball i Polítiques Socials del Govern Basc i desenvolupat en diferents centres gerontològics.

Posteriorment, centrem l'atenció en les unitats de convivència. Dirigides a persones en situació de dependència, es regeixen pel respecte a l'intimidat, les preferències i els drets, sense perdre de vista que han de ser una extensió del seu entorn domèstic (Díaz-Veiga,

Martínez, Sancho i Rodríguez, 2014). No podem obviar el model *Housing* i l'atenció basada en el domicili per a totes aquelles persones que volen residir a casa seva i, conseqüentment, en el seu entorn, i que volen tenir el control de les seves vides i de les seves decisions.

Finalment, determinarem alguns principis que, al nostre parer, han de fonamentar les polítiques residencials d'atenció a les persones grans en el futur proper.

2. L'ACP

En els últims anys, el sector dels serveis d'atenció a persones grans aposta per l'ACP —en anglès, Person-Centred Care (PCC)— per diferents raons com (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez i Sancho, 2015): (i) el manteniment del control en el seu entorn; (ii) el manteniment de les seves cures i de la seva vida quotidiana, i (iii) la promoció del seu benestar. De fet, l'autonomia —la capacitat i el dret per decidir sobre la pròpia vida— és considerada l'element fonamental de l'atenció quotidiana i la gestió del servei es regeix per la qualitat de vida de les persones (Martínez, 2010a, 2010b, 2013). La participació constitueix un altre eix del model que García (2015) denomina «tercer paradigma» en l'atenció residencial de les persones grans. La participació, per a l'autor esmentat, és part de l'envelliment actiu, que deriva del foment de l'autonomia personal. Per això, les persones grans són part activa en la determinació de com i on volen viure. Ningú no coneix les seves necessitats tan bé com els interessats mateixos.

En esta tendencia, o tercer paradigma, los mayores buscan vivir en alojamientos apropiados y autónomos con instalaciones comunes y oportunidad para los usuarios de compartir las actividades diarias y ayudarse mutuamente. Aprecian principalmente la combinación vida *privada*, las instalaciones *comunes* y las actividades *compartidas*. (García, 2015, p. 16).

L'enfocament anterior integra un plantejament arquitectònic amb determinades consideracions socials. Malgrat el que s'ha comentat, el desenvolupament més extrem d'aquest enfocament centrat en la persona el trobaríem en un model, futur, en el qual les adaptacions arquitectòniques necessàries es fan en el propi habitatge, en el qual resideix la persona gran i alhora es respecta o es fomenta la seva xarxa de relacions socials, així com la seva participació social. El desenvolupament màxim d'aquest paradigma suposaria restringir les residències a persones amb greus dependències i necessitats d'assistència i/o suport continuat.

Per tant, es tracta d'un model que dista dels fonaments dels models de cures tradicionals (p. e., l'atenció uniformada a partir de classificació de malalties o dependències), i que aposta per augmentar la qualitat de l'atenció a partir de totes aquelles dimensions relacionades amb la qualitat de la vida. Per a la seva implementació, es requereix: (i)

reconèixer la singularitat i el valor de les persones grans; (ii) potenciar les capacitats, i (iii) recolzar l'autodeterminació (ibídem).

Un exemple del model d'ACP el trobem al País Basc. Es tracta del projecte Etxean Ondo finançat pel Departament de Treball i Polítiques Socials del Govern Basc. Amb l'objectiu que les persones grans se sentissin com a casa, es van dissenyar ambients casolans, segurs i accessibles mitjançant l'adequació dels espais físics, de l'equipament i de la decoració en aquells centres que podien adaptar-se (p. e., per mida i per distribució). Per aconseguir que la gent gran sentís l'espai com a propi, es van incorporar mobles i elements individuals significatius (vegeu les fotografies).

Font de les fotografies: Díaz Veiga et al. (s. d.)

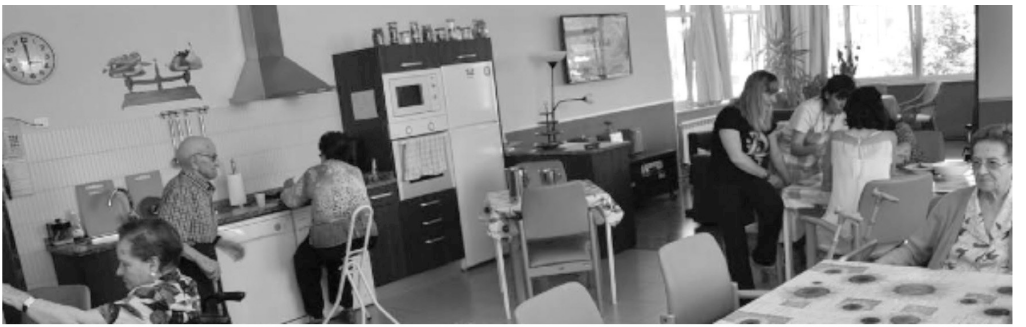
Els centres que hi varen participar —Centre Gerontològic Lamourous, Centre Gerontològic Rezola i Centre Gerontològic Fraisoro (Díaz Veiga et al., s. d.)— van augmentar la ràtio d'auxiliars, van formar permanentment —sobre el model d'ACP i el treball en equip— els seus treballadors, van desenvolupar sessions formatives individualitzades i van organitzar-se al voltant del desenvolupament quotidià de la gent gran. Tot i que es tractava d'un projecte pilot, van obtenir resultats molt positius, ja que van desenvolupar les seves intervencions d'acord als desitjos, preferències, etc., de la gent gran; van constatar millores de la independència, qualitat de vida i satisfacció de la gent gran; van veure un descens de l'absentisme laboral i un augment de la satisfacció personal i laboral dels treballadors; i van observar una millor satisfacció de les famílies per aquest nou model versus l'antic model d'atenció (Díaz Veiga et al., s. d.).

3. Les unitats de convivència

Com comentàvem amb l'ACP, el compromís per establir altres models per a les persones grans, diferents de les residències tradicionals, porta a la creació de les unitats de convivència als països nòrdics, les quals s'estengueren a altres indrets d'Europa, com Alemanya,

Bèlgica, França i el Regne Unit (Martínez, 2013). Podem caracteritzar-les com aquelles on viuen persones grans, en situacions de dependència, i que reben els suports necessaris per al desenvolupament de la seva vida quotidiana (Díaz-Veiga, Martínez, Sancho i Rodríguez, 2014). D'acord amb aquestes últimes autores, se cerca una doble qualitat: de les cures de la salut i d'atenció. És a dir, es potencia la preservació de la dignitat i dels drets de les persones grans a partir d'una atenció personalitzada i la seva participació en el seu pla d'atenció i de vida.

Les unitats de convivència poden trobar-se en blocs residencials, domicilis independents o centres residencials per a gent gran. Ara bé, si no són cases independents s'aconsella tenir en compte: (i) la vinculació amb l'espai exterior (per ser terapèutic); (ii) la promoció de la interacció social; (iii) la creació d'ambients on es produeixin relacions interpersonals; (iv) l'estimulació dels sentits, i (v) la consideració d'espais individuals i que responguin a les necessitats individuals. Les 9-15 persones que viuen a les unitats de convivència, amb 2 o 3 cuidadors per torn de treball, tenen a la seva disposició espais comuns com la cuina, el menjador i la sala d'estar, i espais privats, com la seva habitació i el lavabo. A més d'aquest disseny físic i arquitectònic per salvaguardar el sentiment d'estar com a casa, les rutines, els horaris i les activitats individuals també es mantenen (ibídem).



Font de la fotografia: Díaz-Veiga, Martínez, Sancho i Rodríguez (2014)

4. El model *Housing* i l'atenció basada en el domicili

El projecte Futurage proposava, a 10-15 anys vista, diferents innovacions relatives a la cura de les persones i, en concret, a la permanència en l'entorn, conegut com *Housing*. L'interès de les persones per residir a casa seva i, conseqüentment, en el seu entorn, i amb el control de les seves vides i decisions, potencia la focalització en mesures com l'atenció domiciliària i sociosanitària; els serveis de proximitat i de suport; el suport de família i d'altres persones properes; la teleassistència i la inclusió (Rodríguez, 2011; Rodríguez, Bermejo, Marín i Valdivieso, 2012).

Autors com Mansell, Knapp, Beadle-Brown i Beecham (2007), Patmore (2002) i Wieland, Boland, Baskins i Kinosian (2010) afirmen que l'atenció basada en el domicili, a més d'evitar la institucionalització, aporta beneficis individuals (p. e., en la qualitat de vida) i socials (p. e., cost-benefici). De fet, aquesta relació cost-benefici desperta interès com pot comprovar-se en diferents estudis, com Kok, Berden i Sadiraj (2015) —que comparen els costos d'atenció residencial amb els costos d'atenció domiciliària a Holanda i proven que, tot i que la primera és més cara per a la societat, els sistemes de pagaments estimulen l'accés a l'atenció residencial— i Chappell, Havens, Hollander, Miller i McWilliam (2004) —que varen avaluar la relació cost-eficàcia de l'atenció domiciliaria de la gent gran com a alternativa als serveis institucionals de Canadà i demostraren que els costos de l'atenció domiciliària són significativament més baixos que els de l'atenció residencial.

5. Conclusions

Aquest article té per objectiu proporcionar altres models d'allotjament per a gent gran, tots ells alternatius als models de residències tradicionals. Si bé en alguns països europeus com França o el Regne Unit tenen experiències més consolidades, a Espanya encara ens queda camí per recórrer. Com bé apunta Martínez (2013), encara hem de construir nous models d'atenció gerontològica, amb tots els reptes que comporten. Per exemple, en els models de gestió i organització dels centres, en les normatives (inspecció o acreditació) i polítiques nacionals i locals, i en el disseny físic i arquitectònic. De fet, no s'ha de passar per alt aquest darrer aspecte, perquè s'ha constatat que el disseny càlid i casolà —en contra dels dissenys rígids i uniformes— té un impacte molt positiu sobre el benestar dels residents i sobre les seves relacions (Martínez, Díaz-Veiga, Rodríguez i Sancho, 2015).

L'ACP constitueix un gran avanç per al foment d'un model centrat en la persona i no pas en el servei. Per això no podem perdre de vista aquestes recomanacions a l'hora d'implementar l'ACP (Martínez, s. d.): (i) totes les persones tenim dignitat, amb independència de l'edat, les malalties, l'estat cognitiu i el grau de dependència; (ii) totes les persones som úniques i cadascuna té el seu projecte vital, i requereix una atenció personalitzada; (iii) la biografia és l'essència de la singularitat i ha de ser el referent bàsic del pla d'atenció i de vida; (iv) el dret a exercir el control sobre la vida pròpia, és a dir, que s'ha de potenciar l'autonomia de la gent gran i se'ls han de proporcionar oportunitats i suports perquè tinguin control sobre la seva vida i sobre el seu entorn; (v) el dret a exercir la seva autonomia per part de les persones amb greus afectacions cognitives; (vi) totes les persones tenim fortaleses i capacitats (no només dèficits i limitacions); (vii) l'ambient físic, sobretot per a les persones en situació de dependència pel seu impacte en el benestar; (viii) l'activitat quotidiana amb sentit, que estimuli, que sigui agradable i que faci sentir bé les persones grans; (ix) totes les persones som interdependents, és a dir, els professionals, la família, els amics i els cuidadors són agents claus per a l'autodeterminació, el benestar físic i el benestar

subjectiu, i (x) totes les persones, especialment les grans, estem subjectes a canvis per la conjunció d'aspectes biològics, psicològics i socials, la qual cosa requereix una atenció integral, coordinada i flexible.

No volem deixar d'esmentar que el model proposat no es limita a plantejar determinades intervencions arquitectòniques. La permanència de les persones grans en contextos «naturalistes» ofereix moltes oportunitats d'actuacions socials, socioeducatives, assistencials i comunitàries. Possibilitar que les persones grans puguin romandre en el seu context habitual i natural implica que poden seguir essent agents actius i participatius, cada un en la mesura de la seva voluntat i possibilitats. D'aquesta forma, articulant un model que actuï en el sentit esmentat, les persones grans poden aportar un potencial impagable a la vida comunitària i fins i tot a la satisfacció de moltes necessitats que, des d'un plantejament basat en la comunitat, enriqueixen tots els membres que hi participen.

Referències bibliogràfiques

Ballester, L. i Oliver, J. L. (2004). Els serveis socials a les illes Balears des de l'Estatut d'Autonomia de 1983. *Arxius de Sociologia*, *11*, 107-129.

Chappell, N. L., Havens, B., Hollander, M. J., Miller, J. A. i McWilliam, C. (2004). Comparative Costs of Home Care and Residential Care. *Gerontologist*, *44*(3), 389-400.

Consell de Mallorca (1990). *Bases per a la planificació de l'acció social a Mallorca.* Palma: Consell de Mallorca.

Díaz-Veiga, P., Martínez, T., Sancho, M. i Rodríguez, P. (2014). *Unidades de convivencia para personas que necesitan ayuda.* Recuperat de: goo.gl/qHdPHG

Díaz Veiga, P., Orbegozo, A., Garate, M., Quintas, J., Beraza, G. i Suarez, N. (s. d.). *Proyecto Etxean Ondo. Unidades de convivencia y centros de día.* Recuperat de: goo.gl/4YrQMk

Foucault, M. (1978). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI.

García, H. (2015). Modelos de alojamiento para personas mayores: orígenes, evolución y tendencias. *Actas de coordinación sociosanitaria*, *15*(5), 81-100.

Goffman, E. (1970). *Internados*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kok, L., Berden, C. i Sadiraj, K. (2015). Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores. *The European Journal of Health Economics*, *16*(2), 119-131.

Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. i Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and Community Living. Outcomes and Costs: Report of a European Study*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.

Martínez, J. M. i Roig, S. (2012). El curiós cas del centre de dia premiat. Una mirada a l'arquitectura sociosanitària de les Balears. A M. C. Orte (Dir.), *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012* (pp. 489-517). Palma: Càtedra de l'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.

Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales, 41,* 209-231.

Martínez, T. (2010a). *Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia*. Recuperat de: goo.gl/APNSBk

Martínez, T. (2010b). *Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad o dependencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Martínez, T. (s. d.). *La atención centrada en la persona.* Recuperat de: goo.gl/8KY9RL

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Rodríguez, P. i Sancho, M. (2015). *Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos Prácticos*. Recuperat de: goo.gl/Ns3s1k

Martínez, T., Díaz-Veiga, P., Sancho, M. i Rodríguez, P. (2014). *Conocer a la persona y apoyar su autodeterminación. El plan de atención y vida*. Recuperat de: goo.gl/iABXcB

Patmore, C. (2002). *Towards flexible, person-centred home care services. A guide to some useful literature for planning, managing or evaluating services for older people*. Recuperat de: goo.gl/zQ41nr

Pía, M. (1992). Las residencias de ancianos y su significado sociológico. *Papers, 40,* 121-135.

Rodríguez, P. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que querremos vivir*. Recuperat de: goo.gl/oHyCpr

Rodríguez, P., Bermejo, L., Marín, J. M. i Valdivieso, C. (2012). *Servicios de ayuda a domicilio. Manual de planificación y formación* (3a ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Wieland, D., Boland, R., Baskins, J. i Kinosian, B. (2010). Five-Year Survival in a Program of All-Inclusive Care For Elderly Compared With Alternative Institutional and Home- and Community-Based Care. *The Journals of Gerontology Series A Biological Sciences and Medical Sciences, 65*(7), 721-726.

Autors

MIREN FERNÁNDEZ-DE-ÁLAVA

Vitoria-Gasteiz (1985). Llicenciada en Traducció i Interpretació i doctora en Educació amb menció internacional per la Universitat Autònoma de Barcelona. Investigadora postdoctoral Juan de la Cierva del Ministeri d'Economia i Competitivitat al Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. La seva recerca se centra, principalment, en els col·lectius vulnerables, la interculturalitat i els joves, la família, i el gènere. És membre de GIFES de la UIB.

JOSEP LLUÍS OLIVER TORELLÓ

Barcelona (1960). Llicenciat en Filosofia i Lletres, secció Ciències de l'Educació. Doctor en Pedagogia. Professor titular de Pedagogia Social de la Universitat de les Illes Balears (UIB). Membre de GIFES de la UIB. En l'actualitat ocupa el càrrec de degà de la Facultat d'Educació de la UIB. La seva recerca se centra en l'atenció a les necessitats de la infància, la joventut i la família, la protecció de menors i la pobresa infantil.

JUAN MANUEL MARTÍNEZ ÁLVAREZ

Madrid (1960). És arquitecte per l'Escola Tècnica Superior d'Arquitectura de la Universitat Politècnica de Madrid. Des de 1989, és arquitecte del Patronat Municipal de l'Habitatge de Palma. Entre 2007 i 2010 fou gerent del Consorci de Recursos Sociosanitaris i Assistencials de Mallorca i durant l'any 2011 va ser nomenat, després de la unificació dels consorcis insulars, gerent del Consorci de Recursos Sociosanitaris de les Illes Balears. És coautor, amb Susan Roig, de diverses publicacions sobre patrimoni i medi ambient.

AVALUANT LA QUALITAT DE VIDA DELS CUIDADORS FAMILIARS

Avaluant la qualitat de vida dels cuidadors familiars

Sandra Sedeño Noguera
Margalida Vives Barceló

Resum

La dependència té certes conseqüències, entre d'altres, al seu entorn. Conscients de la importància de la qualitat de vida per a totes les persones, el present treball se centra en els cuidadors informals, en el seu perfil sociodemogràfic i les conseqüències d'assumir el rol de cuidador informal, en concret, de l'autoavaluació que fan de la seva qualitat de vida. Per avaluar-ho, s'utilitza el qüestionari ICUB97 (Cuestionario de Calidad de Vida de Cuidadores Familiares), d'Úbeda (2009), en vint cuidadors familiars de persones de més de 50 anys i que desenvolupen aquesta tasca des de, al manco, mig any.

El treball presenta no sols el perfil de la persona cuidada, de la cuidadora familiar i de la seva relació, sinó que presenta també una anàlisi de la relació de l'autopercepció de l'estat de salut i la disponibilitat d'ajuda i de la malaltia neurodegenerativa, la relació entre el nivell de dependència i la malaltia neurodegenerativa i el grau de dependència amb l'origen principal de l'ajuda per als cuidadors familiars.

Tot i ser un tema prou estudiat a la literatura i presentar avanços socials i familiars, els resultats d'aquest estudi posen damunt la taula elements que encara cal treballar, com ara la relació entre la persona cuidada i el cuidador familiar i els suports (formals i informals) dels quals disposa aquesta persona.

Resumen

La dependencia tiene ciertas consecuencias, entre otras, en su entorno. Conscientes de la importancia de la calidad de vida para toda persona, el presente trabajo se centra en los cuidadores informales, en su perfil sociodemográfico y en las consecuencias de asumir el rol de cuidador informal, en concreto, de la autoevaluación que hacen de su propia calidad de vida. Para evaluarlo, se utiliza el cuestionario ICUB97 (Cuestionario de Calidad de Vida de Cuidadores Familiares), de Úbeda (2009), en veinte cuidadores familiares de personas de más de 50 años que desarrollan esta tarea desde hace, al menos, media año.

El trabajo presenta no solo el perfil de la persona cuidada, de la cuidadora familiar y de su relación, sino que presenta también un análisis de la relación de la autopercepción del estado de salud y la disponibilidad de ayuda y de la enfermedad neurodegenerativa, la relación entre el nivel de dependencia con el origen principal de la ayuda para los cuidadores familiares.

A pesar de que es un tema suficientemente estudiado en la literatura científica y de que presenta avances a nivel social y familiar, los resultados de este estudio ponen encima de la mesa elementos que aún deben trabajarse, como la relación entre la persona cuidada y el cuidador familiar o los apoyos (formales e informales) de los que dispone esta persona.

1. Introducció

La nostra societat ve marcada per l'envelliment demogràfic, causat, entre d'altres factors, per l'augment de l'esperança de vida i als avenços en àrees de salut (INE, 2015). Tot i això, no s'han d'oblidar factors com la discapacitat i l'augment progressiu de les malalties cròniques. La dependència, doncs, és una realitat que no cal obviar, en la qual cal continuar treballant i per a la qual cal plantejar una resposta interdisciplinària.

La cura de les persones dependents implica diverses tasques, de vegades especialitzades, durant tots els dies, sense horaris ni vacances; aquesta feina, si bé es pot comptar amb una ajuda professional, és, en determinades circumstàncies, realitzada per cuidadors informals, en la nostra cultura, majoritàriament, per familiars i dones (Centeno, 2004, Espín, 2008 o Úbeda, 2009), i té, conseqüentment, repercussions en diferents nivells en la seva vida (Cuesta, 2004; Arrieta, Fernández i González, 2007), un impacte físic, psicològic i social tant en el cuidador familiar com en la resta de membres de la seva família i, per tant, afectan a la seva qualitat de vida (Villegas, 2010; Carretero, Garcés i Ródenas, 2006).

Tenint present la definició de NICE-SCIE Dementia (2007), el cuidador és «aquella persona que assisteix o cuida una altra persona afectada de qualsevol tipus de discapacitat, minusvalidesa o incapacitat que dificulta o impedeix el desenvolupament normal de les seves activitats vitals o de les seves relacions socials»; Angulo (2015) inclou els resultats de l'estudi de Charleswort (2008, citat a Angulo, 2015), en què s'assumeix que la majoria de cuidadors són familiars directes o amics molt propers (generalment dones o filles d'entre 45 i 70 anys), que comparteixen domicili amb la persona dependent i/o que dediquen gran part del seu temps a les cures sense que existeixi cap xarxa de cuidadors secundaris que els doni suport. Certament, les cures «informals» (Cuesta, 2004) són assumides per famílies o amics, sense remuneració i generalment tenen l'objectiu de mantenir la persona gran dependent a la llar.

A les illes Balears, segons l'INE (2015), un 15,2% de la població té més de 65 anys, una mitjana inferior que l'estatal (18.4%); certament, l'edat és un factor important (no decisiu) de risc per a l'aparició malalties (cròniques), complicacions de salut

temporals o permanents... circumstàncies que poden dificultar o impedir l'autonomia de les persones que les pateixen, i que afecten, entre d'altres, les activitats bàsiques de la vida diària, com ara alimentar-se (saludablement), descans, mobilitat funcional, higiene, vestimenta i control d'esfínters. Certament, aspectes legislatius, com ara la Llei 39/2006, suposen una fita important per al col·lectiu, començant per la definició de dependència, en què s'explicita l'estat permanent en què es troben persones per diversos motius (entre elles l'edat), que necessiten atenció de persones o ajudes importants per realitzar les activitats bàsiques de la vida diària que acabam de mencionar. La llei, per tant, defensa el fet de poder exercir els drets de les persones, promoure'n l'autonomia i proporcionar serveis i ajudes per atendre la seves necessitats (Orte i Sánchez, 2009).

2. Els cuidadors informals

Com hem comentat anteriorment, la majoria de cures que es fan a nivell informal es realitzen a través de familiars (Úbeda, 2009) o, en tot cas per persones molt properes a la persona que té alguna discapacitat o dependència. Generalment, les característiques que els defineixen són comportaments altruistes, no vinculats a cap institució social o sanitària i amb un elevat grau de compromís vers elles (Úbeda, 2009; Centeno, 2004); seguint els autors, cal també comentar l'afecte, l'atenció sense limitacions horàries i la separació entre cuidadors primaris i secundaris, segons el seu grau de responsabilitat.

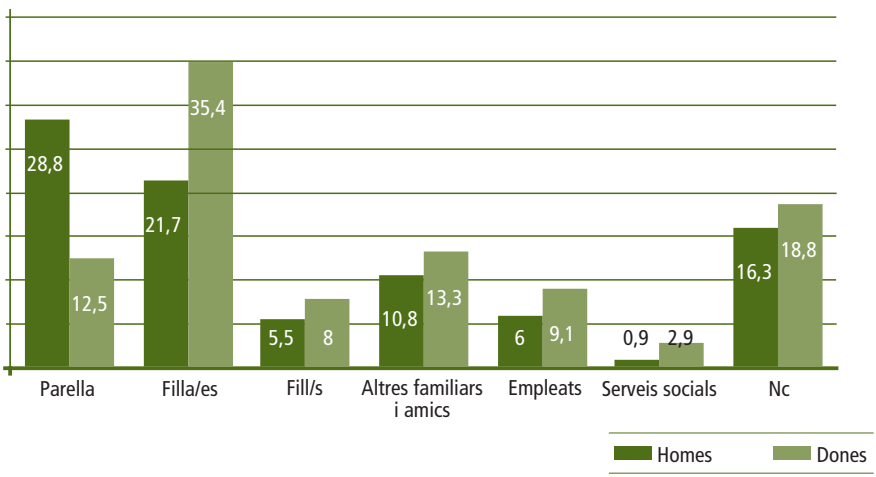
Certament, a l'hora de perfilar més la figura del cuidador informal, hem de destacar, en primer lloc, el fet de ser dona, no sols per l'aspecte cultural, el qual ha identificat les dones com a principals cuidadores, les ha fetes responsables de les cures i els ha fet assumir aquesta tasca com un fet obligatori. Cal tenir present, com menciona Cuesta (2004), que aquest fet podria estar potenciat, fins fa poques dècades, per reduccions (o inexistents) polítiques socials i la influència religiosa. Per tant, la dona familiar (generalment, la parella o la filla gran), era assignada com la cuidadora principal, amb totes les conseqüències que aquest fet té (Isla, 2000).

Les circumstàncies de la nostra societat han fet que no hi hagi tanta pressió per a la dona-familiar a l'hora d'haver d'assumir de forma obligatòria el fet de convertir-se en cuidadora familiar principal; algunes poden ser, per exemple, la incorporació de les dones al món laboral, els avenços tecnològics que han permès potenciar i mantenir l'autonomia de les persones grans, l'augment de les polítiques socials i la minva de les pressions familiars i religioses. No obstant això, el perfil de cuidadora familiar continua sent el d'una dona (INE, 2015). De fet, el 2014, de les dones classificades com «inactives», un 17% ho eren per responsabilitats de persones o familiars a Espanya, davant el 7,5% de mitjana a Europa.

Arrieta, Fernández i González (2007) descrivia el perfil del cuidador familiar com el d'una dona, d'entre 50 i 60 anys, mare de família, que resideix amb el malalt i que hi dedica moltes hores diàries a les tasques de cura, sense comptar amb excessiva ajuda per part d'altres familiars. Un segon perfil de cuidadors és el de la parella, sense malalties, però amb una situació de fragilitat, amb una mitjana de 70 a 80 anys. Finalment, un tercer grup de cuidadors principals són els fills, que compatibilitzen les tasques de cura amb la seva feina. Certament, el primer perfil es repeteix també en altres països, com Colòmbia (Villegas, 2010), Cuba (Espín, 2008) i Canadà (*National Profile of Family Caregivers*, 2004).

En definitiva, tot i les millores en les polítiques socials, la disminució de la pressió religiosa i social i els efectes en les persones cuidades demostrats per estudis científics, es manté la prevalença de la dona com a cuidadora familiar. Cal, doncs, tenir present que aquestes tasques dutes a terme principalment a la llar i sense un horari (unes cinc hores diàries de mitjana a Espanya), impliquen unes conseqüències a curt, mitjan i llarg termini que repercuteixen, dia a dia, en la cuidadora. Clarament, aquest fet es manté en l'actualitat. Serveixi d'exemple el gràfic d'Abellán i Pujol (2013) en què es pot veure que el perfil del cuidador familiar canvia segons el gènere de la persona cuidada; en aquest sentit, quan és un home dependent, la persona que cuidada és la parella (28,8%) o la filla (21,7%); mentre que quan és la dona la persona dependent, és primer la filla (35,4%) la que la cuida, seguida de la parella (12,5%).

Gràfic 1 | *Comparació de persones que cuiden segons el sexe de la persona gran que necessita ajuda*



Font: Abellán i Pujol (2013)

3. Repercussions de les cures en el cuidador informal

Cal tenir present que la interacció diària (en la majoria de casos i amb una mitjana de cinc hores), no sols afecta la persona cuidada i la cuidadora, sinó que infereix tant en les estructures familiars com en les interaccions entre els membres de la família. Clarament, el fet de tenir demandes socials, físiques i psicològiques repercuteix notablement en els nivells d'estrès (Feldberge et al., 2011, citat a Ruiz i Albiol, 2012).

L'impacte de les diferents cures que s'han de realitzar és denominat per la comunitat científica (sobre)càrrega i es relaciona directament amb una disminució de la qualitat de vida dels cuidadors i dels familiars propers. Ja Pearlin, el 1991 (Rodríguez, 2013: 86), definia la càrrega com «l'impacte que la cura té sobre la salut mental, la salut física, les relacions familiars, la feina i els problemes econòmics del cuidador»; clarament, per tant, s'ha d'entendre com un procés multidimensional.

Cal comentar que no sols les repercussions són causades per les tasques específiques de la cura que es pugui fer en un moment determinat; Tarrazona (1999, citat a Leal, 2005) explica la complexitat dels factors que poden produir estrès en la cura de persones dependents; i els classifica com a primaris i secundaris. Els primaris estan generats per demandes i necessitats de la persona dependent i tenen un component objectiu i subjectiu; els primers són les tasques específiques que els cuidadors han de proporcionar a la persona depenent, inclòs el maneig dels problemes de la conducta derivada de la seva situació de dependència. El component subjectiu consisteix en la repercussió i el malestar que provoca al cuidador la realització de les tasques. Els factors estressants secundaris són els relacionats amb la tasca de cuidar i que afecten la dinàmica familiar, la feina, el temps lliure i les despeses econòmiques. En tots aquests factors, el suport familiar, entès com l'assistència instrumental i emocional i les estratègies d'afrontament i maneig que pot desenvolupar el cuidador són els factors moduladors de l'estrès.

Un cop feta una breu descripció de les possibles situacions que poden provocar estrès al cuidador, cal ara revisar breument quines conseqüències poden tenir. La majoria de referències bibliogràfiques referides a aquest tema classifiquen les repercussions en l'àrea física, psicològica i social; conseqüències que poden ser avaluades de forma objectiva, com també a través de la percepció que es té d'aquestes repercussions (Úbeda i Roca, 2008).

Conseqüències per a la salut física. Un dels primers efectes en les persones que cuiden és la reducció de la quantitat i la qualitat del descans en el dia a dia (Pérez, Musitu i Moreno, 2011). Durán (2016) recull també altres conseqüències citades en estudis d'Úbeda (2009), com l'esgotament físic i la percepció de l'empitjorament de la pròpia salut (entre

un 30 i un 75%), especialment si es comparen amb altres persones que no cuiden. Seguint aquests mateixos estudis, els cuidadors familiars refereixen problemes orgànics i/o fisiològics (trastorns osteomusculars i osteoarticulars, patologies cardiovasculars, trastorns grastrointestinals, problemes respiratoris, elevada prevalença de problemes crònics i simptomatologia no específica que provoca limitacions de la seva capacitat funcional per realitzar tasques quotidianes. S'hi sol afegir, a més de la disminució de la qualitat del son, la no realització d'exercici físic, alimentar-se de forma inadequada i automedicar-se.

Conseqüències per a la salut psicològica. Els efectes en aquesta àrea estan relacionats amb l'autoestima i en les valoracions que se'n deriven. Per a Pérez, Musitu i Moreno (2011), solen estar vinculades a demandes de la persona dependent i a la resta de responsabilitats familiars i/o laborals. Arrieta, Fernández i González (2007) descriuen també conseqüències com somatització, desànim, manca de força, automedicació, però amb dificultat per verbalitzar-los, tot i que els principals efectes es relacionen amb la simptomatologia depressiva, l'ansietat o l'insomni com a forma de manifestar l'estrès emocional.

Conseqüències a nivell social. El temps de cura de la persona dependent sol ser «retallat» del temps d'oci de la persona cuidadora, per això no sols hi ha un efecte quasi directe en la reducció de contactes de la seva xarxa social, sinó que, si hi afegim les conseqüències psicològiques relacionades amb el desànim i la manca de fer activitats, també hi ha un aïllament progressiu i, sovint, un conjunt de conflictes i tensions familiars que van provocant, a poc a poc, l'aïllament. Per a Sala (2009), un bon nivell social es relacionaria amb el fet que la persona cuidadora disposi d'unes bones relacions familiars amb diferents membres de la família, amb tenir amistats i bones relacions amb la seva xarxa, així com la realització d'activitats d'oci i temps lliure.

Així doncs, no sols és necessari tenir cura de la persona dependent, sinó de la persona que el cuida i de la relació entre elles. Aquí, el suport social de la família o de les persones més properes ha esdevingut un element clau per a la qualitat de vida dels cuidadors familiars (Sala, 2009).

Com hem pogut observar, les tres dimensions són les que estan directament relacionades amb la qualitat de vida; recordem que l'OMS (Organització Mundial de la Salut) a la seva definició ja incorpora l'element subjectiu primer, en qualificar-la de «la percepció que un individu té del seu lloc en l'existència, en el context de cultura i del sistema de valors en els quals viu i en relació a les seves expectatives, les seves normes i les seves inquietuds».

El 1996, aquesta mateixa organització realitzà un instrument per avaluar la qualitat de vida, dividida segons es mostra a la taula següent:

Taula 1 | *Esferes i facetes adoptades a l'instrument per avaluar la qualitat de vida (OMS, 1996)*

Esfera	Elements
Físic	Dolor, malestar Energia, cansament So, descans
Psicològic	Sentiments positius Labor de reflexió, aprenentatge, memòria, concentració Autoestima Imatge i aparença corporal Sentiments negatius
Grau d'independència	Mobilitat Activitats bàsiques de la vida diària Dependència a medicaments o tractaments Capacitat de feina
Relacions socials	Relacions personals Suport social Activitat sexual
Entorn	Seguretat física Entorn domèstic Recursos econòmics Atenció sanitària i social: disponibilitat i qualitat Oportunitats per adquirir informació i aptituds noves Activitats recreatives: participació i oportunitats Entorn físic (contaminació, renou, trànsit, clima) Transport
Espiritual	Espiritualitat / religió / creences personals

Font: OMS (1996)

Com ja s'ha comentat a la literatura específica sobre qualitat de vida en persones grans (Walker, 2010; Fernández-Ballesteros, 2009), dins la multidimensionalitat del concepte conviuen elements individuals i elements socials, i també elements objectius i subjectius. En aquest sentit, Leal (2005) defineix determinades variables que poden interferir en l'autopercepció del cuidador sobre la seva qualitat de vida:

a) *característiques personals*: tant del cuidador com de la persona cuidada;

b) *estressors situacionals*: originats per la tensió que comporta cuidar o viure amb la presència de persones que necessiten cures i/o la fricció que queda a l'ambient nuclear;

c) *estressors socials*: com ara la indiferència o l'oblit, que poden relacionar-se amb el fet de ser cuidador i amb el rol social de a qui li «pertoca» convertir-se en cuidador familiar, i la sobrecàrrega que poden sofrir. S'inclou també la falta de serveis assistencials;

d) estressors iatògens: es refereixen a males praxis o al fet de convertir-se en estressors els mateixos professionals sanitaris o socials, principalment, perquè són inadequats o insuficients.

El terme «qualitat de vida familiar», de Schalock i Verdugo (2003), esdevé també un concepte clau, ja que avalua la qualitat de les relacions en funció del benestar familiar i del benestar relacional. Altres autors, com Giné et al. (2013) dimensionen la qualitat de vida familiar en: (a) benestar emocional, (b) interacció familiar, (c) salut, (d) benestar econòmic; (e) organització d'habilitats parentals, (f) acomodació de la família, i (g) inclusió i participació social.

Finalment, volem mencionar la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (Llei 39/2006), la qual exposa el marc general que regula les condicions bàsiques per les quals s'ha de regir l'atenció a les persones dependents. Tot i que el catàleg de serveis socials és competència de cada comunitat autònoma i aquest catàleg a les nostres illes s'ha actualitzat recentment, mencionam breument aquells serveis que són destinats, a través d'aquesta llei, a la promoció de l'autonomia i a l'atenció de les necessitats de les persones en situació de dependència. Un dels elements principals és el fet de poder sol·licitar tant prestacions econòmiques com serveis, sempre tenint present la valoració que se'n faci a través del barem de valoració de dependència (BVD) i la divisió en grau I (dependència moderada); grau II (dependència severa) i grau III (alta dependència). Val a dir que mantenim aquesta classificació perquè era la vigent quan es va realitzar l'estudi que presentam.

Breument recordam que els serveis als quals es pot optar són: serveis de teleassistència, servei d'ajuda a domicili, servei de centre de dia i de nit i servei d'atenció residencial. Mentre que les prestacions econòmiques són les vinculades al servei, com ara la prestació per a cures en l'entorn familiar i suport a cuidadors no professionals i la prestació econòmica d'assistència personal. Recordam que aquests són els principals serveis que, de forma general, marca l'esmentada llei, amb independència que els serveis siguin ampliats i/o complementats segons les competències autonòmiques.

4. Metodologia

La realització de la investigació s'ha basat en una primera fase de revisió i anàlisi bibliogràfica, amb la revisió de les principals aportacions sobre cuidadors informals (familiars), el seu perfil i les conseqüències en la qualitat de vida en bases de dades científiques.

La segona fase s'ha centrat en una anàlisi quantitativa de les respostes de vint cuidadores familiars a partir del qüestionari ICUB97, d'Úbeda (2009), el qual ha permès analitzar

la sobrecàrrega que comporta la cura d'una persona gran dependent i observar des de diferents perspectives la seva qualitat de vida. El tractament de dades s'ha realitzat amb el programa informàtic SPSS.21.

La mostra està formada per persones que cuiden un familiar dependent gran des de fa, al manco, mig any. L'instrument d'anàlisi, l ICUB97 (Úbeda, 2009) permet una autoavaluació de les cures que dóna el cuidador al seu familiar cuidat i una autopercepció de la seva qualitat de vida i del seu estat de salut.

Les hipòtesis realitzades han estat:

(a) Existeix una relació significativa entre l'autopercepció de l'estat de salut (del cuidador/a) i la (percepció de) disponibilitat d'ajuda.

(b) Existeix una relació significativa entre el nivell de dependència de la persona dependent i l'existència d'una malaltia neurodegenerativa.

(c) Les repercussions en la qualitat de vida del cuidador/a familiar depenen del grau de dependència de la persona cuidada.

5. Resultats

El perfil de la mostra respon, en el cas de les persones cuidades, al d'una dona (70% de la mostra total), amb una edat compresa entre 70 i 90 anys (82,4 anys de mitja, desviació típica de 8,5 punts), amb una malaltia neurodegenerativa (70% dels casos) i amb grau de dependència 2 o 3 (75% dels casos).

El perfil del cuidador és el d'una dóna (80% de la mostra total), amb una mitjana de 54,8 anys (desviació típica de 3,82 anys), que no fa feina fora de la llar (60%), sense ajuda d'altres persones (75%). Té una mala autopercepció de la seva salut (65%) i informa d'una relació difícil amb la persona cuidada (80%).

Taula 2 | *Perfil de les persones cuidades i de les persones cuidadores*

Persona cuidada		Persona cuidadora	
Dona	70%	Dona	80%
Entre 70 i 90 anys	90%	Entre 50 i 60 anys	85%
Malaltia neurodegenerativa	70%	Sense feina fora de la llar	60%
Grau de dependència 2 o 3	75%	Sense ajuda d'altres	75%
		Mala autopercepció de salut	65%
		Difícil relació amb persona cuidada	80%

En relació amb les hipòtesis plantejades, cal mencionar, a nivell general, que les propostes inicials s'han corroborat amb els resultats de la investigació.

Respecte de la primera hipòtesi, relació de l'autopercepció de **l'estat de salut i la disponibilitat d'ajuda**, de les 13 persones que consideren que el seu estat de salut és dolent, el 7,7% té ajuda i el 92,3% no té (o no percep que en tingui) gens d'ajuda. Respecte dels cinc cuidadors que tenen una autopercepció de salut regular, el 40% disposa d'ajuda, mentre que el 60% que no en té; per últim, les dues persones que consideren que la seva salut és bona, el 100% disposa d'ajuda. S'assumeix una relació significativa entre les dues variables analitzades (p = 0.013).

Tenint present la segona hipòtesi plantejada, sobre la relació entre **el nivell de dependència i la malaltia neurodegenerativa**, del total de vint persones cuidades, catorze pateixen una malaltia neurodegenerativa i sis no. D'aquest 70% que pateix una malaltia neurodegenerativa, el 35,7% ha estat valorat amb un grau de dependència II i un 64,3%, amb un grau III. Del 30% que no pateix malaltia neurodegenerativa, el 16,7% té un grau de dependència I i el 16,4%, un grau II. Cal mencionar que d'aquest segon grup, un 66,7% no està avaluat. La relació significativa entre grau de dependència i malaltia neurodegenerativa és de p = 0.001.

Taula 3 | *Relació entre variables hipòtesis 1 i 2*

Variable	Valor	Gl	Sig. Asintònica
Autopercepció salut vs. disponibilitat ajuda (hip. 1)	8,677[a]	2	,013
Nivell de dependència vs. malaltia neurodegenerativa (hip. 2)	16,032[a]	3	,001

Finalment, respecte a la tercera hipòtesis, la relació del **grau de dependència i les repercussions que el cuidador/a** informa, existeix una correlació significativa entre les variables de moviment (p = 0,021), eliminació (p = 0,014), descans i son (p = 0,019), higiene i protecció de la pell (p = 0,046), evitació de perills (p = 0,023), treballar i realitzar-se (p = 0,006) i recreació (p = 0,042).

Taula 4 | *Relació entre grau de dependència i repercussions en el cuidador/a*

Variable	N	Valor	Gl	Sig. Asintònica
Oxigenació	20	24,000[a]	15	,065
Nutrició	20	27,269[a]	18	,074
Eliminació	*20*	*25,278[a]*	*12*	*,014*
Moviment	*20*	*19,552[a]*	*9*	*,021*
Descans i son	*20*	*24,278[a]*	*12*	*,019*

Variable	N	Valor	Gl	Sig. Asintònica
Vestir-se i desvestir-se	20	2,456[a]	3	,483
Termoregulació	20	2,456[a]	3	,483
Higiene i protecció de la pell	20	8,000[a]	3	,046
Evitar perills	*20*	*19,206[a]*	*9*	*,023*
Comunicar-se	20	19,735[a]	12	,072
Viure segons creences pròpies	20	4,806[a]	6	,569
Fer feina i realitzar-se	*20*	*27,563[a]*	*12*	*,006*
Recreació	*20*	*17,466[a]*	*9*	*,042*
Aprendre	20	5,847[a]	3	,119

6. Conclusions

A Espanya, segons el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2014), hi ha 6.923 dones que han sol·licitat excedència per dedicar-se a les cures familiars, mentre que el nombre d'homes que han sol·licitat l'excedència per aquest motiu és de 1.253. Així, en termes relatius, podem comentar que el **84,67% de persones que han demanat excedència per a cures familiars són dones**.

Tant la revisió bibliogràfica com els resultats d'aquesta investigació demostren les diferents **dificultats que tenen els cuidadors familiars i el seu entorn** en aquesta tasca, així com les repercussions en la seva qualitat de vida (i en l'autopercepció d'aquesta).

El qüestionari emprar (ICUB97) d'Úbeda (2009) ha permès no sols analitzar **l'autopercepció** de la qualitat de vida de cada cuidador familiar i el **seu perfil sociodemogràfic**, sinó que alhora permet una **comparativa entre les cures que necessita una persona cuidada i els efectes en la qualitat de vida del cuidador** (per exemple, si la persona cuidada necessita ajuda per realitzar activitats de recreació i si el cuidador ha vist disminuïdes les activitats de recreació).

La mostra de persones cuidadores i cuidades respon majoritàriament a dones, tal i com es descrivia a la bibliografia analitzada (Esteven, 2016; INE, 2015). El fet que siguin dones les persones cuidades pot ser explicat per la superior mitjana de la seva esperança de vida, davant la dels homes (INE, 2015); mentre que el fet que el perfil és de cuidadora i no de cuidador sembla que es veu afectat encara als nostres dies per variables culturals, en què les dones assumeixen el rol de cuidadores familiars; tot i que el perfil va variant en relació amb els cuidadors (recordem que ha aparegut un tercer grup de cuidadors que són fills, independentment del gènere, que també fan feina), aquest fet és veu encara confirmat quan la persona que es cuida és home (majoritàriament parella i filla) o dona

(majoritàriament filla). A la nostra mostra, segons el grau de dependència, un 80% són dependents a l'hora de realitzar activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i necessiten ajuda especial per dur a terme activitats més complicades com les tasques de la llar, prendre medicació...

Les **malalties neurodegeneratives** (70% de la mostra de persones cuidades de la nostra mostra) són le que es relacionen amb major mesura amb els efectes negatius en la seva qualitat de vida i en la qualitat de vida dels cuidadors, tant a nivell físic i psicològic com social.

El **perfil del cuidador** (dona, de més de 50 anys, sense feina fora de la llar i amb poca ajuda del seu entorn familiar per desenvolupar aquestes tasques) s'ha de tenir en compte a l'hora de dissenyar plans estratègics sanitaris i d'altres àmbits (socials, educatius...) tant per a les persones que són cuidades com per als cuidadors i per al seu entorn. La proposta queda justificada per dos resultats que hem obtingut: el primer, el que fa referència al fet que **els cuidadors que sí tenen ajuda d'altres familiars** perceben la seva salut com a bona, mentre que els que no en tenen la perceben com regular o dolenta. El segon element que cal tenir present és l'«**obligatorietat**» que recau en un determinat rol familiar (parella-dona o filla) per convertir-se en cuidadora, així com el fet de **no disposar, en la majoria de casos, de formació específica per a les cures** (per exemple, com moure una persona que té la mobilitat reduïda del llit a una cadira de rodes), fet que pot provocar efectes negatius no intencionats en la salut de la persona cuidada i del cuidador (per exemple contractures a les persones que cuiden); probablement aquests elements, l'«obligació» per pressió cultural/familiar i la no formació específica, poden explicar el fet que, en la majoria de casos **(80%), els cuidadors informen d'una relació difícil amb la persona que cuiden**. Percentatge molt alt sobre el qual cal actuar.

El fet de cuidar una persona dependent és sinònim de noblesa i solidaritat (familiar) intergeneracional, en canvi, a mitjan i llarg termini apareixen efectes negatius, com l'angunia, l'estrès, l'esgotament i l'aïllament social. Per tant, és important **compartir** la responsabilitat de les cures abans que la salut del cuidador se'n senti afectada. D'igual manera, són importants les ajudes, el suport i la informació de les administracions.

En definitiva, és important educar la societat perquè els cuidadors familiars siguin valorats i respectats, que se sentin compresos per part de la família i que en tinguin el suport formal i informal per poder desenvolupar la tasca de cuidador de forma satisfactòria per a la persona cuidada i per a ell/a mateix/a.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A. i Pujol, R. (2013). *Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos.* Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). Informes Envejecimiento en red, 1.

Angulo, M. (2015). *Estudio de la sobrecarga en cuidadores de enfermos con demencia*. Burgos: Universidad de Burgos.

Arrieta, E.; Fernández, L.; González, V. et al. (2007). *Guía de atención al paciente con demencia en Atención Primaria*. Castella i Lleó: Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud.

Carretero, S.; Garcés, J. i Ródenas, F. (2006). Evaluation of the home help services and its impact on the informal caregiver's burden of dependent elders. *International Journal of geriatric Psychiatry*, *22*(8), 738-749.

Centeno, C. (2004). *Cuidar a los que cuidan. Qué y cómo hacerlo*. Alcalá la Real: Formación Alcalá.

Cuesta, C. de la (2004). Cuidado familiar en condiciones crónicas: una aproximación a la literatura. A *Texto Contexto Enferm. 13* (1), 137-146.

Durán, N. (2016). *Funcionamiento psicosocial de los cuidadores informales de pacientes con enfermedad de Alzheimer: sobrecarga emocional, malestar psíquico y calidad de vida*. Universidad Extremadura. Recuperat de: http://dehesa.unex.es/xmlui/bitstream/handle/10662/3972/TDUEX_2016_Duran_Gomez.pdf;sequence=1

Espín, A. M. (2008). Caracterización psicosocial de cuidadores informales de adultos mayores con demencia. A *Rev. Cubana de Salud Pública. 34*. Recuperat de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000300008

Esteven, V. (2016). *Salvados*. Espanya: El Terrat.

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

Giné, C. et al. (2013). Las escalas de calidad de vida familiar (CDFV-E). Apoyo y orientación para la intervención. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 44, 21-36.

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2015). Indicadores de estructura de población. Recuperat de: www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1488

Isla. P. (2000). El cuidado familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura de los Cuidados*, 7-8, 187-194.

Leal, M. (2005). *Calidad de vida en los cuidadores informales en salud mental: impacto de un programa psicoeducativo*. Treball per a l'obtenció del grau de doctor. Universitat de Sevilla.

National Alliance for Caregiving & AARP. (2004). *Caregiving in the U.S*. Bethesda, MD: Author.

OMS. The World Health Organization Quality of quaity of Life Assessment (WHOQOL). (1995). *Position paper form the World Health Organization Science and Medicine*, 41, 1403, 1409

Orte, C. i Sánchez, L. (2009). La formació en dependència: radiografia d'una realitat. A Orte, C. (dir.) (2009). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009*. Palma: Càtedra de l'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, 348-388.

Pérez, V., Musitu, G., i Moreno, D. (2011). *Una ardua y silenciosa labor, realidad y perspectivas de futuro. Familiares cuidadores de mayores.* Madrid: Dykinson.

Rodríguez, M. (2013). *Factores determinantes de la salud de las cuidadoras principales de personas mayores con dependencia en un centro de salud urbano de Huelva*. Memòria per optar el títol de doctora. Departament d'Infermeria. Universitat de Huelva.

Ruiz, N. i Albiol, L. (2012). El cuidador informal: una visión actual. *Revista de Motivación y Emoción*, 1, 22-30.

Sala, E. (2009). *La calidad de vida de las cuidadoras informales: bases para un sistema de valoración.* Recuperat de: http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119780.pdf

Schalock, R. L. i Verdugo, M. A. (2003). *Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid: Alianza.

Úbeda, I . i Roca, M. (2008). ¿Cómo repercute el cuidar en los cuidadores familiares de personas dependientes? *Nursing, 26*, 62-66.

Úbeda, I. (2009). *Calidad de vida de los cuidadores familiares: evaluación mediante un cuestionario*. Programa de Doctorat en Ciències Infermeres. Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona.

Villegas, S. (2010). Características de los cuidadores informales a nivel nacional e internacional. *Información científica*, 4, 8-14.

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

Autores

SANDRA SEDEÑO NOGUERA.

Graduada en educació social per la Universitat de les Illes Balears

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma (1978). Llicenciada en Psicopedagogia i doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la UIB. Professora contractada doctora interina del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Entre les seves línies de recerca principals destaca la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil i la gestió de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballà amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida en la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de la Gent Gran (IMAS) i participant en la comissió de Protecció del Major d'aquest observatori.

Universitat de les Illes Balears

GOIB CONSELLERIA SERVEIS SOCIALS I COOPERACIÓ

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2017

Consell de Mallorca

Departament de Benestar i Drets Socials

Institut Mallorquí d'Afers Socials

Colonya

Fundació Guillem Cifre