



Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2018



Universitat
de les Illes Balears

MARGA VIVES BARCELÓ
LYDIA SÁNCHEZ PRIETO
Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de
l'Autonomia Personal
GIFES

ANUARI DE L'ENVELLIMENT.
ILLES BALEARS **2018**



Universitat
de les Illes Balears



G CONSELLERIA
O SERVEIS SOCIALS
I COOPERACIÓ
I B
/



**Consell de
Mallorca**

■ Departament de Benestar
i Drets Socials
Institut Mallorquí d'Afers Socials

 **Colonya**
Fundació Guillem Cifre



Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2018

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, 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. Marga Vives Barceló

Subdirectora:

Sra. Lydia Sánchez Prieto

Consell de Redacció

Vocals:

Dr. Josep Lluís Oliver Torelló

Dra. Belén Pascual Barrio

Dr. Joan Amer Fernández

Dra. M. Antònia Gomila Grau

Dra. Rosario Pozo Gordaliza

Dra. Victòria Quesada Serra

Secretari:

Sr. Liberto Macías González

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



- * © d el text: els autors 2018
- * © © de l'edició: Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES), Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i Universitat de les Illes Balears
- * Disseny, maquetació i impressió: amadip.esment
- * ISSN: 2174-7997
- * Dipòsit legal: PM-2908-2008

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

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

Dra. Marga Vives Barceló i Sra. Lydia Sánchez Prieto. 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: gifes@uib.es

PRESENTACIONS	7
Pròleg de la Consellera de Serveis Socials i Cooperació del Govern de les Illes Balears Fina Santiago Rodríguez	
Pròleg de la Consellera executiva de Benestar i Drets Socials i presidenta de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials Margalida Puigserver Servera	
<hr/>	
INTRODUCCIÓ	15
Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2018	
<hr/>	
PRÒLEG. L'ENVELLIMENT: ALGUNA COSA MÉS QUE UN PROCÉS ARTERIOSCLERÒTIC	23
José Oriol Bonnín Gubianas	
<hr/>	
SIMONE DE BEAUVOIR: OBRIR CAMINS PER A LA LLIBERTAT	29
Lluís Ballester Brage, Carmen Orte Socias, Marga Vives Barceló i Lydia Sánchez Prieto	
<hr/>	
RADIOGRAFIA DE LA SITUACIÓ DE LA GENT GRAN A LES ILLES BALEARS	53
Carmen Orte Socias, Lydia Sánchez Prieto, Marga Vives Barceló, Maria Valero de Vicente, Lluc Nevot Caldentey i Miren Fernández-de-Álava	
<hr/>	
LA RENDA SOCIAL GARANTIDA, UN DRET SOCIAL PER A LES PERSONES GRANS	71
Antonia Pascual Galmés	
<hr/>	
LA RENDA MÍNIMA D'INSERCIÓ PER A PERSONES DE 65 ANYS O MÉS: MÉS ENLLÀ DE COBRIR UNA NECESSITAT D'INGRESSOS ECONÒMICS	91
Bruno Fernández Cladera i Tòfol Sastre Ramis	
<hr/>	
PORTO COM A REFERÈNCIA EUROPEA DE L'ENVELLIMENT ACTIU I SALUDABLE	107
Joana da Gama, Lydia Sánchez Prieto i Lluís Ballester Brage	
<hr/>	
LA IMPORTÀNCIA DEL TURISME EDUCATIU EN ELS ADULTS GRANS: MOTIVACIONS I EXPERIÈNCIA TURÍSTICA DELS PARTICIPANTS A LA X INTERNATIONAL SUMMER SENIOR UNIVERSITY (ISSU)	131
Carmen Orte Socias, Joan Amer Fernández i Carmen López-Esteva	
<hr/>	
LA DIVERSITAT DE PERFILS DELS ESTUDIANTS MÉS GRANS DE 50 ANYS DINS LES AULES UNIVERSITÀRIES	149
Liberto Macías González, Carmen Orte Socias i Lluís Ballester Brage	
<hr/>	

«COMPARTIR LA INFÀNCIA 2» (SACHI 2) PROJECTE INTERGENERACIONAL: L'EXPERIÈNCIA EN TRES ESCOLES DE PALMA (2016-2018) Carmen Orte Socias, Belén Pascual Barrio, Carmen López-Esteva, Joan Amer Fernández, Marga Vives Barceló, Rosario Pozo Gordaliza, M. Antònia Gomila Grau i Victòria Quesada Serra	167
LA REHUMANITZACIÓ PER LA PRESENCIA INTENCIONAL DE L'ATENCIÓ GERONTOLÒGICA Jesús Tomás Monge Moreno	195
EL COMPROMÍS ÈTIC DE LES INFERMERES EN LA DEFENSA DEL DRET DE LES PERSONES GRANS A MORIR DIGNAMENT Cristina Moreno Mulet, Rosa Maria Alberdi Castell, M. del Carme Alorda Terrassa i Noemí Sansó Martínez	213
ESPAIS DE TROBADA: EMOCIONS, RECORDS, HISTÒRIA I SOMNIS Maria A. Alarcón Bigas i M. Cristina Ferrer González	233
UNA APROXIMACIÓ A LA REALITAT DEL TERCER SECTOR A LES ILLES BALEARS DES DE LA MIRADA D'ALGUNS DELS SEUS IMPULSORS Belén Pascual Barrio, Victòria Quesada Serra, Lluís Vidaña Lladó i M. Antònia Gomila Grau	249
L'ACTIVISME SOCIAL, CULTURAL I POLÍTIC A L'EDAT DE LA JUBILACIÓ Carmen López-Esteva i Cecili Buele i Ramis	273
ESTUDI DE LA INCIDÈNCIA DE LA LLUM I LA SEVA RELACIÓ AMB EL RITME SON/VIGÍLIA EN ANCIANS INSTITUCIONALITZATS EN RESIDÈNCIES José Ángel Rubiño Díaz, M. Lourdes Amer Forteza, Aurora Sales Balle i Cristina Nicolau Llobera	297
L'ARXIU ORAL DE MALLORCA. UNA OPORTUNITAT PER AL DESENVOLUPAMENT DE PROJECTES PER A LA VELLESA ACTIVA Carme Castells Valdivielso i Joana M. Serra Figuerola	317
FACTORS ASSOCIATS A LA DEPENDÈNCIA A LES ILLES BALEARS Lluc Nevot Caldentey, Ana Rus de la Iglesia, Julià Coll Ramis i Pere Joan March Vilanova	335
POLISIMPTOMATOLOGIA: SUPORT SOCIAL I AUTONOMIA Lluc Nevot Caldentey, Carmen Orte Socias, Lluís Ballester Brage i Gregorio Molina Paniagua	353

ENVELLINT JUNTS: LA DOBLE DEPENDÈNCIA	375
<hr/>	
APLICACIÓ DEL PROGRAMA LIBERA-CARE EN RESIDÈNCIES DE PERSONES GRANS DE GRUPO 5 A MALLORCA: NOU MODEL D'ATENCIÓ CENTRADA EN LA PERSONA I LLIURE DE SUBJECCIONS	391
<hr/>	
L'ELIMINACIÓ DE MESURES DE SUBJECCIÓ AL GERIÀTRIC DE FERRERIES GESTIONAT PER L'INTRESS	405
<hr/>	
LA IMPORTÀNCIA DE LA HISTÒRIA DE VIDA EN ELS PROCESSOS D'ENVELLIMENT I CONSUM DE SUBSTÀNCIES	429
<hr/>	

PRESENTACIONES

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

La presentació de l'ANUARI de l'envelliment és una de les bones notícies de cada any. Per a molts significa una cita indubtable amb els debats i les recerques més interessants en aquest àmbit a les Balears. Els articles de l'ANUARI, com els altres anys, pretenen oferir una perspectiva general de les innovacions, les experiències, els debats i els estudis preparats al llarg del darrer any per professionals de la salut, dels serveis socials i d'altres sectors.

Abans d'entrar a presentar aquest volum, hem d'assenyalar que s'ha produït un canvi molt notable, atès que la directora de la publicació des del primer ANUARI, fet el 2008, la professora Carmen Orte, ha assumit la responsabilitat institucional de la direcció estatal de l'IMSERSO, òrgan encarregat de l'atenció a la dependència de l'envelliment. Aquest canvi és una mostra de la capacitat de la professora Orte. Cal donar la benvinguda a la nova direcció i encoratjar les professores del grup GIFES de la UIB que assumeixen la responsabilitat de continuar la feina.

El marc temporal del volum és anual, però molts treballs s'han iniciat en anys anteriors i ara es poden presentar de manera completa. Tal vegada arribarà el moment en què es disposarà d'indicadors sistematitzats del sector i l'ANUARI es podrà ampliar amb les sèries estadístiques que cal produir. Per ara, tenim les memòries de les administracions públiques sobre dependència, l'oferta pública de programes, els recursos que s'han destinat a aquest àmbit, l'evolució demogràfica i altres dades fonamentals que completen els treballs de l'ANUARI. En aquest ANUARI s'inclou una primera aproximació a les dades, un panorama general, a partir de les fonts oficials (administracions, IBESTAT i altres). Certament, es tracta d'una aproximació molt útil, complementada per l'anàlisi demogràfica, i que hauria de tenir continuïtat.

La publicació manté l'excel·lent rigor metodològic dels anys anteriors, els articles s'han revisat, i es pot garantir la qualitat dels continguts. Els autors i autores ofereixen un panorama molt ampli de trajectòries formatives: arquitectes, sanitaris, psicòlogues, sociòlegs, treballadores socials i altres. Les aportacions es fan des de l'Administració pública o entitats diverses, tant ONG com empreses especialitzades en la provisió de serveis per a persones grans.

Tots els temes són d'interès i actualitat, des de l'anàlisi de les prestacions a les quals accedeixen les persones grans fins a les experiències de retirada de les subjeccions en els centres d'acolliment residencial, passant per diverses anàlisis sobre la salut, l'envelliment actiu, les relacions intergeneracionals i moltes altres.

Una de les novetats més interessants és el tractament singular que s'ha donat aquest any a la participació, amb tres articles destacats: el primer, sobre els àmbits de participació; el segon, amb un balanç de les llargues trajectòries dels capellans que han impulsat l'acció comunitària a les Illes Balears i, finalment, el tercer, sobre el paper de les dones en les

organitzacions socials i polítiques, centrat en les dones que vàrem iniciar l'activitat social i política abans de la Transició. En aquest darrer cas puc parlar en primera persona, perquè les responsables de l'ANUARI m'han volgut seleccionar, amb nou dones més, per donar veu a aquest temps viscut. Totes som ja persones adultes, persones grans, però seguim amb el nostre compromís indubtable, des de posicions i responsabilitats diverses.

En aquest sentit, cal destacar el reconeixement a Simone de Beauvoir amb la introducció a la seva obra que inicia l'ANUARI de 2018. Beauvoir ha estat un referent indiscutible per a les dones i homes feministes, però ho ha de ser per a tothom si param atenció a les seves aportacions a l'anàlisi de l'envelliment. Les seves propostes, en aquest camp, són molt enriquidores, sense cap dubte.

És molt probable que, a onze edicions del primer ANUARI, el lector hi pugui advertir èmfasis diferents, distints enfocaments o, fins i tot, l'absència d'alguns dels "grans" temes que preocuparen l'inici dels estudis sobre l'envelliment. En general, malgrat aquesta circumstància, la continuïtat és molt rellevant, amb una evolució satisfactòria en molts àmbits. Per destacar-ne només dos, es pot fer referència a la millora considerable de l'atenció a la dependència, però també a canvis molt recents, com ara la millora de les prestacions no contributives (PNC) per a les persones grans a partir de la renda social implantada a les Illes Balears pel Govern.

Esperam que l'ANUARI ajudi a actualitzar la informació, a enriquir els debats, però sobretot a millorar les actuacions de tots els implicats en la qualitat de vida de les persones grans.

Finalment, vull donar les gràcies més sinceres als autors i autores, que han fet l'esforç de sintetitzar, ordenar i escriure les seves reflexions i els seus coneixements de manera totalment altruïsta.

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

L'envelliment continua essent un dels principals fenòmens a tenir en compte en la conjuntura socioeconòmica actual a l'hora de dissenyar polítiques o dur a terme activitats des de les diferents institucions o entitats. És per això que iniciatives com aquest *Anuari de l'envelliment. Illes Balears* s'està convertint en una eina imprescindible per a tots els que treballam en l'àmbit de la gent gran.

En aquest sentit, com a consellera de Benestar i Drets Socials del Consell de Mallorca i presidenta de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), vull donar l'enhorabona a la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia de la UIB per aquesta nova edició de l'Anuari, que permet ampliar la nostra visió sobre aquesta etapa de la vida. Igualment, voldria agrair-los que una vegada més m'hagin permès adreçar-vos unes paraules des d'aquestes pàgines.

Com ja sabeu d'altres anys, des de l'IMAS no aturam d'impulsar projectes que afavoreixin un envelliment actiu i digne per a la nostra gent gran. En volem potenciar al màxim l'autonomia, així com el tracte personalitzat a les nostres residències per a gent gran dependent. Creim, en aquest sentit, en la necessitat de donar a cada persona allò que necessita i anar així més enllà de seguir un protocol generalitzat.

D'acord amb aquesta mateixa línia de treball, des de la institució insular hem posat en marxa amb èxit el Servei d'Atenció Integral a Domicili (SAID), que cerca facilitar una alternativa adequada per a aquelles persones que, amb una atenció especialitzada i específica, poden evitar una institucionalització innecessària i afrontar així aquesta etapa de la vida a casa seva, sense haver de deixar el seu entorn.

I per què tots aquests projectes a favor de l'autonomia de la nostra gent gran? Perquè a l'IMAS tenim ben clar que la nostra manera d'envellir ha canviat. El col·lectiu de gent gran són persones actives i dinàmiques, amb il·lusió per continuar vivint experiències noves, per la qual cosa en la institució insular tenim clar que hem de continuar potenciant totes les activitats que ajudin a prevenir-ne, en la mesura que és possible, el deteriorament cognitiu. Ho feim amb els tallers d'estimulació cognitiva, en els quals participen prop de 1.800 persones majors de seixanta anys als diferents municipis mallorquins, però també amb projectes de voluntariat, tallers a les residències o llars, activitats intergeneracionals...

També hauríem de destacar en aquest sentit, i com ja hem explicat en altres edicions de l'anuari, el programa «Donar veu als nostres majors», que cerca aprofitar l'experiència i la saviesa de la gent gran en benefici de la societat, a la vegada que vol fer-los sentir que són part activa i implicada del dia a dia de les ciutats.

Podria continuar enumerant les diferents iniciatives que duim a terme des de l'IMAS per garantir el benestar de la nostra gent gran, bé fomentant-ne l'autonomia, com ja hem

esmentat, bé prevenint possibles situacions d'abandó o de maltractament. Tot i que no em bastarien les pàgines de l'anuari per reflectir la gran tasca que du a terme la institució insular en aquest àmbit, voldria aprofitar aquestes darreres línies per destacar l'esforç econòmic que hem fet els darrers anys des de l'IMAS per modernitzar i adequar les nostres residències a les necessitats noves de la gent gran.

Concretament, podríem destacar els dos projectes principals d'aquesta legislatura en aquesta línia: hem destinat 1,8 milions d'euros a reformar la novena planta de la residència de la Bonanova en una primera fase del que n'ha de ser la renovació íntegra, i 1,5 milions d'euros aproximadament en la reforma de l'edifici C de la Llar d'Ancians. En ambdós casos, l'objectiu de les obres és disposar de plantes totalment accessibles i equipades amb tots els espais necessaris perquè les persones residents puguin gaudir del dia a dia: menjador, zona comuna, banys propis...

Aquestes són només algunes de les iniciatives que hem impulsat des de l'IMAS adaptades a les noves formes d'envelliment actuals. Hem de reconèixer, en aquest sentit, que publicacions com la que teniu a les mans són molt útils a les institucions per conèixer la realitat de la gent gran des de diferents punts de vista i poder dur a terme així polítiques més adaptades a les seves necessitats.

INTRODUCCIÓ

Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2018

Actualment, les persones grans comencen a associar-se a un nou paradigma, a un nou model gerontològic, un model en què les persones grans són reconegudes com a subjectes amb drets com el d'educació sense discriminació i al llarg de tota la vida, el dret de la igualtat d'oportunitats, el dret de reconeixement de la seva imatge, etc. El fenomen de l'envelliment cada vegada aconsegueix més visibilitat en la societat, més protagonisme i una representació més positiva. Un envelliment que es vincularia a tres estratègies o processos adaptatius descrits per Baltes i Baltes el 1990 (Triadó, 2018): selecció (o presa de decisions sobre què volem que continuï a la nostra vida); optimització (aprofitar el màxim possible els recursos i els objectius seleccionats) i compensació (desenvolupar estratègies alternatives que substitueixen els recursos que es perden).

Podem assegurar que a la nostra societat hem superat una primera etapa basada en la invisibilització i una segona centrada en la idealització de la persona gran dins un col·lectiu homogeni amb característiques associades a aspectes negatius (com ara la pèrdua d'autonomia o de relacions socials). En aquests moments ens trobem en una tercera fase centrada en la visibilització d'un grup social heterogeni, amb perfils molt diferents, amb un pes molt important dins la família, dins la seva comunitat i amb un empoderament personal; una visió com a grup de persones que creu en les seves potencialitats i que canalitza aquesta participació activa dins el seu entorn més proper. Així, la societat comença a desvincular-se de xacres actitudinals, d'estereotips i de creences que acompanyaven aquestes persones (Limón, 2018). Anteriorment, amb els canvis sociodemogràfics produïts a les darreres dècades —canvis en les estructures familiars, la incorporació de la dona al mercat laboral, l'increment del nombre de persones grans, etc.—, l'anàlisi del sector més gran de la societat sempre es condicionava per la necessitat de cobrir les seves necessitats, patologies, demandes o cures de llarga durada. Tots conceptes negatius, vinculats a despeses i a recursos i, per tant, tots carregats d'un conjunt de connotacions negatives que afavorien l'estigma social negatiu del col·lectiu. No obstant això, obviar les necessitats del col·lectiu seria ignorar certes realitats presents; així, en l'Anuari de l'envelliment, conscients d'aquesta realitat, posam el focus en aquestes situacions com a reptes socials i professionals, com ara l'atenció de les persones grans amb discapacitat o que han estat heroïnòmanes, la importància de la satisfacció de les famílies amb propostes com les no subjeccions en centres d'atenció a les persones grans, la cura en residències de persones amb demències, el valor del suport social, eix bàsic de la qualitat de vida de les persones, i les persones amb polisimptomatologia.

És necessari insistir en aquesta realitat, en una visió de les persones grans que ha començat a consolidar un canvi basat en les seves potencialitats i capacitats i no en les seves debilitats. Envel·lir —fer anys— és valorat com un triomf de la Humanitat i de la persona com a individu, i un envelliment actiu i satisfactori, com un repte rellevant per a tots a la societat. Un envelliment, que, en paraules de Fernández-Ballesteros (2011) s'entén com un envelliment saludable, integrat pels components de 1) salut i autonomia física, 2)

capacitat cognitiva, 3) afecte positiu (benestar) i 4) participació i implicació social. Aquest darrer punt també es defensa al concepte emergent d'envelliment productiu, basat en les contribucions socials significatives que la persona gran pot realitzar a la seva comunitat. A partir d'aquest concepte, s'incrementa la visibilitat de les aportacions de les persones grans i milloren les polítiques i les intervencions dirigides al col·lectiu dels més grans (Triadó, 2018).

La nova imatge social es vincula a un canvi de perspectiva, tot positivament els beneficis de l'envelliment i l'adaptació en aquesta nova etapa i no focalitzant-ho tot en les pèrdues (Triadó, 2018). L'obtenció d'un equilibri biopsicosocial fonamenta les noves teories associades a l'envelliment. L'adaptació funcionarà recompensant les limitacions que, inevitablement, apareixen amb l'edat. En tot cas, aquesta adaptació ens acostarà a altres concepcions d'envelliment: envelliment actiu, envelliment productiu, envelliment saludable, envelliment positiu i envelliment satisfactori. L'envelliment actiu és destacat pels autors com un procés biopsicosocial que millora la qualitat de vida, ja que afavoreix una major implicació activa amb la vida i fomenta la capacitat funcional (física i cognitiva).

Tots els conceptes anteriors descrits comparteixen un nexu comú: l'autonomia de la persona gran com a estratègia essencial. Per això, les intervencions han de dirigir-se a fomentar la independència i a millorar la qualitat de vida de les persones grans, qualitat basada en la pròpia vivència personal de la persona gran, de la seva família i dels seus cuidadors i dels professionals que hi intervenen (infermers, metges, treballadors socials, psicòlegs, etc.), unes intervencions professionals centrades en la persona i en el seu entorn, i a individualitzar, en la mesura del possible, les bones pràctiques generals. Un exemple serien els programes intergeneracionals. Com indica Erikson (1982), citat a Triadó (2018), s'ha d'apostar per la generativitat, referida a l'interès per guiar el benestar d'altres generacions. S'assenyala com un mitjà per aconseguir una sinergia; les persones grans aporten a la societat i al seu procés de desenvolupament, a la vegada que reben recursos i ajuda dels seus iguals, així com de la resta de la comunitat, i potencien els valors de les relacions entre persones de diferents generacions. Els programes intergeneracionals serien, precisament, un model de generativitat que han demostrat nombrosos beneficis per a tots els agents participants, els quals influeixen i afavoreixen un envelliment més actiu. En concret, a l'Anuari de l'envelliment, es pot consultar una proposta de programa intergeneracional realitzat en centres educatius en el marc dels programes d'ERASMUS+ dut a terme a Polònia, Portugal, Regne Unit i a les Illes Balears i també l'experiència de Porto, referent europeu de l'envelliment actiu i saludable.

L'educació permanent s'ha convertit en un engranatge que ha permès que el nou model s'instauri. L'educació és fomentada a partir de nous processos d'ensenyament i d'aprenentatge didàctics i dinàmics. Els programes universitaris són un exemple d'aquestes iniciati-

ves, ja que fomenten bones pràctiques i plantegen nous escenaris d'intervenció (Serdio, 2015); l'aportació de l'Anuari de l'envelliment es basa en la trajectòria vital de persones que han cursat programes universitaris i com aquests programes han influït en el seu procés d'adaptació i en el goig de l'envelliment, així com en el valor educatiu d'activitats culturals com el turisme o l'activisme social, cultural i polític de les persones grans.

Si es considera l'educació com un factor que produeix, o pot produir, desigualtat dins la societat, el fet de donar l'oportunitat a totes les persones, incloses les persones de més edat, facilita i possibilita que aquesta desigualtat vagi minvant a fi de cercar una equitat dins la societat. L'educació al llarg de la vida és molt més que una simple transmissió de coneixements, és una forma de participar d'una manera activa i proactiva dins la nostra comunitat. Sens dubte la participació de les persones grans en programes educatius i culturals comporta l'adquisició de les eines necessàries per a la bona adaptació als progressius canvis que ens han tocat viure.

Com és ben sabut, generalment es matriculen més dones que homes als programes universitaris per a persones grans. Aquest fet ens reforça la línia que es manté al llarg dels anuaris en què es potencia el valor de les dones en aquesta etapa vital. Per a nosaltres, la dona gran constitueix un eix clau als anuaris en què s'aporta sempre la perspectiva de gènere com un aspecte que no s'ha d'oblidar. En aquesta edició, la reivindicació de les dones, com a personatges claus per al desenvolupament històric i social de la nostra societat, i especialment en la seva aportació sobre la nostra visió actual de l'envelliment, es complementa amb un capítol dedicat a Simone de Beauvoir, atenent, principalment a les seves reflexions sobre la vellesa i les dones, i posant damunt la taula reflexions que s'han convertit en l'actualitat en debats recents, com ara el debat sobre l'eutanàsia o com ens enfrontam, com a societat, a una mort digna quan arriba el moment; debat, aquest darrer, que l'Anuari de l'envelliment incorpora i ofereix elements de reflexió a través d'un capítol que aborda, de forma directa, la relació entre la bioètica i la mort digna. La perspectiva de gènere es complementa amb l'experiència de dones coherents i compromeses, tal com les defineixen les autores, al capítol relatiu a espais de trobada i que també inclou vivències i experiències que es poden consultar a través de l'arxiu oral de Mallorca.

Un altre aspecte clau és eliminar les barreres imposades per estereotips, imatges amb connotacions negatives o actituds perjudicials que són transmeses als mitjans de comunicació d'una manera normalitzada i que poden arribar a desenvolupar edatisme. La conscienciació i la sensibilització de la població sobre els nous rols assumits per les persones grans serà una tasca ineludible per aconseguir posicionar les bases del nou model gerontològic. De justícia és destacar personatges claus en el desenvolupament de la nostra societat balear, per aquest motiu, mantenim com a secció estable a l'Anuari de l'envelliment aquesta atenció, enguany, dedicada als precursors del tercer sector des de la seva pròpia mirada.

L'Anuari de l'envelliment les Illes Balears 2018 pretén mantenir la línia científica, oferir una aproximació a les persones grans des d'un enfocament realista, basat en el nou model gerontològic emergent, que es fonamenta en un col·lectiu heterogeni i amb intervencions centrades en la persona. El capítol sobre la radiografia de les persones grans a les illes Balears ens ajuda a repassar la realitat d'aquest col·lectiu, a partir de les seves característiques, i als recursos i serveis de què es disposen. Aquesta radiografia, juntament amb els factors associats a la dependència a les illes Balears, proporciona un context que permet incorporar a l'Anuari de l'envelliment programes, iniciatives i propostes que ajuden a implementar el model gerontològic proposat a la nostra comunitat autònoma, com ara la renda social garantida, la renda mínima d'inserció per a persones més grans de 65 anys, l'estudi de la incidència de la llum al ritme son-vigília...

Per tant, la situació actual comença (no podem dir encara que s'hagi consolidat) a visibilitzar, a respectar i a donar veu al col·lectiu de persones grans. Hem de ser conscients que per aconseguir-ne la consolidació, les polítiques públiques també han de respondre davant de reptes actuals preocupants i instaurats, polítiques que avancen cap a aquest model i que es van transformant en programes i serveis per a la societat balear pensant en aquest model i que tenen com a bandera la transversalitat professional (sanitari, social, econòmic i legal, bàsicament) com a eix vertebrador de la resposta eficaç i coherent davant les característiques de les persones grans i que a l'Anuari de l'Envelliment consideram bàsic donar-los veu, a fi de convertir en objectiu el fet de potenciar el seu coneixement i d'encoratjar noves propostes i debats científics i acadèmics que giren entorn de l'envelliment en positiu.

Un segon objectiu és plantejar i debatre científicament sobre els reptes als quals constantment ens toca fer front, i assumir-los com una possibilitat de millora de la nostra societat i amb valors que són primordials, com la solidaritat intergeneracional i l'ètica professional. Així doncs, acabam la introducció amb el pensament ja posat en l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears 2019; amb reptes presents i futurs sobre els quals cal prevenir i intervenir amb bones pràctiques interprofessionals, com ara l'abordatge del tema tabú del suïcidi de persones grans, l'elevada prevalença dels trastorns mentals (depressió, trastorns d'ansietat i consum de substàncies) i la soledat viscuda i percebuda.

Concloem remarcant la intenció de l'Anuari de l'envelliment de promocionar, mitjançant la recerca i la transmissió de coneixements, l'autonomia de les persones grans, la seva potencialitat i els reptes i respostes que envolten l'envelliment. Aquesta obra, sempre col·lectiva, es crea a partir de l'aportació de 46 experts, professionals i investigadors, als quals agraïm la seva aportació, alhora que convidem a mantenir-la, estenent la convidada a altres institucions, programes i investigacions dedicats a l'envelliment.

«En el futuro que nos aguarda está en cuestión el sentido de nuestra vida; no sabemos quiénes somos si ignoramos lo que seremos: reconozcámonos en ese viejo, en esa vieja.»

Simone de Beauvoir

Referències bibliogràfiques

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Envejecimiento saludable. *Congreso sobre envejecimiento: La investigación en España*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Limón, M. R. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez. *Aula Abierta*, 47(1), 45-54.

Serdio, C. (2015). Educación y envejecimiento: Una relación dinámica y en constante transformación. *Educación XXI*, 18(2), 237-255. doi: 10.5944/educXX1.14017

Triadó, C. (2018). Envejecimiento activo, generatividad y aprendizaje. *Aula Abierta*, 47(1), 63-66.

**L'ENVELLIMENT:
ALGUNA COSA MÉS QUE UN PROCÉS
ARTERIOSCLERÒTIC**

L'envelliment: alguna cosa més que un procés arterioscleròtic

José Oriol Bonnín Gubianas

No és gens fàcil escriure sobre la vellesa, potser perquè és dur fer-se a la idea que es torna vell i perquè s'entreveu el ràpid transcórrer dels anys, al revés del que passa en qualsevol de les altres etapes de la vida, com l'adolescència o la joventut, en les quals es veu molt enfora arribar a l'anomenada edat sense retorn i la imatge del final queda molt remota i el mirall molt llunyà.

Si ets jove, sembla que els anys avancen lentament, al contrari del que ocorre quan arribes a la darrera etapa de la vida, concepte que només defineix un aspecte cronològic de la nostra existència. Per desgracia i per diverses circumstàncies i avatars, molts d'éssers vivents -s'hi inclou lògicament l'espècie humana- no arriben a aquesta etapa i la seva existència s'interromp molt abans del que determinaria el seu rellotge biològic.

El mundo visto a los ochenta años (impresiones de un arterioesclerótico), probablement el llibre menys conegut de Santiago Ramón y Cajal, el millor científic que ha tingut el nostre país, fa una profunda revisió del que representa arribar a l'etapa final de la seva existència.

Publicat l'any 1934, un any abans de la seva mort, analitza de manera meticulosa i exhaustiva, com solia ser habitual en tota la seva labor científica i literària, el que representa la darrera etapa cronològica de les nostres vides, les causes i les conseqüències. Encara que comenta que no pretén donar lliçons científiques, no pot evitar mesclar el que és humà i vital amb la ciència a l'hora de descriure com s'envelleix i el perquè dels canvis fisiològics i patològics que determinen el darrer capítol de les nostres vides.

Per una banda, associa l'envelliment, d'una manera no gaire optimista, a una seqüència de decadències sensorials, cerebrals, psicològiques, somàtiques i corporals no sempre lligades al sistema nerviós, que era el seu tema preferit, sinó a alteracions dels distints sistemes i òrgans: des del cervell, passant pel sistema cardiovascular, fins a l'aparell locomotor, sense obviar l'aspecte social i l'entorn històric que li va tocar viure (període previ a la guerra civil espanyola i a la Segona Guerra Mundial), que també foren determinants per al subsistir de la població d'aquella època. No obstant això, l'autor considerava que "les fronteres de la senectut" s'havien allunyat i que no li semblava temerari fixar-les entre els setanta i els setanta-cinc anys, en una època en què la vida mitjana s'aproximava als cinquanta anys. Per tant, la seva visió del futur, respecte a la longevitat de l'ésser humà i el retard de la vellesa, era molt pròxima i encertada amb relació al segle XX.

Per una altra banda, és un concepte repetitiu i difícil de deslligar associar l'envelliment a les malalties. Tant és així que hi ha hagut autors, com Dastre a l'obra *La vie et la mort* (1906), que ja es referien a l'envelliment com si fos l'expressió d'una malaltia. Molts altres autors defensaven la "teoria de l'arteriosclerosi crònica" com la seva causa principal.

L'expressió "cada home té l'edat de les seves artèries", atribuïda a Cazalis Demange, s'ha utilitzat i es continua esmentant amb relativa freqüència quan es fa menció a les malalties cardiovasculars i a la longevitat de l'ésser humà.

Però, a l'anterior frase feta, s'hi podria afegir: Quina és l'edat de les nostres artèries? Encara ara no ho sap ningú i, per aquest motiu, podem veure, al llarg de la nostra experiència professional com a metges, pacients que arriben als cent anys amb les artèries difusament calcificades i pacients que han mort als cinquanta anys per una sola placa arterioscleròtica que ha oclòs la llum d'un vas coronari principal i que ha provocat un infart mortal.

Des dels avenços en el diagnòstic i en el tractament de les malalties cardiovasculars a partir de la dècada dels anys setanta del segle passat, s'ha experimentat un increment important de la supervivència, tant de la població afectada d'aquestes malalties com de la població en general.

No obstant això i malgrat els avenços esmentats, les persones segueixen morint a causa d'aquestes afeccions encara que sigui a unes edats més avançades¹. En els Estats Units i en els països anomenats socialment i econòmicament desenvolupats, les malalties cardiovasculars segueixen sent la causa número u de mort, tant entre els homes com entre les dones, i són l'origen de moltes incapacitats. Es considera que, al voltant de l'any 2020, la malaltia arterial coronària i l'ictus ocuparan el primer i el quart lloc, respectivament, de la llista de causes principals de mortalitat i d'incapacitat², sense oblidar-nos de les patologies cancerígenes, que han experimentat un increment quantitatiu molt important relacionat amb una major longevitat dels pacients, sobretot a partir dels setanta anys. Molts d'observadors han arribat a considerar que s'està desenvolupant una epidèmia mundial de malalties cardiovasculars i que l'arteriosclerosi n'és la causa més important. Actualment, se sap que, fins i tot, s'inicia a l'època fetal, especialment en mares gestants amb hipercolesterolèmia. Per tant, es tracta d'un procés primerenc i evolutiu però, també, molt lligat als anomenats "factores de risc independents: hipertensió, hipercolesterolèmia, diabetis i tabaquisme". Alguns d'aquests factors són clarament externs i controlables com el tabaquisme, però altres estan relacionats amb la predisposició genètica.

Quan, l'any 1934, Thomas Morgan anà a Estocolm a recollir el premi Nobel per les seves aportacions a la genètica, es mostrà crític respecte a l'impacte dels seus estudis en l'aplicació mèdica i, d'una manera relativament sarcàstica, manifestà: "Al meu entendre, l'aportació més important que la genètica ha fet a la medicina és intel·lectual". Arribà a comentar que dubtava que el professional de la medicina arribàs a consultar els seus amics genetistes. Va ser necessari arribar a la dècada dels anys vuitanta perquè es relacionassin

¹ Fuster V. Epidemic of cardiovascular disease and stroke. The three main challenges. *Circulation* 1999; 99: 1132-1137

² Murray CS López AD. Mortality by cause for eight regions of the world. *Global Burden of Disease*. *Lancet* 1997; 349: 1269-1276

les mutacions genètiques amb les malalties humanes, inclòs el càncer. Fins aleshores, no hi havia hagut mai en els estudis de medicina cap assignatura dedicada a la genètica.

Moltes malalties són el pol oposat al paradigma "un gen, una malaltia, i molts gens, moltes malalties", n'és un exemple demostratiu la hipertensió, que es presenta en forma de milers de variants que interfereixen en centenars de gens, cada un dels quals exerceix un efecte menor però acumulatiu sobre la pressió sanguínia i la integritat de les parets vasculars arterials, a diferència d'altres patologies, com la síndrome de Marfan o la síndrome de Down, en què una única mutació o una aberració cromosòmica són suficients per causar la malaltia³.

Així, doncs, es demostra la complexitat d'associar l'envelliment a les malalties. Les variants són múltiples: l'evolució, no sempre natural cap al deteriorament orgànic, sobretot del cervell amb la pèrdua de memòria ("el do més preuat i meravellós de la vida" per a Santiago Ramón y Cajal) motivada per les malalties degeneratives, com l'Alzheimer, és molt difícil de controlar, ja que, en molts d'aspectes, encara són desconegudes i sense teràpies resolutives; l'arteriosclerosi, com a causa principal de les malalties cardiovasculars; la malaltia coronària; l'íctus; la pèrdua de les facultats visuals i auditives, així com les afectacions de l'aparell locomotor. Qualsevol d'aquestes malalties representa l'inici i la progressió del declivi orgànic. Totes es consideren malalties, tinguin l'origen que tinguin, ja sigui per incompliment de criteris de prevenció primària, per infeccions, per distracció personal, per causes externes o per disfuncions genètiques. La mort és el final del cicle vital, és molt difícil acceptar-la com a fet biològic i, si no és per accident o per unes altres causes traumàtiques, es considera mort natural per malaltia.

Ara bé, moltes d'aquestes patologies, que s'expressen en la seva màxima potència i amb efectes negatius a la senectut i que tenen l'origen i es desenvolupen en les diferents etapes de la vida, fins i tot en l'etapa fetal, es veuen afectades per agents externs a l'organisme amb més o menys intensitat. L'envelliment no és, doncs, només una malaltia, ni el seu origen, és l'acumulació de processos degeneratius i la conseqüència natural del desgast biològic.

³ Sindhartha Mukherjee: The Gene. An intimal history. 2016

**SIMONE DE BEAUVOIR:
OBRIR CAMINS PER A LA LLIBERTAT**

Simone de Beauvoir: obrir camins per a la llibertat

Lluís Ballester Brage
Carmen Orte Socias
Marga Vives Barceló
Lydia Sánchez Prieto

Resum

La filòsofa i l'escriptora feminista Simone de Beauvoir pot ser considerada una de les figures més importants del pensament del segle XX. L'escriptora aporta una nova visió a partir de la relació de dos termes: la perspectiva de gènere i l'envelliment.

A partir d'obres com *"El segon sexe"*, afavoreix el desenvolupament del pensament modern en la filosofia feminista, en els estudis literaris i les ciències socials, convertint-se en una referència en el món feminista. Ha contribuït i ha generat múltiples debats sobre el gènere a partir de l'exploració de qüestions vinculades amb la naturalesa de la llibertat i de la responsabilitat cap els altres.

Però, a més a més, les seves aportacions també es varen dirigir a l'àmbit de l'envelliment. Amb obres com *"La vellesa"*, Simone de Beauvoir intenta demostrar que la persona gran està subjecta a estereotips i mites que impedeixen que puguin expressar les seves necessitats i els seus desitjos. L'envelliment, per l'autora, ha de plantejar-se com una qüestió basada en canvis fisiològics, personals, socials i culturals, per tant, l'anàlisi sobre el procés d'envelliment ha de ser exhaustiu, desvinculant-se de visions estereotipades. Per tant, l'autora aporta una nova visió també sobre la vellesa, establint-se com una pionera en la promoció de l'envelliment actiu.

En definitiva, les seves aportacions, en forma de reflexió, obren el camí al bon tracte cap a la dona gran a partir de una representació dignificada de la seva figura, de les seves necessitats i dels seus valors. Es pot considerar a Simone de Beauvoir com una principal figura al desenvolupament de l'actual gerontologia feminista.

Resumen

La filósofa y la escritora feminista Simone de Beauvoir puede ser considerada una de las figuras más importantes del pensamiento del siglo XX. La escritora aporta una nueva visión a partir de la relación de dos términos: la perspectiva de género y el envejecimiento.

A partir de obras como *"El segundo sexo"*, favorece el desarrollo del pensamiento moderno en la filosofía feminista, en los estudios literarios y las ciencias sociales, convirtiéndose en una referencia del mundo feminista. Ha contribuido y ha generado múltiples debates de género a partir de la exploración de cuestiones vinculadas con la naturaleza de la libertad y de la responsabilidad hacia los demás.

Pero, además, sus aportaciones también se dirigieron al ámbito del envejecimiento. Con obras como *"La vejez"*, Simone de Beauvoir intenta demostrar que la persona mayor

está sujeta a estereotipos y mitos que impiden que pueda expresar sus necesidades y sus deseos. El envejecimiento, para la autora, debe plantearse como una cuestión basada en cambios fisiológicos, personales, sociales y culturales, por tanto, el análisis sobre el proceso de envejecimiento tiene que ser exhaustivo, desvinculándose de visiones estereotipadas. Por tanto, la autora aporta una nueva visión también sobre la vejez, estableciéndose como una pionera en la promoción del envejecimiento activo.

En definitiva, sus aportaciones, en forma de reflexión, abren el camino al buen trato de la mujer mayor a partir de una representación dignificada de su figura, de sus necesidades y de sus valores. Se puede considerar a Simone de Beauvoir como una principal figura en el desarrollo de la actual gerontología feminista.

L'escriptora i filòsofa feminista francesa Simone de Beauvoir (1908-1986) és una de les figures més importants del pensament del segle XX. Simone de Beauvoir és una pensadora desafiant. El desafiament del pensament, de la seva forma de pensar, no ha disminuït al segle XXI, sinó que per contra ha crescut amb força i rellevància. En aquest escrit intentam oferir la nostra visió d'aquest desafiament en relació amb els dos temes que més ens interessen: la perspectiva de gènere i l'envelliment.

Quan es llegeix Beauvoir, no s'experimenta una dificultat especial, ni pel que fa al pensament ni a la forma d'expressió. Al contrari, els treballs de Beauvoir resulten assequibles per a un públic molt ampli. Com a escriptora i pensadora, Beauvoir sempre va mostrar una gran capacitat per comunicar-se a diversos nivells amb una gran varietat de públics: des dels acadèmics especialitzats en filosofia o sociologia, fins al lector general interessat en la creació literària o en el debat.

La seva prosa mai és tan abstracta com per no entendre què vol dir; en ella, les idees sempre són atribuïdes a persones d'èpoques i llocs identificables, a autors amb els quals es debat o als quals cita. Però Beauvoir pot citar Proust per parlar de l'experiència de la vellesa, com també pot debatre amb autors de gran complexitat en una novel·la, com si els parlés cara a cara. Les vides, les experiències i les idees dels altres són el punt fort de la seva escriptura. Les idees i els arguments sobre els quals escriu sempre són d'algu i han estat desenvolupats en resposta a alguna situació específica. Amb aquest material construeix les seves pròpies argumentacions poderoses i suggerents.

Pensem, per exemple, en la seva descripció del temps com a concepte central per pensar l'envelliment en el món clàssic. Es tracta d'un tema complex, però que ella presenta de manera fascinant: «En l'Antiguitat el temps és representat per dues sèries d'imatges. Les primeres subratllen la seva fugacitat. Es tracta de Kairos, l'Oportunitat, un moment decisiu

en la vida humana. El representen amb un personatge que fuig ràpidament, o bé en un equilibri precari que anuncia cert canvi [...]. La segona sèrie subratlla el seu caràcter fecund: és Aion, principi creador, infinita fertilitat. El temps passa, però en passar crea. [...] La representació plàstica del temps mai evoca en l'antiguitat ni la declinació ni la destrucció» (1970, 164-166).

Aquest passatge il·lustra molt bé diversos aspectes que expliquen l'accessibilitat de Beauvoir: la claredat, la precisió de les referències històriques, la caracterització d'idees complexes mitjançant la recerca dels seus orígens, el veritable esforç de descriure i analitzar el món des de dins. El passatge també il·lustra les qualitats literàries de la prosa de Beauvoir. L'accessibilitat de la seva escriptura, però, no implica la vulgarització o la simplificació. Ella convida el lector a considerar idees, arguments i interpretacions del món que ja han estat objecte de debats acadèmics que ella domina en profunditat, encara que no fa ostentació d'aquest coneixement.

Per a la majoria de la gent, Beauvoir és l'autora d'*El segon sexe* (1949),¹ un dels referents del feminisme occidental modern. Per a uns altres, és una representant destacada de la intel·lectualitat francesa de la postguerra, associada al moviment filosòfic de l'existencialisme i a Jean-Paul Sartre. Beauvoir ha tingut un gran impacte en el desenvolupament del pensament modern en la filosofia feminista, en els estudis literaris i en les ciències socials de tot el món. Un poderós model d'intel·lectual per a les dones del segle XXI, Beauvoir va ser una pensadora exigent i crítica que es va convertir en una figura icònica. El que no es coneix tant són els seus estudis sociològics i filosòfics sobre l'envelliment.

Des de la seva publicació a França el 1949, *El segon sexe*, de Beauvoir, ha continuat generant i orientant debats sobre el gènere. Les pensadores feministes clau de les últimes dècades, com Luce Irigaray i Judith Butler, han reconegut el seu deute intel·lectual amb el seu treball, tot i que van desenvolupar el seu propi concepte de gènere en direccions ben diferents.

En qualsevol cas, la transcendència de Beauvoir és molt més àmplia, es va construir a partir de la seva obra de ficció, d'assajos filosòfics, d'autobiografia i com a intel·lectual que, d'ençà de la Segona Guerra Mundial, va actuar i escriure des d'una ètica de la responsabilitat pública (Ledwina, 2016). Els seus escrits es troben en tres orientacions principals, però no necessàriament diferents: literatura, sociologia i filosofia. Gran part del seu treball literari i filosòfic està interrelacionat amb el seu enfocament pràctic i teòric sobre problemes tractats des de la literatura i des de la filosofia. Per exemple, Beauvoir va començar a explorar qüestions com la naturalesa de la llibertat i la nostra responsabilitat amb els altres tant en la seva escriptura filosòfica com literària dels anys quaranta.

¹ Si hi ha traducció en català, es cita el títol traduït, si no es disposa de traducció es cita pel títol original en francès. L'any de la cita sempre és el de la primera edició, però a les referències s'inclou l'any original i el de l'edició consultada.

Tampoc no es pot oblidar una conseqüència del seu pensament: no hi ha neutralitat quan es tracta de la reflexió sobre la vida personal i social. L'escriptura de Beauvoir està vinculada amb una consciència fonamentalment política, sovint analitzant les qüestions de poder i llibertat tal com sorgeixen en la dinàmica de les relacions interpersonals i en un marc col·lectiu més ampli. La seva consciència política està íntegrament relacionada amb una noció específicament francesa del que ha de ser un «intel·lectual públic», disposada a parlar sobre les controvertides qüestions del moment i, en el cas de Beauvoir, una escriptora i pensadora compromesa. Ser *engagée* o «compromès» a França en els anys quaranta i cinquanta va significar que es reconeixia la importància política i ètica de la visió del món, presentada en la seva escriptura i el pensament literari.

Una de les idees claus de Beauvoir va ser la importància de la «situació», entesa en el sentit existencialista, com la relació entre la llibertat per dur a terme un projecte i tots els aspectes del món que no hem triat. Això significa que és essencial situar el desenvolupament del pensament de Beauvoir en el segle XX a França, abans d'examinar les seves aportacions clau. Cap pensament sorgeix en un buit polític, filosòfic o històric i aquest context ens ajudarà a comprendre millor la importància del pensament de Beauvoir.

1. Vida i context de la seva obra

Simone de Beauvoir va néixer a París el 9 de gener de 1908 en una família conservadora benestant. El seu pare, Georges, parisenc, s'havia format com a advocat, però tenia una gran varietat d'ocupacions. Un ateu que va situar-se políticament en posicions de la dreta més radical, també va actuar en el teatre amateur amb la seva mare, Françoise, una estricta catòlica del nord-est de França. Simone va experimentar enfrontaments ideològics, polítics i religiosos amb el sistema de valors dels seus pares, que posteriorment tractaria en la seva autobiografia. Això la va animar a convertir-se en una intel·lectual compromesa. Aquests enfrontaments la van confirmar en una consciència de la relació entre la ideologia i els seus efectes formatius sobre la subjectivitat; és a dir, com aquests sistemes de valors configuren el sentit d'identitat i la capacitat d'actuar en el món i en relació amb altres persones (Tidd, 2004).

Beauvoir es va formar com a filòsofa i com a professora de filosofia a la Sorbonne, en una escola d'ensenyament superior estretament relacionada amb la Universitat de París. Sartre, el seu futur company, i la majoria dels seus contemporanis masculins, no obstant això, van estudiar a la prestigiosa École Normale Supérieure (ENS), un institut de formació per a professorat d'ensenyament secundari i superior, situat al cor del París, que va atreure l'elit intel·lectual de França. Fins a 1925 no es va permetre a les dones estudiar-hi a l'ENS. L'estudi filosòfic primerenc de Beauvoir va ser tanmateix de gran abast, inclosos pensadors tan diversos com Plató, Gottfried Leibniz, Immanuel Kant, Arthur Schopenhauer, Friedrich

Nietzsche i Henri Bergson, entre d'altres, mentre desenvolupava els seus propis interessos filosòfics.

Durant la dècada de 1920, Beauvoir començà a estudiar el pensament de Georg W. F. Hegel i Karl Marx, que més tard varen ser molt importants en la seva obra. Beauvoir va començar el seu estudi abans que la majoria dels filòsofs francesos contemporanis seus perquè coneixia intel·lectuals com ara Paul Nizan i Georges Politzer. S'ha de pensar que l'obra de Hegel i de Marx no es va ensenyar a la Sorbona fins als anys trenta. La recuperació del pensament de Hegel, a França, va començar l'any 1931 amb la commemoració del centenari de la mort de Hegel, cosa que va dur a la traducció francesa de la seva obra. Pel que fa a les teories de Marx sobre la història i la societat, eren poc conegudes a França abans de la dècada de 1880, bàsicament defensades per socialistes com Jean Jaurès. El marxisme es va desenvolupar a partir de la dècada de 1930 com una gran força filosòfica i política en la societat francesa i va influir en molts escriptors i intel·lectuals, inclosos Beauvoir i Sartre (Tidd, 2004). Pràcticament, va passar el mateix amb el pensament de Husserl i d'altres autors alemanys o anglesos, als quals va conèixer abans que els seus contemporanis.

El 1929, Beauvoir va iniciar una intensa relació personal i intel·lectual, que va durar tota la vida, amb Jean-Paul Sartre. En diverses ocasions varen ser criticats per la incoherència entre el seu pensament alternatiu i la seva vida quotidiana convencional. Posteriorment a la seva mort, es va saber que la relació entre ells dos no era gens convencional: es tractava d'una parella oberta, lleial intel·lectualment, però molt lliure pel que fa a les relacions personals (Rowley i Roca, 2007; Rowley, 2011).

Després d'haver completat la seva formació, Beauvoir va treballar com a professora de Filosofia a les escoles de secundària de Marsella, Rouen i París, i després, el 1943, amb la publicació de la seva primera novel·la, *La convidada*, i l'èxit dels seus llibres es va convertir en una autora alliberada de la feina institucional. A través de la publicació de la seva filosofia, novel·les i obres de teatre, Beauvoir i Sartre es van convertir en les figures fonamentals de l'existencialisme ateu francès, un dels moviments literaris, filosòfics i artístics més influents del segle XX. El 1945 van llançar *Les Temps Modernes*, una revista política i literària que va influir molt en els debats intel·lectuals dels anys quaranta i cinquanta. Els viatges a l'estranger, especialment el contacte amb els Estats Units, també van ser fonamentals per al desenvolupament de Beauvoir com a pensadora. L'any 1947, va fer la seva primera visita als Estats Units, que va resultar important per a la seva investigació sobre la vida de les dones i per a l'escriptura d'*El segon sexe*. Durant aquella visita, va escriure *Amèrica del nord dia a dia* (1948) com a anàlisi sociològica i diària del seu viatge. Les visites regulars de Beauvoir als EUA li van permetre conèixer la situació d'opressió de les dones i de la població negra.

El 1949 es va publicar a França el seu primer estudi sobre la condició de les dones, *El segon sexe*, que va vendre 22.000 exemplars en la primera setmana. Va continuar publicant ficció i va guanyar el prestigiós premi Goncourt, el 1954, amb *Els mandarins*, un retrat de la intel·lectualitat de la postguerra i dels dilemes ètics de la guerra freda. Encara que, en general, va simpatitzar amb l'esquerra en la dècada de 1940, va ser només a la dècada de 1950, durant la guerra d'Algèria (1954-1962), que Beauvoir es va involucrar directament i activament en la política, i va donar suport a la lluita algeriana per la independència de França i va condemnar obertament el govern francès per la seva política al nord d'Àfrica. Tota la seva vida va mostrar activament el seu compromís, tot i que no li agradava gens la vida pública, ni tan sols fer conferències ni participar en debats. Ella volia escriure, la seva obra ja trobaria el seu camí.

A mitjans de la dècada de 1950 va començar a treballar en *Memòries d'una jove formal* (1958), el primer volum de les seves extenses memòries, que es van publicar a França des de 1958 fins a 1972 i, posteriorment, van ser àmpliament traduïdes. Les seves memòries han constituït un cas paradigmàtic d'una dona del segle XX que dona testimoni de molts dels esdeveniments polítics i culturals més importants, així com de la seva pròpia trajectòria intel·lectual com a escriptora, observadora social i filòsofa (Tidd, 2017).

El 1968, es va produir un gran trastorn a la societat francesa, que va començar com una revolta estudiantil contra el sistema universitari francès a París que, amb el suport dels sindicats, es va convertir en una crisi política més àmplia a França, amb conseqüències duradores. Això va comportar l'ascens del Partit Socialista com a principal partit d'esquerres, en detriment del Partit Comunista Francès, i la renúncia, el 1969, del cap de la dreta històrica, el general Charles de Gaulle (1890-1970), que havia dominat des de la dècada de 1940, amb la seva visió de forta identitat i sobirania nacionals franceses. Simone de Beauvoir i Jean-Paul Sartre es varen posicionar clarament amb el moviment dels estudiants crítics (Rowley i Roca, 2007; Rowley, 2011).

Els temes que l'ocupen al llarg de tota la seva vida com a pensadora i activista són el feminisme, l'ètica, la política i, els darrers vint anys de la seva vida, l'envelliment i la reivindicació de les persones grans en una àmplia varietat de qüestions, tot fent aportacions substancials en tots els àmbits, però especialment en el feminisme i el pensament sobre l'envelliment (Marso, 2016).

Després de la mort de Sartre, el 1980, va publicar un homenatge al seu company de vida, *La cerimònia dels adeus* (1981), en què fa un balanç crític de la seva vida. Va morir el 14 d'abril de 1986 i va ser enterrada, amb Sartre, al cementiri de Montparnasse, de París. Des de la mort de Beauvoir, el seu segon diari de la Segona Guerra Mundial i les cartes a les seves dues parelles més permanents, Nelson Algren i Sartre, han estat publicades íntegrament.

2. Literatura, filosofia i sociologia

Beauvoir va fer una distinció entre la seva escriptura filosòfica, que reflectia les seves «opcions pràctiques i certes intel·lectuals», i la seva escriptura de ficció que, caracteritzada per un tipus d'experiència diferent, va explorar l'«ambigüitat» o la indeterminació irreductible de l'existència, la llibertat personal en un context de restriccions socials. La hipòtesi de Beauvoir, en tots els seus texts, és que cadascú és responsable de la seva existència i que s'aconsegueix ser individu ampliant els espais de llibertat personal (Bair, 1991).

El pensament filosòfic crític de Beauvoir va informar la seva visió de l'escriptura «compromesa» o *engagée* i de la manera com la literatura podria explorar l'«ambigüitat» de la vivència singular. La seva noció de literatura «necessàriament» compromesa implica per exemple un canvi de la representació de la situació de la dona en l'escriptura de ficció. Aquesta proposta va ser molt criticada, ja que semblava que Beauvoir defensava una literatura al servei d'una causa, però la seva proposta no és tan simple (Monteil, 2009; Tidd, 2004).

El seu treball com a pensadora sempre s'estructura com una recerca basada en investigacions empíriques, observació sistemàtica, experiència personal, debat amb els autors de referència i reflexió filosòfica. Aquesta metodologia la fa servir en el seu treball sobre la societat americana, la condició social de les dones, la societat xinesa o l'envelliment. Es tracta d'una metodologia que prové de la manera de treballar de la teoria crítica, també utilitzada per filòsofs com Walter Benjamin i Pierre Bourdieu, tot i que amb nivells de rigor diferenciats.

Els seus assaigs són obres de filosofia i de sociologia alhora; obres que pretenen captar la realitat del moment en el qual les escriu. En part, per aquest motiu, hi ha capítols que han quedat superats i ara tenen un valor històric, però no vigència teòrica ni sociològica. Ens referim als capítols sobre els països comunistes i la guerra freda.

Participar en el pensament de Beauvoir implica el reconeixement de les complexitats de la vida de les dones intel·lectuals, en una societat tradicionalment patriarcal, de la política de gènere que estructura la investigació intel·lectual i el debat social i filosòfic. En el cas de Beauvoir, el camí que va trobar per destacar implicà la seva autoconstrucció com a escriptora literària més que com a filòsofa i la seva recerca d'una vida intel·lectual amb un interlocutor permanent: Jean-Paul Sartre. Tanmateix, fins fa relativament poc temps, això significava que tendia a ser percebuda més com a deixeble de Sartre que com una pensadora filosòfica amb el seu propi pensament.

Com ha argumentat Michèle Le Doeuff, això té molt a veure amb la posició de la dona en la filosofia i amb la situació de Simone de Beauvoir, en particular (Le Doeuff, 1989).

En els últims anys, però, hi ha hagut un fort interès per la filosofia de Beauvoir. Aquesta reavaluació del seu pensament es concreta en la seva filosofia existencialista, en el pensament feminista, en la seva teoria ètica i en el pensament sobre l'envelliment.

3. Existencialisme ateu: la importància de l'experiència viscuda

L'existencialisme ateu i la fenomenologia són crucials per entendre el pensament posterior de Beauvoir sobre ètica, gènere i envelliment. La fenomenologia existencial pot ser difícil per als no filòsofs perquè, com qualsevol branca del pensament, és una síntesi d'idees ja complexes en si mateixes. No obstant això, el seu èmfasi en l'experiència quotidiana de la vida com a referent per orientar-se és fonamental. Aquesta perspectiva de la vida viscuda, de la subjectivitat que serveix de referència per a l'anàlisi filosòfic, és característica de la seva obra. A *El segon sexe* es troba la pregunta, i la resposta, sobre «què és una dona?», i *La vella* constitueix el referent de la segona part del llibre: «com es viu l'envelliment?».

Beauvoir va ser influenciada per diversos filòsofs, com Hegel, el filòsof danès Søren Kierkegaard i els fenomenòlegs alemanys Edmund Husserl i Martin Heidegger, en el seu propi desenvolupament diferencial de la fenomenologia existencial. Sartre també serà una influència cabdal des dels anys cinquanta, però, tot i que Beauvoir treballava en el mateix context filosòfic que ell, el seu enfocament tendeix a ser primàriament ètic (com vivim les nostres vides) més que ontològic (la naturalesa de l'ésser).

Als seus treballs *Per a què l'acció (Pyrrhus et Cinéas)* (1944) i *Per una moral de l'ambigüitat* (1947) intenta elaborar una ètica basada en la fenomenologia existencial. Beauvoir presenta diversos conceptes clau, com ara la situació, la reciprocitat, l'ambigüitat, la revelació i l'apel·lació, que informen tota la seva obra i especialment les seves anàlisis sobre la condició de les dones a *El segon sexe* (Tidd, 2004).

El problema de l'Altre s'explora tant en el seu assaig filosòfic *Per a què l'acció (Pyrrhus et Cinéas)* (1944) com en la seva segona novel·la, *La sang dels altres* (1945). En el text filosòfic, Beauvoir es preocupa per definir certs principis intel·lectuals extrets de la particularitat de l'experiència humana concreta, mentre que en el context de ficció de la novel·la explora l'ambigüitat de l'«experiència viscuda» dels seus personatges en un nivell imaginari, sense proporcionar cap anàlisi d'aquesta experiència, però sí fent viure als lectors què significa l'experiència. La seva escriptura filosòfica, informada per l'experiència concreta, proporciona una anàlisi intel·lectual de l'experiència, mentre que el seu escrit literari explora l'ambigüitat d'aquesta experiència en primera persona.

4. Feminisme

Beauvoir considera que el que s'entén per «dona» és un producte cultural que s'ha construït socialment. La seva investigació li permet mostrar que la dona s'ha definit al llarg de la història sempre respecte d'alguna cosa (com a mare, esposa, filla, germana) i reivindica que la principal tasca de la dona és redefinir i reconquerir la seva identitat específica des de criteris propis. Les característiques que s'identifiquen amb les dones no provenen de la seva genètica, sinó de la seva educació i socialització. Beauvoir sintetitza les seves tesis: «no es neix dona, s'arriba a ser-ho». *El segon sexe* (1949) és un estudi de la subjectivitat i l'opressió de la dona, que es basa en la fenomenologia existencial, el marxisme i l'antropologia (Bair, 1991).

Beauvoir es pregunta «Què és una dona?» I respon en primera persona «Jo soc una dona». Potser un dels passatges més populars de la seva obra sigui precisament aquesta pregunta, la qual li permet recordar que, des de la infància, el món se li va anar revelant com masculí, així és com prengué consciència de la seva condició de «dona» (Heinämaa, 1997).

La seva anàlisi de la cultura patriarcal és decisiva i es manté vigent. Diu Beauvoir que la temptació de dominar és la més universal, la més irresistible que existeix. «Convertir-se en dona» significa, en el seu relat, la construcció de la subjectivitat femenina en la societat patriarcal i el desenvolupament de la noció de «dona» com «l'altre». A la primera part del llibre, Beauvoir investiga si hi ha un fonament científic pel qual les dones mereixin la situació d'opressió, i el resultat és negatiu. En la segona, es mostra com es viu en la situació d'oprimida, com les dones viuen en aquesta condició que els han adjudicat els homes, i al final s'indiquen vies per sortir de la situació d'opressió.

El segon sexe es proposa respondre justament la pregunta de per què les dones són relegades a la categoria de «l'altre», complementari del protagonista masculí de la història. Beauvoir dona dues respostes a aquesta pregunta. La primera es refereix a les relacions històriques entre els dos sexes i a diverses modalitats de dominació patriarcal. La segona, la veritablement original, posa en relleu que les dones són relegades a la categoria de «l'altre», perquè hi ha una construcció social del gènere, de les dones. Aquesta construcció, alhora ideològica i empírica, garanteix la dominació patriarcal de les societats i és la que cal pensar, desvelar i desfer per construir unes relacions lliures del domini patriarcal (Amorós, 2009). Perquè, efectivament, el que impedeix a les dones realitzar-se com a éssers humans és la situació en què les han col·locades els homes, dominants en totes les estructures institucionals de les societats. Beauvoir diu, si no hi ha una essència d'allò femení, si no es neix amb els atributs que configuren socialment el gènere femení, podem fer-nos dones amb atributs diferents dels que ens han assignat, amb els atributs d'éssers lliures. El 1965, en una entrevista amb Francis Jeanson (1966), es va reconèixer «completament feminista», una declaració política important, a mitjan dels anys seixanta, del principal motor de la seva obra i del motiu de reconeixement internacional de Beauvoir.

La gamma de debats i campanyes feministes que havien tingut lloc al llarg dels dos-cents anys abans de 1968 es van centrar en el sufragi femení, el control de la natalitat i l'emancipació de les dones en general. Després de 1968, el moviment feminista va rebutjar l'enfocament reformista d'aquest feminisme primerenc, donant lloc al que ara es coneix com «post 1968» o «segona ona» del feminisme francès. El nou feminisme es resisteix a ser definit fàcilment ja que comprenia molts grups diferents. Beauvoir va participar activament en campanyes feministes, com la lluita per legalitzar l'avortament i la sensibilització sobre la violència contra les dones. Al final dels anys seixanta es va convertir en directora editorial de *Questions Féministes* (més tard *Nouvelles Questions Féministes*), la revista feminista més important de França. El 1974 també va assumir la presidència de la Ligue des Droits de la Femme (Lliga per als Drets de la Dona). Va ser Beauvoir qui es va oposar fermament al feminisme de la «diferència» associat al grup *Psychanalyse et Politique*, i preferí prestar el seu suport a la tendència del feminisme d'esquerra, liderada per figures com Christine Delphy (1941-) i Monique Wittig (1935-2003), ambdues col·laboradores de la revista *Questions Féministes*, activistes i teòriques del feminisme francès posterior a 1968 (Marso, 2016; Sallenave, 2010).

Beauvoir no va revisar a fons els seus arguments principals, però posteriorment va reconèixer que no havia tractat a fons les condicions materials de vida de les dones o que havia subestimat la importància política de la sexualitat femenina i va plantejar que, en totes les lluites polítiques, la teoria feminista no podia oblidar la pràctica política col·lectiva (Sallenave, 2010; Santa i Segarra, 2012). Per altra part, al marge dels temes reconeguts com no tractats o menystinguts, també n'hi ha que van ser callats, com la vivència homosexual, tot i que a les seves cartes a Sartre explica freqüents experiències lesbianes. També és cert que l'època en la qual va viure limitava encara molt el reconeixement obert de la bisexualitat i d'altres orientacions sexuals (Rowley, 2011).

5. L'envelliment

Les aportacions al pensament feminista són prou conegudes, però la seva obra sobre l'envelliment, sobre l'experiència de ser una persona gran és menys coneguda. Tal vegada, costa més entendre les novetats de l'aportació de Beauvoir. Probablement, ha arribat el moment de reivindicar els resultats de les seves recerques i propostes (Bernárdez, 2009).

El seu treball titulat *La vieillesse* (1970) es pot considerar el seu darrer assaig d'importància. Posteriorment va publicar la novel·la *Quan predomina l'espiritual* (1979) i les memòries *La cerimònia dels adéus* (1981), però ja no va fer més assaig. Va dedicar molts anys a les anàlisi i propostes de la seva obra de quasi set-cents pàgines, en les edicions en castellà o català, però aquest tema és tan important per a Beauvoir com per tractar-lo en moltes de les seves obres:

- (1963) *La força de les coses*. Un dels seus llibres de memòries més autèntics. Al final del text se sorprèn de l'arribada de la vellesa, de l'experiència de l'edat, de l'estranyesa davant del rostre que ha canviat força.
- (1964) *Una mort molt dolça*. Tracta la mort de la seva mare, Françoise Brasseur. S'hi narren les darreres sis setmanes de la vida de la seva mare, ja molt gran, hospitalitzada inicialment per una trencadura del coll del fèmur ocasionada per una caiguda i que va acabar morint d'un càncer que li van diagnosticar un cop va ser a l'hospital. Aquesta obra mostra, per una banda, la visió que la filla té de l'evolució de la seva mare com a dona al llarg de la vida i de l'evolució de la relació mare-filla i, per altra banda, els pensaments sobre l'envelliment, viscut com un deteriorament pel que fa a la seva mare, sobre el tractament que reben els malalts terminals i sobre la mort i el seu significat.
- (1981) *La cerimònia dels adeus*. Un dels temes més rellevants és la vellesa de Sartre i d'ella mateixa, les seves relacions quan ja són grans. Al text es descriuen les trivials i, de vegades, doloroses contingències de la vellesa. No es tracta només d'un text contra l'acceptació resignada del procés de deteriorament, sinó també d'un text contra la despreocupació, la manca de reflexió sobre l'envelliment. La reivindicació de la vellesa es construeix gràcies a la reivindicació de la vida viscuda, de la coherència que mostren tots dos, Beauvoir i Sartre, intervenint en actes polítics, viatjant, escrivint i pensant junts.
- (1992) *Malentendu à Moscou*. Rosa Regàs, en el pròleg a l'edició en castellà, explica com l'autora hi tracta el tema de l'envelliment: «Simone de Beauvoir no nos cuenta cómo influye en una pareja con muchos años de vida en común la llegada de la vejez, sino que es la historia de Nicole y André en Moscú la que nos desvela hasta qué punto se siente ella amenazada a todas horas por esta vejez que comenzó asomando y poco a poco domina su vida» (1992, ed. de 2013, pàg. 11).

Beauvoir, per tant, tracta el tema de la vellesa com un tema central de la seva reflexió i creació literària. Considera que el pensament sobre la mort, una proposta clàssica de la filosofia (des de Sòcrates a Heidegger) no és tan rellevant ni ha estat tan negat com el pensament sobre l'envelliment. La seva obra tracta sobre la pèrdua de les capacitats físiques, sobre la pèrdua de control de les funcions corporals i cognitives, sobre la dependència dels altres (familiars, cuidadors o sanitaris); tracta també de la conversió del cos en un objecte que genera problemes (la cosificació). Però, sobretot, tracta de la no resignació, de la reivindicació de la lluita i de l'afirmació de la vida.

Què és envellir per a Beauvoir? La característica és el canvi, continua el canvi. La vida humana es concreta en individus entesos com sistemes inestables en els quals l'equilibri

es perd i s'ha de reconquistar constantment. El que caracteritza la vellesa és cert tipus de canvi irreversible i no sempre favorable. No obstant això, «favorable» implica un judici de valor, diferent en cada societat. Cada societat crea els seus propis valors i al capitalisme el valor dominant és el de la productivitat. Beauvoir mostrarà com aquests valors poden ser diferents, com han estat diferents en altres èpoques, com en el món antic (la Grècia i la Roma clàssiques), en què la vellesa era considerada com una època privilegiada de l'existència. La vellesa no és només un fet biològic, sinó un fet cultural.

L'estudi de l'envelliment intenta aclarir com l'envelliment afecta l'«experiència viscuda» de la subjectivitat. Beauvoir argumenta que no hi ha experiència universal de l'envelliment, que depèn de la interacció de variables fisiològiques, psicològiques, històriques, geogràfiques i socioculturals. La vellesa, com la construcció del gènere, es representa com un fet cultural no natural. Com diu Bernárdez (2009: 31):

"La vejez es un proceso individual que se vive en un contexto y en una sociabilidad determinada. No es lo mismo ser un hombre anciano que una mujer anciana, no es lo mismo tener recursos económicos o no tenerlos, tener o no tener acceso a la cultura... Estas y otras variables dibujan una vejez distinta que depende de muchos factores diferentes. Simone de Beauvoir parte de una visión concreta de la vejez: el problema de la marginación que padecen los ancianos como un elemento de discriminación que hay que superar, porque es injusto que las personas mayores resulten arrinconadas, silenciadas, al imponerse el criterio que rige la vida moderna: el de la productividad, que atrapa y hace infelices tanto a jóvenes como a ancianos".

A *La vellesa* es planteja com a objectiu demostrar que la vellesa és una construcció social i cultural que canvia al llarg de la història fins a arribar a la segona part del segle XX, en què es tracta a les persones grans com si no fossin subjectes. La persona gran és un subjecte paradoxal al qual els mites i estereotips del pensament dominant representen com algú que ja no pot expressar les seves necessitats i desitjos. Si les persones grans expressen els mateixos desitjos, els mateixos sentiments, les mateixes reivindicacions que els joves o adults, causen escàndol; en ells l'amor sembla ridícul, la sexualitat repugnant. Han de donar exemple de les seves suposades virtuts i en qualsevol cas s'espera que siguin prudents i serens. Diu Beauvoir que, o per la seva virtut o per la falta d'ella, per la seva situació al marge del mercat de treball i per la seva creixent dependència, se situen al marge dels subjectes complets. Com és evident, es revela contra aquesta representació dominant en la segona part del segle XX.

Beauvoir parla, intencionadament de *viellards* per mostrar amb aquest terme quina és la representació social dominant de les persones grans. Beauvoir entén que un aspecte clau de la pèrdua de reconeixement és la posició al marge del mercat de treball de les persones grans, això en una societat tan centrada a valorar les persones en funció de la

seva posició social els posa en una situació precària. Diu Beauvoir que, en no constituir una força econòmica, no tenen els mitjans per fer valer els seus drets, malgrat la seva creixent importància en una societat basada en el vot.

Aquesta representació, basada en la negació i en el tractament condescendent, és un dels temes pendents de les societats avançades. Ens neguem a reconèixer-nos en el vell que serem. Podem pensar en la mort, sabem que a tots nosaltres ens tocarà morir. També podem pensar que ens jubilem, si tenim sort. No obstant això, encara és un repte pensar-se com a persona gran. Diu Beauvoir que no sabem qui som si ignorem el que serem. Es planteja trencar aquest silenci sobre la vellesa.

La vellesa té una dimensió existencial: modifica la relació de l'individu amb el temps, per tant, la seva relació amb el món i amb la seva pròpia història. Ha de plantejar-se, per tant, com una cosa més que una qüestió basada en canvis fisiològics, ja que es tracta d'un procés personal i social, amb una profunda dimensió cultural. Per això, un estudi sobre la vellesa ha de ser exhaustiu.

L'enfocament del seu treball és integral, per a Beauvoir tota situació humana pot ser considerada com *exterioritat*, és a dir, tal com es presenta socialment, i com *interioritat*, quan el subjecte la viu en primera persona, implicant percepcions, experiències, elaboracions subjectives. A la primera part del llibre desenvolupa el primer plantejament, en la segona tracta de respondre com els individus vam superar o som dominats per la vellesa. En qualsevol cas, el plantejament crític de Beauvoir s'expressa en la reivindicació de les diferències socials, de classe, en la vellesa. No és igual la vellesa d'un miner o d'una treballadora de l'hoteleria, que la vellesa d'un rendista o d'un capitalista.

Què proposa Beauvoir? El seu plantejament és clarament precursor de l'envelliment actiu, però amb alguns plantejaments polítics singulars. Perquè la vellesa no sigui una paròdia de la nostra existència anterior no hi ha més que una solució: continuar perseguint l'autonomia fins que donin sentit a la nostra vida, per exemple, dedicació a individus, comunitats, causes socials o culturals, desenvolupar una activitat intel·lectual, creativa, política. S'han de conservar les passions, evitar tancar-nos en nosaltres mateixos. Diu Beauvoir que la nostra vida conserva valor mentre es reconeix el valor de la vida d'altres persones, sigui a través de l'activitat social, l'amistat, l'amor, la compassió o la indignació (sí, també la indignació).

Per poder potenciar polítiques socials, cal, en un primer moment, poder parlar-ne, reflexionar i tenir clars els objectius proposats; així, parlar de la vellesa, de la pròpia i de les persones que ens envolten és un primer pas. Què volem? Què esperam d'aquesta etapa? Com és viscuda i com és percebuda pels qui ens envolten i per la societat? Preguntes que cal posar damunt la taula, o, en paraules de l'autora a l'obra *El segon sexe*, cal «trencar el

silenci» sobre les actituds i els comportaments que té la societat vers les persones grans, actituds i comportaments generalment associats a connotacions negatives. Per tant, en un segon moment caldrà canviar la visió negativa i passiva de la persona gran a una persona activa i amb potencialitats individuals que influiran en la seva pròpia vida i en la del seu entorn. Això passa, emperò, per una revalorització de les persones grans, a nivell econòmic, social i cultural (Paola, Tordó i Danel, 2015).

La política social de les persones grans ha de ser, a més d'una política d'estimulació i suport a la vida activa i autònoma, una política per millorar les condicions de vida a les edats prèvies. La nostra política de la vellesa és efectiva si s'aconsegueix la implicació social i cultural des de la joventut. Si es vol tractar les persones grans com humans, cal que sempre s'hagi tractat com humans als ciutadans. La política social que accepta l'explotació extrema de dones i homes, en la joventut i l'edat adulta, sol defensar la retòrica de tractar-los humanament quan ja no poden ser explotats per la seva avançada edat. Per a Beauvoir això és senzillament inacceptable.

6. La seva aportació a la gerontologia

Com expliquen Fernández-Mayorales et al. (2018), a la dècada dels seixanta quasi no s'identifiquen referències i aportacions que vinculin l'envelliment i el feminisme. Simone de Beauvoir es pot considerar una de les pioneres en la creació de literatura que estableix el vincle entre gènere i envelliment a la dècada dels setanta. Antigament, deia Beauvoir, la dona gran no tenia interès per als estudis de gènere. De fet, les referències bibliogràfiques de l'obra *La vellesa* (1970) són limitades; passa el mateix amb l'obra *Fuente de la edad* (1994), de Betty Friedan, la qual no és especialment coneguda per aquesta obra.

En definitiva, les seves aportacions en forma de reflexions obren el camí a debats encara actuals, per la qual cosa és considerada una de les precursoras del bon tracte a les persones grans. De fet, García Márquez la considerava una de les obres més minucioses i ben documentades sobre la vellesa que havia llegit (Esparza, 2009). Aquest bon tracte passa per aspectes com ara el dret de decidir i de tenir una mort digna, aspectes tractats a l'obra *Una muerte muy dulce*, en què potencia, a través de reflexions, el debat sobre si allargar o no de forma innecessària i no decidida la vida d'una persona; fet que es relacionaria amb un sofriment, segons les seves paraules, inacceptable (Bernárdez, 2009). Un altre element important és l'empoderament que cal potenciar en persones grans, especialment en les dones, i reflexiona en un primer moment sobre el rol tradicional donat a aquest sexe, bàsicament centrat en la reproducció, a pertànyer a l'home i en la importància bàsica de mantenir-se belles (Bernárdez, 2009); empoderament que caldrà realitzar des de diferents àmbits: individual, familiar i social, i que començaria amb una autoacceptació de la dona com a persona gran (Loungo, 2016), a potenciar

la igualtat entre homes i dones (Otero, 2013) i que inclou, com bé referenciava la mateixa Simone de Beauvoir, els mitjans de comunicació, i amb l'aportació d'imatges positives relacionades amb les capacitats i potencialitats de les persones grans (Bernárdez, 2009).

L'anàlisi realitzada per Simone de Beauvoir ha aportat una nova visió als teòrics i als artistes actuals, a partir de dues perspectives. Per començar, recalca l'aportació sociològica de la persona gran al món actual. Visualitza com les persones grans influeixen en el desenvolupament econòmic actual mitjançant diferents mecanismes, com ara, amb l'aparició de nous jaciments d'ocupació. La persona gran, a partir de la mirada de Simone de Beauvoir, es converteix en una oportunitat per aconseguir millories en la nostra societat, però, per aconseguir-ho, s'ha de millorar la segona perspectiva. És a dir, s'ha de veure la dona gran com el que és, sense connotacions negatives o actituds prejudicials. La segona perspectiva canvia la representació de la dona gran que predominava a l'època; Simone de Beauvoir aposta per una representació dignificada de la dona gran, per transmetre valors positius de l'envelliment (Bernárdez, 2009).

Amb tot, podríem indicar que Simone de Beauvoir pot ser identificada com una figura influent en l'actual gerontologia feminista. Com destaca Bernárdez (2009), la seva contribució ha estat decisiva en alguns moviments actuals com l'Old Women Movement (organització pionera en la lluita contra l'edatisme, que denuncia la discriminació de la dona gran i els estereotips que es transmeten als mitjans de comunicació). La seva reivindicació influeix tot impregnant no només moviments i mitjans de comunicació, sinó també obres artístiques i pintures. La pintura dedicada a la dona, generalment, s'ha centrat en figures joves i belles. Pocs artistes abordaven de manera específica l'envelliment. Com explicarà Bernárdez (2009), aquest fet es deu al «poder simbòlic», en què es reproduïen i exalten els referents dominants a la societat: joventut, bellesa, primor, etc. El problema rau en el fet que, si un col·lectiu no apareix als mitjans, a l'art, a les notícies, se li resta rellevància, i per tant, és invisibilitzat.

L'obra de Simone de Beauvoir va provocar una nova obertura, una nova mirada a la dona gran. Les pintures i les obres del segle XX varen estar ja impregnades per aquesta nova filosofia i aquests pensaments innovadors, en què la dona gran no només havia de tenir els mateixos drets civils, sinó, a més a més, també havia de ser presentada al món com era: amb la bellesa del seu cos, de les seves experiències i de la seva trajectòria. Bernárdez (2009) es qüestiona si obres com les d'Alice Neel, Kiki Smith, Lucien Freud, Hannah Wilke i Niwa Yanagi —obres feministes de referència— haurien estat possibles sense l'aportació de l'obra de Simone de Beauvoir, la qual, en parlar d'una dona gran realista, natural i sense tabús, va col·locar un dels primers esglaons de l'actual gerontologia feminista.

7. Reivindicació de la llibertat pensada i vívida

Per a Sallenave (2008, 2010), el més interessant de Beauvoir és que la seva voluntat de construir una obra literària i filosòfica no la va conduir a renunciar a una vida plena. Va aconseguir viure una vida que reflectia fidelment les seves idees i va plasmar en la seva obra els descobriments que la vida la va portar a realitzar.

Pel que fa als compromisos polítics, com Sartre i bona part de la seva generació d'intel·lectuals europeus, va donar mostres de dogmatisme (suport a la Unió Soviètica fins als anys seixanta), però també de gran valentia, com la defensa de la descolonització d'Algèria i la lluita per la pau.

La seva obra literària ha perdut força i vigència, tot i que les seves memòries representin un exemple de narrativa autobiogràfica. La seva obra d'assaig, però, es manté com un referent en tres camps: l'existencialisme, el feminisme i el pensament renovador sobre la vellesa. El més original de la seva trajectòria es troba en la fertilització de la seva vida per la seva obra i la creació d'una obra oberta a la vida.

Referències bibliogràfiques

Obres de Simone de Beauvoir

- (1943) *La convidada* (novel·la)
- (1944) *Per a què l'acció (Pyrrhus et Cinéas)* (assaig)
- (1945) *La sang dels altres* (novel·la)
- (1945) *Les boques inútils* (teatre)
- (1946) *Tots els homes són mortals* (novel·la)
- (1947) *Per una moral de l'ambigüitat* (assaig)
- (1948) *Amèrica del nord dia a dia* (memòries)
- (1948) *L'existencialisme i la saviesa popular* (assaig)
- (1949) *El segon sexe* (assaig)
- (1954) *Els mandarins* (novel·la)
- (1955) *El pensament polític de la dreta* (assaig)
- (1957) *La llarga marxa (assaig sobre la Xina)* (assaig)
- (1958) *Memòries d'una jove formal* (memòries)
- (1960) *La plenitud de la vida* (memòries)
- (1963) *La força de les coses* (memòries)
- (1964) *Una mort molt dolça* (memòries)
- (1966) *Les belles imatges* (novel·la)
- (1968) *La dona trencada* (novel·la)
- (1970) *La vellesa* (assaig)
- (1972) *Final de comptes* (memòries)
- (1979) *Quan predomina l'espiritual* (novel·la)
- (1981) *La cerimònia dels adeus* (memòries)

Obres de publicació pòstuma

- (1990) *Cartes a Sartre, volum I: 1930-1939*
- (1990) *Cartes a Sartre, volum II: 1940-1963*
- (1990) *Diari de la guerra: setembre de 1939 - gener de 1941*
- (1992) *Malentendu à Moscou*
- (1997) *Cartes a Nelson Algren*
- (2004) *Correspondència creuada amb Jacques-Laurent Bost*
- (2008) *Notes de Joventut, 1926-1930*

Obres de referència

- Amorós, C. (2009). Simone de Beauvoir: entre la vindicació y la crítica al androcentrismo. *Investigaciones feministas*, 9-27.

Bair, D. (1991). *Simone de Beauvoir: biography*. Londres: Simon and Schuster.

Bernárdez, A. (2009). Transparencia de la vejez y sociedad del espectáculo: pensar a partir de Simone de Beauvoir. *Investigaciones feministas: papeles de estudios de mujeres, feministas y de género*, 0, 29-46.

Esparza, A. (2009) *La vejez como tema en la novelística de Gabriel García Márquez*. Trabajo de Maestría. Texas: Texas Tech University.

Fernández-Mayorales, G., Schettini, R., Sánchez-Román, M., Rojo-Pérez, F., Silveria M. i João, M. (2018). El papel del género en el buen envejecer. Una revisión sistemática desde la perspectiva científica. *Prisma Social: revista de investigación social*, (21), 149-176.

Heinämaa, S. (1997). What is a woman? Butler and Beauvoir on the foundations of the sexual difference. *Hypatia*, 12(1), 20-39.

Le Doeuff, M. (1989). *L'étude et le rouet. Des femmes de la philosophie*. París: Seuil.

Ledwina, A. (2016). De l'individualisme à la solidarité sociale: la philosophie de la guerre dans les textes beauvoriens. *Thélème. Revista Complutense de Estudios Franceses*, 31(1), 165-178.

Loungo, G. (2016) *Curvas en Simone de Beauvoir: escrituras de la madurez a la vejez*. A Grau, O., Loungo, G., Castillo, A., González, V. i Santander, E. (2016) *Simone de Beauvoir en sus desvelos. Lecturas feministas*. Xile: Centro de Estudios de Género. Facultad de Filosofía y Humanidades. Universidad de Chile. (47-72).

Jeanson, F. (1966). *Simone de Beauvoir ou l'entreprise de vivre. Suivi de deux entretiens avec Simone de Beauvoir*. París: Seuil.

Marso, L. (2016). Simone de Beauvoir (1908-1986). A *Fifty-One Key Feminist Thinkers*. Londres: Routledge.

Monteil, C., (2009). *Simone de Beauvoir. Modernité et engagement*. París: L'Harmattan.

Otero, H. (2013). La vejez como problema histórico. Una agenda de investigación. *Anuario del Centro de Estudios Históricos*, 13, 93-108.

Paola, J. P., Tordó, M. N. i Danel, P. M. (comp). (2015). *Más mayores, más derechos: diálogos interdisciplinarios sobre vejez*. La Plata: Editorial de la Universidad de la Plata.

Rowley, H. (2011). *Tête-à-tête: The Lives and Loves of Simone de Beauvoir & Jean-Paul Sartre*. Nova York: Random House.

Rowley, H., Roca, M. (2007). *Sartre y Beauvoir*. Barcelona: Debolsillo.

Sallenave, D. (2008). *Castor de guerre*. París: Gallimard.

Sallenave, D. (2010). *Simone de Beauvoir, contra todo y contra todos*. Barcelona: Galaxia Gutbenberg.

Santa, À., Segarra, M. (eds.), (2012). *Simone de Beauvoir, filosofía, literatura y vida*. Barcelona: Editorial Peter Lang.

Tidd, U. (2004). *Simone de Beauvoir*. Londres: Routledge.

Tidd, U. (2008). Simone de Beauvoir Studies. *French Studies*, 62(2), 200-208.

Tidd, U. (2017). Simone de Beauvoir and the Uses of Memory. *Women Genre and Circumstance*. Londres: Routledge.

Autors

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la (1960). Diplomant en Treball Social, doctor en Filosofia per la UIB i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor titular d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Ha estat director (1990-1996) de la Unitat de Planificació i Estudis dels Serveis Socials del Consell de Mallorca. Fou, també, el primer director de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (2002-2003). És autor, entre d'altres, de l'obra *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos* (1999), i coautor, entre altres llibres, d'*Epistemología de las ciencias sociales y de la educación* (2012); *Iniciación al análisis de datos en la investigación educativa* (2013); *Métodos y técnicas de investigación educativa* (2014); *Le Programme de compétences familiales: l'adaptation du SFP en Espagne* (2015). Ha estat director de l'ICE de la Universitat de les Illes Balears. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES).

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. És la investigadora principal en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES), de la UIB. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-1998 i l'ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears. És la directora de la International Summer Senior University. Des de juny de 2018 és la Directora General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Govern d'Espanya.

MARGA 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 destaquen la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, les relacions intergeneracionals i la gestió de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballar amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida 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.

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia. Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la UIB i Màster en Intervenció Multidisciplinària per Trastorns de la Conducta Alimentària, Trastorns de la Personalitat i Trastorns Emocionals per la Universitat de València. Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran. És estudiant de Doctorat en Ciències de l'Educació i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears. 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. Les seves línies principals de recerca són els programes de prevenció basats en l'evidència, tècniques i estratègies d'intervenció psicològica i trastorns de la conducta alimentària.

RADIOGRAFIA DE LA SITUACIÓ DE LA GENT GRAN A LES ILLES BALEARS

Radiografia de la situació de la gent gran a les Illes Balears

Carmen Orte Socias

Lydia Sánchez Prieto

Marga Vives Barceló

Maria Valero de Vicente

Lluc Nevot Caldentey

Miren Fernández-de-Álava

Resum

El present capítol pretén constituir un acostament tant a l'actual situació biològica, social i demogràfica de la gent gran, com als corresponents processos que vehiculen els sistemes de protecció social, a l'arxipèlag Balear, per tal de donar cobertura a les demandes que aquests tenen. Amb aquesta finalitat, aquest treball inclou quatre objectius: en primer lloc, contextualitzar l'evolució de les dades estadístiques autonòmiques i locals dintre del conjunt estatal i europeu pel que fa a l'envelliment; en segon lloc, descriure, en el pla socio sanitari, els indicadors actuals de cobertura de necessitats de salut dels adults grans; en tercer lloc, analitzar les tendències seguides per les dades relatives a les prestacions per reconeixement de la situació de dependència a les Illes Balears, i finalment, conèixer els engranatges i avenços produïts quant a participació i implicació social, comunitària i de formació de la gent gran. Tot junt, per al plantejament de línies d'actuació i de propostes vers la promoció de l'autonomia personal de les persones d'edat avançada.

Resumen

El presente capítulo pretende constituir un acercamiento tanto a la actual situación biológica, social y demográfica de la gente mayor, como a los correspondientes procesos que vehiculan los sistemas de protección social, en el archipiélago Balear, para dar cobertura a las demandas que estos conllevan. Con esta finalidad, este trabajo abarca cuatro objetivos: en primer lugar, contextualizar la evolución de los datos estadísticos autonómicos y locales dentro del conjunto estatal y europeo en cuanto al envejecimiento; en segundo lugar, describir, en el plano socio sanitario, los indicadores actuales de cobertura de necesidades de salud de los adultos mayores; en tercer lugar, analizar las tendencias seguidas por los datos relativos a las prestaciones por reconocimiento de la situación de dependencia en las Illes Balears, y finalmente, conocer los engranajes y avances producidos en cuanto a participación e implicación social, comunitaria y de formación de las personas mayores. En definitiva, para el planteamiento de líneas de actuación y de propuestas hacia la promoción de la autonomía personal de las personas de edad avanzada.

1. Les persones grans: dades estadístiques

Els darrers anys s'ha identificat un increment rellevant de persones grans a la nostra societat, i més específicament, al nostre país. **L'esperança de vida** ha evolucionat i augmentat com mai ho havia fet i ha fet possible una fita sense precedents: allargar els anys de vida. Actualment, les dones presenten **una esperança de vida de 85,5 anys i els homes de 80,3 anys** (Abellán, Ayala, Pérez, i Pujol, 2018a).

Juntament amb l'allargament de la longevitat, es produeix **un creixement del nombre de persones grans**. Les dades apunten que fins al 18,8% de la població espanyola té 65 anys o més (8.764.204 persones de 65 anys o més) de les 46.572.132 registrades a l'Institut Nacional d'Estadística (INE) durant l'any 2017. Passa el mateix amb **la població sobreenvellida**, en què els octogenaris representen fins al 6,1% de la població estatal. En relació amb **Europa**, Espanya és un dels principals països més envellits. Per davant trobem països com Alemanya, Itàlia, França o el Regne Unit.

En l'àmbit autonòmic i segons les dades de l'IBESTAT (2017), el 15,33% de les persones, és a dir, 229.577 persones tenen 65 anys o més, de les 1.115.999 persones de la població total registrada a les Illes durant el 2017. Es tracta d'una de les comunitats autònomes més joves en comparació amb la resta de l'Estat. Els **octogenaris** de les Illes representen el 2,12% de la població autònoma (23.696 persones).

D'altra banda, la **distribució per illes** indica que la població envellida es concentra sobretot a Mallorca i especialment a **Palma**. Les dades del padró recollides per l'INE indiquen que el 80,3% de la població de 65 anys o més viu a Mallorca; el 8,7%, a Menorca; el 10,1%, a Eivissa i el 0,9%, a Formentera. Però, a més, és rellevant destacar que, de la població envellida de Mallorca, quasi la meitat (el 46,21%), es registra a Palma, és a dir, 63.474 persones de 65 anys o més. Per tant, s'identifica una concentració més gran als **nuclis urbans**, igual que ocorre a la resta del país.

L'envelliment també es caracteritza per una **clara feminització** de la població. El 55,81% de la població de 65 anys o més i el 67,67% de la població de 85 anys o més són dones. A més, els **estrangers grans** que resideixen a la comunitat autònoma de les Illes Balears també són un col·lectiu a destacar perquè, amb els anys, cada vegada més, assumeixen un pes més gran. Aproximadament, el 16,75% de les persones de 65 anys o més són estrangeres. Per tant, no s'ha de subestimar aquest sector de la població que progressivament va adquirint **més protagonisme i que es caracteritza per la diversitat i l'heterogeneïtat**.

Per tot això, s'ha de ser conscient que tant la població envellida com la sobreenvellida influeixen en la societat i han d'assumir cada vegada més transcendència pels poders públics. També, vinculades amb l'increment de la longevitat i del nombre de persones grans, apareixeran una sèrie de necessitats a tenir en compte i, fins i tot, de conseqüències. Per començar, a mesura que es compleixen anys, també és més probable que apareguin limitacions i dèficits funcionals, físics i psicològics. Entre els principals dèficits destaquen **les malalties** o, fins i tot, les **pluripatologies**, tan característiques d'aquesta tipologia de població. Per exemple, com indiquen Abellán et al. (2018a), fins al 44,4% de les altes hospitalàries de l'any 2015 corresponen a gent gran.

De la mateixa manera, també cal desenvolupar **un sistema econòmic** que doni suport i qualitat de vida a les persones grans. En concret, a Espanya, s'han comptabilitzat 9,5 milions de pensions en el sistema de la Seguretat Social, 5,8 milions de les quals són de jubilació i 2,4 milions són de viudetat. La pensió mitjana, segons els autors, és de 920,6 euros mensuals. Tot i així, també s'ha d'incidir en el fet que, els darrers anys, la situació econòmica de les persones grans ha millorat, i la taxa de risc de pobresa s'ha situat en el 13% durant el 2016 (Abellán et al., 2018a).

Tampoc s'ha d'oblidar que cada vegada es veu més incrementat el nombre de gent gran que viu tota sola. Segons les dades dels autors Abellán et al. (2018a), durant el 2016, el 28,8% de dones grans viuen totes soles i també el 14,7% d'homes. Possiblement, aquestes dades es relacionen amb el fet que la forma més típica de **convivència** és amb la parella i que, quan aquesta mor, amb freqüència, els vidus i les vídues queden sols. La **soledat** d'aquestes persones es converteix en un punt a abordar, atès que es posicionen en una situació de risc, de vulnerabilitat i d'indefensió. Malgrat aquest fet, també s'ha de destacar que Espanya és un dels països amb més grau de **solidaritat familiar i intergeneracional**, en comparació amb la resta de països d'Europa. Amb freqüència la persona que s'encarrega de la cura i l'atenció dels homes grans és la dona, seguida de la filla.

2. L'atenció sanitària a les Illes Balears

Les persones grans necessiten una sèrie de serveis, prestacions i ajudes dirigides a atendre les seves necessitats sanitàries. Amb l'edat és freqüent l'aparició o la **cronicació de diferents malalties, discapacitats o dèficits** que han de ser coberts i atesos des de serveis especialitzats en salut. Però, també, amb els anys apareixeran estats de vulnerabilitat, com ara la **fragilitat** en l'adult gran o la cronicitat de les malalties, que implicaran una cura estesa i mantinguda al llarg dels anys i la coordinació entre diversos serveis socio-sanitaris per respondre eficaçment a les diferents problemàtiques. A les Illes Balears és el **Servei de Salut** l'encarregat de fer-ho.

Segons les dades de 2017 proporcionades per la Subdirecció d'Atenció a la Cronicitat, Coordinació Socio-sanitària, Salut Mental i Malalties poc freqüents del Servei de Salut de les Illes Balears, els **centres hospitalaris** del Servei de Salut de les Illes Balears varen atendre **unes 2.030.042 persones, el 18,09% de les quals eren persones de 65 anys o més**. Aquesta dada reflecteix un **increment del 4,31% respecte a l'any 2010**. Així mateix, la **dona gran** és una usuària freqüent de les estades hospitalàries. A mesura que compleix anys, també s'allarga la seva recuperació: l'estada mitjana de la dona gran oscil·la entre 6,2 i 9,5 dies, segons les darreres dades de l'IBESTAT (2015). El model socio-sanitari del Servei de Salut de les Illes Balears disposa dels recursos que es presenten a la taula 1.

Taula 1 | *Recursos sanitaris del Servei de Salut de les Illes Balears*

Atenció primària	Atenció hospitalària
Mallorca	Mallorca
45 centres de salut	Hospital Universitari Son Espases
86 unitats bàsiques de salut	Hospital de Manacor
Menorca	Hospital Son Llätzer
Cinc centres de salut	Hospital Comarcal d'Inca
Set unitats bàsiques de salut	Hospital General
Eivissa	Hospital Joan March
Cinc centres de salut	Hospital Psiquiàtric
11 unitats bàsiques de salut	Menorca
Formentera	Hospital General Mateu Orfila
Un centre de salut	Eivissa
	Hospital Can Misses
Atenció d'urgències	Formentera
061	Hospital de Formentera
Atenció telefònica	
Coordinació dels serveis d'atenció primària i atenció hospitalària	
Serveis d'urgències d'atenció primària	
Atenció domiciliària	
Atenció als punts d'atenció continuada (PAC)	
Serveis d'urgència hospitalària	

Font: Pàgina web IB-Salut: <https://www.ibsalut.es/ibsalut/cal>

Des de la **perspectiva socio sanitària** s'ha de desenvolupar un model uniforme de prestacions que respongui de manera eficaç a la promoció de l'autonomia de la persona gran al seu entorn. El model que se segueix manté la diferenciació clara entre els serveis sanitaris i els serveis socials, però també crea una figura intermèdia de **coordinació socio sanitària**, tant en l'àmbit tècnic com en l'institucional, que ha d'ajudar a respondre a les necessitats de la població més vulnerable i a afavorir els circuits de comunicació i de gestió de recursos. Les situacions de dependència i de disminució de l'autonomia provoquen una adaptació i una coordinació dels serveis sanitaris i dels serveis socials. Aquest plantejament requereix poca complexitat tecnològica però un gran component humà. Per això els **equips** d'aquestes unitats són **multidisciplinaris i polivalents**. La característica bàsica d'aquestes unitats és el que fa imprescindible el treball en equip amb objectius comuns i l'actuació de manera sinèrgica per aconseguir plantejar el millor pla d'atenció per a les necessitats concretes de cada usuari.

Els **indicadors estàndard de cobertura** assenyalen una sèrie d'aspectes que s'han tingut en compte per determinar l'atenció sanitària (Adrover, Fuster, Pomar, Gómez, i Castaño, 2010). En concret, els indicadors estipulen les condicions següents (vegeu la taula 2):

Taula 2 | *Indicadors estàndard de cobertura per illa¹*

		Mallorca	Menorca	Eivissa	Formen- tera
Hospital de dia	1,5 places / 1.000 habitants > 65 anys	175	19	20	1
Cures especials	El 3,5% de la població de més de 65 anys necessitarà recursos d'estada llarga. D'aquesta, la sanitària s'estima en el 2-3,5%	De 81 a 143	De 9 a 15	De 9 a 16	-
Convalescència i rehabilitació	20-25 llits / 100.000 població total	De 160 a 200	De 17 a 22	De 24 a 30	-
Unitats polivalents CV + CP ¹	2,3 llits / 1.000 > 65 anys	-	28	31	2
Cures pal·liatives	8-10 llits/100.000 habitants	De 64 a 80	De 7 a 9	De 10 a 12	-
ESAD	1 equip/100.000 habitants	8	1	1	0

Font: Conselleria de Salut i Consum. Pla d'accions sanitàries en l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut 2010-2014.

El model sociosanitari disposa de figures organitzatives, com la **Comissió Operativa Gestora de Casos**; recurs per a usuaris amb necessitats complexes i que estan fora dels circuits ordinaris. També s'encarrega d'avaluar els circuits de serveis de salut, analitzar les dificultats de coordinació, fer propostes de millora i garantir la continuïtat dels serveis (Gómez, Adrover, i Minguélez, 2010). D'altra banda, tenim les **Unitats de Valoració Sociosanitàries (UVASS)**; coneixedores dels recursos sanitaris de convalescència, rehabilitació, cures pal·liatives i cures especials, i dels recursos socials. A més, volem destacar algunes de les actuacions més importants, com el **Programa d'Atenció Domiciliària d'Atenció Primària**, el **Servei de Cures Pal·liatives** o el **Pla d'Atenció a les persones amb malalties cròniques 2016-2021**.

- **La situació de les prestacions per reconeixement de la situació de dependència a les Illes Balears**

A les Illes Balears, 25.360 persones tenen dret a prestacions i s'han registrat 24.402 sol·licituds. Pel que fa a les dades genèriques de dependència, es pot veure que la mitjana a les Illes Balears, pel que fa a la cobertura de protecció de la dependència, és del 0,93%

¹ Les unitats polivalents són unitats per zones menys poblades i inclouen tots els recursos d'ingrés hospitalari (convalescència/rehabilitació, cures pal·liatives i cures especials).

enfront d'una mitjana estatal de l'1,59%. El percentatge de prestacions econòmiques a les Illes Balears és del 68% mentre que la mitjana d'Espanya és del 45,4%. També el total de persones beneficiàries del servei d'atenció residencial s'adequa en gran mesura a les necessitats per dependència més elevades, de manera que una anàlisi dels reconeixements d'aquesta prestació permet observar que a les Illes Balears, el 18,50% de les persones amb dret a prestacions són beneficiàries d'una plaça residencial. Per al conjunt d'Espanya aquesta distribució és del 13,35% (Govern de les Illes Balears, 2012). Aquestes dades, tot i que han canviat en l'actualitat, mantenen la mateixa tendència.

Del total de 20.100 sol·licituds amb dret a prestació, se n'han fet efectives 17.002 (vegeu la taula 3 i el gràfic 1). Per illes, veiem que el 84% del total de sol·licitants de Mallorca reben una prestació, el 86% a Menorca, el 86% a Eivissa i el 91% a Formentera. Queda, per tant, sense veure acomplert el seu dret l'11% dels sol·licitants de Mallorca, el 10% a Menorca, el 12% a Eivissa i el 7% a Formentera.

Taula 3 | *Situació de dependència segons la informació actual a 31 de gener de 2018*

Illa	Sol·licituds	Sol·licituds amb dictàmens	Sol·licituds amb dret a prestació	Sol·licituds amb PIA acordat	Sol·licitants sense dret a prestació
Mallorca	22.306	21.327	15.886	13.371	2.515
Menorca	2.776	2.605	2.144	1.854	2.515
Eivissa	2.371	2.313	1.949	1.667	282
Formentera	159	150	121	110	11
TOTAL	27.612	26.395	20.100	17.002	3.098

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades publicades al SISAAD pel Govern de les Illes Balears (2018).

Gràfic 1 | *Percentatge de sol·licituds de prestacions per dependència per illes*



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades publicades al SISAAD pel Govern de les Illes Balears (2018).

De l'anàlisi de les dades s'extreu que fins als 60 anys, la dependència és una condició que es dona més sovint entre els homes. La tendència s'equipara fins a invertir-se a partir dels 65 anys, de manera que predomina el gènere femení com a perfil de persona dependent i arriba a assolir 17.140 sol·licituds de 27.612 sol·licitants totals (vegeu la taula 4).

Taula 4 | *Informació actual relativa al perfil del sol·licitant del reconeixement de la situació de dependència*

Illes/Edat	0-2	03-18	19-30	31-45	46-54	55-64	65-79	80 <	TOTAL
MALLORCA	165	1.202	902	1.213	1.042	1.623	4.960	11.199	22.306
Home	95	744	550	694	551	829	1.998	2.965	8.426
Dona	70	458	352	519	491	794	2.962	8.234	13.880
MENORCA	12	137	69	151	153	222	610	1.422	2.776
Home	6	74	42	86	81	95	206	410	1.000
Dona	6	63	27	65	72	127	404	1.012	1.776
EIVISSA	19	142	79	124	103	163	562	1.179	2.371
Home	9	92	47	77	53	84	246	366	974
Dona	10	50	32	47	50	79	316	813	1.397
FORMENTERA	3	13	3	6	9	10	34	81	159
Home	2	9	2	4	8	4	20	23	72
Dona	1	4	1	2	1	6	14	58	87
I. BALEARS	199	1.494	1.053	1.494	1.307	2.018	6.166	13.881	27.612
Home	112	919	641	861	693	1.012	2.470	3.754	10.472
Dona	87	575	412	633	614	1.006	3.696	10.117	17.140

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades publicades al SISAAD pel Govern de les Illes Balears (2018).

Dintre del total de persones amb dret a prestació a les Illes Balears, predominen les persones que tenen reconegut el grau II. La mateixa tendència s'interpreta per illes menys a l'illa de Mallorca, on predomina lleugerament el volum de persones amb grau I reconegut.

- **Recursos socio-sanitaris d'atenció a la dependència**

A Espanya, s'identifiquen nombrosos centres residencials. Com es pot veure a la taula 5, predominen les residències privades sobre les públiques. Específicament, el 2014, els centres privats representaven el 71,21% del total. Aquesta xifra ha continuat augmentant i, segons el CSIC, el 2015, el 71,53% dels centres residencials eren privats.

Taula 5 | Nombre de centres residencials a Espanya

Any	Total centres	Centres privats	Centres públics	% de centres privats / total centres
2017	5.375	3.845	1.530	71,53
2014	5.340	3.803	1.510	71,21
2013	5.395	3.863	1.475	71,6
2012	5.533	3.981	1.493	71,9
2011	5.589	3.936	1.456	70,4
2010	5.488	3.909	1.412	71,2

Font: Abellán, Aceituno, i Ramiro (2018b)

A les Illes Balears s'han registrat **33 centres residencials privats i 30 centres residencials públics, la qual cosa representa el 55,6% del total** (Abellán, Aceituno, i Ramiro, 2018b). Es tracta d'una de les comunitats autònomes que presenta un balanç més gran entre recursos privats i públics residencials, juntament amb Castella - la Manxa i Navarra. En canvi, en comunitats com Andalusia, Cantabria, Galícia, València, Castella i Lleó o Catalunya hi ha una clara predominança de recursos privats. D'altra banda, a Extremadura o Melilla es dona el cas contrari; hi apareixen més places públiques que privades.

L'atenció i la cura de les persones en situació de dependència es vincula a una xarxa rellevant de recursos destinats a les persones grans. Per començar, el nombre de **centres d'estades diürnes** a les Illes Balears és de **69**: 53 a Mallorca, 11 a Menorca, 5 a Eivissa i 1 a Formentera. Segons l'informe *Planificació de serveis socials per a persones majors amb dependència 2011-2015*, el 2010 hi havia un total de 874 places de centres de dia de titularitat pública, 64% dels quals eren del Govern i 407 de titularitat privada. La gestió majoritàriament és dels ajuntaments: Palma (4), pobles (24), Menorca (9); Eivissa (1). Els altres són gestionats per: la Mancomunitat del Pla de Mallorca (2); la Fundació Balear d'Atenció i Suport a la Dependència (3); el Consell Insular de Menorca (3) Consell Insular d'Eivissa (1) i el Consorci de Recursos Socio-sanitaris i Assistencials d'Eivissa (1). En definitiva, hi ha vuit centres de dia a Palma, 23 a la Part Forana, 9 a Menorca i 3 a Eivissa.

A través de l'àrea de **Gent Gran de l'IMAS** es gestionen també de forma directa quatre centres residencials i 12 amb gestió indirecta, la majoria a través del conveni de l'IMAS amb el Govern Balear (10), tot i que també hi ha dos convenis amb centres residencials.

Actualment, la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació, assenyala tot un seguit de recursos especialitzats en persones grans, a través del Mapa de recursos per a la dependència² que,

² Per a més informació es pot consultar el Mapa de recursos a: <https://apps.caib.es/maparecdepront/Visualitzador.xhtml?sessionId=67B933AB59218CB6F7F795E09BDB8B9A>

si bé poden ser de gestió pública, concertada o privada s'aglutinen a través de la Direcció General de Dependència:

Taula 6 | *Recursos residencials per illes*

	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera	Total
Ajuda a domicili	30	6	1	1	38
Centre d'estades diürnes	53	11	5	1	69
Habitatge tutelat	3	1			4
Residències per a persones grans	30	6	1	1	55
TOTAL	116	24	7	3	166

Font: Direcció General de Dependència; Conselleria de Serveis Socials i Cooperació

Un altre recurs fonamental és l'**Observatori de les Persones Majors de Mallorca** que està format per tres comissions: a) Promoció de l'Autonomia; b) Atenció a la Dependència, i c) Protecció a la Persona Gran. Entre els seus objectius hi ha la recollida i anàlisi de dades referents a diferents aspectes (psicosocial, sanitari i econòmic) de les persones grans, l'assessorament sobre possibilitats per millorar els serveis i les prestacions, el desenvolupament d'iniciatives que fomentin l'envelliment actiu, i la formació i difusió del coneixement sobre les persones grans de Mallorca.

Des del **Consell Insular d'Eivissa** destaca la **Unitat de Priorització Social del Consell Insular d'Eivissa**, format per un equip multidisciplinari del Consell Insular d'Eivissa que treballa conjuntament i coordinadament amb la Fundació per al Suport i l'Atenció a les Persones amb Dependència del Govern Balear (FSAPD), que té la funció de fer la valoració i l'avaluació de les persones que sol·liciten recursos assistencials, temporals, urgents o altres, i dur a terme les tasques administratives pertinents i prioritzar els casos segons la valoració i les necessitats. La població **receptiva és la** ubicació correcta de cada persona usuària en el seu nivell assistencial: (a) dependents (BVD + 25) i (b) no dependents (BVD – 25).

Finalment, cal esmentar el suport des d'institucions no públiques en aquests serveis, com és el cas d'**INTRESS**, que n'atengué, en general, 1.126 (INTRESS, 2016), amb 32 serveis i 244 professionals. Es poden esmentar els recursos oferts per la **Creu Roja**, de **teleassistència, ajuda a domicili bàsica, ajuda a domicili complementària, ajudes tècniques, transport adaptat, centres d'estades diürnes, suport a cuidadors no professionals** i atenció a malalts hospitalitzats. Segons la memòria d'activitat del 2015 (Creu Roja, 2015), 7.919 persones grans foren ateses a l'Hospital de la Creu Roja.

- **Associacionisme, casals, sindicats, voluntariats i altres**

Les **associacions** són les entitats més utilitzades per les persones grans. Dins d'aquestes són molt populars les **llars o els clubs per a persones grans**, de gent gran o de tercera edat. Analitzem les dades del registre a 2 d'abril de 2018 que té el Govern de les Illes Balears i trobem els resultats següents (taula 7):

Taula 7 | *Nombre d'associacions, llars o clubs per a persones grans*

	Per illa				Total
	Mallorca	Menorca	Eivissa	Formentera	Illes Balears
Tercera edat	251	10	18	2	281
Llars, clubs, asils i residències de la tercera edat	10	4	-	1	15
Jubilats i pensionistes civils	3	2	-	1	6
Altres: tercera edat, pensionistes i jubilats	2	-	-	-	2
Total per illa	266	16	18	4	304
%	87,5	5,25	5,92	1,32	

Font: Registre d'Entitats Jurídiques. Direcció de Relacions Institucionals. Govern de les Illes Balears, 2018.

Mallorca és l'illa amb un nombre més alt d'associacions: el 87,5%. El nombre associacions de persones grans representa el 2,75% del total d'associacions registrades, unes 11.024, que estan inscrites al Registre d'Associacions de les Illes Balears. Gairebé la meitat de les persones més grans de 65 anys (47%) pertanyen a alguna associació, centre o club social d'algun tipus. El conjunt de la població de persones més grans de 65 anys valora de manera molt alta la importància de les associacions, amb una mitjana de 8,9 sobre 10 (IMSERSO, 2007).

Segons dades publicades a la web de participació ciutadana de l'**Ajuntament de Palma**, aquesta ciutat disposa d'una **xarxa de 29 casals de barri**, ubicats arreu del terme municipal, els quals presenten unes característiques i capacitats molt diferenciades, amb uns usos diversos. Els casals de barri municipals són **espais socioculturals**: oberts a les ciutadanes i als ciutadans, i a les seves organitzacions; destinats a la prestació de serveis públics de caràcter sociocultural, educatiu i de lleure, on es programen i duen a terme activitats que estimulen la convivència i l'aprenentatge tant individual com col·lectiu, on es creen les condicions favorables per intercanviar idees i experiències a partir dels tallers, dels monogràfics, de trobades, d'actes culturals, de reunions veïnals, d'exposicions i d'altres activitats que s'hi organitzen, i on s'aprofita el temps lliure de forma creativa i participativa.

No és possible fer una valoració dels índexs de participació de les associacions de les Illes Balears perquè no hi ha registres i xifres fiables i generals sobre aquesta qüestió. Les dades que tenim reflecteixen de forma parcial i local la participació en alguna de les entitats però no hi ha registres oficials que s'encarreguen de recollir de forma sistemàtica aquesta informació (Riera-Moll, 2009).

Respecte al **voluntariat**, l'Observatori de la Plataforma del Voluntariat apunta que el 2016 el 9,3% de la població espanyola feia voluntariat, actualment només el 8,5%. Al nostre país, el perfil de la persona voluntària ha deixat de ser majoritàriament femení; actualment, es tracta d'una persona d'uns 24 anys, amb estudis universitaris i sense càrregues familiars. Pel que fa als àmbits amb més demanda, desputa el voluntariat social (53,1%) i el segueix a distància el voluntariat educatiu (11,6%) seguit del sociosanitari (10,7%).

Segons la **Plataforma del Voluntariat de les Illes Balears (2016)**, les entitats de la PLAVIB treballen amb 5.965 persones voluntàries de totes les Illes Balears (2016). Per sexes, hi trobem que el 63,5% són dones i el 36,5% homes. En relació amb l'any 2016, observem una baixada del nombre de persones voluntàries a les entitats. La distribució per sexes ens indica que, si abans el percentatge era del 54% de dones i el 46% d'homes, amb la davallada de persones voluntàries, els percentatges han variat i es nota una presència femenina més gran en el moviment voluntari.

- **L'educació de les persones grans: Universitat Oberta per a Majors**

Sense dubte, la generació actual de persones grans té un gran ventall d'experiències significatives i vol continuar tenint-les per via de l'activitat i la participació social. De fet, l'oci és molt important per a les persones grans.

Focalitzant l'atenció en els **programes universitaris per a persones grans**, per poder descriure posteriorment el cas de la Universitat Oberta per a Majors (UOM), cal dir que des del curs 2015-2016, segons Macías i Lázaro (2016), 48.425 persones grans s'han matriculat en 44 universitats –públiques i privades–. Traduint aquestes xifres en beneficis, els programes universitaris per a persones grans tenen un impacte en el desenvolupament personal dins la universitat, en la promoció de la seva autonomia personal, en la millora de la seva independència (en comparació amb altres grups de persones grans) i en l'envelliment actiu.

Durant el curs acadèmic 1997-1998, Carmen Orte crea, dissenya i duu a terme una experiència pilot de la UOM a la Universitat de les Illes Balears. Si bé es va dissenyar per a més grans de 65 anys, posteriorment es va rebaixar l'edat a 55 i finalment a 50. Des dels inicis, va formar part del Vicerectorat d'Extensió Universitària i Activitats Culturals (també conegut com a Vicerectorat de Projecció Cultural o Vicerectorat de Projecció Cultural i Universitat Oberta).

Durant la permanència de les persones grans a la UOM, aquestes gaudeixen de conferències diàries, de rutes i itineraris temàtics per l'illa de Mallorca, de la seva cultura gastronòmica, de la seva cultura musical i esportiva, etc. Es tracta que les persones grans s'apropin a la vida cultural i activa, i s'endinsin a l'entorn mallorquí per treure'n el màxim profit. Segons les valoracions de l'alumnat de la UOM, la seva participació a la Universitat els ha aportat majoritàriament l'actualització, ampliació i adquisició de coneixements (42%), seguides de la creació de noves xarxes socials (31%) (Macías i Lázaro, 2016).

- **Principals conclusions i proposta d'actuació**

Com s'explicava anteriorment, la població de persones grans cada vegada és més nombrosa i actualment representa el 18,8% de la població. A més, continuarà creixent fins a arribar al 34,6% durant el 2066, segons que estimen les projeccions (Abellán et al., 2018a). És un sector de la població heterogeni, amb múltiples qualitats i aportacions, com és el cas de la cura de les persones grans i dels infants, l'establiment de relacions intergeneracionals o les contribucions econòmiques a les famílies, entre moltes altres. Les generacions de persones grans actuals són cada vegada més actives, productives i participatives dins un marc comunitari. L'economia, l'oci, la cultura, l'educació i molts altres àmbits estan influïts diàriament per aquest sector de població, i ho fan en positiu, des d'una experiència d'anys d'aprenentatge. És important tenir en compte aquests enriquiments que el col·lectiu de gent gran desenvolupa, perquè la tendència és dirigir l'atenció als recursos i les despeses econòmiques que demanda aquest col·lectiu. Però, aquesta mirada, aquesta percepció, ha de ser integral i completa, i perquè això sigui possible, no només s'han de destacar les càrregues que es vinculen a l'envelliment, sinó també tota la gamma d'aspectes positius que s'hi vinculen.

Per començar, per poder analitzar, descriure i valorar quines actuacions són les que s'han de dur a terme, s'ha de començar per avaluar amb precisió les condicions variades que es vinculen al col·lectiu de persones grans. L'establiment i desenvolupament d'un **sistema d'indicadors socials, sanitaris, educatius, econòmics i culturals** és fonamental per aconseguir una tasca eficaç i exhaustiva. Per tant, s'han de promocionar **estudis sistemàtics i periòdics** que recullin la realitat de les persones grans i que desfragmentin la informació per poder orientar les millors actuacions.

Per començar, s'hauria de **reforçar la coordinació sociosanitària i reformular el paper** que juguen els governs locals **en la prestació de serveis** lligats a la dependència, promovent-ne una implicació més gran. Respecte al model de finançament del sistema, caldria adequar-lo al compliment de la llei i dels acords, s'haurien d'adoptar mesures per fer-lo sostenible en el temps, la qual cosa requeriria la millora de la capacitat fiscal de l'Estat i la intensificació de la col·laboració entre el sector públic i privat en el marc de la xarxa pública de serveis.

Una part rellevant en el procés és **l'agilització de les prestacions per cures en l'entorn familiar**, perquè són demandades i gaudides per més de la meitat de les persones a qui s'han concedit les ajudes de dependència. El problema d'aquesta dinàmica s'associa al fet que, en oferir aquests recursos, s'obstaculitza la generació d'ocupació per la via de prestació de serveis professionalitzats. A més a més, incrementa la necessitat de la vigilància, a fi d'evitar frau. També **s'observen desigualtats en la distribució de les prestacions**, que no es distribueixen segons les diferents necessitats que poden presentar les poblacions de cada regió, sinó més aviat amb l'autonomia que han mostrat les comunitats autònomes en l'aplicació de les polítiques socials. De manera que no sempre coincideixen les possibilitats de cura de les famílies amb les capacitats d'execució dels serveis socials.

Però, com podem millorar els serveis dirigits a les persones grans de les Illes Balears?

Alguns dels suggeriments en funció de les necessitats detectades és la millora en la gestió i opció de serveis domiciliaris, i d'atenció primària; l'aposta per la prevenció de discapacitats i l'atenció a malalties, especialment aquelles amb tendència a la cronicitat. Respecte als serveis de promoció de l'autonomia personal, cal destacar els casals de promoció de l'autonomia, que mitjançant activitats grupals i coordinades proporcionen i cobreixen les limitacions que poden presentar els usuaris. També ens agradaria assenyalar la importància d'elaborar polítiques d'envelliment actiu i de promoció de la salut dirigides a persones adultes amb la finalitat de fomentar l'envelliment saludable.

En l'àmbit administratiu, és necessària la creació d'un sistema d'informació que permeti el seguiment d'indicadors de qualitat assistencial en pacients crònics, pal·liatius i vulnerables, amb un registre unificat, accessible i constantment actualitzat sobre els recursos socio-sanitaris. Una altra proposta és la millora dels centres de dia i assistencials, centres residencials i socio-sanitaris, per exemple, la formació i capacitació de professionals respecte als pacients que necessiten serveis pal·liatius o tenen malalties cròniques.

Quant a la presència social i la participació de les persones grans, observem que és necessària l'habilitació d'espais i l'eliminació de barreres arquitectòniques, així com la incorporació d'ajudes tècniques. Fomentar iniciatives de ciutats amigables amb la gent gran amb espais de participació ciutadana activa, amb una aposta clara per l'associacionisme, el desenvolupament de xarxes interconnectades, el voluntariat i l'educació. Altres propostes de gran rellevància són el desenvolupament de programes socials per intervenir en la soledat de la gent gran, el cohabitatge i els habitatges compartits com a alternativa a l'habitatge residencial, i la realització de campanyes de sensibilització.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. i Pujol, R. (2018a). *Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid: Informes Envejecimiento en red n.º 17.

Abellán, A., Aceituno, M. P. i Ramiro, D. (2018b). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de julio de 2017*. Madrid: Informes Envejecimiento en red n.º 18.

Adrover, A. R., Fuster, J., Pomar, J., Gómez, P. i Castaño, E. (2010). *Pla d'accions sanitàries a l'àmbit sociosanitari del Servei de Salut 2010-2014*. Palma: Conselleria de Salut i Consum.

Creu Roja (2015). Resum d'activitat 2015. Palma: Creu Roja a les Illes Balears.

Gómez, P. P., Adrover, R. B. i Miguélez, A. C. (2010). La coordinació sociosanitària en el Servei de Salut: una realitat necessària. Palma: *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010*.

Govern de les Illes Balears (2012). El sistema de atenció a la dependència. Recuperat de: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST16Z1131588&id=131588>

Govern de les Illes Balears (2018). Situació de dependència. Recuperat de: <http://www.caib.es/sites/dgdependencia/estadistiques-16345/>

IMSERSO (2007). *La participación social de las personas mayores. Colección estudios. Serie Personas Mayores*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

INTRESS (2016). Memòria 2016. Acompanyem a les persones per garantir l'exercici dels seus drets. INTRESS. Recuperat de: <https://www.intress.org/ca/memoria-2016/>

Macías, L. i Lázaro, Y. (2016). Temps d'oci i persones grans: Aprenent a utilitzar el temps lliure. A: Orte C. (Dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2016*. Palma: Càtedra de l'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i Universitat de les Illes Balears / Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

Plataforma del Voluntariat de les Illes Balears (2016). *Memòria d'activitats de la Plataforma del Voluntariat de les Illes Balears*. Palma: PLAVIB.

Riera-Moll, J. L. (2009). Anàlisi de les associacions de gent gran a les Illes Balears. A: Orte C. (Dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2016*. Palma: Càtedra de l'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i Universitat de les Illes Balears i Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut, Família i Benestar Social.

Autores

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. És la investigadora principal en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES), de la UIB. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-1998 i l'ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears. És la directora de la International Summer Senior University. Des de juny de 2018 és la Directora General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Govern d'Espanya.

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia. Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la UIB i Màster en Intervenció Multidisciplinària per Trastorns de la Conducta Alimentària, Trastorns de la Personalitat i Trastorns Emocionals per la Universitat de València. Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran. És estudiant de Doctorat en Ciències de l'Educació i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears. 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. Les seves línies principals de recerca són els programes de prevenció basats en l'evidència, tècniques i estratègies d'intervenció psicològica i trastorns de la conducta alimentària.

MARGA 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 destaquen la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, les relacions intergeneracionals i la gestió de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballar amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida 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.

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. Entre els seus interessos destaquen el treball en competències familiars, els programes de prevenció basats en l'evidència, la prevenció de conductes de risc en la infància i l'adolescència.

LLUC NEVOT CALDENTHEY

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

MIREN FERNÁNDEZ-DE-ÁLAVA

Vitoria-Gasteiz (1985). Llicenciada en Traducció i Interpretació, màster de Recerca en Educació i doctora en Educació amb menció internacional per la Universitat Autònoma de Barcelona. Va ser 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 la formació permanent, la formació de formadors, l'aprenentatge d'adults i el gènere. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB.

**LA RENDA SOCIAL GARANTIDA,
UN DRET SOCIAL PER
A LES PERSONES GRANS**

La renda social garantida, un dret social per a les persones grans

Antònia Pascual Galmés

Resum

La renda social garantida (RESOGA) es pot definir com una prestació econòmica periòdica finalista, instaurada a les Illes Balears l'any 2016, dirigida a cobrir les situacions de vulnerabilitat econòmica i a la cobertura de les despeses bàsiques de les persones, famílies o altres nuclis de convivència que es trobin en situació de pobresa. La novetat és que no implica haver de participar en programes o activitats d'inserció laboral o social, no cal tenir una problemàtica social afegida a la manca d'ingressos econòmics. En aquest sentit, no hi ha dubte que és una prestació pionera a les Illes Balears i que intenta donar cobertura a aquelles persones a qui els instruments de protecció actuals no donen resposta aportant un escenari social més just.

A les Illes Balears, l'any 2017, el percentatge de persones titulars de 65 i més anys que reben la renda social garantida és d'un 14,35% (2.443 persones grans). Destaca la taxa de cobertura de les dones grans que tenen 65 anys o més, que representen un 16,48% enfront d'un 11,49% d'homes. Si partim de la premissa que les persones titulars de la RESOGA representen l'últim esglaó social, les dades constaten que aquest esglaó té un rostre majoritàriament femení.

Les dones grans viuen situacions de vulnerabilitat, pobresa o exclusió social més elevades que els homes grans i que el conjunt de la societat. Aquest desequilibri el podríem atribuir a tota una vida de discriminació de gènere que té efectes negatius en les dones adultes grans.

Així, la renda social garantida contribueix a disminuir els efectes de la pobresa entre aquelles persones que per edat no poden rebre ingressos de treball. Contribueix així, a la consecució de l'envelliment actiu, ja que els ajuda a assolir el dret a tenir una vida digna, a fer més efectiva la seva capacitat econòmica per pagar els serveis bàsics i tenir més capacitat de decisió. En definitiva, augmenta l'autonomia de les persones grans que pateixen situacions de vulnerabilitat i els proporciona més seguretat per afrontar la vida.

Resumen

La renda social garantizada (RESOGA) se puede definir como una prestación económica periódica finalista, instaurada en las Islas Baleares el año 2016, destinada a cubrir las situaciones de vulnerabilidad económica y a la cobertura de los gastos básicos de las personas, familias u otros núcleos de convivencia que se encuentran en situación de pobreza. La novedad es que no implica tener que participar en programas o actividades de inserción laboral o social, no es necesario tener una problemática social añadida a la falta de recursos. En este sentido, sin duda, es una prestación pionera en las Islas Baleares

pues intenta dar cobertura a las personas carecen de respuesta por parte de los actuales instrumentos de protección social, por tanto, contribuye a aportar un escenario social más justo.

En las Islas Balears, en el año 2017, el porcentaje de personas titulares de 65 y más años que reciben la renta social garantizada es del 14,35%. (2.443 personas mayores). Destaca la tasa de cobertura de las mujeres de 65 años o más, que representan un 16,48% mientras que la de los hombres es del 11,49%. Si partimos de la premisa que las personas titulares de la RESOGA representan el último peldaño social, los datos informan que este peldaño tiene un rostro mayoritariamente femenino.

Las mujeres de 65 i más años viven situaciones de vulnerabilidad, pobreza o exclusión social más elevadas que los hombres de la misma edad y que el conjunto de la población. Este desequilibrio se puede atribuir a toda una vida de discriminación de género que tiene efectos negativos en las mujeres adultas de mayor edad.

Así, la renda social garantizada contribuye a disminuir los efectos de la pobreza entre aquellas personas que por edad no pueden recibir ingresos de trabajo. Contribuye así, a alcanzar el envejecimiento activo, pues les ayuda a alcanzar el derecho a tener una vida digna, a hacer más efectiva su capacidad económica para pagar los servicios básicos y a tener más capacidad de decisión. En definitiva, aumenta la autonomía de las personas mayores que padecen situaciones de vulnerabilidad y les proporciona más seguridad para afrontar la vida.

1. Introducció

De cada vegada hi ha més debat públic sobre l'envelliment actiu, fet que es posa de manifest en els compromisos de la Unió Europea (UE). La manifestació més ferma i explícita dels valors de l'envelliment actiu a la Unió Europea la trobam a la *Carta dels Drets Fonamentals de la UE*, jurídicament vinculant en les accions de qualsevol organisme de la UE i que és aplicada als Estats membre en l'execució de la legislació de la UE. El capítol sobre igualtat de la Carta inclou dos articles que mostren clarament el vincle amb l'envelliment actiu. L'article 21 (i) prohibeix tota discriminació i, en particular, l'exercida per raó de discapacitat i edat, i, a l'article 25, la Unió reconeix el dret de les persones grans a tenir una vida digna i independent i a participar en la vida social i cultural (Comissió Europea, 2012). Així mateix, la UE ha adoptat també diverses directives específiques en matèria d'igualtat de gènere que contribueixen a la consecució dels objectius de l'envelliment actiu.

El 14 d'abril de 2016 va ser aprovada, a les Illes Balears, la llei que regula la renda social garantida. El mes d'octubre de 2014 els partits polítics amb representació parlamentària,

juntament amb la Xarxa per a la Inclusió Social de les Illes Balears, signaren el Pacte per a la Inclusió Social.

Un dels objectius principals d'aquest marc de col·laboració era «impulsar i executar un conjunt d'actuacions dirigides a millorar les condicions dels col·lectius més vulnerables de les Illes Balears...». Una d'aquestes mesures és «implementar progressivament una renda social com a prestació de dret, que inclogui els diferents perfils socials, que s'adapti a les necessitats actuals i que estigui dotada de manera adequada» (BOIB núm. 47, de 2016).¹

Els antecedents normatius d'àmbit autonòmic d'aquesta renda social garantida els podem trobar en el Decret 117/2001, de 28 de setembre, pel qual es regula la renda mínima d'inserció, en què la renda mínima d'inserció (RMI) és concebuda com una prestació lligada a la inserció sociolaboral.

La RESOGA és impulsada amb l'objectiu de revisar la normativa vigent i adequar-la a les noves necessitats sorgides amb la conjuntura socioeconòmica actual, en què es troben de cada vegada més persones que estan allunyades del mercat laboral. Així, sorgeixen perfils d'exclusió nous que no s'adapten al dispositiu bàsic de la renda mínima d'inserció, que és la inserció laboral. La pràctica constata que hi ha persones que difícilment poden accedir al mercat laboral en condicions normals i encara menys en la conjuntura actual. Així, la RESOGA té l'objectiu d'arribar a persones que no poden accedir a altres prestacions, com la RMI.

Podem definir la RESOGA com una prestació econòmica periòdica finalista adreçada a cobrir les situacions de vulnerabilitat econòmica i les despeses bàsiques de les persones, famílies o altres nuclis de convivència que es trobin en una situació de pobresa. És, per tant, una renda per als més pobres.

La RESOGA va ser concebuda com un dret subjectiu, és a dir, exigible davant els tribunals, per tant, la seva concessió no està subjecte a la disponibilitat pressupostària.

La pobresa a les Illes Balears té un rostre clarament femení en totes les franges d'edat. En aquest article ens centrarem en les dones grans, de 65 anys i més, particularment en totes aquelles que es troben en situació de pobresa i sense el dret a rebre una pensió de jubilació. El fet d'haver dedicat tota la vida o una part a tenir cura de la família i a les tasques de la llar els exclou del mercat laboral i no els dona el dret a cobrar una pensió de jubilació, fet que els obliga a dependre econòmicament dels altres per sobreviure.

¹ Llei 5/2016, de 13 d'abril, de la renda social garantida.

El que ens interessa és conèixer què aporta la renda social garantida al col·lectiu de persones grans, especialment a les dones. Així, veurem que la renda social garantida contribueix a assolir l'envelliment actiu de la població de les Illes Balears, del qual parla tant la Unió Europea. Finalment, analitzarem què caldria millorar de la normativa de la renda social garantida perquè contribueixi que les dones i homes grans assoleixin una vida digna i independent.

2. La pobresa a les Illes Balears

La manca de recursos econòmics és present en una gran part dels processos d'exclusió social. Segons l'*Enquesta de condicions de vida* de l'any 2016, a les Illes Balears, la taxa de risc de pobresa o exclusió social –ARPE– entre la població de més de 65 anys és d'un 13,1% –lindar autonòmic–, un punt per sota del percentatge de l'Estat espanyol.

El percentatge de persones de més de 65 anys que es troben en risc de pobresa o exclusió ha disminuït el darrer any, i ha passat d'un 18,5% de l'any 2015 a un 13,1% el 2016. Cal assenyalar també que la proporció de gent gran pobra és inferior al total de la població; així, la taxa AROPE de la gent gran és set punts més baixa que la de la població total: un 13,1% enfront d'un 21,2%. Això respon als efectes de les transferències socials i, particularment, de les pensions en la contenció de la pobresa. Cal assenyalar que les persones grans han estat el coixí de les famílies en temps crisi, i que moltes de les que han disposat d'una pensió han hagut de mantenir la família o ajudar-la repartint els ingressos amb fills i nets (Informe INSOCAT núm.7, 2016).

Amb perspectiva de gènere, el risc de pobresa o exclusió social és més elevat entre el col·lectiu femení de més de 65 anys (14,6%) que el masculí (11,3%). Aquestes dades estan clarament vinculades a la vida laboral, en què les dones tenen una taxa de treball a temps parcial forçat més elevada que els homes, més temporalitat i més dificultats per incorporar-se al mercat laboral. Tot plegat explica que aquest col·lectiu s'enfronti a situacions de discriminació salarial i desigualtat econòmica, que s'agregen en períodes de crisi econòmica, i tenen les repercussions consegüents sobre els ingressos, protecció social i pensions.

L'any 2016, el 21,0% de la població de les Balears de més de 65 anys tenia dificultats per arribar a final de mes. Hi ha molts de casos que, en acabar l'etapa productiva, tenen menys ingressos, la qual cosa els minva la capacitat de participació social i els crea situacions de dependència. Millorar la situació econòmica de les persones amb una pensió mínima és una condició prèvia per a totes les polítiques que promouen un envelliment actiu i participatiu.

3. El canvi substancial que aporta la renda social garantida

De la RESOGA, cal destacar-ne que el fet de percebre la renda no implica haver de participar en programes o activitats d'inserció laboral o social, ni haver de fer cap valoració social de la situació, la qual cosa implica una diferència clara respecte d'altres programes com la RMI.² Sí que implica, però, haver de complir alguns deures –com el d'aliments– prevists a l'article 142 i següents del Codi Civil, i també requisits administratius i de situació econòmica.³

Per tant, la novetat de la renda social és que les persones perceptores no s'incorporen al circuit dels serveis socials, ja que no existeix cap pla individualitzat. La renda social és destinada a col·lectius sense necessitat de tenir una problemàtica social afegida a la manca d'ingressos econòmics, sinó que simplement no tenen recursos suficients per fer front a la situació econòmica del moment.

L'increment de l'activitat econòmica que s'ha produït al llarg de 2016, amb el consegüent augment de la contractació, ha donat lloc a una ampliació dels requisits d'accés. Així, en un primer període d'aplicació, queden cobertes les famílies sense ingressos i amb menors a càrrec. Des de gener de 2017, la cobertura és ampliada a tots aquells nuclis familiars formats per dues persones o més amb uns ingressos inferiors als límits establerts anualment, i és aprovat un complement específic per a persones perceptores de pensions no contributives (BOIB núm. 164, de 2016).⁴ L'any 2017 aquestes persones reben una pensió no contributiva de 430,38 euros al mes, i la renda social complementa aquesta pensió amb 108 euros mensuals. A partir del primer de gener de 2018 s'hi afegeix un col·lectiu, el de les persones que viuen soles, de més de 45 anys, amb ingressos escassos i que no són perceptores de cap PNC (BOIB núm. 160, de 2017).⁵

² Com afirma Horrach (2016), la renda social garantida i la renda mínima d'inserció coexisteixen com a programes de garantia d'ingressos. El manteniment dels dos programes garanteix que es doni cobertura a un ventall més ampli de situacions de necessitat.

³ L'article 142 del Codi Civil entén per aliments tot el que és indispensable per al manteniment, habitació, vestit i assistència mèdica. Els aliments comprenen també l'educació i la instrucció de la persona alimentada mentre sigui menor d'edat i després, sempre que no hagi acabat la formació per causa imputable.

⁴ Llei 18/2016, de 29 de desembre, de pressuposts generals de la comunitat autònoma de les Illes Balears per a l'any 2017. BOIB núm. 164, de 31 de desembre de 2016, 39762. Recuperat de: <http://www.caib.es/eboibfront/pdf/ca/2016/164/968909>

⁵ Llei 13/2017, de 29 de desembre, de pressuposts generals de la comunitat autònoma de les Illes Balears per a l'any 2018. BOIB núm. 160, de 29 de desembre de 2017, 42876. Recuperat de: <http://www.caib.es/eboibfront/pdf/ca/2017/160/998026>

4. Quantia i despesa de la renda social garantida

A les Illes Balears,⁶ l'any 2017, l'import de la prestació bàsica mensual era de 430,36 euros, quantitat que representa el 60,82% del salari mínim interprofessional⁷ i el 80,02% de l'Indicador públic de renda d'efectes múltiples.⁸ L'import augmenta en funció del nombre de persones que conformen el nucli familiar: 559,47 euros per a dues persones; 645,54 euros per a tres; 688,58 euros per a quatre, i a fins a un màxim de 776,58 euros.

Pel que fa al complement específic, permet que les persones perceptores de pensions no contributives puguin arribar a percebre un import mensual de 538,38 euros –que resulta de la suma dels ingressos de la PNC (430,38 euros)– més l'import de la renda social garantida (108 euros). Això representa el 76,08% del salari mínim interprofessional i el 100,1% de l'Indicador públic de renda d'efectes múltiples.

La despesa destinada a la renda social garantida per a l'any 2017 suposa gairebé un 5% del total de la despesa de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació. La despesa anual per titular de la prestació és de 1.703,90 euros, mentre que la despesa mitjana anual per total de persones perceptores és de 1.035,36 euros.

Taula 1 | *Despesa anual de la renda social garantida (2017)*

	% de la despesa de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació	Despesa anual per titular de la prestació	Despesa anual per total de persones perceptores
Illes Balears	4,99%	1.703,90	1.035,36

Font: Servei de Renda Social de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació

5. La cobertura de la renda social garantida i perfils

La renda social garantida es va començar a adjudicar el mes d'abril de 2016 i els dos primers anys d'implementació s'ha incrementat progressivament la cobertura de la població. A les Illes Balears, l'any 2017, el percentatge de persones titulars de la renda social garantida és d'un 6,31%. Segons el nombre de persones perceptores o membres dependents, l'índex

⁶ L'import de la prestació bàsica mensual per a l'any 2017 és de 430,36 euros.

⁷ El salari mínim interprofessional de 2017 és de 707,60 euros al mes. Reial decret 742/2016, de 30 de desembre, pel qual es fixa el salari mínim interprofessional per a l'any 2017.

⁸ L'IPREM 2017 és de 537,84 euros al mes. Llei 3/2017, de 27 de juny, de Pressuposts generals de l'Estat per a l'any 2017. Aquest índex és l'utilitzat a l'Estat espanyol com a referència per a la concessió d'ajudes, subvencions o el subsidi de desocupació.

de cobertura a les Balears és d'un 10,37%. Pel que fa a les persones de 65 anys i més, en són titulars un 14,35%.

Destaca la taxa de cobertura de les dones grans que tenen 65 anys o més, que representen un 16,48% enfront d'un 11,49% d'homes. Aquesta comparativa ens permet assenyalar que les dones grans viuen situacions de vulnerabilitat, pobresa o exclusió social més elevades que els homes grans i que el conjunt de la societat. Aquest desequilibri el podríem atribuir a tota una vida de discriminació de gènere que té efectes negatius en les dones adultes grans.

Pel que fa a la distribució per illes, és important destacar que les dones de 65 anys i més de Mallorca són les que representen una ràtio més elevada (18,37%), quasi 10 punts per sobre de les dones de més de 25 anys.

Taula 2 | *Taxa de cobertura de la renda social garantida (2017)*

Taxa de cobertura	més grans de 25 anys			65 anys i més		
	Dones	Homes	total	Dones	Homes	total
Mallorca	8,94	5,45	7,23	18,37	12,58	15,84
Menorca	4,55	2,95	3,76	7,66	5,00	6,44
Eivissa	2,99	2,86	2,90	9,16	9,62	4,51
Formentera	1,95	0,98	1,44	7,37	4,05	5,79
Total	7,75	4,82	6,31	16,48	11,49	14,28

Font: Institut Balear d'Estadística i Servei de Renda Social de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació

6. El perfil de la renda social garantida entre les persones grans

Moltes persones grans a les Illes Balears tenen dificultats per afrontar les despeses de la vida diària. El mes de desembre de 2017 es comptabilitzen 2.443 persones de més de 64 anys perceptores de la renda social garantida, el 99,75% de les quals són perceptores de la pensió no contributiva (2.437 en total, a les Illes Balears).

Les pensions no contributives (PNC) són les prestacions que reben aquelles persones que no tenen dret a rebre una pensió contributiva i que estan en situació d'insuficiència de recursos, la qual cosa significa que el guany econòmic de la unitat familiar ha de ser inferior a un nivell de renda determinat.

Com hem esmentat anteriorment, des de gener de 2017 tenen accés a la renda social garantida totes les persones perceptores de pensions no contributives que perceben uns

ingressos computables i un import del complement de la renda social que no superen el 35% de l'import màxim anual de la prestació no contributiva.⁹Això vol dir que, l'any 2017, la renda social garantida complementa la pensió de les persones que reben una pensió no contributiva de 430,38 euros al mes, amb una quantia màxima de 108 euros mensuals. La intenció és oferir un nivell d'ingressos mínims més elevat. La dificultat que comporta viure amb 430,38 euros al mes fa que les persones grans que viuen soles i que són perceptores d'una pensió no contributiva sol·licitin el complement econòmic de la renda social.

L'Estratègia Europa 2020 ha fixat com a índex del llindar de la pobresa el 60% de la renda mitjana de cada país. Extrapolant les dades disponibles per a les Illes Balears, l'IBESTAT situa aquest llindar al voltant dels 750 euros. En relació amb les persones grans, la renda social garantida ajuda a viure més bé catorze de cada mil persones grans i els acosta una mica més a l'indicador de suficiència de recursos que estableix l'IBESTAT, la qual cosa significa, en certa mesura, la situació en què viuen 2.443 persones grans de les Illes Balears.

Pel que fa a la distribució per illes, el 89,07% de les persones que tenen a partir de 65 anys i més resideixen a Mallorca; un 6,63%, a l'illa d'Eivissa; un 3,93%, a Menorca, i un 0,37%, a Formentera. Aquesta distribució és semblant a la de total de persones perceptores.

Taula 3 | Persones titulars segons l'illa de residència (2017)

	més grans de 25 anys		65 anys i més	
	Persones titulars	Percentatge	Persones titulars	Percentatge
Mallorca	4658	88,77	2176	89,07
Menorca	256	4,88	96	3,93
Eivissa	319	6,08	162	6,63
Formentera	14	0,27	9	0,37
Total	5247	100,00	2443	100,00

Font: Servei de Renda Social de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació

Si ens centram en les diferències per sexe, sabem que el 64,43% de les persones titulars de 65 anys i més són dones i el 35,57% restant, homes. Per illes, Formentera és la que presenta un perfil més feminitzat, amb el 66,67% de dones titulars. Al darrere s'hi situen Mallorca i Menorca, amb el 65,35% i el 64,58% de dones titulars, respectivament. Eivissa és l'illa que presenta una distribució més equilibrada.

⁹ En tot cas, el complement de la renda social garantida disminuirà proporcionalment per ajustar els ingressos al límit esmentat. Hom considera com a beneficiari de la renda social garantida únicament el titular de la PNC. Això no obstant, la quantia individual de la pensió no contributiva és calculada en funció dels ingressos personals i/o de les persones que integren la unitat econòmica.

Taula 4 | Persones titulars segons sexe i edat (2017)

Percentage	Mallorca		Menorca		Eivissa		Formentera	
	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes
Menys de 25 anys	55,46	44,54	100,00	0,00	33,33	66,67	0,00	0,00
De 25 a 34 anys	66,48	33,52	58,82	41,18	59,09	40,91	0,00	100,00
De 35 a 44 anys	62,83	37,17	68,75	31,25	47,50	52,50	100,00	0,00
De 45 a 54 anys	59,69	40,31	50,00	50,00	54,90	45,10	66,67	33,33
De 55 a 64 anys	59,72	40,28	55,32	44,68	39,02	60,98	0,00	0,00
De 65 i més	65,32	34,68	64,58	35,42	51,85	48,15	66,67	33,33
Total	63,19	36,81	61,33	38,67	50,47	49,53	64,29	35,71

Font: Servei de Renda Social de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació

Si partim de la premissa que les persones titulars de la RESOGA representen l'últim esglaó social, les dades constaten que aquest esglaó té un rostre majoritàriament femení. Hi ha estudis fets que constaten que els homes i les dones patim la pobresa de manera diferent, i amb causes i efectes específics. La trajectòria vital de les dones les mena a un risc més elevat de patir situacions de més vulnerabilitat, conseqüència d'una trajectòria vital condicionada no solament a l'accés als recursos materials (ingressos), sinó també simbòlics (a un estatus) i relacionals (xarxes).¹⁰

Pel que fa al conjunt de les Illes Balears, el perfil segons sexe es comporta diferent per franges d'edat: el percentatge de dones és notablement superior al d'homes entre les persones titulars que tenen de 25 a 34 anys, repunt que es manté a l'alça fins als 44 i entre les persones de 65 anys i més. Així, el percentatge més elevat de dones titulars comença amb la procreació i es consolida al llarg dels anys posteriors a la maternitat. El fet de no haver cotitzat en determinats períodes vitals i, en conseqüència, tenir unes trajectòries laborals més curtes i intermitents explica l'augment significatiu del percentatge de dones receptores respecte dels homes de 65 anys i més grans, ja que les trajectòries laborals de les dones donen lloc a pensions més baixes.

Gairebé la totalitat de les persones grans que perceben la renda social garantida tenen la nacionalitat espanyola. Representen el 91,85%, que comptabilitza un total de 2.244 persones, mentre que el 8,15% restant són estrangeres (199 persones de 65 anys i més).

¹⁰ Així ho afirma el document *La pobreza en España desde una perspectiva de género* (Fundación FOESSA i Càritas, 2014).

Per concloure podem dir que el perfil de les persones grans de les Illes Balears que cobren la renda social garantida és el següent: dones pobres perceptores d'una pensió no contributiva i de nacionalitat espanyola.

7. Aportacions i efectes positius de la renda social a les persones grans

La renda social garantida contribueix a disminuir els efectes de la pobresa entre aquelles persones que per edat no poden rebre ingressos de treball. Els ajuda a assolir el dret a tenir una vida digna i a fer més efectiva la seva capacitat econòmica per pagar els serveis bàsics i tenir més capacitat de decisió.

Així, la renda social garantida augmenta la llibertat en la presa de decisions sobre la vida de les persones grans en situació de vulnerabilitat i majoritàriament de les dones. Tal com afirma Llobet (2018), disposar de més diners en una societat basada en el consum dona llibertat i augmenta les possibilitats de participar en la societat, la qual cosa fa més efectiu el dret de ciutadania.

El fet que la renda social garantida sigui una prestació amb un perfil clarament feminitzat contribueix a disminuir la bretxa salarial i, per tant, a atenuar la desigualtat de gènere. Augmenta, així, l'autonomia de les dones que pateixen pobresa severa en la mesura que millora la seva situació material. Aquest canvi és un avanç per la igualtat d'oportunitats entre homes i dones en l'edat adulta.

En definitiva, la renda social garantida augmenta l'autonomia de les persones grans que pateixen situacions de vulnerabilitat, donat que els ajuda a millorar la situació material i els proporciona més seguretat per afrontar la vida.

8. Reptes de futur de la renda social garantida per reduir la pobresa en l'edat adulta gran

A les Illes Balears, la renda social garantida s'ha anat implementant progressivament i s'han ampliat els requisits per accedir-hi en funció de la conjuntura econòmica i social del moment. És, per tant, un model de renda relativament jove que, en funció de les necessitats, haurà d'incloure reformes i millores per ser més efectiva. A continuació proposam un seguit de mesures que poden incrementar el pes de la renda social garantida pel que fa a la promoció de la llibertat, autonomia i vida digna de les persones grans:

- En primer lloc, seria convenient augmentar el nivell d'ingressos per garantir les necessitats bàsiques. El que seria ideal és que la quantia de la renda social garantida

superàs el llindar de pobresa, fet que permetria eliminar el risc de pobresa de les persones perceptores.

- En segon lloc, caldria ampliar els requisits d'accés per garantir uns ingressos mínims a totes les persones grans que no tenen recursos per poder viure dignament.
- Finalment, atorgar a la renda social garantida un caràcter individual, no lligat a la conjuntura familiar, proporcionaria unes històries reproductives més saludables i menys imposició dels rols de gènere. En aquest sentit, proporcionaria més autonomia a les dones, ja que els evitaria haver de dependre materialment de la parella.

9. Com a conclusió

Hem començat aquest article esmentant la Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea, que mostra el vincle i el compromís de la UE amb l'envelliment actiu.

No hi ha dubte que la renda social garantida, instaurada a les Illes Balears l'any 2016, és una prestació pionera a les Illes Balears i té espais d'èxit. A més, intenta donar cobertura a aquelles persones a qui els instruments de protecció actuals no donen resposta, per tant aporta un escenari social més just.

En aquest sentit, és una renda que contribueix a aplicar els valors fonamentals de la UE que donen suport a l'envelliment actiu, ja que implica combatre la desigualtat per raons d'edat i de sexe en la mesura que augmenta el nivell d'ingressos dels homes i dones grans.

Referències bibliogràfiques

Bollain, J. (2018). *Por una vida digna: de la calle a las insituciones. Sin permiso*. Monográfico 6, 18-21. Recuperat de: http://www.sinpermiso.info/sites/default/files/monograficosp_2_renta_basica.pdf

Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Inclusión (Comisión Europea). (2012). *La aportación de la UE al envejecimiento activo y a la solidaridad entre generaciones*. Recuperat de: <https://publications.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/5f-78f31d-1cac-4263-a76d-7077555349da/language-es>

Horrach, A. (2016). La Renda Social Garantida. *Revista d'Afers Socials*, 7, 67-70.

IBESTAT. (2018). *Enquesta de condicions de vida (ECV). Any 2016*. Recuperat de: <https://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/societat/qualitat-condicions-vida/condicions-vida/7f786040-b066-4664-86c8-b33ce3f9bbdd>

INE(2018) Encuesta de condiciones de vida (ECV). Año 2016. Recuperat de: http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176807&menu=ulti-Datos&idp=1254735976608

Informe INSOCAT per a la millora de l'acció social. Núm. 7. Gent gran: pobresa i vulnerabilitat. Setembre de 2016. Recuperat de: http://acciosocial.org/wp-content/uploads/2016/09/INSOCAT-7_Gent-gran-pobresa-vulnerabilitat_2016_extens.pdf

Llei 5/2016, de 13 d'abril, de la renda social garantida. BOIB núm. 47, de 14 d'abril de 2016, 10396-10409. Recuperat de: <http://www.caib.es/eboibfront/ca/2016/10475/seccio-i-disposicions-generals/471>

Llei 18/2016, de 29 de desembre, de pressuposts generals de la comunitat autònoma de les Illes Balears per a l'any 2017. BOIB núm. 164, de 31 de desembre de 2016, 39762. Recuperat de: <http://www.caib.es/eboibfront/pdf/ca/2016/164/968909>

Llei 13/2017, de 29 de desembre, de pressuposts generals de la comunitat autònoma de les Illes Balears per a l'any 2018. BOIB núm. 160, de 29 de desembre de 2017, 42876. Recuperat de: <http://www.caib.es/eboibfront/pdf/ca/2017/160/998026>

Llobet, M. (2018). La dependencia de decisión de las mujeres. (Sobre renta básica y feminismo). *Sin permiso. Monográfico 6*, 11-12. Recuperat de: <http://www.sinpermiso.info/textos/la-dependencia-de-decision-de-las-mujeres-sobre-renta-basica-y-feminismo>

Valls, F. i Belzunegui, A. (2014). La pobreza en España desde una perspectiva de género. *VII Informe sobre la exclusión y desarrollo social en Espanya 2014*. Fundación Foessa. Fomento de Estudios Sociales y de Sociología Aplicada. Recuperat de: http://www.foessa2014.es/informe/uploaded/documentos_trabajo/15102014141447_8007.pdf

ANNEXES

Nombre de Persones grans titulars de la RESOGA i taxa de corbertura per mil hab. per municipis de Mallorca. 2017

	Persones usuàries	Població 65 i més	Usu/Pob
Alaró	8 835	9,58	
Alcúdia	16	2.313	6,92
Algaída	9	1.032	8,72
Andratx	10	1.657	6,04
Ariany	1	247	4,05
Artà	5	1.421	3,52
Banyalbufar	0	130	0,00
Binissalem	11	1.218	9,03
Búger	0	256	0,00
Bunyola	4	1.156	3,46
Calvià	74	6.631	11,16
Campanet	1	551	1,81
Campos	12	1.888	6,36
Capdepera	3	1.500	2,00
Consell	4	604	6,62
Costitx	2	244	8,20
Deià	0	124	0,00
Escorca	1	50	20,00
Esporles	9	798	11,28
Estellencs	0	80	0,00
Felanitx	14	3.154	4,44
Fornalutx	0	151	0,00
Inca	64	4.521	14,16
Lloret de Vistalegre	3	238	12,61
Lloseta	6	933	6,43
Llubí	3	466	6,44
Llucmajor	63	5.057	12,46
Manacor	51	6.468	7,88
Mancor de la Vall	1	232	4,31
Maria de la Salut	2	494	4,05
Marratxí	48	4.830	9,94
Montuïri	3	654	4,59
Muro	5	354	3,69

	Persones usuàries	Població 65 i més	Usu/Pob
Palma	619	63.474	25,51
Petra	1	640	1,56
Pollença	9	3.141	2,87
Porreres	6	1.070	5,61
Puigpunyent	1	305	3,28
Sa Pobla	23	2.192	10,49
Sant Joan	1	547 1	1,83
Sant Llorenç	5	1.382	3,62.
Santa Eugènia	1	268	3,73
Santa Margalida	13	1.833	7,09
Santa Maria del Camí	1	1.178	13,58
Santanyi	6	1.960	3,06
Selva	4	742	5,39
Sencelles	6	563	10,66
Ses Salines	2	901	2,22
Sineu	8	714	11,20
Sóller	15	2.682	5,59
Son Servera	4	1.529	2,62
Valldemossa	1	394	2,54
Vilafranca de Bonany	1	566	1,77
Total	2.175	137.368	15,83

Font: Institut Balear d'Estadística i Servei de Renda Social de la Con selleria de Serveis Socials i Cooperació

Nombre de Persones grans titulars de la RESOGA i taxa de cobertura per mil hab. per municipis de Menorca. 2017

	Persones usuàries	Població 65 i més	Usu/Pob
Alaior	3	1.551	1,93
Ciutadella	32	4.528	7,07
Ferreries	0	672	0,00
Maó	45	4.683	9,61
Es Mercadal	5	793	6,31
Sant Lluís	3	1.205	2,49
Es Castell	8	1.197	6,68
Es Migjorn	0	270	0,00
Menorca	96	14.899	6,44

Font: Institut Balear d'Estadística i Servei de Renda Social de la Con selleria de Serveis Socials i Cooperació

Nombre de Persones grans titulars de la RESOGA i taxa de cobertura per mil hab. per municipis d'Eivissa. 2017

	Persones usuàries	Població 65 i més	Usu/Pob
Eivissa vila	81	5.833	13,89
Sant Antoni	28	3.071	9,12
Sant Josep	14	2.830	4,95
Sant Joan Labritja	10	1.072	9,33
Santa Eulària	29	4.476	6,48
Eivissa	162	17.282	9,37

Font: Institut Balear d'Estadística i Servei de Renda Social de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació

Nombre de Persones grans titulars de la RESOGA i taxa de cobertura per mil habitants. Formentera, 2017

	Persones usuàries	Població 65 i més	Usu/Pob
Formentera	10	1.554	6,44

Font: Institut Balear d'Estadística i Servei de Renda Social de la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació

Autora

ANTÒNIA PASCUAL GALMÉS

Manacor (1969). Doctora en Ciències de l'Educació (UIB). Llicenciada en Sociologia per la Universitat Complutense de Madrid. En la seva trajectòria professional ha treballat temàtiques com la «immigració», la «pobresa» i els «serveis socials». Actualment és membre del Comitè d'Avaluació de Necessitats de Serveis Socials i treballa com a sociòloga a la Conselleria de Serveis Socials i Cooperació del Govern de les Illes Balears.

**LA RENDA MÍNIMA D'INSERCIÓ PER A
PERSONES DE 65 ANYS O MÉS:
MÉS ENLLÀ DE COBRIR UNA NECESSITAT
D'INGRESSOS ECONÒMICS**

La renda mínima d'inserció per a persones de 65 anys o més: més enllà de cobrir una necessitat d'ingressos econòmics

Bruno Fernández Cladera
Tòfol Sastre Ramis

Resum

L'article descriu els trets bàsics de la població de 65 anys o més de la renda mínima d'inserció, d'ara endavant RMI, com a prestació social de tipus econòmic. A través de la lectura d'aquest article, el lector no només tindrà les dades quantitatives d'aquesta població objecte d'estudi, sinó que també coneixerà la visió de la intervenció social especialitzada que es vol dur a terme amb la reorganització de l'equip que gestiona la RMI al Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral (SEISL). Darrera d'aquesta visió hi ha molts esforços per convertir aquesta prestació (i especialment el servei) en una bona eina per als serveis socials, que s'entengui com una estratègia de suport a una intervenció més àmplia que fomenti la participació de les persones en el seu procés d'inserció, que no és només una prestació econòmica sinó també, els itineraris d'inserció social i/o laboral, com un mecanisme complementari a la intervenció que es realitza per part del serveis socials bàsics. En resum, el SEISL, i en conseqüència la RMI, **va més enllà de cobrir una necessitat d'ingressos econòmics** i, atès que els processos d'inserció no són exclusivament laborals, la població de 65 anys o més també hi té cabuda.

Resumen

El artículo describe los rasgos básicos de la población de 65 años o más de la renta mínima de inserción, en adelante RMI, como prestación social de tipo económico. A través de la lectura de este artículo, el lector no sólo tendrá los datos cuantitativos de esta población objeto de estudio, sino que también conocerá la visión de la intervención social especializada que se quiere llevar a cabo con la reorganización del equipo que gestiona la RMI en el Servicio Especializado de Inserción Social y Laboral (SEISL). Detrás de esta visión hay muchos esfuerzos para convertir esta prestación (y especialmente el servicio) en una buena herramienta para los servicios sociales, que se entienda como una estrategia de apoyo a una intervención más amplia que fomente la participación de las personas en su proceso de inserción, que no es sólo una prestación económica, sino también los itinerarios de inserción social y/o laboral, como un mecanismo complementario a la intervención que se realiza desde el servicios sociales básicos. En resumen, el SEISL, y en consecuencia la RMI, va más allá de cubrir una necesidad de ingresos económicos y dado que los procesos de inserción no son exclusivamente laborales, la población de 65 años o más también tiene cabida.

1. Introducció

L'any 2016, coincidint amb la posada en marxa de la Renda Bàsica Garantida a les Illes Balears, l'Institut Mallorquí d'Afers Socials va iniciar la reorganització de la secció que gestiona la RMI per convertir-se en el Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral, d'ara

endavant SEISL, per dur a terme una intervenció social especialitzada amb l'objectiu de donar resposta a les necessitats dels casos que la intervenció municipal no resulti suficient i/o que es consideri oportú l'aplicació de recursos de l'oferta del SEISL, entre els quals s'inclou la RMI, com un recurs més per a la integració social i laboral de col·lectius en situació de vulnerabilitat o risc d'exclusió. En definitiva, una eina més de les mesures possibles que pot facilitar el sistema de serveis socials i no tant una finalitat.

A la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, a l'article 17 es contemplen els serveis socials especialitzats per donar resposta a necessitats que requereixen una especialització tècnica o la disposició de recursos determinats. En aquests serveis s'inclouen els equips tècnics de valoració que, a més, diagnostiquen situacions de necessitat de difícil abordatge per part dels serveis socials comunitaris. A més, a l'article 18, s'especifica que entre les funcions d'aquests serveis es contemplen les actuacions preventives de situacions de risc, determinar l'accés a prestacions econòmiques pròpies i aplicar mesures d'inserció social i laboral. I també s'hi inclouen alguns elements metodològics, com la coordinació amb els serveis socials comunitaris, equips professionals d'altres sistemes de benestar socials, amb entitats associatives i les que actuen en l'àmbit de serveis socials especialitzats.

Per tant, avui, es pot afirmar que la RMI no és exclusivament una prestació econòmica per ajudar aquelles famílies que es troben en situació de pobresa extrema i per a les quals el sistema de protecció destinat als ciutadans no és suficient per garantir una adequada atenció a les seves necessitats. A més d'aquest suport econòmic, s'acompanyen altres mesures per a la millora de la seva situació social i/o laboral que cada família ha de menester, **perquè l'accés a la RMI implica, com a mínim, una valoració social del nucli familiar sol·licitant, amb el seu diagnòstic de vulnerabilitat, que pot ser complementada amb un altre del nivell d'ocupabilitat.**

Pel que fa a la població perceptora de la RMI de 65 anys o més, convé destacar que avui en dia representa un baix percentatge de persones ateses. El 2017, va representar un **4,3%**. No obstant això, aquesta dada és la més alta dels darrers cinc anys, no s'havia superat mai la barrera del 4%. Encara que aquesta població no representi un alt percentatge, cal destacar que també tenen cabuda en aquest servei amb una visió que dóna peu perquè la intervenció professional d'acompanyament a persones i famílies en aquest procés i la satisfacció de les necessitats del ciutadà sigui l'objectiu principal del que es fa i no tant les prestacions que es puguin arribar a utilitzar.

D'entrada, les persones de 65 anys o més que no tenen recursos suficients i resideixen legalment en territori espanyol i ho han fet durant un període de deu anys des de l'edat de setze, dels quals dos han estat consecutius i immediatament anteriors a la data de la sol·licitud, tenen dret a una pensió no contributiva (PNC) (Imsero, 2018). La quantia de la PNC per a un membre és de 431,55 euros i la RMI és de 431,53. Per tant, la RMI és inferior,

i si la persona titular té dret a la PNC ja no se li aprovarà la RMI pel seu **caràcter subsidiari** respecte de les prestacions econòmiques que tenen un import superior. En conseqüència, aquest col·lectiu de 65 anys o més no és el més significatiu a dia d'avui.

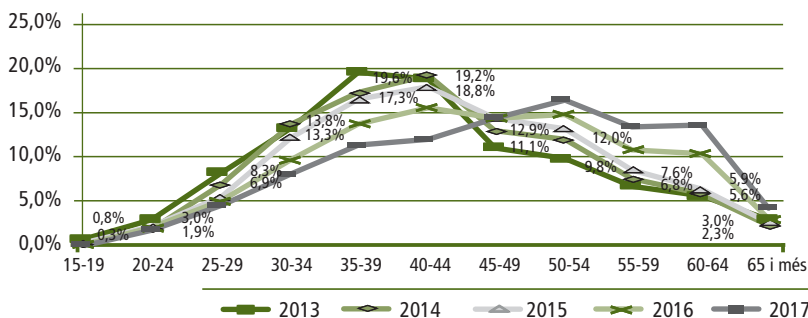
Un altre punt important, abans d'aprofundir en el perfil de les persones de 65 anys o més, és com ha evolucionat la mitjana d'edat de les persones perceptores de la RMI. Com teniu a la taula 1, l'any 2013, el grup més nombrós pertanyia al tram d'edat entre 35 i 29 anys, gairebé un 20%, en canvi, el 2017, són més nombrosos els que pertanyen al tram de 50 i 54 anys, pràcticament un 16,5% de la població de la RMI. Aquesta dada s'ha interpretat perquè un dels efectes de la posada en marxa de la Renda Social Garantida, el 2016, va ser el canvi significatiu del tram d'edat de la població atesa per la RMI.

Taula 1 | Nombre de persones perceptores de la RMI per any i trams d'edat

	2013	2014	2015	2016	2017
15-19	0,8%	0,3%	0,4%	0,2%	0,1%
20-24	3,0%	1,9%	2,2%	2,1%	1,8%
25-29	8,3%	6,9%	5,5%	5,1%	4,5%
30-34	13,3%	13,8%	12,3%	9,7%	8,1%
35-39	19,6%	17,3%	16,5%	13,8%	11,3%
40-44	18,8%	19,2%	17,9%	15,6%	12,0%
45-49	11,1%	12,9%	14,4%	14,4%	14,4%
50-54	9,8%	12,0%	13,2%	14,8%	16,4%
55-59	6,8%	7,6%	8,6%	10,9%	13,4%
60-64	5,6%	5,9%	6,4%	10,4%	13,6%
65 i més	3,0%	2,3%	2,7%	3,1%	4,3%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de les memòries anuals de l'IMAS, 2013-2017

Gràfic 1 | Evolució del tram d'edat de la població de l'RMI dels darrers cinc anys



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de les memòries anuals de l'IMAS, 2013-2017

En poques paraules, una conseqüència directa d'aquest canvi és que la RMI també dona resposta a un col·lectiu que ja no es reinserirà laboralment, per problemes d'edat, malaltia o altres dificultats socials, i que no rep cap prestació del sistema públic de protecció. Per tant, per a aquest col·lectiu es prioritzaran els plans d'inserció i reinserció social i no els programes d'inserció sociolaboral, previstos en l'article 18 del decret regulador de la RMI.

2. Les persones de 65 anys o més de la RMI: no és una qüestió ni de gènere ni de sobreenvelliment

Per començar a analitzar el perfil de les persones de 65 anys o més, cal subratllar que no és una qüestió de gènere. El 2017, un total de 1.918 persones varen ser perceptores de la RMI: de les quals, **1.251 (65%)** eren dones i **667 (35%)** eren homes. En canvi, com es pot veure a la taula 2, la diferència entre homes i dones de 65 anys o més no és tan representativa.

Taula 2 | *Persones de 65 anys o més per sexe i per edat. RMI 2017*

	Dones	%	Homes	%	Total	%
65-69	35	42,7%	33	40,3%	68	83,0%
70-74	5	6,1%	1	1,2%	6	7,3%
75-79	2	2,5%	3	3,6%	5	6,1%
80-84	1	1,2%	0	0,0%	1	1,2%
85 o més	1	1,2%	1	1,2%	2	2,4%
Total	44	53,7%	38	46,3%	82	100,0%

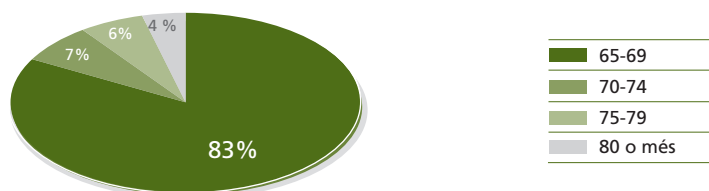
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la memòria anual, 2017

Gràfic 2 | *Persones de 65 anys o més per sexe i per edat. RMI 2017*



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la memòria anual, 2017

Respecte de l'edat, al gràfic 3 es veu que un 83% de la població pertany al tram de 65 a 69 anys. Així doncs, si s'entén el sobreenvelliment com la proporció dels més grans, 85 i més anys sobre la població de 65 i més anys, en la població de la RMI és pràcticament inexistent. No hi ha sobreenvelliment. Així mateix, d'aquest 83% que pertanyen al tram de 65 a 69 anys, un 46% ha complert els 65 el 2017.

Gràfic 3 | *Persones de 65 anys o més per sexe i per edat. RMI 2017*

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la memòria anual, 2017

3. Les persones de 65 anys o més de la RMI: n'hi ha que no accedeixen al sistema de la Seguretat Social

La nostra Seguretat Social és un sistema que garanteix una certa cobertura a tots els ciutadans del país. Es basa en un sistema de repartiment que contempla prestacions contributives per a aquells ciutadans que han cotitzat al sistema durant el temps en què van treballar, però també ofereix a algun dels seus beneficiaris la possibilitat d'accedir a una prestació, fins i tot sense haver cotitzat o contribuït prèviament al sosteniment del sistema. Aquestes prestacions, a diferència de les primeres, són conegudes com pensions no contributives.

En poques paraules, és rellevant la dada obtinguda en l'anàlisi de la nacionalitat de les persones de 65 o més de la RMI (vegeu el gràfic 4). Un 62% és de nacionalitat espanyola i no ha accedit al sistema de la Seguretat Social. Convé destacar que d'aquest 62%, un 33% són persones que han complert els 65 anys el 2017. Dit d'una altra manera, un dels principals motius de baixa de la RMI d'aquest grup de perceptors ha estat per accedir a una de les pensions de la Seguretat Social, però n'hi ha que no. S'hauria d'analitzar en profunditat per què, si reuneixen els requisits d'insuficiència de recursos econòmics i de temps de residència legal, no accedeixen al sistema de la Seguretat Social?

Respecte a la població d'altres nacionalitats, cal destacar que per poder ser perceptora de la RMI s'han de poder identificar amb un NIE. La major part d'aquest grup d'altres nacionalitats de 65 anys o més, no reuneixen el requisit de temps de residència legal per accedir a altres prestacions.

Taula 3 | *Persones de 65 anys o més per nacionalitat. RMI 2017*

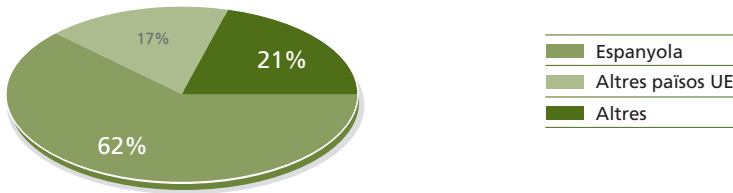
	Dones	%	Homes	%	Total	%
Espanyola	29	35,4%	22	26,8%	51	62,2%
Altres països UE	8	9,8%	6	7,3%	14	17,1%

continua

	Dones	%	Homes	%	Total	%
Altres	7	8,5%	10	12,2%	17	20,7%
Total	44	53,7%	38	46,3%	82	100,0%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la memòria anual, 2017.

Gràfic 4 | Persones de 65 anys o més per nacionalitat. RMI 2017



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la memòria anual, 2017.

4. Les persones de 65 anys o més de la RMI: persones que viuen majoritàriament soles

Pel que fa a la composició del nucli de convivència (vegeu el gràfic 5), el 57% són persones que viuen totes soles i l'11% conviu amb altres persones sense cap tipus de relació de parentiu.

El Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral (SEISL) de l'IMAS entén que s'han de contemplar actuacions preventives de situacions de risc concretes per a aquest grup de població, determinar l'accés a prestacions econòmiques pròpies i aplicar mesures d'inserció social i laboral. Com sempre, amb la coordinació amb els serveis socials comunitaris, equips professionals d'altres sistemes de benestar socials, amb entitats associatives i les que actuen en l'àmbit de serveis socials especialitzats.

Taula 4 | Persones de 65 anys o més per composició del nucli de convivència. RMI 2017

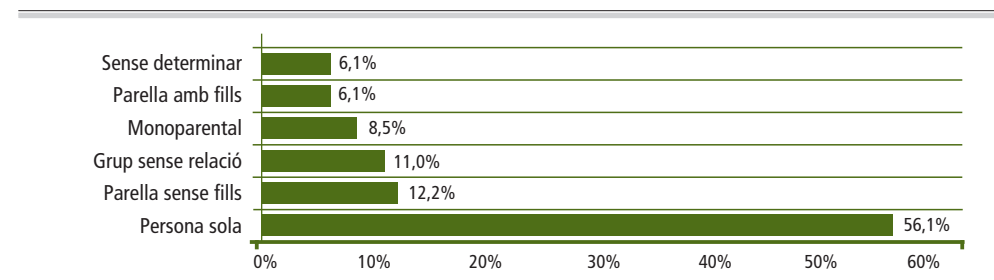
	Dones	%	Homes	%	Total	%
Persona sola	25	30,5%	21	25,6%	46	56,1%
Parella sense fills	4	4,9%	6	7,3%	10	12,2%
Grup sense relació	5	6,1%	4	4,9%	9	11,0%
Monoparental	5	6,1%	2	2,4%	7	8,5%
Parella amb fills	2	2,4%	3	3,7%	5	6,1%

continua

	Dones	%	Homes	%	Total	%
Sense determinar	3	3,7%	2	2,4%	5	6,1%
Total	44	53,7%	38	46,3%	82	46,3%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la memòria anual, 2017.

Gràfic 5 | *Persones de 65 anys o més per composició del nucli de convivència. RMI 2017*



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la memòria anual, 2017.

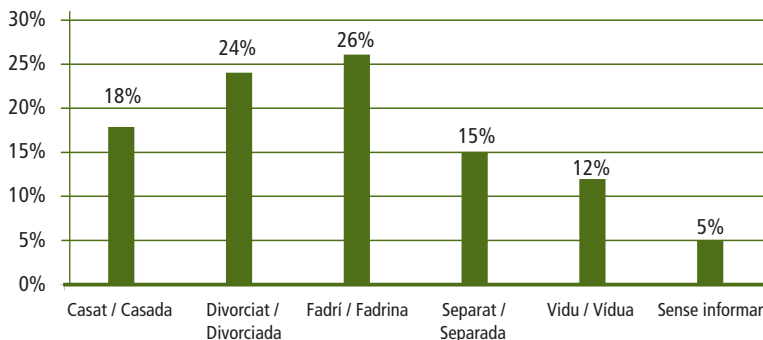
5. Les persones de 65 anys o més de la RMI: no és una qüestió de viduïtat

Un altre punt de l'estudi del perfil d'aquest grup de població de la RMI és l'estat civil. El gràfic 6 mostra la varietat de situacions. D'entrada, els grups més nombrosos, amb un 26% i un 24%, són persones fadrines o persones divorciades, tot coincidint les dades amb l'anàlisi del nucli de convivència, és a dir, persones que majoritàriament viuen totes soles. En aquest mateix grup s'han de sumar les persones vídues, que representen un 12%. Només un 18% de la població objecte d'aquest estudi està casada.

Taula 5 | *Persones de 65 anys o més per estat civil. RMI 2017*

	Dones	%	Homes	%	Total	%
Fadrí / Fadrina	11	13,4%	10	12,2%	21	25,6%
Casat / Casada	5	6,1%	10	12,2%	15	18,3%
Divorciat / Divorciada	11	13,4%	9	11,0%	20	24,4%
Separat / Separada	5	6,1%	7	8,5%	12	14,6%
Vidu / Vídua	9	11,0%	1	1,2%	10	12,2%
Sense informar	3	3,7%	1	1,2%	4	4,9%
Total	44	53,7%	38	46,3%	82	100,0%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la memòria anual, 2017.

Gràfic 6 | *Persones de 65 anys o més per règim de tinença de l'habitatge. RMI 2017*

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la memòria anual, 2017.

6. Les persones de 65 anys o més de la RMI: l'habitatge, un factor més de vulnerabilitat

Sobre la qüestió de l'habitatge, també és un problema per a la població de 65 anys o més de la RMI. A la insuficiència de recursos econòmics d'aquest grup, s'ha d'afegir la despesa del lloguer de l'habitatge. El gràfic 7 mostra que només en un 7% el tipus de règim de tinença de l'habitatge és en propietat, pagat; i un 11% és de cessió, facilitat. Per a la resta, l'habitatge és una font de despesa important.

Segons les dades facilitades pel portal pisos.com, el 2017, de mitjana, un jubilat que necessitava viure de lloguer va destinar quasi un 70% de la pensió a pagar la renda. Un percentatge, sense cap dubte, molt per sobre de la recomanació del Banc d'Espanya de destinar, com a màxim, el 35% dels ingressos mensuals al pagament de l'habitatge (ja sigui una renda de lloguer o la quota de la hipoteca). La creença que un jubilat té casa pagada és errònia. A més a més, el lloguer a Mallorca és inassumible.

Dit d'una altra manera, la RMI també és un mecanisme per ajudar o complementar altres mesures per donar resposta al problema de l'habitatge. La finalitat de la RMI igualment és cobrir necessitats bàsiques.

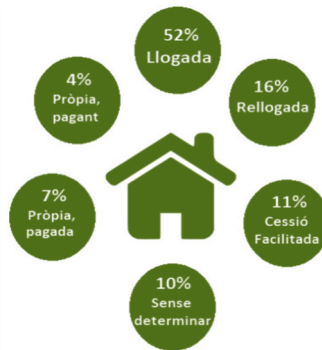
Taula 6 | *Persones de 65 anys o més per règim de tinença de l'habitatge. RMI 2017*

	Dones	%	Homes	%	Total	%
Llogada	21	25,6%	22	26,8%	43	52,4%
Rellogada	6	7,3%	7	8,5%	13	15,9%

	Dones	%	Homes	%	Total	%
Cessió, facilitada	7	8,5%	2	2,4%	9	11,0%
Pròpia, pagada	4	4,9%	2	2,4%	6	7,3%
Pròpia, pagant	2	2,4%	1	1,2%	3	3,7%
Sense informar	4	4,9%	4	4,9%	8	9,8%
Total	44	53,7%	38	46,3%	82	100,0%

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la memòria anual, 2017.

Gràfic 7 | Persones de 65 anys o més per règim de tinença de l'habitatge. RMI 2017



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la memòria anual, 2017.

7. Les persones de 65 anys o més de la RMI: la vulnerabilitat, més enllà d'una qüestió exclusivament econòmica

Cal tornar a dir que des de la creació del Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral (SEISL) l'accés a la RMI implica, com a mínim, una valoració social del nucli familiar sol·licitant, amb el seu diagnòstic de vulnerabilitat, que pot ser complementada amb un altre del nivell d'ocupabilitat.

El SEISL entén com a itinerari d'inserció social i laboral el conjunt de totes les accions que es duen a terme i que es consensuen amb l'usuari del servei amb l'objectiu de millorar la seva situació personal i laboral, si és el cas, i la finalitat és facilitar el seu procés d'inserció social. Es considera l'itinerari com un procés, en què es treballa amb una xarxa coordinada amb els serveis socials comunitaris i altres d'especialitzats. Per dissenyar el pla de feina de l'itinerari de la persona o família es fan dos diagnòstics diferenciats. El primer, relatiu a la situació de vulnerabilitat, mitjançant l'anàlisi de diferents factors de vulnerabilitat de la persona o família i que es pugui correspondre a situacions d'alt, mitjà o baix risc, i que

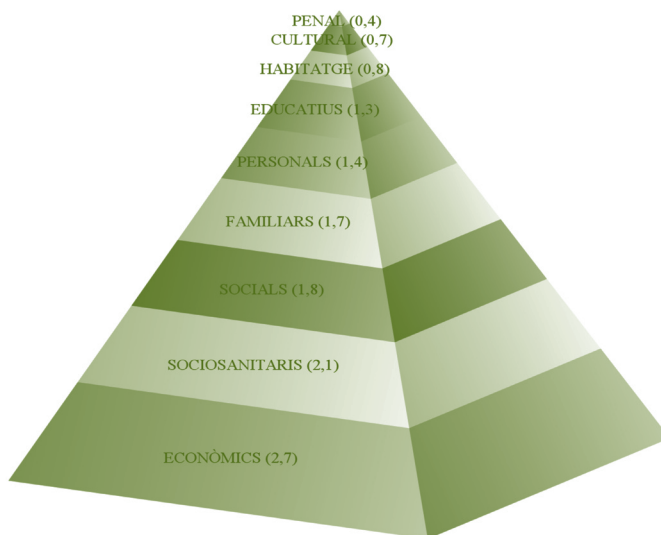
també ajuda a especificar si es correspon a un perfil objecte d'intervenció del SEISL i, en aquest cas, si s'optaria per un itinerari d'inserció social o social i laboral. El segon diagnòstic, si escau, és el relatiu al grau d'ocupabilitat, que també es divideix en alt, mitjà o baix.

8. Els factors de vulnerabilitat de les persones de 65 anys o més de la RMI

Per concloure aquest article, es vol presentar el resultat de l'anàlisi dels factors de vulnerabilitat de la població de 65 anys o més de la RMI (vegeu el gràfic 8). D'una forma visual, en aquest gràfic s'ordena de major (base de la piràmide) a menor (al cim de la piràmide) la incidència dels diferents factors de vulnerabilitat en la població objecte d'aquest estudi.

Cal destacar que el factor econòmic és el principal element de vulnerabilitat, però no és l'únic component de vulnerabilitat de la població de 65 anys o més de la RMI.

Gràfic 8 | *Piràmide dels factors de vulnerabilitat de les persones de 65 anys o més. RMI 2017*



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la valoració de cada expedient.

Per analitzar el grau de vulnerabilitat de la persona o família, cal fer una anàlisi dels diferents indicadors dels diferents factors de risc o vulnerabilitat social, tal com es presenta a la taula 7. A més, mitjançant aquesta anàlisi es detecten quines són les mancances de cada cas.

Taula 7 | Factors de risc o de vulnerabilitat social i mancances detectades

ECONÒMICS I LABORALS

- Manca de recursos suficients per cobrir les necessitats bàsiques
- Greus dificultats per accedir a una feina de qualitat
- Manca d'experiència laboral o experiència en economia submergida
- Manca d'habilitats laborals (puntualitat, integració de les normes&), dificultat per mantenir un lloc de treball
- Expectatives desajustades respecte del mercat laboral real i les pròpies capacitats i competències
- Edat avançada
- Altres. Especificar-los:

SOCIALS

- Dependència dels Serveis Socials i dels seus recursos
- Manca de xarxa social. Aïllament social
- Institucionalització
- Rebuig social. Marginació
- Altres. Especificar-los:

FAMILIARS

- Conflictes familiars, violència intrafamiliar, violència de gènere
- Desestructuració familiar
- Sobrecàrrega d'obligacions familiars. Manca de recursos de suport social i familiar
- Canvis en la situació sociofamiliar recents (separació, divorci, viduïtat)
- Altres. Especificar-los:

EDUCATIUS I FORMATIUS

- Analfabetisme funcional
- Baix nivell d'estudis
- Fracàs escolar
- Baixa qualificació professional
- Desconeixement de les noves tecnologies
- Manca d'informació de l'oferta formativa reglada i ocupacional i de la forma d'accedir-hi
- Altres. Especificar-los:

SOCIOSANITARIS

- Manca de salut i situacions de malaltia
- En tractament mèdic
- Altres. Especificar-los:

PERSONALS

- Manca d'habilitats socials
- Baixa autonomia
- Inestabilitat emocional
- Desconfiança en les capacitats pròpies
- Manca d'expectatives
- Poca resistència a la frustració
- Problemàtica psicoafectiva
- Manca de recursos per a la presa de decisions
- Tòpics i resistències personals
- Altres. Especificar-los:

PENALS

- Causes pendents
- Causes obertes
- Reincorporació després d'un període de reclusió
- Altres. Especificar-los:

HABITATGE

- Condicions de precarietat que dificulten hàbits i cura de l'aspecte personal
- Habitatge compartit en condicions de sobreocupació
- Desnonaments
- Institucionalització
- Transeünts
- Altres. Especificar-los:

CULTURALS

- Patrons culturals determinats
- Idioma
- Desarraïment
- Altres. Especificar-los:

ALTRES

- Addiccions i conductes addictives
- Prostitució
- Altres. Especificar-los:

El professional del SEISL, mitjançant les entrevistes personals, valora la situació de cada factor amb una puntuació d'1, si és baix el risc; de 2, si és mitjà, i de 3, si el risc és alt.

El resultat de la puntuació obtinguda de la població objecte d'aquest estudi es presenta a la taula 8.

Taula 8 | *Puntuació de la vulnerabilitat de cada factor*

FACTORS	Puntuació	%	Sobre 3
ECONÒMICS	131	89%	2,70
SOCIOSANITARIS	102	69%	2,10
SOCIALS	89	61%	1,80
FAMILIARS	83	56%	1,70
PERSONALS	70	48%	1,40
EDUCATIUS	65	44%	1,30
HABITATGE	41	28%	0,80
CULTURALS	37	25%	0,70
PENALS	19	13%	0,40

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de la base de dades de l'SEISL

(*) 49 casos valorats

Recollint el més important, els factors econòmics, socio-sanitaris, socials i familiars tenen una incidència superior al 50% en el grau de vulnerabilitat social. Per tant, la intervenció personalitzada del Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral (SEISL), mitjançant els seus diagnòstics i el seu recurs de la RMI, com a mecanisme complementari a la intervenció que es realitza des dels serveis socials bàsics, **va més enllà de cobrir una necessitat d'ingressos econòmics en la població de 65 anys o més.**

Referències bibliogràfiques

AA. VV. (2008). La població amb risc d'exclusió social en situació de vulnerabilitat envers el mercat de treball a Mallorca [format PDF]. SOIB, CAIB. Recuperat de: <https://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST455ZI65101&id=65101>

Decret 117/2001, de 28 de setembre, pel qual es regula la renda mínima d'inserció. Butlletí Oficial de les Illes Balears, 6 d'octubre de 2001.

IMSERSO. (2018). PNC, prestaciones y subvenciones. PNC de jubilación. Normativa y requisitos. Recuperat de: http://www.imserso.es/imserso_01/prestaciones_y_subvenciones/pnc_jubilacion/normativa_requisitos/index.htm

Institut Mallorquí d'Afers Socials (2013-2017). Memòria anual. IMAS. Recuperat de: <http://www.imasmallorca.net/ca/imas/237>

Pisos.com (2017). Los pensionistas destinan el 67,28% de su prestación a la vivienda. Recuperat de: <https://www.pisos.com/aldia/los-pensionistas-destinan-el-6728-de-su-prestacion-a-la-vivienda/1623489/>

Sastre, T. i Fernández, B. (2016). 15 anys de la Renda Mínima d'Inserció a Mallorca. *Revista d'Afers Socials. Monogràfic sobre pobresa* (7), 71-80. Recuperat de: http://www.caib.es/sites/revistaaferssocials/ca/revista_/?campa=yes

Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral de l'Àrea d'Inclusió de l'IMAS. (2018). Manual intern de procediment del SEISL.

Autors

BRUNO FERNÁNDEZ CLADERA

Palma (1974). És llicenciat en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Des de 2003 és professor associat del Departament de Psicologia de l'Educació i Pedagogia Aplicada de la UIB. Membre col·laborador del Grup de Tecnologia Educativa (GTE) de la UIB (<http://gte.uib.es/pape/gte/>), les seves línies d'interès són les tecnologies de la informació i la comunicació aplicades a l'educació, el disseny i el desenvolupament de mitjans didàctics, el disseny i el desenvolupament de programes i entorns virtuals de formació i l'avaluació de projectes educatius i entorns virtuals de formació. Des de 2013 és revisor col·laborador de les publicacions d'*Eduotec-e*, *Revista Electrònica de Tecnologia Educativa* (ISSN: 1135-9250), que recull articles de reflexió generats en l'àmbit de la tecnologia educativa. Des de 2001 és personal laboral de l'Administració pública. En l'actualitat, està adscrit a l'àrea d'inclusió social de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, amb funcions de tècnic superior del Servei Especialitzat d'Inserció Social i Laboral (SEISL), en el qual s'inclou la gestió de la Renda Mínima d'Inserció.

TÒFOL SASTRE RAMIS

Muro (1966). És llicenciat en Antropologia Social i Cultural per la Universitat de Barcelona i treballador social i grau de Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Ha estat professor associat d'aquesta universitat. Amb més de trenta anys d'experiència al camp dels serveis socials, ha treballat tant en atenció primària de diferents ajuntaments com en equips i serveis especialitzats d'altres administracions. Ha desenvolupat diferents càrrecs de responsabilitat en la gestió, com l'equip de prestacions que gestiona la Renda Mínima d'Inserció a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca; actualment n'és el cap de Servei de Protecció de Menors i Família. Les seves àrees d'interès se centren en la visió sistèmica dins la psicologia i gestió de qualitat a les organitzacions, a més del treball corporal com a eina terapèutica.

**PORTO COM A REFERÈNCIA
EUROPEA DE L'ENVELLIMENT
ACTIU I SALUDABLE**

Porto com a referència europea de l'envelliment actiu i saludable

Joana da Gama
Lydia Sánchez Prieto
Lluís Ballester Brage

Resum

Al llarg dels darrers anys s'ha anat concretant, al conjunt d'Europa, també a Portugal, l'augment de l'envelliment i del sobreenvelliment. Aquest procés es dona en un context de fortes limitacions de les polítiques públiques. En paral·lel, han canviat les concepcions sobre l'envelliment, cosa que ha generat un nou enfocament centrat en el desenvolupament actiu i saludable de les persones grans. El repte que suposa compaginar aquestes dimensions de l'envelliment implica una responsabilitat compartida: administració, societat civil organitzada, ciutadans.

En aquest sentit, s'han desenvolupat accions molt diverses, però les que ofereixen millors resultats són les iniciatives locals i regionals de treball en xarxa per aprofitar totes les capacitats. L'experiència de Porto, liderada per la Universitat i per l'Ajuntament, és un dels exemples de referència en el conjunt d'Europa. Centrada en l'aprofitament de la generalització actual de les tecnologies de la informació i la comunicació, ha focalitzat accions innovadores per promoure l'apoderament dels ciutadans de més edat.

Aquesta iniciativa exemplar va rebre el reconeixement europeu, en forma de suport financer, però també científic, de connexió internacional, etc. A l'article es presenten els primers resultats, un any després del reconeixement europeu de la iniciativa.

Resumen

Durante los últimos años se ha ido concretando, en el conjunto de Europa, también en Portugal, el aumento del envejecimiento y del sobreenvjecimiento. Este proceso se da en un contexto de fuertes limitaciones de las políticas públicas. En paralelo, han cambiado las concepciones sobre el envejecimiento, lo que ha generado un nuevo enfoque centrado en el desarrollo activo y saludable de las personas mayores. El reto que supone compaginar estas dimensiones del envejecimiento implica una responsabilidad compartida: administración, sociedad civil organizada, ciudadanos.

En este sentido, se han desarrollado acciones muy diversas, pero las que ofrecen mejores resultados son las iniciativas locales y regionales del trabajo en red, para aprovechar todas las capacidades. La experiencia de Oporto, liderada por la Universidad y por el Ayuntamiento, es uno de los ejemplos de referencia en el conjunto de Europa. Centrada en el aprovechamiento de la generalización actual de las tecnologías de la información y la comunicación, ha focalizado acciones innovadoras para promover el empoderamiento de los ciudadanos de más edad.

Esta iniciativa ejemplar recibió el reconocimiento europeo, en forma de apoyo financiero, pero también científico, de conexión internacional, etc. En el artículo se presentan los primeros resultados, un año después del reconocimiento europeo de la iniciativa.

1. Introducció

L'envelliment, més que una condició humana, és conseqüència d'una varietat de factors endògens i exògens, que impliquen canvis neurobiològics, en un procés multifactorial relacionat amb influències socioculturals i ambientals.

Aquestes circumstàncies poden ser absolutament determinants per al procés d'envelliment i fer que es produeixi més o menys precoçment que el que és normal, a causa de la qualitat i l'estil de vida, els aliments, la salut, la inactivitat física i l'exercici físic, l'aprenentatge permanent a la vida, el sentit de la comunitat, l'emotivitat, la motivació, la consciència. Les causes més estudiades i que tenen més influència i que més comprometen la qualitat de vida de la gent gran són neuropsicològiques, com la depressió i la demència. L'edat creixent és el factor de risc més conegut per a la malaltia d'Alzheimer i per a altres demències (Bernier et al., 2017; Brenowitz et al., 2017; González, Facal i Yaguas, 2013).

En contra d'aquestes prediccions, recentment la capacitat de recuperació i el seu potencial de protecció en salut mental s'han convertit en un focus principal de recerca psicològica i psicosocial (APA, 2017). Per tenir una millor consciència del procés d'envelliment, cal repensar la capacitat individual i col·lectiva i el seu canvi al llarg del temps. A més de les habilitats i competències personals i socials, els objectius i els projectes de vida, o els grups socioeconòmics, tots passem per un cicle de vida similar (per exemple, estudiar, casar-se i tenir fills, començar a treballar fins a la jubilació, segons les diferents fases de la vida). Justament, aquest cicle de vida s'ha vist alterat per diversos factors, entre els quals destaca l'allargament de la vida. Amb una vida més llarga, la manera de pensar les progressions de les nostres vides canvia, tal com ho fa el mateix patró social.

Les dades epidemiològiques indiquen el que pot ser un nou cicle de vida en un futur molt proper. L'etapa de la infància i l'adolescència roman sense canvis, entre 0 i 10, i entre 10 i 20, respectivament. La maduració biològica es produeix entre els 20 i els 35 anys, coincidint amb l'etapa d'adults joves. Després, ve l'edat adulta als 35 i fins als 60 anys d'edat. Entre els 60 i els 75 anys entrem en un nou procés caracteritzat per determinants socials (vida laboral, relacions de convivència, context social facilitador de salut...). Sembla que aviat ja no es parlarà de la vellesa fins als 75 anys d'edat. És important destacar que els factors de desenvolupament de la infància a l'edat adulta no són, per si mateixos, predictors de l'èxit o fracàs dels processos d'envelliment. El desenvolupament saludable ha d'incloure nous factors, entre els quals destaca el desenvolupament de la societat tecnològica.

2. Noves perspectives per a l'envelliment

El nombre creixent de població d'edat avançada és un fenomen mundial que preocupa el conjunt de la societat ja que, amb el procés d'envelliment, hi ha canvis físics, psicològics i socials que tenen efecte en l'equilibri biopsicosocial. La capacitat funcional i l'envelliment saludable són el resultat de la interacció multidimensional entre la salut física, la salut mental, la independència en la vida diària, la integració social, el suport familiar i la independència econòmica. El procés d'envelliment actiu i saludable preserva les funcions socials, cognitives, personals i la relació de l'individu amb la seva família i la comunitat (Carstensen, Rosenberger, Smith i Modrek, 2015; Fernández-Ballesteros, 2011; Ferreira, 2015; Araujo, Jesus, Araujo i Ribeiro, 2017).

El paper dels responsables polítics, dels professionals i del conjunt de la societat ha de destacar mitjançant l'estimulació dels paradigmes de l'envelliment actiu i saludable, tot buscant millorar la qualitat de vida de les persones grans, quan la seva integritat física, psicològica i/o social pugui començar a ser vulnerable (Fernández-Ballesteros, 2011; Ferreira, 2015). L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2000) i la Comissió Europea (European Commission, 2011) consideren que totes les mesures, polítiques i pràctiques que contribueixen a l'envelliment saludable són de gran importància. Recentment, l'OMS ha publicat un informe mundial sobre l'envelliment i la salut, en el qual millora la definició d'envelliment saludable que feia servir els darrers quinze anys i posa èmfasi en el procés de fomentar i mantenir la capacitat funcional que permet el benestar i l'autonomia a la vellesa (OMS, 2015). També, darrerament, s'ha parlat de la viabilitat de les pensions; preocupa la gran quantitat de persones grans que viuen amb pocs ingressos vinculats a pensions pobres i a poca ajuda assistencial o institucional (Wong, Chng, Garcia i Burstein, 2016).

D'aquesta manera, la societat està canviant els comportaments i les actituds, cosa que provoca una constant renovació dels plantejaments dels professionals de la salut i d'altres àrees implicades en la intervenció social i també l'adaptació dels serveis de salut i de suport social a les noves realitats socials i familiars que acompanyen l'envelliment (Veloso i Rocha, 2016). Diverses àrees han col·laborat en la millora de la qualitat de vida de la gent gran. Per exemple, els serveis de salut treballen per prevenir malalties, per retardar-ne l'aparició o per disminuir-ne la severitat (Gonçalves, 2012), i els serveis socials, en el desenvolupament de serveis per promoure l'autonomia, actuant sobre l'activitat física, les funcions cognitives o la socialització, entre d'altres àrees (Oliveira, Oliveira, Arantes i Alencar, 2010; OMS, 2015).

En aquest context, tots els projectes són rellevants per aprendre a desenvolupar de la millor manera les iniciatives preventives i de promoció de l'autonomia. La Unió Europea ha impulsat la col·laboració internacional i les experiències innovadores en aquest camp. El treball en xarxa desenvolupat a Porto ha estat una de les iniciatives reconegudes el 2017.

El procés d'envelliment ha patit no només canvis conceptuals al llarg del temps, d'acord amb el context social i cultural, sinó també canvis demogràfics. L'envelliment demogràfic és un fenomen global progressiu. Portugal, igual que la gran majoria dels països desenvolupats, també presenta un important envelliment de la població. De fet, les projeccions apunten al fet que la població europea amb més de 65 anys es duplicarà, al final del primer mig segle, el 2050, un període en el qual el nombre de ciutadans més grans de 80 anys sembla que es triplicarà. Un escenari que té una justificació simple: l'esperança de vida mitjana a Europa ha augmentat de forma exponencial, mentre que el nombre de nous naixements es manté en nivells inferiors a la taxa de reproducció de la població, la qual cosa crea les condicions necessàries per a un envelliment notable de la població. D'acord amb dades de l'OCDE, un portuguès nascut el 1920 tenia una esperança de vida de 36 anys, les dades per a 2015 apunten a un augment de l'esperança de vida mitjana de 80 anys, és a dir, un augment del voltant de 40 anys. És a dir, Portugal no escapa a aquesta tendència, és el cinquè país de la UE28, segons el pes de la població de més edat (Rosa i Chitas, 2016). Les dades són clares: el 2015, només el 6% de la població portuguesa tenia més de 80 anys; per a l'any 2050, s'espera que aquesta xifra arribi al 14% i pot arribar al 18% a final de segle, segons les últimes projeccions de les Nacions Unides per a la població mundial. En els escenaris més pessimistes, descrits per l'INE de Portugal, l'any 2060, la taxa d'envelliment del país es podria triplicar i passar del 143,9% actual fins a un impressionant 464,4%. Això significa que, en poc més de quatre dècades, Portugal pot tenir 4,6 ciutadans de 65 anys i més per cada jove menor de 15 anys. Fins i tot els escenaris més optimistes indiquen que, com a mínim, l'índex d'envelliment del país es duplicarà fins a 2060 (Marques, Ribeiro, Maia i Santos, 2016; Nunes, 2017; Rosa, 2016).

Aquests escenaris es repeteixen a l'àrea metropolitana de Porto (APM), i en particular a Porto, ciutat on el 2015 els ciutadans de 65 anys i més anys constituïen el 27% de la població total, mentre que la mitjana nacional era del 21%. Les projeccions de població de l'INE per a la regió nord de Portugal, en conjunt, indiquen que la proporció de la població sènior podria augmentar del 19% actual al 38% o al 46% el 2060, segons la hipòtesi més restrictiva i la més expansiva, respectivament (Nunes, 2017).

Un indicador clau per analitzar el tema de l'envelliment té a veure amb l'esperança de vida saludable, és a dir, els anys que es poden viure sense discapacitat. Les últimes estadístiques no són favorables per a Portugal. Les dades posen en relleu que els portuguesos han perdut uns anys d'esperança de vida saludable, més enllà dels 65 anys, en comparació amb el període anterior de comparació. Si el 2012, una persona a Portugal podia viure sense limitacions de salut importants deu anys després dels 65 (per sobre de la mitjana europea de 8,5 anys), aquesta xifra es va rebaixar fins a set anys el 2015 (per sota de la mitjana de 9,4 UE). La situació és encara pitjor per a les dones que per als homes, ja que han passat d'una esperança de vida mitjana saludable de 9 anys, el 2012 (per sobre dels 8,5 anys de la

mitjana de la UE), a només cinc anys, el 2015 (per sota de la mitjana europea de 9, 4 anys) (Marques, Ribeiro, Maia i Santos, 2016).

Els nous enfocaments psicosocials centrats en el desenvolupament actiu i se fan referència a criteris com la resiliència, la relació social adequada (grau de satisfacció i qualitat), sentit de pertinença, resistència i sentit de propòsit. En aquest context, les persones amb relacions socials adequades tenen una probabilitat més gran de supervivència, del 50%, quan es comparen amb relacions socials pobres o insuficients (Holt-Lunstad et al., 2010).

En altres cultures s'han desenvolupat concepcions similars als plantejaments reconeguts actualment com a determinants d'un envelliment saludable. El concepte japonès *ikigai* (*iki* = vida, *gai* = val la pena), basat en tradicions i generacions mil·lenàries, es basa en principis de vida sostinguts en un sentit de pertinença a la comunitat (Moai). La característica comuna de l'*ikigai* és la resistència. La formació física, mental i emocional resistent és essencial per afrontar els canvis de la vida (Francesc i García, 2016, Kim et al., 2017).

Un equip de la universitat de Harvard¹ va iniciar el 1937, un estudi longitudinal del desenvolupament dels adults, que es manté fins avui. Es tracta d'un estudi que ha seguit el desenvolupament de dos grups d'homes i dones en els darrers 75 anys per identificar els predictors psicosocials d'un envelliment saludable. Les variables estudiades són: salut mental, salut psicològica, experiència de la Segona Guerra Mundial, treball, relacions, envelliment i canvi. Els resultats de la investigació indiquen que les bones relacions fan persones més felices i més saludables. Les tres bases de les relacions socials són: 1) les persones que tenen les relacions socials més extenses (amb la comunitat, la família i els amics) són físicament més saludables i viuen més; 2) la qualitat de les relacions íntimes és protectora, i 3) el grau de satisfacció que senten per les seves relacions són protectores de la salut mental. Una important metaanàlisi també ha demostrat un augment significatiu del 50% de la probabilitat de supervivència dels participants amb relacions socials més fortes (Waldinger i Schulz, 2016).

Per tant, «les relacions socials o la seva relativa manca constitueixen un factor de risc important per a la salut i rivalitzen amb l'efecte dels factors de risc per a la salut com el tabaquisme, la pressió arterial, els lípids sanguinis, l'obesitat i l'activitat física» (House, Landis i Umberson, 1988).

Relacionat amb els aspectes anteriors, també és rellevant l'estudi de Martin et al. (2017), en què es destaca que els estils d'afrontament adaptatius milloren l'afrontament al procés d'envelliment. Els estils d'afrontament adaptatius possibiliten una adequada gestió dels conflictes. Els resultats de l'estudi verifiquen que els estils d'afrontament adaptatius a

¹ <https://www.gettold.com/the-future-of-getting-old>

l'edat adulta (52 anys) es vinculen amb variables psicosocials, com l'afecció o un vincle paternofamiliar adequat, encara que els resultats no són significatius per a edats més elevades (70 anys). Els autors emfatitzen que els estils d'afrontament adaptatius promociónen una major resiliència, perquè actuen com un factor de protecció en situacions de risc. Per tant, els estils d'afrontament adaptatius no només afavoriran l'adaptació a l'envelliment, sinó que també ho faran en el cas que es produeixin factors de risc, la qual cosa converteix els estils d'afrontament en una altra variable essencial.

Per una altra banda, s'ha de destacar l'estimulació cognitiva i els entrenaments mentals com un altre factor destacable de l'envelliment actiu. Com explica Iborra (2013), no es pot plantejar una relació lineal entre l'edat cronològica i el declivi cognitiu, sinó que s'ha de tenir en compte tota una sèrie de factors implicats que també hi participaran; la plasticitat i les capacitats compensatòries. Encara que com assenyalen Vázquez, Rodríguez, Villarreal i Campos (2014), amb l'edat hi ha un risc més elevat que es produeixi un alentiment del funcionament cognitiu, una disminució de la capacitat d'aprenentatge i una major taxa d'oblit, la millora de la reserva cognitiva s'ha proposat com un model útil per atenuar l'impacte d'aquests canvis. S'ha demostrat que les persones amb millors reserves cognitives han generat millors respostes davant el deteriorament del envelliment. L'ús de programes d'estimulació cognitiva influiran millorant la reserva cognitiva, que actuarà com a protecció en processos de deteriorament i, en conseqüència, promociónant l'envelliment actiu (Iborra, 2013; Vázquez et al., 2014).

3. Treball en xarxa per desenvolupar l'envelliment actiu i saludable

En els anys del present segle s'observa una acceleració dels canvis. Canvia l'estil de vida d'una manera molt ràpida, tot seguint un ritme d'innovació i tecnologia mai vist fins ara. La consciència d'una vida i d'un benestar saludables són indicadors que han tingut una gran importància en les generacions nascudes entre 1981 i 1996, que el 2050 formaran part de la vellesa, i que s'encreuaran amb la generació denominada Z, desenvolupada en un moment d'ascens d'internet i de les connexions afavorides per la tecnologia de pantalles, que delimitaran les trajectòries del desenvolupament i que es creuaran amb les necessitats futures de la població sènior.

El ritme de progrés serà crucial per donar suport al desenvolupament de la població sènior. Les innovacions en tecnologia i medicina, des de la teràpia gènica fins als robots de cura personal, o la intel·ligència artificial per comprendre millor com la genètica afecta l'envelliment, ja mostren promeses en la seva capacitat per ajudar-nos a viure de manera independent cap al futur, però encara hi ha molt treball que s'ha de fer i que es continuarà fent per convertir moltes d'aquestes idees en una realitat inicial (Vandenbroucke, 2018, citat a Cohen, 2018).

Les diferents estratègies desenvolupades i la disponibilitat i l'ús de les noves tecnologies en, per exemple, internet i xarxes socials han provocat un gran impacte en la humanitat, incloses les comunicacions sèniors. Hi ha moltes iniciatives que sorgeixen a nivell global i que també són evidents en diversos projectes nacionals i locals de valor, com ara Sharing Childhood 2, Porto 4 Ageing, O Porto é Lindo, No Porto a Vida é Longa, que reflecteixen un intens treball en el desenvolupament de l'envelliment actiu i sa.

La Universitat de Porto va reunir, el mes d'abril de 2016, més de 70 institucions de la regió per respondre a un dels principals reptes del país: garantir més qualitat de vida per a la població gran, que s'espera que es triplicarà en els propers trenta anys. Aquest va ser el naixement de Porto 4 Ageing, un Centre d'Excel·lència en l'Envelliment Actiu i Saludable, que, sota la coordinació de la Universitat i de l'ajuntament del Porto (Câmara Municipal do Porto), reuneix centres de recerca, responsables polítics, proveïdors d'atenció, empreses, indústria i societat civil d'una manera clarament interdisciplinària i amb gran potencial científic, socioeconòmic i humà.

Les dues institucions més importants de la ciutat van liderar un consorci per intentar situar l'àrea metropolitana de Porto a l'avantguarda d'Europa per respondre al repte de l'envelliment amb la qualitat de vida, mitjançant el llançament de la candidatura de la regió com a lloc de referència en l'envelliment actiu i saludable de la Unió Europea (UE). Es tracta d'una regió que ha vist augmentar, entre 2011 i 2015, un 44% el nombre de residents amb 65 o més anys.

La candidatura del consorci Porto 4 Ageing donaria fruits sis mesos després. El 7 de novembre de 2016, la vicerectora per a la Recerca de la Universitat de Porto, Maria João Ramos, i el llavors regidor d'Acció Social de la ciutat, Manuel Pizarro, van rebre a Brussel·les el reconeixement oficial de l'AMP com a lloc de referència en l'envelliment actiu i saludable de la UE. L'àrea metropolitana de Porto va ser reconeguda per la Comissió Europea amb el títol de regió de referència de l'envelliment actiu i saludable, en la Cimera Europea sobre Innovació per a l'Envelliment actiu i saludable, celebrada a Brussel·les els dies 6 i 7 de desembre de 2016.

D'aquesta manera, Porto es va convertir en la segona regió portuguesa que formava part del restringit grup de 74 territoris europeus distingits per la Comissió Europea en aquest àmbit. Un grup de regions al qual es dediquen, entre 2018 i 2019, més de quatre mil milions d'euros, per finançar activitats de desenvolupament, implementació i expansió de la innovació digital en l'àmbit de l'envelliment actiu i saludable, a fi de millorar la qualitat de vida de més de 5 milions de persones grans a Europa.

El nivell d'inversió que la UE canalitza en aquest projecte, en la recerca de noves solucions per desenvolupar l'envelliment actiu i saludable, és la prova més clara que les

institucions europees consideren que aquest és un dels reptes socials més importants per al futur d'Europa.

4. Repensar l'envelliment

El concepte d'envelliment s'ha convertit, així, en un objecte d'estudi important no només pel coneixement de la seva gènesi i per les estratègies que l'atenuen individualment, sinó també per les conseqüències socioeconòmiques que té a nivell demogràfic i que influeixen en les orientacions polítiques socials i de sostenibilitat (Veloso i Rocha, 2016).

Atès que les accions preventives i els millors tractaments ajuden a la gent a mantenir la seva mobilitat i a gestionar millor les dificultats derivades de l'augment de l'edat, és probable que la gent continuï treballant més temps, ja sigui per necessitats econòmiques o simplement perquè no té intenció d'acabar amb la seva activitat professional tan aviat. L'estudi de Wong et al. (2016) va examinar els impactes econòmics i socials que els canvis demogràfics han provocat a nivell mundial. Els autors assenyalen la necessitat d'augmentar les despeses públiques dirigides a cobrir les necessitats de les persones grans, a més d'atendre les malalties i els dèficits vinculats amb la salut. Però incideixen en la importància que aquests canvis han de ser immediats perquè s'acompanyen d'un altre factor decisiu: la disminució de la taxa de fecunditat. Proposen com a pauta principal un canvi d'actitud respecte de les condicions laborals de les persones grans. A partir de la comparació amb les economies mundials, Wong et al. (2016) destaquen que la prolongació de les capacitats mentals i físiques saludables possibilita allargar la vida laboral, sempre que es desenvolupin estratègies que ho afavoreixin (per exemple, millorar les condicions ergomètriques, que es converteixin en referents laborals per a les noves generacions o potenciar la seva productivitat). A la vegada, insisteixen que això serà possible, només si s'aborda l'edatisme i s'eliminen les barreres professionals que s'implementen per al col·lectiu.

En referència al punt anterior, el 2007, Portugal va introduir un «factor de sostenibilitat» en vincular l'esperança de vida mitjana a la jubilació, com s'ha fet a Espanya. Però a Portugal també s'ha introduït una «estratègia nacional per promoure l'envelliment actiu», per estimular els treballadors de més edat a romandre més temps a la feina, consistent en: (1) millora de l'accés a la formació professional a l'edat adulta; (2) millora de les condicions laborals dels treballadors de més edat, i (3) millors pensions per evitar la jubilació anticipada amb beneficis per a les carreres més llargues (Silva da Costa, 2017).

Les dades són molt preocupants i mostren que cal repensar l'envelliment d'una manera seriosa. La gent no només vol viure més temps, vol viure més temps i amb una millor qualitat de vida. A l'estudi de Hart (2016), amb una mostra de 2.330 adults nord-americans,

dut a terme per l'Stanford Center for Longevity, es va posar en relleu que la majoria dels americans vol viure entre 90 i 100 anys, però que la majoria no ha preparat aquesta contingència. Per exemple, més del 40% diu que no disposarà dels mitjans econòmics per sobreviure en el futur i només un 25% diu que menja i que s'exercita correctament per mantenir-se en el millor estat de salut. Al marge dels anys que esperem viure i de les accions per aconseguir-lo, en un estudi internacional es va poder comprovar que les persones grans entenen l'envelliment que més els motiva com un concepte que implica diversos continguts relacionats: físics, psicològics i socials. Les autores comproven que hi ha un 75% de consens a partir de cinc característiques principals: bona salut; satisfacció amb la vida; tenir amics i família; adaptar-se als canvis relacionats amb l'edat; ser capaç de tenir cura d'un mateix i no tenir malalties cròniques (Fernández-Ballesteros et al., 2008).

En una societat on s'espera que un gran percentatge de gent sigui gran en un futur proper, és absolutament necessari preparar-se i prevenir. No podem continuar tenint una posició merament reparadora, curativa sobre aquesta qüestió, com si de sobte haguéssim estat atrapats en aquest remolí que és l'envelliment demogràfic. L'envelliment s'ha de considerar amb una perspectiva positiva, centrada en les característiques de l'envelliment i amb mesures preventives per controlar i reduir les pèrdues, no només els efectes negatius de la vellesa (Fonseca, 2005). L'èxit de l'envelliment depèn, doncs, de la interacció entre les característiques de l'individu i les condicions ambientals canviants. La salut no és l'única condició d'un envelliment reeixit i que condiona les capacitats de la gent gran i la seva qualitat de vida, també hi ha altres factors relacionats amb els hàbits de vida i amb l'actitud personal. Com per exemple, les actituds negatives arrelades a professionals en una societat que només avalua les despeses del col·lectiu (Wong et al., 2016). Per aconseguir-ho, s'ha de lluitar contra els estereotips mitjançant programes que empoderen les persones grans (Fernández-Ballesteros et al., 2005). Per això es diferencia entre envelliment saludable i envelliment actiu, tot i la important relació entre ambdós (Roncon, Lima i Pereira, 2015). Encara es podria parlar d'una altra tipologia més d'envelliment: l'exitós. Es caracteritzaria per l'habilitat de mantenir-se amb baix risc d'emmalaltir, mitjançant l'establiment d'alts nivells d'activitat física i mental. Però, a més a més, ha d'incloure el compromís amb la vida i mantenir relacions interpersonals i de participar en activitats significatives (Rowe, 1987, citat a Alvarado, Maya i María, 2014).

La pèrdua de capacitats es pot relacionar amb dificultats de salut, amb l'augment de les demandes de l'entorn o amb una combinació dels dos tipus de factors. Aquestes pèrdues poden comprometre la salut i l'autonomia de la gent gran i contribuir a l'augment de la vulnerabilitat. Es considera també que hi ha límits per a l'adaptació i plasticitat de comportament imposats per l'edat, el que resulta en un augment progressiu de les pèrdues i la consegüent disminució dels guanys (Cai, Chan, Yan i Peng, 2014; Gutches, 2014). No obstant això, el procés general d'adaptació de l'individu al llarg de la seva vida es reflecteix en els mecanismes d'adaptació interactiva que sempre busquen maximitzar

els guanys i minimitzar les pèrdues. Segons mostren les revisions sistemàtiques, aquests processos es realitzen a través de la selecció, l'optimització i la compensació. A aquests processos han de contribuir les iniciatives preventives i de promoció (Cosco, Prina, Perales, Stephan i Brayne, 2014)

No obstant això, la participació activa de la gent gran tendeix a disminuir amb l'envelliment a causa dels canvis en diversos nivells en aquesta etapa de la seva vida i els rols que juguen també mostren una tendència progressiva a disminuir. En molts de casos, el procés de jubilació, caracteritzat per la sensació que hi ha una pèrdua de vàlua i d'activitat útil o productiva, és un dels principals motius que disminueixen la participació (Fernández-Ballesteros et al., 2005). Pel que fa a la participació social, la gent gran revela tendència a participar a les xarxes socials més restringides, com en tot el seu cicle de vida estan sotmesos a canvis a causa dels antecedents familiars, la feina, la participació a la comunitat, entre d'altres, i la disminució dels contactes intersocials. En aquest sentit, cal estimular les persones grans a mantenir el seu potencial, perquè només així es poden fer tots els esforços per augmentar el seu poder de decisió sobre els diferents aspectes de la seva vida, tot promovent l'adopció d'estils de vida compatibles amb els ideals d'un envelliment actiu (Alvarado, Maya i María, 2014; Cosco, Prina, Perales, Stephan i Brayne, 2014; OMS, 2015).

Segons l'OMS (2015), l'envelliment actiu es defineix com el procés d'optimitzar les oportunitats de salut, participació i seguretat per tal de millorar la qualitat de vida de les persones grans. El concepte d'envelliment actiu és molt ampli i es basa no només en la capacitat de ser actiu físicament, sinó també amb la possibilitat de participar de forma contínua en els aspectes socials, econòmics, culturals, espirituals i civils. La literatura ens diu que l'envelliment psicològic provoca canvis de funcionalitat, especialment en el rendiment cognitiu, afectiu i social (Cosco, Prina, Perales, Stephan i Brayne, 2014; Gonçalves, 2012). Les persones grans mostren dificultats particulars per adaptar-se a nous rols, situacions noves i canvis ràpids, per gestionar les pèrdues afectives i socials, per preservar l'estat d'ànim i mantenir un estat psíquic normal (tendeixen a presentar alteracions psíquiques, com ara: hipocondria, paranoia i pensaments suïcides), i tenen poca autoestima i disminució de l'autoimatge. També presenten més dificultats de gestió del conflicte i en les relacions socials (Martin et al., 2017). La motivació interna de la gent gran també tendeix a disminuir. L'edat, quan s'és conscient, en general, augmenta la preocupació per la disminució de les seves capacitats mentals, físiques i socials, mentre que l'autopercepció saludable i la sensació de felicitat es construeixen sobre un envelliment més actiu i basat en actituds positives (Cho, Martin i Poon, 2012; Young, Fan, Parrish i Frick, 2009).

Per tant, és important no només minimitzar el deteriorament físic i funcional, sinó també les pèrdues psicològiques. Els aspectes psicològics que influeixen en l'envelliment es posen de manifest en les alteracions del rendiment cognitiu, afectiu i social dels individus, així com en la disminució de la motivació i els sentiments depressius. Un ús inadequat dels

processos psicològics podrà actuar com a factor de risc en processos d'adaptació, com l'envelliment (Marvin et al., 2017).

Amb això en ment, la gent gran portuguesa és una població en risc de vulnerabilitat (des de malalties cròniques a l'aïllament social, passant pel deteriorament cognitiu, generador de dependència), ja que, a més de tenir una població en procés d'envelliment creixent, els serveis de suport no podran créixer, els propers anys, per fer front a les seves necessitats (Veloso i Rocha, 2016).

L'Informe sobre Envel·liment Europeu de 2018 prediu que la proporció de la població total de la UE, fins a 2070, disminuirà un 4,5%, i els percentatges de dependència seran els segons més alts del món. Portugal es descriu com el país amb la major proporció de dependència de les persones més grans de 75 anys el 2070, amb un 89,7%, seguit per Polònia amb un 86,7% i Grècia amb un 86%.

L'augment de la vida de la població no és un fenomen passatger. Els avenços en medicina i biologia mostren que ha arribat per quedar-se i que és molt probable que s'aconsegueixi una major longevitat en les properes dècades. Amb el fet d'allargar la nostra vida, la medicina moderna ha aconseguit un dels èxits més notables. Tanmateix, aquests avenços han d'anar acompanyats d'una adequada planificació i d'un conjunt de respostes als nous i exigents reptes socials provocats pel nostre envelliment.

5. El projecte d'envelliment actiu de Porto

La Comissió Europea va establir per a 2020 l'objectiu d'incrementar dos anys més el nombre d'anys de vida amb bona salut per a cada europeu, a partir d'un pla estratègic basat en una visió positiva de l'envelliment actiu i saludable (European Commission, 2011) Un dels programes implementats finança projectes d'investigació i innovació, entre els quals hi ha l'envelliment actiu i la vida independent. Aquest programa, anomenat Horizon 2020, dona suport a la promoció d'iniciatives innovadores que promouen l'envelliment actiu i saludable, centrades en tecnologies informàtiques que permetin la detecció precoç dels riscos, la fragilitat, les caigudes, entre altres. Aquest és el marc del projecte desenvolupat a Porto (European Commission, 2015).

Davant els escenaris sociodemogràfics apuntats abans i aprofitant l'oportunitat creada pel finançament comunitari, la Universitat de Porto va decidir unir esforços amb la regió per fer front a aquesta nova realitat. El consorci Porto 4 Ageing (<https://www.porto4ageing.up.pt/>) va néixer amb l'objectiu de ser un centre d'agregació i un espai per debatre qüestions relacionades amb l'envelliment actiu i saludable de l'AMP i per reunir els diferents actors regionals que treballen i tenen interessos en aquest àmbit. Després de dirigir la

candidatura de l'AMP a regió de referència de la UE, amb 70 institucions associades, Porto 4 Ageing reuneix ara més de 90 entitats de la regió, incloses l'administració de la regió del Nord, l'AMP, el Centre Hospitalari Sao João, la Santa Casa de Misericòrdia, l'Escola d'Infermeria de Santa Maria i els diferents organismes professionals implicats (associacions i col·legis professionals de metges, infermeres, psicòlegs, treballadors socials, farmacèutics i nutricionistes).

El consorci està compromès amb un enfocament amb diverses estratègies, que involucren diferents actors que estan en condicions de dur a terme canvis estructurals per innovar i provar conjuntament nous serveis, programes i productes per a persones grans en contextos de la vida quotidiana del món real. Les estratègies es refereixen a (1) la reforma de serveis, (2) el desenvolupament de nous programes, (3) la creació de nous productes i (4) l'aprovació de polítiques de prevenció i promoció social i de salut.

Prop de 150 persones, representants de més de 90 institucions, empreses i entitats públiques de l'AMP que fan part del consorci, es van reunir el mes de maig de 2017, a la Universitat de Porto, a l'Institut de Ciències Biomèdiques Abel Salazar i la Facultat de Farmàcia de la Universitat de Porto (ICBAS/FFUP) per realitzar tallers i presentacions institucionals dissenyades per permetre l'intercanvi d'experiències i contactes entre tots els socis. Les jornades de portes obertes de Porto 4 Ageing van estar marcades per la presentació de les primeres innovacions desenvolupades en el marc del consorci.

5.1. Reduir el risc, millorar la vida amb salut. Aplicació per a telèfons intel·ligents

L'aplicació es diu FrailSurvey, consisteix en una app per a telèfons intel·ligents (*smartphones*) que permetrà a totes les persones grans dur a terme una autoavaluació de la vulnerabilitat. L'aplicació, gratuïta, és descarregable per als sistemes operatius iOS i Android; avalua aspectes de la vida de la població d'edat avançada, especialment la seva mobilitat, condició física, la visió, l'audició, l'alimentació, així com els aspectes cognitius i psicosocials. Els resultats permetran determinar les estratègies necessàries d'intervenció amb les persones grans, així s'espera reduir el risc de vulnerabilitat i la disponibilitat per l'envelliment actiu amb més qualitat de vida.

Se sap que el curs normal d'envelliment afecta el conjunt de la població des del naixement, però cada vegada s'observa més clarament a partir dels 21 anys, i s'associa amb una disminució gradual de les capacitats funcionals, mentre que els ancians tenen un alt risc d'augmentar la seva vulnerabilitat, entesa i descrita com un augment progressiu de la fragilitat, la qual cosa n'augmenta les conseqüències negatives. Tot i que la fragilitat s'explica per diversos models, hi ha consens científic en relació amb el paper determinant dels factors fisiològics i psicosocials, els estudis internacionals han demostrat que aquesta condició es caracteritza per una major vulnerabilitat, que si no es prevé, condueix a la discapacitat.

Amb l'aplicació s'intenta disposar d'informació rellevant per poder saber com es troba i què pot fer la persona que la fa servir. Aquesta és la primera aplicació en portuguès perquè les persones grans puguin avaluar la seva fragilitat, de manera autònoma i amb garanties de qualitat científica. Hi ha diverses solucions similars al mercat, dirigides als professionals de la salut, que només es distribueixen en anglès o castellà, és a dir, no tenen adaptacions lingüístiques i culturals per a la població portuguesa.

Desenvolupada en col·laboració amb el lloc web de referència regional de salut del Laci (Lazio Regional Health Service de Roma, Itàlia), l'aplicació és només el primer exemple pràctic de les possibilitats obertes per la integració de l'AMP en aquesta xarxa de llocs de referència per a l'envelliment actiu i saludable. Així mateix, el març de 2018, Porto 4 Ageing va aconseguir el finançament de la UE per a altres dos projectes que es desenvoluparan en associació amb altres regions de referència.

5.2. Acadèmia per envellir bé

Finançat pel projecte pilot de suport de la Comissió Europea per a la Innovació sobre l'Envelliment actiu i sa (Pilot Twinning Support Scheme of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing), l'Acadèmia per envellir bé és l'expressió, per al nord de Portugal, de l'acadèmia europea ALHOA (sigles en anglès d'actuar per aconseguir la longevitat i l'envelliment saludable). L'Acadèmia ALOHA, inaugurada a Porto el juliol de 2017, està dirigida per un equip científic a cada regió i ha estat provada per primera vegada a França. L'Acadèmia per envellir bé ha estat desenvolupada en associació amb una altra regió de referència: Gérontopôle Autonomie longévité, del País del Loira (Nantes, França), i consisteix en la creació a Portugal d'una plataforma en línia, com la plataforma existent a França (www.academie-bienveillir.fr) i la plataforma europea (www.aloha-academy.eu), ambdues dedicades a informar i formar els adults grans, els cuidadors i els professionals en àrees clau de salut per a persones més grans de 50 anys, ja que es tracta de prevenir amb més bona preparació. Es presenta com una font fiable d'informació i d'assessorament sobre prevenció de la salut per a un envelliment actiu i saludable. Diferencia les seves recomanacions per a l'envelliment actiu, per una banda, i per a l'envelliment saludable, per l'altra. Segons un model comú, les plataformes nacionals ofereixen continguts adaptats a la cultura i la realitat de cada Estat.

El plantejament és que actualment hi ha poques fonts d'informació i eines de salut fiables a internet, hi ha massa renou i confusió. El projecte pretén omplir aquest buit en l'àmbit de l'envelliment, amb recomanacions i dades per als ciutadans més grans de 50 anys. L'Acadèmia té com a objectiu concret proporcionar un portal web per informar, educar i implicar persones grans i professionals de la salut en matèria de prevenció (vacunació, nutrició, activitat física controlada, ús d'antibiòtics), desenvolupant eines per a recomanacions personals i a mida, per tal de potenciar els usuaris de la plataforma i

habilitar-los per fer eleccions preventives correctes, basades en les evidències científiques disponibles.

L'augment de l'adhesió de la població a la vacunació, la promoció de l'exercici físic i l'alimentació saludable, la sensibilització sobre l'ús adequat dels antibiòtics i la guia dels cuidadors amb informació vàlida són alguns dels continguts que s'ofereixen a la plataforma. La no adherència a les recomanacions sanitàries es reconeix com un problema de salut pública i un repte per als investigadors i els serveis de salut, ja que els esforços i les intervencions per promoure l'adhesió semblen ineficaços. La no adherència a les recomanacions sanitàries es fa sentir en tots els nivells de la població, però especialment en els adults grans a causa de l'elevat nombre de malalties cròniques coexistents i de síndromes geriàtriques i la consegüent polifarmàcia. Aquesta millora de l'adherència és particularment pertinent per a la vacunació de persones grans i de pacients d'alt risc. Per exemple, mentre que l'OMS recomana una taxa de cobertura de la vacuna contra la grip del 75% per a les persones grans, els treballadors sanitaris i els pacients amb malalties cròniques, a Portugal només el 49,4% de les persones grans van ser vacunades el 2015.

5.3. Detecció d'al·lèrgies i recomanacions en temps real

El Centre de Recerca en Tecnologies i Serveis de Salut (CINTESIS) de Porto participa com a membre del projecte Porto 4 Ageing, responsabilitzat en el desenvolupament de l'aplicació Allergy Diary, una aplicació mòbil per a pacients amb rinitis al·lèrgica, desenvolupada originalment per un equip europeu. Ara està disponible per als experts, en descàrrega gratuïta per a Android i iOS, en 20 països i en 15 idiomes, i ja ha estat provada per més de 5.000 usuaris de diferents edats. Aquesta aplicació permet que l'usuari mantingui un registre dels símptomes de la rinitis i de l'asma, així com l'ús de medicaments, i també permet la integració d'un sistema de suport a la decisió clínica.

Portugal és un dels països que experimenta un major nombre d'usuaris de l'aplicació Allergy Diary. Segons João Fonseca, immunoal·lèrgicista investigador del CINTESIS i professor de la Facultat de Medicina de la Universitat do Porto (FMUP), s'espera que Portugal pugui continuar liderant l'adopció de tecnologies innovadores dirigides a les persones amb malaltia crònica, i que el nombre d'usuaris domèstics d'Allergy Diary es normalitzi entre els pacients i que continuï augmentant.

La rinitis és una de les malalties més comunes a Europa; s'estima que afectarà més del 20% dels adults i persones d'edat el 2020. Els canvis resultants de l'edat i la polifarmàcia són factors que determinen un control adequat de la rinitis en aquestes poblacions. Es tracta d'una malaltia que encara no està correctament diagnosticada i que es troba en nivells de tractament limitats, per la qual cosa la rinitis pot interferir significativament en l'activitat física, la productivitat del treball i la qualitat de vida.

En el marc d'aquest projecte, l'aplicació Allergy Diary integrarà la versió electrònica de CARAT, un qüestionari desenvolupat per CINTESIS, la unitat d'investigació amb seu a la Universitat de Porto. Disposa de traducció a 25 idiomes i s'ha validat en 9 països. Responent deu preguntes sobre els símptomes de les vies respiratòries, el son nocturn, les limitacions en l'activitat diària i la necessitat d'augmentar la medicació, el CARAT permet quantificar el grau de control de l'asma i de la rinitis.

A la llarga, aquest projecte concret té com a objectiu proporcionar nous enfocaments individualitzats per als adults d'edat avançada, aconseguir desenvolupar la capacitat predictiva pel que fa a la rinitis, al mateix temps que es desenvolupa la col·laboració científica entre les diferents regions d'Europa implicades en el desenvolupament de l'envelliment actiu i saludable i augmentar, així, la transferència de *know-how* i el treball en xarxa internacional en l'àrea de les malalties respiratòries.

5.4. Reptes oberts per a l'envelliment actiu i saludable

El deteriorament cognitiu i els canvis psicosocials associats estan estretament relacionats amb l'aparició de dificultats per a l'autonomia i la independència de la gent gran. Actualment, és una de les àrees de preocupació social i política, per les seves dimensions i pel patiment dels afectats i les seves famílies.

Justament, el següent projecte de la iniciativa Porto 4 Ageing, que ja compta amb finançament, i en el desenvolupament del qual han col·laborat, a més, les regions de la República d'Irlanda, Campània (Itàlia) i Catalunya, s'ocupa del programari dissenyat per a la detecció ràpida d'alteracions cognitives en la comunitat de gent gran.

Aquests resultats són els primers passos d'un pla d'actuació molt més ampli que pot ser decisiu per transformar la qualitat de vida de milers de ciutadans de la Regió del Nord i de tot Portugal. És una iniciativa que es basa en un model de treball en xarxa local i internacional, un projecte cooperatiu innovador entre tots els actors socials com a forma de respondre a reptes concrets; un model d'acció que es pot replicar en altres àmbits, basat en una universitat que contribueix de forma significativa posant els seus recursos i capacitats al servei de la societat, en un esforç conjunt amb les institucions de la regió per millorar la qualitat de vida de la població, tot aprofitant totes les oportunitats per aconseguir salut, en el seu sentit més ampli, com es recomana als estudis més recents (Carstensen, Rosenberger, Smith i Modrek, 2015; OMS, 2015).

Referències bibliogràfiques

Alvarado, A. M., Maya, S. i María, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.

American Psychological Association (APA) (2017). Older adults' health and age-related changes. Recuperat de: <http://www.apa.org/pi/aging/-resources/guides/older.aspx>

Araujo, I., Jesus, R., Araujo, N. i Ribeiro, O. (2017). Percepção do apoio familiar do idoso institucionalizado com dependência funcional. *Enfermería Universitaria*, 14(2), 97-103.

Bernier, P. J., Gourdeau, C., Carmichael, P. H., Beauchemin, J. P., Verreault, R., Bouchard, R. W. i Laforce, R. (2017). Validation and diagnostic accuracy of predictive curves for age-associated longitudinal cognitive decline in older adults. *Canadian Medical Association Journal*, 189(48), E1472-E1480.

Brenowitz, W. D., Keene, C. D., Hawes, S. E., Hubbard, R. A., Longstreth Jr, W. T., Woltjer, R. L., ... i Kukull, W. A. (2017). Alzheimer's disease neuropathologic change, Lewy body disease, and vascular brain injury in clinic-and community-based samples. *Neurobiology of aging*, 53, 83-92.

Cai, L., Chan, J. S., Yan, J. H. i Peng, K. (2014). Brain plasticity and motor practice in cognitive aging. *Frontiers in aging neuroscience*, 6, art. 31.

Carstensen, L. L., Rosenberger, M. E., Smith, K. i Modrek, S. (2015). Optimizing health in aging societies. *Public Policy & Aging Report*, 25(2), 38-42.

Cho, J., Martin, P. i Poon, L. W. (2012). The older they are, the less successful they become? Findings from the Georgia Centenarian Study. *Journal of Aging Research*, 2012. Article ID 695854.

Chopik, W. J., Bremner, R. H., Johnson, D. J. i Giasson, H. L. (2018). Age Differences in Age Perceptions and, Developmental Transitions. *Frontiers in Psychology*, 9(67),1-10. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00067

Cohen, J. (2018). «CAMERA» records cell action with the new CRISPR tricks. *Science*, 359(6377),728.

Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. i Brayne, C. (2014). Operational definitions of successful aging: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 26(3), 373-381.

European Commission (2011). *A Europe 2020 Initiative. Strategic Implementation Plan of the Pilot European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing - Innovation Union - European Commission*. Brussel·les. [Consulta: 9 abril 2018]. Recuperat de: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=implementation-plan

European Commission (2015). Open calls for projects in support of the Strategic Implementation Plan of the Pilot European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing - Innovation Union - European Commission. Brussel·les. [Consulta: 9 abril 2018]. Recuperat de: http://ec.europa.eu/research/innovation-union/index_en.cfm?section=active-healthy-ageing&pg=calls

European Commission (2017, novembre). The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies. – Institutional Paper 065. [Consulta: 6 maig 2011]. Recuperat de: https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-underlying-assumptions-and-projection-methodologies_en

Fernández-Ballesteros, R., Caprara, M. G., Iñiguez, J. Y. i García, L. F. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad»®. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 40(2), 92-103.

Fernández-Ballesteros, R., García, L. F., Abarca, D., Blanc, L., Efklides, A., Kornfeld, R., Lerma, A. J., Mendoza-Nuñez, V. M., Mendoza-Ruvalcaba, N. M., Orosa, T. i Paúl, C. (2008). Lay concept of aging well: cross-cultural comparisons. *International Journal of Psychology*, 43(3), 723-724.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Positive aging: objective, subjective and combined outcomes. *E-Journal of Applied Psychology*, 7, 22-30.

Ferreira, P. M. (2015). O Envelhecimento ativo em Portugal: tendências recentes e (alguns) problemas. *Revista Kairós: Gerontologia*, 18(19), 07-29.

Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Francesc, M. i García, H. (2016). *Ikigai. Viva bem até aos cem*. Porto: Divisão Editorial Literária.

Gonçalves, C. (2012). Programa de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*, 18, 1-18.

González, M., Facal, D., i Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas: resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología*, 6(3), 34-42.

Gutchess, A. (2014). Plasticity of the aging brain: new directions in cognitive neuroscience. *Science*, 346(6209), 579-582.

Hart, P. D. (dir.) (2016). *Preparing for a long life. Survey*. Nova York: Time Health / Stanford Center on Longevity.

Iborra, R. R. (2013). La estimulación mental como factor potenciador de la reserva cognitiva y del envejecimiento activo. *Informació psicològica*, (104), 72-83.

Helliwell, J., Layard, R. i Sachs, J. (2018). *World Happiness Report*. Nova York: Sustainable Development Solutions Network.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B. i Layton, J. B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med*, 7(7).

House, J. S., Landis, K. R. i Umberson, D. (1988). Social Relationships and Health. *American Association for the advancement of Science*, 241(4865), 540-545.

Kim, E. S., Kawachi I., Chen Y. i Kubzansky L. D. (2017). Association Between Purpose in Life and Objective Measures of Physical Function in Older Adults. *JAMA Psychiatry*, 74(10), 1039-1045. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2145

Marques, T. S., Ribeiro, D., Maia, C. i Santos, H. (2016). Nascer é envelhecer: uma perspetiva demográfica evolutiva e territorial na construção do futuro de Portugal. *Revista de Geografia e Ordenamento do Território*, 10, 207-231.

Martin-Joy, J. S., Malone, J. C., Cui, X. J., Johansen, P. Ø., Hill, K. P., Rahman, M. O., Waldinger, R. J. i Vaillant, G. E. (2017). Development of Adaptive Coping From Mid to Late Life: A 70-Year Longitudinal Study of Defense Maturity and Its Psychosocial Correlates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(9), 685-691. doi: 10.1097/NMD.0000000000000711

Nunes, A. M. (2017). Demografia, envelhecimento e saúde: uma análise ao interior de Portugal. *Revista Kairós: Gerontologia*, 20(1), 133-154.

Oliveira, A., Oliveira, N., Arantes, P. i Alencar, M. (2010). Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 301-312.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Growing older – Staying well. Ageing and physical activity in everyday life*. Gènova: OMS.

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra: OMS. [Consulta: 9 abril 2018]. Recuperat de: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>

Organización Mundial de la Salud (2017). *The Global strategy and action plan on ageing and health*. Ginebra: WHO Brussel·les. [Consulta: 6 maig 2018]. Recuperat de: <http://www.who.int/ageing/WHO-GSAP-2017.pdf?ua=1>

Roncon, J., Lima, S. i Pereira, M. G. (2015). Qualidade de vida, morbidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 31(1), 87-96.

Rosa, M. J. V. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rosa, M. J. V. i Chitas, P. (2016). *Portugal e a Europa: os números*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *A Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10-28. doi:10.1159/000353263

Silva da Costa, A. (Relatora) (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde (DGS), Ministério da Saúde. Recuperat de: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Young, Y., Fan, M. Y., Parrish, J. M. i Frick, K. D. (2009). Validation of a novel successful aging construct. *Journal of the American Medical Directors Association*, 10(5), 314-322.

Vásquez, M., Rodríguez, A., Villarreal, J. S. i Campos, J. A. (2014). Relación entre la reserva cognitiva y el enriquecimiento ambiental: Una revisión del aporte de las neurociencias a la comprensión del envejecimiento saludable. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 8(2).

Veloso, E. M. C. i Rocha, M. C. J. (2016). Políticas públicas, pessoas idosas, educação e envelhecimento: o caso de Portugal num contexto global. *Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília*, 2(1), 3-37.

Waldinger, R. J. i Schulz, M. S. (2016). The long reach of nurturing family environments:

Links with midlife emotion-regulatory styles and late-life security in intimate relationships. *Psychological science*, 27(11), 1443-1450.

Wong, P., Chng, B., Garcia, A. i Burstein, A. (2016). Redefining Traditional Notions of Aging Embracing Longevity Across Cultures. Washington. D. C. [Consulta: 9 maig 2018]. Recuperat de: <http://www.milkeninstitute.org/publications/view/819>

Autors

JOANA DA GAMA

Llicenciada en Psicologia i màster en Psicologia per l'àrea d'Especialització en Psicologia del Comportament i Desviació Social per la Universitat de Porto (FPCEUP). Intervenció social i pedagògica en escoles públiques i presons nacionals, en col·laboració amb la fundació portuguesa La Comunitat contra la sida (FPCCSIDA). Formació i recerca amb l'Institut de col·laboració Campbell amb Vivian Welch. Formació en motivació autogestionada per a conductes de salut, amb Geoffrey C. Williams, de la Universitat de Rochester. Actualment és formadora clínica de Comportament Addictiu de la Facultat de Psicologia i Ciències de l'Educació de la Universitat de Porto i col·laboradora en la recerca Reuse of contracted set of indicators for Local Health Plan monitoring in Portuguese Local Health Unit.

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia. Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la UIB i Màster en Intervenció Multidisciplinària per Trastorns de la Conducta Alimentària, Trastorns de la Personalitat i Trastorns Emocionals per la Universitat de València. Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran. És estudiant de Doctorat en Ciències de l'Educació i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears. 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. Les seves línies principals de recerca són els programes de prevenció basats en l'evidència, tècniques i estratègies d'intervenció psicològica i trastorns de la conducta alimentària.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

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

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

**LA IMPORTÀNCIA DEL TURISME EDUCATIU
EN ELS ADULTS GRANS: MOTIVACIONS
I EXPERIÈNCIA TURÍSTICA DELS
PARTICIPANTS A LA X INTERNATIONAL
SUMMER SENIOR UNIVERSITY (ISSU)**

La importància del turisme educatiu en els adults grans: motivacions i experiència turística dels participants a la X International Summer Senior University (ISSU)

Carmen Orte Socias
Joan Amer Fernández
Carmen López-Esteva

Resum

La International Summer Senior University (ISSU), en les seves deu edicions, ha constituït una oportunitat excepcional per combinar educació i turisme, tot fomentant una proposta adreçada a la gent gran que permet conèixer l'illa de Mallorca d'una altra manera. En el present capítol es recullen les valoracions de part dels participants de la darrera edició.

Els distints entrevistats coincideixen a assenyalar que l'illa té molt potencial més enllà dels estereotips. Es tracta d'un alumnat amb molta d'experiència en viatges i una alta formació. Per tant, les seves opinions són il·lustratives d'un fragment del conjunt de la gent gran amb capacitat adquisitiva i voluntat per viatjar. Alhora són generadors d'opinió i vehicles molt adients per a la difusió boca-orella entre els seus amics i coneguts. I aquesta difusió la poden fer tant de manera presencial com de manera virtual, a través de les xarxes socials. Per últim, a partir de les contribucions dels entrevistats i l'experiència en l'ISSU, s'elabora una proposta de bases per a un turisme sènior cultural i educatiu basat en programes educatius internacionals.

Resumen

La International Summer Senior University (ISSU), en sus diez ediciones, ha constituido una oportunidad excepcional para combinar educación y turismo, fomentando una propuesta dirigida a las personas mayores que permite conocer la isla de Mallorca de otro modo. En el presente capítulo se recogen las valoraciones de parte de los participantes de la última edición.

Los distintos entrevistados coinciden en señalar que la isla tiene mucho potencial más allá de los estereotipos. Se trata de un alumnado con mucha experiencia en viajes y una alta formación, por lo que sus opiniones son ilustrativas de un fragmento del conjunto de la gente mayor con capacidad adquisitiva y voluntad para viajar. Asimismo son generadores de opinión y vehículos muy adecuados para la difusión boca a boca entre sus amigos y conocidos. Y esta difusión la pueden hacer tanto de manera presencial como de forma virtual, a través de las redes sociales. Por último, a partir de las contribuciones de los entrevistados y la experiencia en la ISSU, se elabora una propuesta de bases para un turismo senior cultural y educativo basado en programas educativos internacionales.

1. Introducció

En el marc del turisme, el sector de la gent gran ha esdevingut un dels sectors principals, per la seva capacitat creixent de consumir. Una de les principals raons és el creixent pes demogràfic de la gent gran als països europeus. D'acord amb l'Eurostat, en termes absoluts, Alemanya, Itàlia, França, el Regne Unit i Espanya són els països de la Unió Europea (UE) amb un nombre més elevat de persones grans. En aquest estudi es parlarà una atenció especial als casos alemany, britànic i espanyol, atès que són els principals mercats emissors de turistes a Mallorca. Els tres països presenten altes esperances de vida, per damunt o en la línia de la mitjana de la UE: Alemanya (homes: 78,6 anys; dones: 83,2 anys), el Regne Unit (homes: 79,2; dones: 82,9) i Espanya (homes: 80,2; dones: 86,1). En el cas espanyol, les projeccions de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), parlen del 26,2% de població més gran de 65 anys el 2031 i el 38,7%, el 2061. Segons l'OCDE (2015), si s'analitza la mitjana d'anys esperats de jubilació per països, hi ha el cas d'Alemanya (homes: 19,4 anys; dones: 22,8 anys), el cas del Regne Unit (homes: 18,5; dones: 22,7) i el cas d'Espanya (homes: 20,4; dones: 23,7).

La indústria de promoció turística fa un èmfasi especial en el sector de la gent més gran de 65 anys perquè es tracta de persones que disposen de poder adquisitiu i volen viatjar (Patterson, 2007). Per això és important conèixer quines fonts d'informació utilitzen les persones grans per prendre les decisions a l'hora de viatjar. Conjuntament a la creixent influència dels mitjans de comunicació, les experiències personals i la transmissió d'informació boca-orella ocupen un lloc rellevant (Patterson, 2007).

Una de les fites del present capítol és establir una proposta de bases per a un turisme sènior cultural a partir de l'experiència de la X edició de la International Summer Senior University (ISSU) / Universitat Internacional d'Estiu per a Persones Grans. Es tracta d'un programa educatiu internacional per a gent gran que s'emmarca dins els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida i l'educació d'adults grans. El programa és dissenyat, implementat i avaluat pel Grup de Recerca GIFES (Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social) del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques (Universitat de les Illes Balears). La directora del programa és la Dra. Carmen Orte.

A més, s'indaga en els motius per fer turisme i els modes de viatge elegits entre els participants a la X International Summer Senior University, celebrada a la Universitat de les Illes Balears entre el 4 i el 8 de setembre de 2017, a partir de les entrevistes fetes en profunditat a una selecció de sis dels participants. Tot plegat s'emmarca en un enfocament d'aquesta proposta formativa de la X International Summer Senior University (en endavant ISSU) com a proposta de turisme educatiu.

L'ISSU va tenir com a tema d'enguany «The magic of travelling». Al llarg de la setmana, es varen fer conferències, activitats i excursions sobre el món del turisme i els viatges.

Agraïments: Els autors volem agrair el suport econòmic per a la celebració de les IX i X edicions de la International Summer Senior University al Departament d'Economia i Hisenda del Consell de Mallorca. També volem fer arribar el nostre agraïment als alumnes col·laboradors Thalita Van Der Bergh, Abolaji Ayodele, Antonina Siquier, Virginia Marcote i Teresa Quirk per la seva contribució al treball de camp de les entrevistes.

En concret, hi va haver conferències sobre el turisme sènior cultural (Carlos Santos, professor de la Universitat de les Açores, Portugal), el turisme cultural (Kike Bolado, grup IRU), el turisme responsable (Carles Tudurí, professor i cap de l'ONG Turismo Responsable), els impactes del turisme a Palma (Macià Blázquez, professor de la UIB), l'evolució del paisatge turístic a Palma (Jaume Gual, fotògraf), recomanacions per viatjar (Isabel Moreno, catedràtica de la UIB) i el viatge com a forma d'aprenentatge (François Vellas, professor de la Universitat de Tolosa i president de la International Association of Universities of the Third Age). També es va visitar el museu Es Baluard i es va fer una excursió a Sóller. El programa detallat es pot consultar al web <http://summersenioruniversity.uib.eu>

L'objectiu del capítol és recollir les motivacions i l'experiència turística dels participants a l'ISSU, per destacar la importància creixent del turisme educatiu en el sector dels adults grans i per establir unes bases per al turisme sènior cultural i educatiu.

2. El turisme cultural sènior: les propostes culturals i educatives en el marc del Third Age Tourism

2.1. El turisme sènior

El segment dels adults grans, tant des d'una perspectiva econòmica com demogràfica, farà augmentar el volum del turisme en conjunt. Es tracta de l'anomenat turisme sènior, caracteritzat perquè són persones amb una experiència més gran en turisme, són més exigents i disposen de potencial per desestacionalitzar les temporades turístiques (Alén, Domínguez i Losada, 2012). Aquest segment cerca experiències enriquidores i la International Summer Senior University (ISSU) pot ser una resposta a aquesta demanda, perquè és una proposta educativa, cultural i que fomenta la coneixença amb persones d'altres entorns.

El turisme sènior contribueix a la millora del benestar i la qualitat de vida de les persones grans fomentant estils de vida d'envelliment actiu. A més, viatjar pot combatre la soledat i la manca de motivació en aquestes etapes vitals (Marín, García-González i Troyano, 2006).

Tenint en compte els distints perfils dins el turisme sènior segons el gènere, estatus socioeconòmic i nivell educatiu, Alén, Domínguez i Losada (2012) apunten que les

motivacions dels turistes sèniors inclouen: aprofitar el seu temps lliure, visitar llocs que sempre havien volgut visitar, conèixer gent i socialitzar-se, fer coses noves i escapar de la rutina. Les propostes educatives com l'ISSU donen resposta a tots aquests aspectes. Aquests autors hi afegeixen que, a més de les motivacions, és important conèixer els comportaments d'aquests turistes, tot estudiant el tipus de viatge i allotjament que elegeixen, els companys de viatge, els preparatius, la durada de les vacances, els mitjans de transport, l'organització del viatge i les fonts d'informació utilitzades.

2.2. El turisme cultural

La definició de turisme cultural de l'Organització Mundial del Turisme (OMT) subratlla la voluntat dels turistes culturals de voler tenir experiències i trobades que promoguin el coneixement, la diversitat i l'augment del nivell cultural. En aquest sentit, l'OMT destaca el component d'aprenentatge del turisme cultural i la seva aportació al desenvolupament personal i la realització individual dels turistes. Els programes educatius internacionals com l'ISSU estan són adequats per respondre a la demanda d'aprenentatge dels turistes culturals.

L'Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic (OCDE) parla del turisme cultural com el desenvolupament turístic amb processos de producció i distribució lligats als recursos culturals (OCDE, 2009). L'OCDE afirma que el turisme cultural és una de les indústries que creix més ràpidament dins el mercat turístic global. També subratllen la necessitat d'incorporar atractius culturals a l'oferta dels destins turístics per millorar la seva diferenciació respecte d'altres destins. D'acord amb l'OCDE, la cultura aporta autenticitat i distinció a l'oferta turística.

D'acord amb Richards (2003 i 2007), el turisme cultural no és només visitar llocs històrics i monuments (visió clàssica del turisme cultural), sinó que també comporta viure i conèixer l'estil de vida dels llocs visitats. Ambdós aspectes comporten la recollida de noves experiències i coneixements. A partir d'aquestes consideracions, Richards (2007) defineix el turisme cultural com el moviment de persones cap a atraccions culturals fora del seu lloc de residència, amb la intenció d'obtenir noves experiències i informacions que satisfacin les seves necessitats culturals.

Els programes educatius internacionals com l'ISSU donen resposta a les demandes del turisme cultural atès que promouen l'aprenentatge, l'acumulació de noves experiències i coneixements, i fomenten la interacció social i l'intercanvi intercultural.

Les experiències turístiques cultural i educativa han esdevingut cada vegada més populars entre els adults grans, ja que constitueixen oportunitats per fer una activitat significativa que comporta un aprenentatge i creixement personal (Sie, Patterson i Pegg, 2016). Com

diuen aquests autors, els viatgers grans cerquen una implicació més gran amb el lloc i la gent local, amb la participació en activitats del destí que visiten. En aquest sentit, es combina la motivació de viatjar amb les aspiracions personals d'aprendre coses noves. El turisme educatiu ha esdevingut una plataforma excel·lent per a l'aprenentatge al llarg de tota la vida.

3. Els programes educatius internacionals per a la gent gran

Els programes educatius internacionals per a la gent gran promouen el turisme sènior. Les mateixes activitats educatives dels programes constitueixen un factor d'atracció per viatjar i visitar els destins on se celebren aquests programes. A més de promoure el fet de conèixer nous llocs, aquests programes fomenten la interacció social i l'intercanvi cultural, aspectes clau per a la qualitat de vida i l'envelliment actiu de la gent gran (Alén, Domínguez i Losada, 2012).

Diferents investigacions acadèmiques subratllen la importància de les relacions socials de les persones grans per a la millora del seu benestar personal i de la seva qualitat de vida (Merz i Huxhold, 2010; Huxhold, Miche i Schüz, 2013; Chen i Feeley, 2014). En aquest sentit, els programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida promouen la relació social i la comunicació interpersonal i, per tant, són instruments per a la millora de la qualitat de vida d'aquest sector de la població.

Merz i Huxhold (2010) exposen que les xarxes de relacions socials són importants per al benestar i la satisfacció vital, especialment en les edats més avançades. Els contactes socials i el suport personal són font de benestar per a les persones grans. En la seva investigació sobre la relació entre benestar i qualitat de les relacions interpersonals, determinen que aquells que puntuen de manera més alta les relacions, també tenen índexs més alts de benestar subjectiu. D'acord amb aquests autors, les relacions de qualitat impliquen més harmonia, una comprensió més elevada, menys conflictivitat i millor cura i suport de confiança. D'altra banda, continuen Merz i Huxhold (2010), les persones amb relacions socials pobres i, per tant, menys connectades, poden reaccionar negativament a les propostes de suport i cura. Chen i Feeley (2014), en el seu estudi sobre el suport social, la solitud i el benestar en les persones grans, afirmen que el suport més gran rebut per la parella, la família i els amics repercuteix en una sensació de solitud més reduïda i una millora del benestar.

En la mateixa línia de recerca trobam el treball de Huxhold, Miche i Schüz (2013) sobre els beneficis i efectes diferencials de tenir amics per a la gent gran. Afirmen que les relacions socials milloren el benestar subjectiu atès que constitueixen oportunitats per a la participació i la possibilitat de fer activitats en un context social (com en els

programes d'aprenentatge al llarg de tota la vida). Hi afegeixen que els contactes socials són importants per al benestar personal i que la gent amb relacions socials més properes presenten una salut més bona i són més optimistes. Finalment, Huxhold, Miche i Schüz (2013) exposen que la implicació en activitats socials per part de les persones grans és especialment beneficiosa si aquestes activitats els fan sentir útils i protagonistes.

4. La Universitat Internacional d'Estiu per a Persones Grans com a proposta de turisme educatiu i cultural

La Universitat Internacional d'Estiu per a Persones Grans o International Summer Senior University (ISSU) és una iniciativa d'aprenentatge de caràcter intercultural impulsada inicialment per la Universitat Oberta per a Majors i coordinada des de 2014 pel Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES). La seva directora des de la primera edició (2009) va ser la Dra. Carmen Orte Socias. ISSU és una activitat de caràcter anual, que se celebra habitualment la segona setmana de setembre i de la qual ja s'han fet deu edicions. Va néixer amb la fita de promoure l'intercanvi d'experiències entre persones grans de distintes universitats del continent europeu.

Com es descriu tant a la web (<http://summersenioruniversity.uib.eu>) com a les memòries anuals, la finalitat de l'ISSU d'afavorir un espai per a l'experiència intercultural entre estudiants grans constitueix un aspecte original i innovador entre aquest tipus de programes. En aquest sentit, ni en el marc de les universitats d'estiu ni en el marc dels programes universitaris per a persones grans, s'han trobat iniciatives semblants, excepte d'alguns programes nord-americans.

Els programes educatius per a persones grans són propostes que treballen per a l'envelliment actiu i que fomenten el *saber*, el *saber ser* i el *saber fer* (Anguera, 2013; Vives, Orte i Ballester, 2015). El disseny de l'ISSU té en compte les necessitats educatives específiques de les persones grans (Lumsden, 1985): la necessitat de funcionament en societat, la necessitat d'expressió, la necessitat de participació, la necessitat d'influir i la necessitat de transcendència. Tant la naturalesa com la direccionalitat del programa tenen presents aquestes necessitats i alhora fomenten les relacions interculturals i intergeneracionals. En la línia de Gairín, Rodríguez-Gómez, Armengol i Arco (2013) i Pérez-Albéniz, Pascual, Navarro i Lucas-Molina (2015), el programa treballa per a l'emancipació sociocultural de les persones grans, en un marc en què les persones grans, a més de continuar aprenent, poden millorar la seva autoestima, compartir experiències i disposar d'alternatives d'oci. Aquests autors hi afegeixen que els beneficis del programa van més enllà dels beneficis educatius i arriben a altres esferes de la persona, perquè milloren el seu benestar psicològic, la seva capacitat cognitiva i les seves habilitats socials, a través del coneixement d'altres realitats i la relació amb persones de distintos països.

Al llarg de les deu edicions celebrades, la temàtica treballada ha estat molt diversa. La primera edició s'enfocà a conèixer més bé de l'illa de Mallorca (patrimoni, gastronomia...), així com a treballar el tema de la dependència de les persones grans. La segona edició se centrà en els aspectes divulgatius de la ciència, amb una aproximació interdisciplinària, tant en format de tallers com de conferències. La tercera edició estava dedicada a l'arqueologia, la prehistòria i la història antiga. També tingué, com a element innovador, la visita a l'illa d'Eivissa. La quarta edició va ser una edició monogràfica orientada a la cultura i la gastronomia de les Illes Balears. En el cas de la cinquena edició, el tema va ser la serra de Tramuntana, que l'any 2011 va ser nomenada Patrimoni Mundial per l'UNESCO. La sisena edició s'orientà a les temàtiques del turisme i la ciutadania europea a les Illes Balears. La setena edició adoptà una perspectiva mediambiental i tractà el tema de l'aigua. La vuitena edició se centrà en la literatura, la música i l'art a les Illes Balears. La novena edició es dedicà als estils de vida saludable. Finalment, la desena edició es dedicà al turisme cultural i educatiu.

5. Mètode

Es varen entrevistar 6 dels 10 participants de la X edició de l'ISSU, els mateixos dies que tenia lloc l'activitat, entre el 4 i 8 de setembre de 2017. Els motius de selecció dels entrevistats va ser fer una distribució equilibrada entre els distints perfils dels assistents, tot recollint especialment les opinions dels assistents internacionals.

El perfil dels participants de l'ISSU es correspon amb la tipologia del turisme cultural sènior. Es tracta principalment de persones més grans de 65 anys, amb un nivell educatiu alt, i especialment dones. La major part d'ells s'han informat de l'esdeveniment a través de la seva universitat de persones grans, o a través d'informació de la UIB (correu o pàgina web).

A continuació es relaciona la fitxa tècnica dels entrevistats:

- Alemanya, home, 61 anys. Informàtic i estudis de Política, Filosofia i Economia.
- Estats Units, 53 anys. Enginyer civil. Funcionari de l'Àrea Metropolitana de Portland (Oregon).
- Polònia, dona, 67 anys. Enginyera química. Membre de la Universitat de la Tercera Edat de Lodz.
- Mallorca, dona, 65 anys. Mestre amb estudis de Turisme. Domini de l'anglès i el francès.
- Navarra, dona, 74 anys. Mestre jubilada. Trajectòria i experiència en universitat de gent gran i en voluntariat.

- Madrid, dona, 69 anys. Enginyera informàtica. Trajectòria laboral en un banc. Experiència en programes de persones grans a la Universitat Autònoma de Madrid.

Quant al guió de l'entrevista, en les entrevistes els participants parlen de les seves maneres de viatjar, quins aprenentatges fan en els seus viatges, què entenen per turisme educatiu i cultural, què és per ells el turisme responsable, quins són els principals impactes del turisme i, finalment, quin és l'atractiu de Mallorca com a destinació turística. Pel que fa al buidatge de la informació, seguint els paràmetres de l'anàlisi qualitativa de dades, es resumeixen les principals aportacions a partir de les categories derivades del guió de l'entrevista.

6. Resultats

L'aprenentatge dels viatges ocupa un lloc destacat en les entrevistes. Les persones entrevistades prioritzen les relacions amb els residents, per conèixer sobre les seves formes de vida, la seva cultura i el seu país. Subratllen que el turisme els «obre la ment», perquè els permet contactar amb altres formes i estils de vida:

«Te abre la mente hacia otras culturas, hacia otras personas, a veces cuando tienes un momento difícil te ayuda a olvidarte, porque al tener costumbre de viajar, salir y relacionarte con los demás, te hace estar dispuesto a recibir de los demás. A veces no lo valoramos, pero es importante el día a día en una persona» (Entrevista 1 Navarra).

El component educatiu també s'assenyala en les entrevistes, atès que orienta les motivacions del viatjant i permet entendre quins aspectes li interessin més dels destins:

«Una persona que tiene un nivel educativo medio-alto, en mi opinión, es más abierto a tratar de hacer preguntas, tratar de conocer más a fondo el destino. No es una persona que se encierra en un hotel y quiere que lo guíen todo el tiempo. El nivel educativo es muy importante en la persona. Creo que este grupo de personas queremos conocer la cultura y no solo lo comercial; también queremos conocer el idioma si es diferente, eso influye, una persona a la que no le interesa la cultura y sólo el destino es distinta de una persona que va realmente a conocer el lugar. Considero que es importante en el ámbito personal» (Entrevista 2 Estats Units).

Una qüestió que surt a les entrevistes és la vessant d'entesa intercultural i de coneixement de distints pobles i països que promou aquesta manera de viatjar:

«I really believe if you go travelling you learn a little bit more about other countries, other people, other cultures. And I think that is let's say what you could appreciate much because if you just live in a country and you do not travel and you are

probably in the situation that you wouldn't understand other people» (Entrevista 3 Alemanya).

Les persones entrevistades defineixen el turisme cultural com aquell que està orientat als atractius patrimonials del lloc que visiten, sobre el qual s'informen. En qualsevol cas, la gent entrevistada prioritza la part relacional i experiencial del viatge per damunt de la part més clàssica de visitar museus i monuments. Una segona concepció d'aquest turisme és entendre'l com una implicació amb la cultura del lloc que es visita, que s'intenta conèixer més. En altres paraules, segons algun entrevistat, es tracta de prendre part del país, d'entendre'n la cultura i intentar conèixer-lo més:

«Per a mi el turisme cultural és el que et permet conèixer tots els aspectes de la societat, poble o ciutat que visites i interactuar-hi» (Entrevista 4 Mallorca).

El turisme responsable és un altre aspecte tractat en les entrevistes. Es posa l'accent en el respecte de l'entorn: «que no se note que has pasado» (Entrevista 5 Madrid); «no dejar mucha huella en los lugares a los que uno va» (Entrevista 2 Estats Units). També es parla de comportament cívic i respectuós i de l'educació preventiva sobre la manera de viatjar.

Els límits del turisme i en concret els impactes negatius del turisme de massa a Mallorca també es comenta amb els participants de l'ISSU. Els entrevistats han tingut una bona experiència en la seva estada en el marc del programa universitari. En canvi, encara tenen una percepció negativa del conjunt del turisme a l'illa:

«Porque si continúan con el turismo masivo de mucho consumo, ruido, basura y pelea, para mí es nocivo y no deja tanta divisa como se piensa. Es gente que solo bebe cerveza, no apoya los museos ni los restaurantes. Yo creo que en Mallorca deberían diversificar lo que ya tienen» (Entrevista 2 Estats Units).

També hi surt la incidència negativa d'estereotips transmesos des dels mitjans de comunicació:

«Yo vine a Mallorca de vacaciones hace cuarenta años. Me pareció un lugar idílico, pero veo que Mallorca ha dado un giro. Las noticias que nos llegan son de que todo va a peor; el turismo no respeta a nada ni a nadie. Pienso que se tiene que dialogar mucho.

»Las noticias que llegan del "balconing", redadas de drogas... Ahí yo pienso que será fallo de muchas autoridades, políticos, policía... Yo pienso que todo el conjunto tendrá que cambiar, porque si no, haremos la ciudad sin ley.

»De aquel turismo que yo conocí, que estábamos en L'Arenal, caminabas por la calle, la playa, creo que no queda nada» (Entrevista 1 Navarra).

Altres qüestions que s'esmenten en relació amb els impactes negatius són les molèsties als residents, els comportaments incívics del turisme de gatera i l'allotjament turístic residencial que comporta la manca d'habitatge.

El darrer aspecte treballat en les entrevistes és l'atractiu de Mallorca i com la «vendrien» com a destinació de turisme cultural. Un dels entrevistats destaca el potencial de l'illa per a la imatge audiovisual i alhora també parla de la importància de potenciar els pobles amb identitat:

«Si yo tuviera influencia, haría como en la zona de Los Ángeles, que se basa mucho en el cine. En Mallorca haría lo mismo. Tienen mucho monumento, agua, playas hermosas; el campo es único, con ese paisaje de almendros y molinos de viento; tienen mucho que explotar, la luz es muy buena... escritores, pintores... Pueden traer otro tipo de turismo, por ejemplo, el cine, no produce humo y produce mucha divisa.

»Por otra parte, los pueblos que ya están establecidos, como Sóller, que tienen mucha cultura y arquitectura, pueden vender esa imagen y hay gente a quien le gusta ese turismo y eso crea empleo todo el año, con bares sofisticados y restaurantes sofisticados con chefs de renombre. »Aquí debería ser un poco más elitista, no como Montecarlo, porque ahí es juego, aquí es paisaje, gastronomía...

»Una de las razones por las que vine, fue porque vi una película, que sucedía en Mallorca, y me gustó el paisaje. Lo recomiendo ampliamente. He hecho un viaje muy largo, pero me llevo una gran satisfacción» (Entrevista 2 Estats Units).

Una altra persona entrevistada assenyala que cal donar més protagonisme als aspectes diferenciats del turisme de sol i platja, per trencar els estereotips en els mercats emissors (en el seu cas fa referència a l'alemany):

«La cultura de s'Arenal és el que hi ha realment a la ment de la gent d'Alemanya. Després de dos anys a l'ISSU i tot el que hem vist i ens han explicat, Mallorca té moltes més coses per oferir. Hi ha cultura, quelcom que heu de promoure i que automàticament faria baixar el turisme barat, perquè hi ha molt a veure i que té més valor (Entrevista 3 Alemanya).»

Una altra entrevistada destaca l'encant del paisatge i dels pobles petits i mercats locals. Alhora apunta els elements que promocionaria:

«Crec que els paisatges i els llocs són molt bonics a Mallorca. Em va agradar especialment Deià i Formentor. Mallorca és tan petita que pots anar voltant i ho pots veure tot, i això és bo. I m'agraden els pobles petits amb les seves paradetes de fruita i verdures. [...] Si hagués de promocionar l'illa, destacaria les vistes excepcionals, el temps assolellat, la gent amigable i molt a veure malgrat que no és un país amb patrimoni històric» (Entrevista 6 Estats Units).

7. Discussió i conclusions

La International Summer Senior University, en les seves deu edicions, ha constituït una oportunitat excepcional per combinar educació i turisme, i alhora ha fomentat una proposta adreçada a la gent gran que permet conèixer l'illa de Mallorca d'una altra manera. En el present capítol es recullen les valoracions de part dels participants de la darrera edició.

Els distints entrevistats coincideixen a assenyalar que l'illa té molt potencial més enllà dels estereotips. Es tracta d'un alumnat amb molta d'experiència en viatges i una alta formació. Per tant, les seves opinions són il·lustratives d'un fragment del conjunt de la gent gran amb capacitat adquisitiva i voluntat per viatjar. Alhora són generadors d'opinió i vehicles molt adients per a la difusió boca-orella entre els seus amics i coneguts. I aquesta difusió la poden fer tant de manera presencial com de manera virtual, a través de les xarxes socials.

En conjunt, els participants en el programa ISSU assenyalen que són partidaris d'un turisme com a forma d'aprenentatge, que permet l'entesa intercultural, conèixer la població local i que minimitzi els impactes negatius.

Pel que fa a les implicacions pràctiques i polítiques del present capítol, el coneixement de primera mà, de manera qualitativa, de les opinions dels entrevistats permet aportar elements per millorar la política de promoció turística per a aquest segment de visitants. Quant a les limitacions, som conscients que es tracta d'una mostra reduïda de persones amb un perfil concret: un turista que cerca aprendre i tenir experiències. En relació amb les línies de futur, es recomana explorar les possibilitats del turisme educatiu, un sector encara emergent però amb molt de recorregut potencial en destinacions com Mallorca, en vista d'iniciatives de caràcter mundial com els Senior Study Tours de la International Association of Universities of the Third Age.

8. Proposta de bases per a un turisme sènior cultural a partir de programes educatius internacionals per a la gent gran

Les bases per a un turisme sènior cultural a partir de l'experiència del programa educatiu internacional ISSU ha de preveure els aspectes següents:

- El turisme sènior cultural ha de proposar experiències enriquidores, tenint en compte que la gent gran és un sector exigent amb cada vegada més pes demogràfic i econòmic.
- Els turistes sèniors volen aprofitar el temps, fer coses noves, conèixer gent i socialitzar-se. En aquest sentit, propostes com l'ISSU de turisme educatiu i cultural donen resposta a aquests aspectes.
- Entre les motivacions dels turistes sèniors culturals, una motivació important és la demanda d'aprenentatge. Calen propostes en la línia de l'ISSU, que recullin aquesta demanda.
- A partir de l'estudi dels participants en les diferents edicions de l'ISSU, podem determinar que el turisme cultural ha d'oferir l'acumulació de noves experiències i coneixements, a més de fomentar la interacció social i l'intercanvi intercultural.

Referències bibliogràfiques

- Alén, E., Domínguez, T. i Losada, N. (2012). New opportunities for the tourism market: senior tourism and accessible tourism, A M. Kasimoglu (Ed.). *Visions for Global Tourism Industry - Creating and Sustaining Competitive Strategies*. InTech, ISBN: 978-953-51-0520-6.
- Anguera, T. (2013). Diseño de programas educativos para mayores. *El Guiniguada*, 22, 8-26.
- Chen, Y. i Feeley, T. (2014). Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: an analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31 (2), 141-161.
- Gairín, J., Rodríguez-Gómez, D., Armengol, C. i Arco, I. (2013). El acceso a la universidad para personas mayores en España. Los programas universitarios para personas mayores: Revisando la realidad. *Revista de Orientación Educativa*, 27 (51), 45-65.
- Huxhold, O., Miche, M. i Schüz, B. (2013). Benefits of having friends in older ages: differential effects of informal social activities on well-being in middle-aged and older adults. *Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69 (3), 366-375.
- Lumsden, B. D. (1985). *The old adult as learner. Aspects of educational gerontology*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation.
- Marín, M., García-González, A. J. i Troyano, Y. (2006). Modelo de ocio activo en las personas mayores: Revisión desde una perspectiva psicosocial. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM*, 16 (19), 147-167.
- Merz, E. i Huxhold, O. (2010). Wellbeing depends on social relationship characteristics: comparing different types and providers of support to older adults. *Ageing and Society*, 30 (5), 843-857.
- OCDE (2009). *The impact of culture on tourism*. Paris: OCDE.
- OCDE (2015). *OECD Expected years in retirement*. http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/pensions-at-a-glance-2015_pension_glance-2015-en
- Paterson, I. (2007). Information sources used by older adults for decision making about tourist and travel destinations. *International Journal of Consumer Studies*, 31, 528-533.

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

Richards, G. (2003). What is cultural tourism? In van Maaren, A. (Ed.) *Erfgoed voor Toerisme. Nationaal Contact Monumenten*. Recuperat de: https://www.academia.edu/1869136/What_is_Cultural_Tourism

Richards, G. (2007). *Cultural tourism: global and local perspectives*. Londres: Routledge.

Sie, L., Patterson, I. i Pegg, S. (2016). Towards an understanding of older adult educational tourism through the development of a three-phase integrated framework. *Current Issues in Tourism*, 19, 2, 100-136.

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

Autors

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. És la investigadora principal en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES), de la UIB. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-1998 i l'ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears. És la directora de la International Summer Senior University. Des de juny de 2018 és la Directora General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Govern d'Espanya.

JOAN AMER FERNÁNDEZ

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

CARMEN LÓPEZ-ESTEVA

Educadora social llicenciada en Psicopedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Orientada als 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.

**LA DIVERSITAT DE PERFILS DELS
ESTUDIANTS MÉS GRANS DE
50 ANYS DINS LES AULES UNIVERSITÀRIES**

La diversitat de perfils dels estudiants més grans de 50 anys dins les aules universitàries

Liberto Macías González

Carmen Orte Socias

Lluís Ballester Brage

Resum

Les activitats socioeducatives i de formació destinades al col·lectiu de les persones grans, en les seves diverses modalitats, tenen una gran trajectòria. Una d'aquestes iniciatives són els programes universitaris per als més grans, que a Espanya van començar a aparèixer i a expandir-se en la dècada dels anys noranta del passat segle. Transcorregut tot aquest temps, fins al moment actual, s'ha pogut apreciar que el perfil de l'alumnat que accedia a aquest tipus de programes, i el que ho fa en l'actualitat, ha evolucionat, ha canviat en alguns aspectes. D'igual manera que la societat canvia, que nosaltres com a individus hem canviat, ells com a col·lectiu també ho han fet. S'ha de destacar que des dels seus inicis la diversitat de perfils que han configurat cadascun dels cursos ha estat, i continua sent, una cosa admirable. Sens dubte, aquesta característica és la que fa que el programa s'enriqueixi i que aporti totes aquelles notes peculiars que fan del grup una cosa extraordinària. En l'article es podrà descobrir que l'alumnat és molt divers, que arriba al programa amb un bagatge experiencial i de vida molt important, però tots coincideixen en una cosa, que comparteixen un mateix punt de trobada. A les aules de la Universitat és on poden relacionar-se, aprendre coses noves, actualitzar les ja apreses, debatre, pensar i descobrir-se i descobrir els altres, independentment de les seves trajectòries vitals.

Resumen

Las actividades socioeducativas y de formación destinadas al colectivo de las personas mayores, en sus diversas modalidades, cuentan con una gran trayectoria. Una de esas iniciativas son los programas universitarios para las personas mayores, que en España empezaron a aparecer y a expandirse en la década de los años noventa del pasado siglo. Transcurrido todo este tiempo, hasta el momento actual, se ha podido apreciar que el perfil del alumnado que accedía a este tipo de programas, y el que lo hace en la actualidad, ha evolucionado, ha cambiado en algunos aspectos. De igual manera que la sociedad cambia, que nosotros como individuos hemos cambiado, ellos como colectivo también lo han hecho. Se ha de destacar que desde sus inicios la diversidad de perfiles que han configurado cada uno de los cursos ha sido, y sigue siendo, algo admirable. Sin duda, esta característica es la que hace que el programa se enriquezca y que aporte todas aquellas notas peculiares que hacen del grupo algo extraordinario. En el artículo se podrá descubrir que el alumnado es muy diverso, que llega al programa con un bagaje de experiencias y de vida muy importante, pero todos coinciden en algo, que comparten un mismo punto de encuentro. En las aulas de la Universidad es donde pueden relacionarse, aprender cosas nuevas, actualizar las ya aprendidas, debatir, pensar y descubrirse y descubrir a los otros, independientemente de sus trayectorias vitales.

1. Introducció

Que ens trobam en una societat en què el procés accelerat de l'envelliment de la població és una realitat ja no hi ha cap dubte. Aquest envelliment progressiu no només és una situació particular d'alguns llocs determinats, sinó que és un fenomen mundial. Projeccions realitzades per institucions de referència assenyalen que el 2060 hi haurà 1.844 milions de persones més grans de 65 anys al món (IMSERSO, 2017). En el cas d'Espanya i com indiquen Abellán, Ayala, Pérez i Pujol (2018), en el darrer padró continu d'habitants, les persones més grans de 65 anys comptabilitzaven 8.764.204 persones, un 18,8% de la població total, xifra que arribarà als 14 milions el 2066, un 34,5% del total. Com es pot apreciar per aquesta diferència, un 15,7%, és una qüestió a la qual s'ha de donar la importància que requereix. Com a societat hem de ser capaços de possibilitar les millors opcions de vida als nostres grans, facilitant-los i fomentant activitats que milloren tant el seu benestar com la seva qualitat de vida.

Una d'aquestes activitats que promou un desenvolupament personal, de benestar físic i emocional, de relacions socials, de formació cultural i actualització de coneixements, en definitiva, d'una millora general que implica una evolució com a persona, a més d'una millor adaptació a la societat en continu canvi, són les iniciatives socioeducatives dirigides a la població més grans de 50 anys. Els programes universitaris per a persones grans (PUPM, per les sigles en castellà) s'iniciaren a Espanya els anys noranta i han tingut una evolució, quant a matrícula, molt significativa, a més de l'augment de dissenys de programes en quasi la totalitat de les universitats espanyoles. Segons dades de l'Associació Estatal de PUPM (AEPUM), que són dades que aporten les universitats sòcies i que es registren al web de l'AEPUM, la matrícula de l'any acadèmic 2017-18 ha estat de 56.994 alumnes de 45 universitats de tot el territori nacional. Per tant, una activitat que arriba a un grup tan elevat de persones, i que va creixent any rere any, és una activitat que s'ha de mantenir i s'ha d'intentar que cada vegada arribi a més persones.

El perfil de l'alumnat que accedeix als PUPM és molt variat, majoritàriament és femení, un 62% del total, segons les darreres dades de l'AEPUM, amb edats compreses entre els 50 i més de 100 anys, amb nivells d'estudis molt diversos, amb experiències viscudes molt diferents i amb un bagatge molt variat. Mitjançant els relats de vida es pot estudiar l'envelliment, i com indica Villar (2006: 18), "des de la perspectiva de la persona que envelleix, prenent en consideració els seus valors i criteris", la utilitat, l'interès, la funció i la pràctica de les històries de vida han estat tractats en diverses disciplines, com la sociologia, la pedagogia, l'antropologia, entre d'altres ciències socials (Ballester, Nadal i Amer, 2017). Elaborar una història vital d'una persona gran és donar-li valor com a persona i tenir en compte una experiència molt valuosa que és necessari que es recopili i es guardi, perquè és història viscuda i contada en primera persona.

2. Els relats de vida com a mètode en l'estudi de la gent gran

Com comenta Villar (2006), fer feina amb el mètode biogràfic amb el col·lectiu de les persones grans ens apropa a l'estudi del procés d'envelliment i de les trajectòries vitals dels seus protagonistes, amb una visió molt personal. Les persones que s'enfronten a l'evocació d'episodis personals de les seves vides se submergeixen en un procés de desenvolupament personal que els transforma. Una característica general de totes les persones, quan reben la notícia que han estat elegides per explicar la seva trajectòria vital, és que, primer de tot, se senten una mica desconcertades, no entenen per què elles, si les seves vides no tenen res de peculiar, però aquestes persones no saben que això és el que se cerca, una experiència de vida real. Una vegada ja han digerit la notícia i estan ficades en matèria se'ls veu una lluentor especial en els seus ulls, en el moment que recorden situacions que generen tot tipus d'emocions i sentiments.

En aquest article volem mostrar una part d'un estudi que hem dut a terme amb estudiants de la Universitat Oberta per a Majors (UOM), al qual una selecció d'aquest alumant ha participat, de manera voluntària, i ens ha fet partícip del més gran dels tresors, la seva història, a la qual, no podria ser d'una altra manera, hem donat el valor i l'espai que es mereixen. Els relats de vida s'elaboraren a partir d'entrevistes semiestructurades en profunditat realitzades a dotze estudiants de manera individual i en diferents espais pactats prèviament amb ells. El perfil dels participants és el següent:

Taula 1 | *Perfil biogràfic dels participants*

Codi del participant	Any de naixement	Lloc de naixement	Estat civil actual	Estat de convivència
M-61	1955	Palma	Vídua	Tota sola
M-64	1950	Palma	Vídua	Amb una filla
M-65	1949	Palma	Divorciada	Tota sola
H-67	1947	Palma	Casat	En parella
H-68	1946	València	Casat	En parella
H-70	1944	Palma	Casat	En parella
M-77	1940	Sant Llorenç	Casada	En parella
H-78	1938	Petra	Casat	En parella
M-80	1934	Ariany	Vídua	Tota sola
H-81	1934	Menorca	Vidu	Tot sol
H-85	1930	Santa Maria	Casat	En parella
M-89	1926	França	Vídua	Tota sola

Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

La majoria de la mostra té estudis secundaris, el batxillerat, i són més de la meitat de la mostra (nou participants); la resta, dos tenen estudis primaris i un, estudis superiors. La situació actual de la mostra és de jubilació per a deu dels participants i els dos restants encara que han treballat en algun moment de la seva vida, no ho han fet fins a l'edat oficial de jubilació, per tant no es consideren persones jubilades.

Les entrevistes es varen fer dividides en blocs temàtics, concretament, en cinc. Es va seguir una línia temporal i cronològica en el transcurs de l'entrevista i la disposició de les preguntes. En un primer moment de l'entrevista, després de la presentació de l'entrevistat, les qüestions es basaven en aquells aspectes relacionats amb el nucli familiar, així com la seva relació de parella, el més important de la seva vida i quins temes els causen més preocupació, i per acabar el bloc se'ls demana quin ha estat l'aprenentatge de vida que han fet. A continuació s'obrí el bloc destinat a conèixer aquells aspectes relacionats amb la trajectòria formativa i laboral, les oportunitats d'estudiar, les primeres experiències laborals, els canvis de llocs de treball o de responsabilitats, el canvi de vida a partir de la jubilació i el seu moment actual. Un altre bloc interessant que es va treballar amb els participants va ser el de les relacions socials i el coneixement de si la seva xarxa social és prou sòlida com per donar o rebre algun tipus de suport, en el cas que se'n necessiti. El següent bloc va ser el relacionat amb la seva salut, i amb la percepció del seu estat actual, ja que amb les seves respostes podrien conèixer el seu nivell de benestar. I per acabar, vàrem demanar sobre aspectes relacionats amb la UOM, amb la participació al programa educatiu que havien cursat, i els demanàrem que valorassin la seva participació i si consideraven que els havia beneficiat en algun aspecte de la seva vida.

En termes generals, les entrevistes varen dur una dinàmica molt fluida i gens forçada. Una vegada finalitzades, comprovàrem que en el transcurs de les entrevistes es donaren dos tipus de narracions dels relats. D'una banda, aquells que s'adaptaven d'una manera molt precisa al tema que s'anava tractant, i s'ajustaven molt bé a cada uns dels blocs que es tractava a cada moment; de l'altra, aquells que el seu discurs era més general i passat un temps es tornava enrere per completar i/o precisar algun aspecte que havia quedat explicat d'una manera parcial o que no s'havia plantejat. Un aspecte que s'ha de destacar és que tots els participants explicaren la seva trajectòria de vida sense cap tipus de restricció, fins i tot en algun cas es va detenir l'enregistrament per explicar una situació, o episodi de la seva vida, que no es desitjava que quedés enregistrat, però que era important per comprendre una situació produïda posteriorment. Podem afirmar que l'ambient de confiança creat amb l'entrevistador ha ajudat l'entrevistat a obrir-se i a explicar les seves vivències d'una manera més natural com si d'una conversa entre amics es tractés.

Quant al tema relacionat amb l'estructura familiar, podem destacar que s'observen quatre formacions, dues més cap als extrems i dues més de normalitzades, situades a la part central. En els dos extrems es troben dos casos que són fills únics (M61 i M89), situació que

és peculiar, sobretot en un dels casos, ja que M89 nasqué l'any 1928 i en aquella època la composició familiar era molt diferent, ja que normalment se solia tenir més d'un fill. El fet de ser filla única era una situació poc freqüent, no com en el cas de M61 que per l'edat, 27 anys més tard, ja era una situació que, encara que no gaire freqüent, podia donar-se en més ocasions. Aquesta composició familiar dona lloc a no tenir nebots i a reproduir el mateix patró de la seva composició familiar, aportant a la família només un fill i aquests, en el seu moment, contribuint a la família només amb un net. En l'altre extrem, es troba M65, amb deu germans a més d'ella, onze en total, fruit de dos matrimonis, amb la qual cosa s'aprecia un nucli familiar molt extens. En aquest cas, M65 té 27 nebots, tres fills i quatre nets; com s'observa el conjunt familiar és d'una grandària considerable. Les dues formacions més normalitzades, i que se situen a la part central, ens trobem els casos en què el nombre de germans es trobava entre dos i quatre, que són els casos d'H67, M77, H68, H81 i M64, i els altres nuclis familiars estan compostos per cinc i set germans, que són els casos d'H70, M80, H85 i H78. A continuació, a la taula 2, es pot observar la composició familiar a què ens hem referit.

Taula 2 | *Aspectes familiars*

Codi del participant	Núm. família (infància)	Nombre de fills	Nombre de nets
M61	3	1	1
M64	7	3	2
M65	13	3	4
H67	4	3	4
H68	5	2	4
H70	7	2	4
M77	4	1	2
H78	9	3	5
M80	8	2	1
H81	5	3	6
H85	9	2	4
M89	3	1	1

Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

Seguidament donam pas a l'anàlisi de les trajectòries vitals dels participants i d'aquesta manera podrem observar la diversitat de perfils i d'experiències vitals que per diverses vies, raons i circumstàncies s'han trobat i han estat compartint un lloc comú com són les aules de la universitat.

3. Trajectòries vitals. Experiències de tota una vida

Com s'ha comentat anteriorment, les entrevistes es dividiren en cinc grans blocs. En aquest cas no seguirem l'ordre que es va establir a l'entrevista, sinó que s'aniran exposant diverses qüestions que ens donaran una visió global de les diferents persones que han compartit amb nosaltres les seves històries.

El perfil del nostre alumnat és molt divers, primer, perquè abasta un rang d'edat molt ampli, comparteixen aules persones amb una diferència d'edat d'uns quaranta anys. Per tant, amb aquesta diferència tan accentuada ens trobam amb persones que visqueren situacions socials, per l'època en la qual varen néixer, molt diferents a altres que varen néixer en etapes menys convulses, històricament parlant. Per tant, aquest aspecte, ja és un element que s'ha de tenir en compte en l'heterogeneïtat d'alumnat que hi participa.

Un altre aspecte interessant, i que ve marcat una mica pel moment històric en el qual varen néixer els protagonistes, és la varietat de nivells d'estudis dels participants. Tenir un determinat nivell d'estudis no implica no tenir un nivell cultural adequat o alt. L'alumnat participant ha demostrat que tenir un nivell cultural alt no depèn dels estudis que hagi fet, sinó de les ganes, l'interès i la motivació mostrat pel que t'agrada. A la taula 3 es pot veure la relació dels nivells d'estudis.

Taula 3 | *Trajectòria formativa i laboral*

Codi participants	Estudis	On va estudiar	Estudià el que li agradava
M61	Superiors	Barcelona i Palma	Sí
M64	Batxillerat	Palma	No
M65	Graduat escolar	Palma	No
H67	Form. Professional	Palma	Sí
H68	Batxillerat	València	No
H70	Pariatge mercantil	Palma	Sí
M77	Pariatge mercantil	Palma	No
H78	Batxillerat	Palma	No
M80	Batxillerat elemental	Palma	No
H81	Primaris	Menorca	No
H85	Superiors	Barcelona	Sí
M89	Batxillerat	França	No

Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

La majoria dels participants varen iniciar la seva trajectòria laboral molt joves, i alguns d'ells compaginaven, com podien això sí, la seva feina amb formació complementària. Les entrevistes ens van permetre descobrir que la persona que té estudis primaris (H81) anà a escola fins als 14 anys, des de ben petit tenia un problema a la vista que li impedia llegir, encara que en aquella època no havien detectat que les seves dificultats no anaven més enllà de no poder veure d'una manera correcta. En acabar l'escola, començà la seva etapa laboral, encara que no va deixar en cap moment de formar-se; passà per diverses ocupacions, aprengué idiomes i comptabilitat, entre moltes d'altres coses. H67 recorda que el seu primer treball va ser en una ferreria, devia tenir uns 13 o 15 anys, moment en el qual cursava formació professional en la branca del metall; no va estar molt de temps a la ferreria, va tenir l'oportunitat de canviar de treball i va marxar cap a la branca d'hoteleria, que tenia millor salari. Altres participants també van començar a treballar des de molt joves, amb 16 o 17 anys, són els casos de M65 i H70. Dels participants amb estudis superiors, trobem que H85 finalitzà els estudis de Medicina a Barcelona, i M61 cursà Psicologia, encara que per quatre assignatures no va obtenir el títol. Com es pot apreciar a la taula 3, la trajectòria formativa dels participants ha estat, d'una banda, similar, ja que més del 65% dels participants van estudiar batxillerat, però alhora molt diferents, ja que les situacions particulars de cadascun dels casos han fet que cada persona iniciés un camí diferent als altres.

Deixant de banda la trajectòria formativa inicial i analitzant les trajectòries laborals dels participants, observam que han estat molt variades i molt diverses. Sempre s'ha tingut la sensació que abans (en el passat) les persones iniciaven la seva vida laboral en un treball i es jubilaven allà mateix, com se sent a dir —abans tenien feina per a tota la vida al mateix lloc. Sembla que és un mite, almenys en aquesta mostra que tenim i que analitzem. Sí que és cert que hi ha una tendència a passar per diverses ocupacions molt diferents, sobretot en els primers treballs, és a dir, quan eren molt joves, però una vegada establitzats han canviat de treball, o millor dit d'empresa, però s'han mantingut dins de la mateixa branca. L'àmbit laboral que més predomina entre el conjunt dels participants és el del turisme i l'hoteleria, agències de viatge, aerolínies, aeroport en diferents sectors (mecànica d'aeronaus, recursos humans, etc.), hotels, un altre sector que coincideixen diversos participants és haver regentat, en algun moment de la seva vida, algun tipus de negoci o haver treballat per al sector com a comercial. La resta de participants s'han dedicat a professions liberals, telecomunicacions, banca, administració pública i en algun cas van deixar de treballar en arribar el matrimoni.

En acabar l'etapa laboral, va arribar la jubilació. Aquest és un dels temes, o aspectes, en el qual hem trobat molta disparitat, des d'aquells que desitjaven el moment de prejubilarse o de jubilar-se, a aquells que no s'ho varen prendre massa bé perquè la dedicació a la feina va ser tanta, i tan intensa, que en el moment de la jubilació varen trobar un buit a la seva vida. En aquest cas s'observa una diferència entre gèneres. Per una banda, els homes, no en tots els casos però sí la majoria, no han duit massa bé el fet d'haver de

jubilar-se, ha estat una jubilació forçosa, ja que si hagués estat possible haurien continuat treballant alguns anys més (algunes esposes també ho haurien agraït). Aquest fet ha provocat que apareguessin, o que es donessin, alguns sentiments de no ser valuosos, primer, per a l'empresa a la qual han donat els millors anys de la seva vida i, després, per a la resta de la societat. En canvi, per a les dones és diferent, per a la majoria va ser un alliberament l'arribada a la jubilació o la prejubilació. En general, tenien ganes de jubilar-se, segurament perquè les dones, a part de la seva tasca professional, també han tingut, i encara tenen, altres responsabilitats, com la família, la casa, etc. No obstant això, entre les dones, també es dona aquest sentiment de no ser útils després de dedicar tants anys al treball fora de la llar. A continuació exposam, a la taula 4, un resum del que comentarem sobre aquest tema de la jubilació.

Taula 4 | *La jubilació*

- En general, molts dels participants al principi se la prengueren malament o molt malament, sobretot els homes. Amb el temps es varen anar acostumant, però comenten que en queda el record i que de tant en tant pensen en la feina.
 - En la majoria dels casos la jubilació va ser forçosa, és a dir, perquè havia arribat el moment d'haver fet l'edat legal de jubilació.
 - Una altra part del grup de participants va fer un alè en arribar la jubilació, perquè la seva situació personal, en aquell moment, era complicada i deixar de treballar facilità que la situació complicada canviés i s'equilibrés.
-

Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

Quan volguérem saber quins havien estat els aprenentatges que havien fet durant la seva etapa laboral, dels canvis realitzats durant la seva vida professional, ens manifestaren diverses idees, i això és el que hem pogut extreure (taula 5).

Taula 5 | *Aprenentatges durant la seva trajectòria laboral*

- Aquells que han viatjat molt, per qüestions de treball, és a dir, per assistir a reunions, perquè estaven destinats en altres localitats o altres països, destaquen els aprenentatges que aporta el fet d'estar en contacte amb una altra gent diferent, de llocs diferents.
 - En el cas d'haver treballat de cara al públic, com en comerços, hoteleria, etc., arriba un moment en què s'aprèn a conèixer les persones i a tractar-les, és a dir, que s'aprèn a conèixer-se un mateix i a certs moments a controlar-se.
 - La resta de comentaris se centraven en temes d'haver après a fer les coses com cal, a fer el bé per als altres, anar amb compte en el treball, ja que sempre es troben companys que intenten trepitjar els altres o que sempre cal estar pendents de l'aparició de coses noves, i si apareixen cal analitzar-les i pensar-les.
 - Que s'ha d'absorbir tot el que es pot dels llocs de feina on s'està, que tot el que hom fa es pot aprendre i treure'n profit.
-

Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

La salut és un tema que ens interessava per diverses raons. En primer lloc, perquè, en general, observam que l'alumnat que participa a la Universitat manifesta una autonomia personal i una independència total i, en segon lloc, perquè el nivell de participació que tenen és molt alt i canalitzen la seva energia i vitalitat d'una manera que no tenen necessitat d'anar al metge, com comenten ells mateixos, "mentre som a classe no pensam en el metge". Per tant, pel que fa a la salut, podem afirmar que la gran part dels participants tenen una bona salut i la valoren d'una manera molt positiva en un 91,66% del total de participants. Els que valoren que la seva salut és regular és, sobretot, perquè pateixen malalties cròniques, els més grans; si han de prendre medicació també coincideixen que són els que pateixen malalties cròniques i han de mantenir una medicació fixa, però la resta valoren el seu estat de salut molt bé i es perceben d'una manera molt positiva. Un aspecte curiós ha estat quan per valorar el seu estat de salut s'han comparat amb coneguts seus, altres familiars o amics, tot considerant que tenen una millor salut. Per tant, la percepció que tenen d'ells mateixos és molt elevada, amb la repercussió que això té en la seva autoestima. A la següent taula, taula 6, observam alguns comentaris que han fet sobre aquest tema.

Taula 6 | *Valoració de la salut*

- En general, la majoria dels participants, gaudeixen d'una bona o molt bona salut, 91,6%.
 - L'estat de salut és bastant regular, a excepció d'aquells que sofreixen alguna malaltia crònica (afecció del cor, diabetis, apnea, etc.).
 - La majoria de la mostra ha de prendre medicació diària, encara que s'ha de comentar que alguns és per la seva malaltia crònica i uns altres per causes normals de l'envelliment biològic (sucre, colesterol, etc.).
 - La majoria no ha estat ingressada, ni ha visitat el metge de capçalera en les últimes setmanes, a excepció d'aquells subjectes amb malalties cròniques, que han de fer-se revisions freqüents.
-

Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

Lligat amb el tema de l'estat de salut, ens trobam amb el manteniment d'una xarxa social forta que faciliti que la persona gran pugui dur una vida més segura. Aquest aspecte és molt important, ja que, per una banda, dona tranquil·litat a la persona i, per altra banda, està coberta davant qualsevol situació de vulnerabilitat. La majoria de participants té una xarxa consolidada que els donaria suport en un moment determinat de les seves vides. D'altres tenen molt clar que hi ha professionals i que sempre poden acudir a ells, si necessiten ajuda en qualsevol moment. Aquest aspecte és fonamental, ja que demostra l'autonomia que tenen, les idees clares i la independència de prendre les pròpies decisions. A la taula 4 està descrit quines són aquestes persones que donarien suport en qualsevol de les seves tipologies (informal, material i emocional). No obstant això, podem afirmar, en la mateixa línia de Vives, Orte i Ballester (2015), que el suport emocional és el que més es demana.

Taula 7 | *Relacions socials i contacte amb altres persones*

Codi participant	En cas de necessitat, algú li donaria suport	Qui?
M61	Sí	Professionals i amics
M64	Sí	Família
M65	Sí	Amics i família
H67	Sí	Amics i família
H68	Sí	Amics
H70	Sí	Amics
M77	Sí	Amics
H78	Sí	Amics i família
M80	Sí	Professionals
H81	Esper que sí	Fills
H85	Sí	Germans i amics
M89	Sí	Família

Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

A part del manteniment d'una xarxa social per cobrir necessitats, també és important tenir una xarxa social amb la qual poder compartir activitats durant el temps de lleure o d'oci. La participació al programa educatiu facilita i fomenta aquest tipus de creació de xarxes d'amistat que possibilita la realització d'activitats fora de la Universitat. Hem trobat molta disparitat d'activitats d'oci i temps de lleure. En les que més han coincidit són en aquelles activitats relacionades amb l'àmbit cultural i a l'àrea dels hàbits saludables, l'exercici físic, etc. Les activitats més habituals, han estat:

Activitats culturals: assistir a les classes de la UOM, llegir els diaris i llibres, escriure, dibuixar i pintar, assistir a espectacles musicals, tocar algun instrument, practicar amb l'ordinador o fer activitats relacionades amb la informàtica i visitar museus.

Activitats saludables: caminar i passejar, anar a fer gimnàstica o practicar algun esport.

Altres activitats: viatjar (que pot estar englobada als altres grups, ja que viatjar és part de l'oci cultural i saludable per les visites a peu que fas en arribar a llocs nous), cuinar, assistir a l'associació de gent gran del barri o poble, gaudir de la família, així com dels amics.

Amb la finalitat de sospesar, després de tota una vida, allò que consideren el més important en aquests moments i allò que els causa més preocupació, a la taula 8 es poden observar els aspectes que comentaren els participants i es pot veure que tant l'important com el que els preocupa es resumeix en el mateix, en la família i en la salut.

Taula 8 | *Aspectes de la vida*

ASPECTES IMPORTANTS	ASPECTES PREOCUPANTS
<ul style="list-style-type: none"> - Convivre amb la parella, tenir bona relació. - Tenir salut (la pròpia i de la família). - Gaudir de la família i tenir-hi bona relació. - L'estabilitat econòmica, mental, etc. - Conclusió: la FAMÍLIA i la SALUT. 	<ul style="list-style-type: none"> - La situació social actual (política, econòmica, etc.). - La salut i estar en situació de dependència, i que la família tingui aquesta càrrega. - La família (fills, nets, etc.). - Conclusió: la FAMÍLIA, la SALUT i la SITUACIÓ ACTUAL

Font: Elaboració pròpia a partir de les entrevistes realitzades

Un aprenentatge de vida, allò que la vida els ha ensenyat. Aquesta pregunta va donar molt de joc, encara que va ser una mica complicat resumir tota una vida d'experiències, de vivències bones, però també de dolentes, de situacions divertides, però també de tristes. Aquestes frases són una petita recopilació d'algunes coses que digueren:

"L'honradesa, el respecte, a ser més tolerant i dir sempre la veritat".

"L'esforç ho és tot".

"Que sempre has de sospesar els pros i els contres de totes les decisions que has de prendre".

"A ser optimista".

"A apreciar i a valorar les coses petites, i a no desitjar excessivament riqueses".

Per tancar l'entrevista parlarem del programa educatiu en què havien participat o en què encara participaven, la Universitat Oberta per a Majors (UOM), que, en general, ha estat una experiència molt gratificant per a ells i elles, han après moltes coses, molts coneixements, molts elements de la vida quotidiana molt útils per al dia a dia, han conegut persones amb inquietuds similars amb les quals han tingut l'oportunitat de compartir moltes coses. És millor expressar-ho amb un comentari d'un d'ells que segur quedarà més ben il·lustrat:

"És una cosa que hauria d'estar obligada per la Seguretat Social [...]. Per a mi té tres vessants, una per aprendre coses que no has après. Jo he tingut la sort d'haver pogut estudiar, no el que hauria volgut, vaig haver de deixar-ho, perquè les coses eren així, però molta gent de la meua edat no han tingut accés, ni tan sols al graduat escolar i crec que això enriqueix molt a una persona, moltíssim. Això, a nivell de coneixements, diguem, perquè, a més de saber una cosa, per què ho fas?, què és? Això enriqueix moltíssim. En segon lloc, molta gent no té molts amics, anar allà et dona un ventall

de gent, que algú hi ha amb el qual congeniïs i, si no vols íntims, almenys allà parles, canvies impressions, no sé. A nivell social em sembla meravellós. I a nivell mèdic, el temps que estàs allà et mous, encara que pugis a l'autobús, si vas a la biblioteca, que hi va molta gent, ara perquè vas a fer fotocòpies, et fa bé físicament. Per a mi, el més enriquidor ha estat a nivell cultural. He après moltes coses que ni tan sols les hauria mirat, i m'ha agradat molt" (M77).

No hi ha millor manera d'acabar que amb aquestes paraules. Les entrevistes foren un enriquiment per a l'entrevistador i una activitat d'alliberament per als entrevistats i les entrevistades. Fer les entrevistes et dona l'oportunitat de conèixer els protagonistes de les històries des d'una altra perspectiva. Aquest nou punt de vista et dona una visió de la persona que desconeixies i que no fa altra cosa que valorar d'una manera molt especial la història que ha compartit amb tu i la persona, que és com és per tot el que ha passat durant tots aquests anys de vida.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A., Ayala, A., Pérez, J. i Pujol, R. (2018). *Un perfil de las personas mayores en España, 2018. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en red, 17 (Data de publicació: 07/02/2018). Recuperat de <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos18.pdf>

Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores (AEPUM). Recuperat de <http://www.aepumayores.org/es/contenido/estad-sticas-por-curso-acad-mico>

Ballester, L., Nadal, A. i Amer, J. (2017). *Métodos y técnicas de investigación educativa*. Col·lecció materials didàctics 178. Palma: Edicions UIB.

IMSERSO. Observatorio de personas mayores (2017). *Las personas mayores en España. Informe 2016*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Villar, F. (2006). Historias de vida y envejecimiento. *Informes Portal Mayores*, 59. Lecciones de Gerontología, VII [Data de publicació: 29/06/2006]. Recuperat de: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/villar-historias-01.pdf>

Vives, M.; Orte, C. i Ballester L. (2015). Efectos de los programas universitarios en personas mayores en su red y apoyo social. El ejemplo de la Universitat Oberta per a Majors. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 25, 299-317. doi:10.7179/PSRI_2015.25.13

Autors

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 és membre, en representació de la UOM, de la comissió de treball de promoció de l'autonomia de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca. 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 dels més grans, l'aprenentatge permanent i la qualitat de vida de les persones grans, a més dels programes intergeneracionals.

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. És la investigadora principal en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES), de la UIB. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-1998 i l'ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears. És la directora de la International Summer Senior University. Des de juny de 2018 és la Directora General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Govern d'Espanya.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

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

educativa (2013); *Métodos y técnicas de investigación educativa* (2014); *Le Programme de compétences familiales: l'adaptation du SFP en Espagne* (2015). Ha estat director de l'ICE de la Universitat de les Illes Balears. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES).

**«COMPARTIR LA INFÀNCIA 2» (SACHI 2)
PROJECTE INTERGENERACIONAL:
L'EXPERIÈNCIA EN TRES ESCOLES DE
PALMA (2016-2018)**

«Compartir la infància 2» (SACHI 2) projecte intergeneracional: l'experiència en tres escoles de Palma (2016-2018)

Carmen Orte Socias
Belén Pascual Barrio
Carmen López-Esteva
Joan Amer Fernández
Marga Vives Barceló
Rosario Pozo Gordaliza
M. Antònia Gomila Grau
Victòria Quesada Serra

Resum

«Compartir la infància 2» (SACHI 2) és un projecte intergeneracional finançat per ERASMUS + (convocatòria de 2016-2017) i liderat pel Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES). En aquest capítol es descriu la implementació realitzada en tres centres educatius de la ciutat de Palma i es posa en relleu el seu potencial per facilitar la cohesió social necessària per mantenir el pacte intergeneracional de la nostra societat i, per la satisfacció directa dels participants, la bona acollida que s'ha pogut demostrar que té.

GIFES té una llarga trajectòria desenvolupant espais de participació de gent gran vinculats amb cursos de la UOM (Universitat Oberta per a Majors) i analitzant experiències intergeneracionals de fora de la universitat, algunes ja descrites al llarg dels anuaris dels darrers deu anys. SACHI, incloses les experiències 1 i 2, recull aquest bagatge i representa una aposta per un projecte que promou les relacions positives entre infants i grans, a fi de prevenir l'edatisme des dels centres educatius de primària. A més a més, es tracta d'un projecte estructurat i contrastat, com a projecte de investigació, mitjançant l'avaluació d'aquestes experiències pilot.

Aquí s'ofereix l'oportunitat de conèixer beneficis i aportacions del projecte en el marc de: (a) l'envelliment actiu; (b) la millora de les actituds en vers la gent gran, i (c) la inclusió de la perspectiva intergeneracional als centres educatius: conèixer claus del procés d'implementació que s'ha realitzat durant els darrers dos cursos escolars a Palma.

Resumen

«Compartir la infancia 2» (SACHI 2) es un proyecto intergeneracional financiado por ERASMUS + (convocatoria de 2016-2017) y liderado por el Grupo de Investigación y Formación Educativa y Social (GIFES). En este artículo se describe la implementación realizada en tres centros educativos de la ciudad de Palma y se pone de relieve su potencial para facilitar la cohesión social necesaria para mantener el pacto intergeneracional de nuestra sociedad y, a nivel de satisfacción directa de los participantes, la buena acogida que se ha podido mostrar que tiene.

GIFES tiene una larga trayectoria desarrollando espacios de participación de personas mayores vinculados a cursos de la UOM (Universitat Oberta per a Majors) y analizando experiencias intergeneracionales de fuera de la universidad, algunas de ellas descritas a lo largo de los anuarios de los últimos diez años. SACHI, incluyendo las experiencias 1 y 2, recoge este bagaje y representa una apuesta por un proyecto que promueve las relaciones positivas entre niños/as y personas mayores, a fin de prevenir el edadismo desde los centros educativos de primaria. Además, se trata de un proyecto estructurado y contrastado, como proyecto de investigación, mediante la evaluación de estas experiencias piloto.

Aquí se ofrece la oportunidad de conocer beneficios y aportaciones del proyecto en el marco de: (a) el envejecimiento activo; (b) la mejora de las actitudes hacia las personas mayores; y (c) la inclusión de la perspectiva intergeneracional en los centros educativos: conocer claves del proceso de implementación que se ha realizado durante los últimos dos cursos escolares en Palma.

1. SACHI 2. Continuïtat de la perspectiva intergeneracional a les Illes Balears

En aquest capítol es presenta l'experiència intergeneracional que el grup de recerca GIFES (Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social) ha desenvolupat i coordinat en tres centres d'Educació Primària de Palma. La promoció de les relacions intergeneracionals positives és un dels objectius transversals en educació que pren valor. Tot seguint la finalitat de la cohesió social, en l'àmbit internacional va augmentant el nombre d'experiències educatives intergeneracionals.

Per què és necessari fomentar les relacions intergeneracionals

A Europa, l'aprenentatge intergeneracional és considerat un mitjà per aconseguir la solidaritat intergeneracional, la millora de la cohesió social i l'equilibri de les desigualtats partint de la promoció d'una major capacitat de comprensió i respecte entre les diferents generacions (EAGLE Consortium, 2008). La construcció del concepte de relacions intergeneracionals i l'expansió de la idea de la necessitat de promoure les relacions intergeneracionals es deu al reconeixement institucional internacional produït en les dues darreres dècades, se n'ha de destacar *l'Informe de la Segona assemblea mundial sobre envelliment* (Nacions Unides, 2002) i *L'estratègia europea 2020* (Comissió Europea, 2016).

Les investigacions mostren beneficis com la millora de la relació entre generacions, tant per a les persones grans com per a les més joves (Bentancor, 2009; Pascual i Gomila, 2013), i, concretament, la necessitat de desenvolupar programes que permetin la integració d'actuacions d'intercanvi intergeneracional en els currículums i programes escolars (ENIL, 2012) per oferir oportunitats d'aprenentatge a les dues generacions i, concretament, per fomentar les contribucions significatives de les persones grans a la societat (International Learning in Schools in Europe —ILSE— a Comissió Europea, 2011, citat a Orte et al., 2015).

Trajectòria documentada a les Illes Balears

A *l'Anuari de l'Envelliment la perspectiva intergeneracional* hi és present en tots els volums. A l'obertura del primer anuari (Orte, 2008) ja apareix el concepte «intergeneracional» per parlar del necessari pacte intergeneracional (cohesió social) dins la comunitat. També, als

preàmbuls es reivindica la promoció de les relacions intergeneracionals com a model de feina. La perspectiva intergeneracional s'hi troba relacionada amb diferents conceptes, principalment amb dos: (1) vinculada a la solidaritat intergeneracional, per tal de mantenir el pacte intergeneracional que sustenta el sistema econòmic i de pensions actual però, especialment, (2) vinculada amb la prevenció. En relació amb la prevenció, la perspectiva intergeneracional apareix en diferents capítols dels anuaris tant des de la perspectiva de les recomanacions pràctiques orientades a la prevenció, com en forma d'experiències preventives intergeneracionals desenvolupades a les illes.

Entre les recomanacions, les experiències intergeneracionals es mencionen com a mesures de prevenció de l'aïllament bé relacionades amb temes d'habitatge (Amer i Cuart, 2014) o bé amb la incorporació de pràctiques intergeneracionals als cursos de formació per a gent gran (Vellas, 1997). Pel que fa a les mesures per afrontar les situacions de soledat de les persones grans i en el cas dels entorns residencials, Amer i Cuart (2014) proposen els projectes intergeneracionals de sensibilització o, com a alternativa a aquests entorns, la convivència intergeneracional.

De la integració comunitària i de la necessitat de preservar-la, en parlen al seu capítol Barceló, Fernández, García i Cuart (2009). Tal com indiquen aquests autors, els programes comunitaris es poden ubicar o plantejar des dels àmbits social, sanitari i/o educatiu. En l'àmbit social parlen de l'oferta de suport social perquè puguin continuar a les seves llars i els seus entorns, entre d'altres aspectes. Quant a l'àmbit educatiu, asseveren que es pretén preservar les habilitats cognitives i potenciar la interacció social i participació comunitària. En relació amb la millora de les habilitats cognitives, parlen d'una eficàcia relativa a l'hora d'aconseguir la transferència a altres àmbits de la vida, per la qual cosa proposen que la intervenció sigui més global, en un context més natural. Els mateixos autors (Barceló, et al., 2009), plantegen la classificació de vuit tipus d'iniciatives (pàg. 329): informatives, d'orientació, capacitació, suport personal, suport familiar, estimulació, participació, cooperació i formació i recerca —orientades als tècnics. Aquesta classificació sobre projectes d'intervenció comunitària ajuda a emmarcar l'aspecte comunitari dels projectes d'educació intergeneracional. Segons aquesta classificació, els projectes d'educació intergeneracional pertanyen a l'àmbit educatiu i representen un tipus d'iniciativa de caràcter participatiu, ja que un dels seus objectius sobre les generacions implicades és, tal com diuen els autors, «fer possible la vinculació, integració i participació en la vida comunitària» (pàg. 330). Alhora són un tipus d'iniciativa de formació i recerca pel que fa als professionals implicats, ja que consisteix en la implementació guiada del programa i acompanyada d'un sistema d'avaluació que permet fer avançar el coneixement sobre aquests programes.

A l'*Anuari de l'Educació* hi ha descrites experiències intergeneracionals implementades entre grans i joves (alumnat universitari) i entre grans i infants o adolescents (alumnat d'Educació Infantil, Primària o Secundària) i, per un altre costat, altres experiències

promogudes per la universitat (UIB, Universitat de les Illes Balears) i altres agents de la comunitat. En els casos promoguts per la comunitat tant poden ser centres educatius i museus, com centres de serveis socials o llars residencials de persones grans. Malgrat que la responsabilitat sigui assumida per una sola entitat, sovint en la implementació hi ha un treball realitzat conjuntament per més d'un dels agents.

A la taula 1 es pot veure un recull d'experiències intergeneracionals publicades a l'*Anuari de l'Envel·liment*, moltes d'elles d'educació intergeneracional. Les experiències es troben llistades per ordre cronològic de publicació de menys a més recent.

Observant aquestes experiències es pot reconèixer l'experiència acumulada en projectes promoguts per diferents institucions i també per la Universitat. Les experiències descrites solen ser de curta durada, d'una sessió d'intercanvi, llevat dels casos promoguts en residències o centres de dia de gent gran del Consell de Menorca o de dos CEIP de Palma (2006, 2012) en les quals la intervenció es prolonga durant més temps.

Es tracta d'experiències que han generat un debat teoricopràctic que ha ajudat a la detecció de necessitats i ha aportat elements metodològics i un bagatge de coneixements sobre les possibilitats que ofereixen aquest tipus d'iniciatives. L'anàlisi dels projectes recopilats a través de l'*Anuari de l'Envel·liment* proporciona un punt de partida metodològic i criteris sobre els quals fonamentar i desenvolupar el projecte SACHI.

Podem destacar quatre aspectes que cobren especial rellevància i significat en un projecte intergeneracional (PI):

- **La importància de la voluntarietat i el rol del voluntari gran que participa en un PI.** En relació amb aquesta qüestió, l'experiència de col·laboració amb l'alumnat de la UOM ha estat fonamental, tant a través de projectes de recerca com a partir de la mateixa pràctica docent. Les experiències i iniciatives promogudes amb la UOM han consistit en espais d'experimentació i han ajudat a esbrinar maneres de participació intergeneracional de les persones grans, bé a través de la recerca aplicada i dels espais de voluntariat, bé a partir dels mateixos debats generats a les sessions formatives dels cursos de la UOM.
- **La importància de la formació de les persones grans per a la participació en un PI.** El coneixement acumulat ens indica que prèviament a la participació a un projecte, és imprescindible que els participants hagin fet un exercici de comprensió de l'entorn on s'emmarca el projecte, en aquest cas, la realitat dels centres educatius, per tal de reflexionar sobre possibles prejudicis i entendre el context educatiu actual, el perfil de l'alumnat i les noves metodologies docents a dins les aules.

Taula 1 | Experiències intergeneracionals descrites a l'Anuari de l'Envel·liment

Projecte	Curs	Espai d'intervenció	Agent promotor	Participants	Metodologia - Dinàmica	Referència
«Gent gran, gent petita: una experiència compartida» (Menorca)	2002-9	Àmbit escolar	Residència i centre de dia de gent gran del Consell Insular de Menorca	- Centres residencials 4 - Centres d'educació primària 7: infantil (5 anys) - Organització: 3 persones grans per aula	- Reunió inicial amb possibles participants, elecció voluntària - 2 sessions: 1a a l'aula dels infants; 2a a la casa de les persones grans	Padrós, Moll i Ramón, 2009
«Quan jo era petit!» (Mallorca)				- UOM - Centres de Primària 3 (Palma): 20-25 alumnes-aula (1r-6è) - Org.: 2 persones grans per aula	- Preparació prèvia: formació i materials - Tema: L'escola - 1 sessió	
«Junts aprenem més i millor» (Menorca)	2007-8	Àmbit escolar	UIB	- UOM - Escoles de Primària (Alaior) - Org.: 3-4 persones grans per aula	- Curs inicial a la UOM - Tema: a demanda dels infants: preparació - 1 sessió	Macías, Alzina i Tur, 2010
«Experiència intergeneracional» (Eivissa)				- UOM - Centre de Primària 1 - 4 dones grans	- Curs inicial a la UOM - Tema: L'Eivissa antiga - 1 sessió	
«Junts aprenem més i millor» (Menorca)	2008-9	Espai compartit	UIB	- UOM - Escoles de Primària (Alaior) - Centre de secundària	- Jornada d'intercanvi intergeneracional - Tema: Què hem après - 4 hores: debat en grups	
«Això era així...?»	2011			- Museu - Padrines/es amb els/les nets/es (6-12)	- Taller sobre la memòria	Mascaró, Amengual, Matamalas, Cifre i Sánchez, 2013
«Padrins i nets: l'un al lloc de l'altre»	2013	Museu	Museu Es Baluard (Mallorca)		- Taller: Reflexionen sobre obres escultòriques	
«Diàleg transgeneracional a recordar TV»	2012			- Museu - Persones grans obertes amb ganes d'aprendre sobre el procés cinematogràfic amb infants d'Educació Primària	- Taller d'alfabetització digital - No especificat	
«El dia de les padrines»	2006-7			- Infantil: CEIP Cas Capiscol (Palma)	- Grup de padrines: acompanya l'alumnat al llarg de 3 anys (activitats programades, 1 cop per setmana) i en totes les activitats que es duen a terme dins l'escola.	
«Mestres de la vida» (Mallorca)	2012-13	Àmbit escolar	CEIP i Serveis socials	- «Padrines» (dels 55 als 80) del barri, catalanoparlants, no familiars - Serveis Socials: selecció padrines i av. externa		Pascual i Gomila, 2013
«Uns nins molt mestres i unes padrines amb molta escola» (Mallorca)	2012-13	-	CEIP	- Alumnat de 5è: CEIP Es Pont (Palma) - Serveis S. Llevant Nord - Padrines del barri	- Taller mensual de lectoescriptura planificat per l'alumnat de 5è (intercanvi, emocions...)	

continua

Projecte	Curs	Espai d'intervenció	Agent promotor	Participants	Metodologia - Dinàmica	Referència
«Dia de la Pau», «Taller de formació sobre l'ús de noves tecnologies», «Dia del patró de la llar. Tren solidari de la pau» (Eivissa)	2012-14	Llar Barri	Llar	Llar Eivissa (La Pau), centre sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> - Majoritàriament activitats puntuals - No especificat - Altres projectes: «Marxa a peu», «Festes de l'associació de veïns del barri des Clot: Taller de pintura per a aliots» 	Tur, Serapio, Muñoz, Rivero i Mari, 2014
Històries de vida (Mallorca)	2013-14	Àmbit personal	UIB	<ul style="list-style-type: none"> - Estudiants de 1r d'Educació Social (UIB) - Persones grans 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista de l'estudiant a la seva padrina 	Amer i Mas, 2014
«Sharing Childhood» SACHI (1) (Mallorca)	2013-15	Àmbit escolar	UIB – GIFES	<ul style="list-style-type: none"> - Institucions europees 4 - Centres de Primària 3 per país: alumnat de 6è. - Org.: 3 persones grans per aula 	<ul style="list-style-type: none"> - Curs formatiu inicial - Preparació prèvia - 8 sessions 	Orte et al., 2015

Font: Elaboració pròpia

- **La importància de la implicació i participació activa de les persones grans als equips d'implementació dels PI.** Es tracta d'oferir la possibilitat de formar part del procés de preparació de les activitats, viure la coordinació i compartir les responsabilitats amb els professionals de l'equip. El treball en equip i la participació activa de tots els membres participants, també dels voluntaris, aporta noves oportunitats d'aprenentatge, facilita la comprensió del projecte, l'adquisició d'habilitats i dona opció a poder prendre iniciatives i aportar i enriquir, de forma continuada, el projecte.
- **La importància de considerar les bones pràctiques i recomanacions d'altres iniciatives.** A nivell metodològic, la importància de tractar temes d'interès per part de les dues generacions i crear espais per compartir experiències i records. Pel que fa als continguts d'aquestes pràctiques, un exemple pot ser la inclusió de temes que es consideren d'interès comú per a grans i petits, com són l'escola, el barri o la ciutat. Pel que fa a pautes metodològiques, resulta d'interès la proposada per l'àrea educativa del Museu Es Baluard amb el seu treball sobre les caixes de la memòria «Caixes d'històries de vida» (Mascaró et al., 2013).

Els programes intergeneracionals permeten la participació dels infants en un espai definit com és l'escola i integrar-hi les activitats en el seu horari lectiu i en l'espai curricular. Aquests programes, al mateix temps, representen un tipus d'intervenció comunitària ja que, des de la perspectiva de les persones grans participants, obre un lligam a la comunitat ja que facilita la participació d'un col·lectiu que sol estar separat de la dinàmica escolar. Es tracta de compartir un barri entre diferents generacions a través d'un projecte escolar compartit.

2. El projecte intergeneracional europeu «Compartir la infància 2» / «Sharing Childhood 2» (SACHI 2)

El projecte intergeneracional (PI) «Compartir la infància 2», conegut generalment per l'acrònim del seu nom en anglès SACHI 2 (Sharing Childhood 2), és un projecte d'investigació sobre les relacions intergeneracionals, realitzat i coordinat per segon cop pel Grup de Recerca en Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears. El projecte se centra en l'aprenentatge al llarg de tota la vida i fomenta el contacte positiu entre persones grans i infants des d'un punt de vista comunitari. Té com a principal **finalitat** que els projectes intergeneracionals formin part de la vida natural dels centres educatius per a la prevenció de l'edatisme.

SACHI 2 és un **projecte d'àmbit europeu**, igual que SACHI (2013-2015). El projecte que presentem en aquest capítol (SACHI 2) es troba emmarcat en el programa ERASMUS+, en la convocatòria de 2016, a l'eix de «Proyectos de asociaciones estratégicas orientadas al

campo de la educació de persones adultes (KA2)». Per tant, els objectius de SACHI 2 estan alineats amb un eix fonamental de les polítiques europees: fomentar l'aprenentatge al llarg de tota la vida. Al projecte hi participen quatre institucions europees associades que són coordinades per GIFES. Subvencionat per ERASMUS+, el projecte té una durada de dos anys i es desenvolupa simultàniament als quatre països de dites institucions: Espanya, Polònia, Portugal i Regne Unit. A cada país, el projecte és liderat per: GIFES-Universitat de les Illes Balears, l'associació HIPOKAMP, la Universitat de Porto i la Universitat de Strathclyde. L'associació HIPOKAMP ja va ser sòcia a la primera edició del projecte.

Els aspectes clau del projecte —desenvolupats amb els mateixos criteris a cada país— són: 1) pla d'actuació; 2) selecció de participants; 3) metodologia de treball, continguts i estructura d'activitats (les unitats didàctiques); 4) curs sobre aprenentatge col·laboratiu, i 5) disseny d'avaluació del projecte.

En la línia de la primera edició i en relació amb el pla d'actuació, el projecte segueix una **estructura de desenvolupament** que consta de tres fases principals: la de preparació, la d'implementació i la d'anàlisi de resultats finals amb la corresponent difusió (taula 2), que es descriuen a continuació.

Taula 2 | *Pla d'actuació seguit per desenvolupar SACHI 2*

Participants	Espanya (Palma), Polònia (Lodz), Portugal (Porto), Regne Unit (Glasgow)		
Cursos	2016-2017	2017-2018	
Fase	1. Preparació	2. Implementació	3. Anàlisi i difusió
Tasques	<ul style="list-style-type: none"> - Preparació dels continguts (UD) - Selecció i coordinació dels participants: escoles i voluntaris grans - Curs formatiu d'aprenentatge col·laboratiu 	<ul style="list-style-type: none"> - Reunions de preparació - 8 sessions a les aules - Recollida de dades (avaluació) 	<ul style="list-style-type: none"> - Anàlisi de dades - Extracció de resultats finals - Difusió (2018-2019)

Font: Elaboració pròpia

Fase 1. La preparació. Durada: un curs complet.

La preparació del projecte inclou:

- En primer lloc, és necessari un treball de coordinació amb les entitats sòcies, que es manté de manera no presencial: planificació, disseny de continguts i de l'avaluació.
- En segon lloc, cada país fa el procés de selecció de participants, per un costat les persones més grans de cinquanta anys i, per l'altre, les escoles i els grups d'alumnes. A continuació es desenvolupa el procés de coordinació amb els centres educatius. Aquest

procés inclou la presentació del projecte i el consens sobre els principis i objectius principals. A partir d'aquest moment es treballa el programa de sessions i unitats didàctiques entre els coordinadors i els docents, un cop acordat s'incorporen a les reunions les persones grans voluntàries.

- Curs de formació sobre aprenentatge col·laboratiu per a tots els participants adults: mestres i persones grans voluntàries. Aquest curs és útil per anticipar l'experiència i donar claus d'actuació tant als mestres com a les persones grans voluntàries.

Fase 2. Implementació. Durada: entre 3 i 4 mesos.

La implementació suposa la posada en pràctica del programa SACHI 2 i el seu desenvolupament. Se n'ha de destacar:

- Les sessions són setmanals i duren aproximadament 1h 30 min d'activitat a l'aula.
- Les sessions d'implementació s'intercalen amb les sessions de coordinació. Aquest fet permet el seguiment i la participació de tots els agents en la definició final de les activitats.
- Les sessions s'estructuren mitjançant unitats didàctiques preparades per tenir un marge d'adaptació al context. Aquesta adaptació i organització conjunta es realitza a les reunions de preparació a les quals assisteixen els coordinadors, els docents i les persones grans voluntàries. Aquest contacte permet una planificació en què totes les parts col·laboren aportant idees i fent-se seva la proposta inicial.
- Gestió del material d'avaluació: inicial, final i de seguiment després de cada sessió.

Fase 3. Anàlisi i difusió. Durada: entre 6 i 9 mesos.

L'anàlisi i difusió del projecte SACHI 2 comprèn:

- Recollida i anàlisi de les dades acumulades durant el projecte. Les dades es recullen abans, durant i després de la implementació. S'analitzen, per una part, a nivell internacional, i per altra, a nivell nacional, partint de l'experiència a cada país.
- Donar visibilitat al projecte i contribuir a la seva sostenibilitat, a través de la difusió de l'experiència, de la metodologia intergeneracional i dels resultats obtinguts.

Sobre la metodologia de treball cal destacar que, després de l'experiència de SACHI (1), a SACHI 2 es va decidir mantenir la dinàmica de grups de treball col·laboratiu estables que permetien als infants i grans desenvolupar un vincle. No obstant això, **s'introdueixen dues millores significatives** en relació amb SACHI (1):

- 1) **El perfil dels participants grans** es diversifica per tal d'aconseguir un impacte major a nivell comunitari, concretament en aquesta edició s'inclou per primer cop el perfil de persones grans voluntàries del barri de l'escola. Aquest lligam amb la comunitat propicia més oportunitats de transferència de l'experiència i sostenibilitat del projecte a nivell local, i
- 2) quant als **continguts**, s'introdueixen continguts de llengua estrangera (generalment anglès) i de noves tecnologies, per tal d'augmentar la sinergia amb les assignatures curriculars i els objectius europeus.

Tenint en consideració els participants, i amb l'objectiu de fomentar actituds positives envers les relacions intergeneracionals, s'ha de dir que la implementació de SACHI 2 es realitza en escoles de Primària, i que **els participants directes** són: a) l'equip directiu, que dona el vistiplau i gestiona la inclusió del programa al projecte de centre; b) l'alumnat de segon i tercer cicle de Primària; c) els docents tutors dels grups d'alumnes participants, i d) les persones més grans de cinquanta anys voluntàries. Els grans que hi participen provenen d'un programa universitari (50%) i del barri de l'escola (50%). Així, el focus passa d'estar centrat en la millora de l'oferta per a les persones participants en programes de formació (d'activitats per a l'alumnat de la UOM) a promoure la participació d'oportunitats a persones grans de la comunitat en general. Aquest lligam amb la comunitat propicia una oportunitat major de transferència de l'experiència i sostenibilitat del projecte a nivell local.

Quant als continguts, seguint la línia de SACHI (1) el programa d'activitats (taula 3) que duen a terme conjuntament infants i grans s'estructura en vuit sessions, pactades amb l'equip de socis europeus i adaptades al currículum de cada país. La primera i la darrera són de presentació i de tancament (inclosa l'avaluació), mentre que les sis restants estan planificades en unitats didàctiques que giren al voltant d'un tema. **Els temes** estan específicament seleccionats per facilitar la relació i el coneixement mutu dels participants durant les activitats, perquè permetin «compartir la infància» entre uns i altres. Tenint en compte l'especificitat de la diferència d'edat es treballen temes que ambdues generacions tenen en comú: la família, el fet de tenir persones que admiren, l'escola, els jocs, el barri i les festes populars. Els continguts s'estructuren en sis unitats didàctiques temàtiques, començant per un intercanvi més personal amb les dimensions internes (família i referents) per després obrir-se a la dimensió oberta amb els altres quatre temes. S'han incorporat a totes les sessions activitats específiques de vocabulari en llengua estrangera així com espais d'ús de noves tecnologies que permeten explorar diferents aplicacions (editors, recerca per internet i mapes en línia).

Taula 3 | Els temes del programa intergeneracional SACHI 2

SESSIÓ 1	-	PRESENTACIÓ
SESSIÓ 2	UD 1	Família i comunicació
SESSIÓ 3	UD 2	Els ídols i referents: valors
SESSIÓ 4	UD 3	L'escola abans i ara: aprenentatge al llarg de tota la vida
SESSIÓ 5	UD 4	Els nostres jocs preferits
SESSIÓ 6	UD 5	El barri: «les ciutats amigables»
SESSIÓ 7	UD6	Les festes populars
SESSIÓ 8	-	COMIAT

Font: Elaboració pròpia

3. Marc legislatiu de l'experiència a les Illes Balears

SACHI 2, com a PI d'àmbit escolar situat a les illes Balears, té valor no només per estar alineat amb els objectius de l'estratègia europea, sinó també perquè es troba emparat pel marc legislatiu estatal i de la comunitat autònoma. Aquest marc legislatiu ha estat analitzat des del vessant dels objectius d'ensenyament i aprenentatge dels infants a Primària i de les persones grans. Com es comprova a continuació, aquesta normativa sustenta el desenvolupament dels PI.

Coincidint amb la política europea, estatal i de la comunitat autònoma, concretament la política de la Unió Europea en matèria d'educació de persones adultes (Comissió Europea, 2015), la política estatal espanyola *Plan estratégico de aprendizaje a lo largo de la vida. Educación y formación - Periodo 2014-2020* (MECD, s. d.), i la legislació de les Illes Balears (Llei 4/2006 de 30 de març, d'educació i formació permanents de persones adultes de les Illes Balears. BOIB núm. 50, 06-04-2006), destaquen quatre aspectes que coincideixen plenament amb el plantejament dels projectes intergeneracionals com el projecte SACHI 2:

- (1) fomentar l'ús de les noves tecnologies de la informació i la comunicació;
- (2) l'aprenentatge i ús de les llengües estrangeres, tot facilitant a les persones adultes la formació i la innovació en mètodes d'ensenyament-aprenentatge;
- (3) la qualitat de les metodologies: utilització de metodologies pedagògiques obertes i flexibles que permetin la màxima adaptació dels ensenyaments a les característiques específiques de les persones adultes;
- (4) la promoció d'actituds per a una ciutadania activa, crítica i responsable.

Aquestes orientacions estratègiques de l'educació de les persones adultes són comunes a algunes de pròpies de la legislació dels ensenyaments de règim general. La Llei orgànica 8/2013, de 9 de desembre, per a la millora de la qualitat educativa —LOMQE— (2013), al preàmbul, apunta la necessitat de considerar l'aprenentatge al llarg de la vida, la creació de xarxes de suport i aprenentatge compartit, l'adquisició de competències transversals, com el pensament crític, la gestió de la diversitat, la creativitat o la capacitat de comunicar, impulsar un canvi metodològic, de manera que l'alumnat sigui un element actiu en el procés d'aprenentatge.

Concretament, pel que fa als estudis d'Educació Primària de les Illes Balears (Decret 32/2014, de 18 de juliol), el currículum contempla la necessitat de desenvolupar en els alumnes les capacitats que els permetin conèixer i apreciar els valors i les normes de convivència, preparar-se per a l'exercici actiu de la ciutadania i respectar els drets humans, així com el **pluralisme propi d'una societat democràtica**. La matèria de valors socials i cívics pretén potenciar relacions interpersonals enriquidores per enfortir la convivència, d'acord amb valors cívics, socialment reconeguts. Concretament, (a) respectar els drets humans i les llibertats fonamentals i preparar-se per assumir una vida responsable en una societat lliure i tolerant amb les diferències, i (b) adquirir competències socials i cíviques —personals, interpersonals i interculturals— per participar d'una manera eficaç i constructiva en societats cada vegada més diversificades.

La finalitat és el foment de les experiències socials dels alumnes, tenint en compte que viuen en societat mentre es formen i que les vivències compartides a l'escola enriqueixen els seus aprenentatges. Es tracta d'estimular actituds que propiciïn la interdependència positiva, la cooperació i la solidaritat d'acord amb els valors, drets i deures de la Constitució espanyola. Per tant:

(a) conèixer i apreciar els valors i les normes de convivència, preparar-se per a l'exercici actiu de la ciutadania i respectar els drets humans, així com el pluralisme propi d'una societat democràtica, i

(b) conèixer, comprendre i respectar les diferents cultures i les diferències entre les persones.

Cal aprofitar totes les situacions que la dinàmica escolar ofereix i proporcionar activitats de simulació d'activitats comunicatives, el més semblants possible a la realitat del context. En aquest sentit, la metodologia activa permet als alumnes l'assoliment d'aprenentatges significatius i els ajuda a ser participants en tot el procés d'ensenyament-aprenentatge. L'alumne ha de ser el protagonista del seu propi aprenentatge i les metodologies més adients són l'experimentació, el treball en equip i l'autoavaluació. Els docents han de fomentar un clima de feina que potencii la col·laboració, la iniciativa i l'autonomia dels

alumnes i que ofereixi possibilitats diversificades de diàleg, de respecte als altres, d'interès per conèixer, de tasques i responsabilitats compartides i d'atenció a tots els alumnes. L'ús de les TIC afavoreix el treball cooperatiu en la recerca d'informació i el treball en línia.

4. Descripció de l'experiència a les Illes Balears (Palma)

El projecte SACHI 2 té una estructura i una metodologia compartida per totes les entitats que el duen a terme. Alhora, té components flexibles que el fan adaptable a cada context sense haver de modificar els objectius. Condicionants importants han estat la disponibilitat del professorat, el calendari escolar, la iniciativa i les possibilitats dels participants, el context educatiu i el fet de tenir l'experiència prèvia de SACHI (1). Per aquest motiu, a continuació s'enumeren les especificitats de la implementació a les escoles de Palma.

4.1. Els participants directes

a. Els centres on s'ha implementat

La implementació del PI s'ha fet en tres escoles de Palma. La selecció dels centres educatius es va fer amb l'assessorament i acompanyament de la Direcció General d'Innovació i Comunitat Educativa (Conselleria d'Educació i Universitat). Aquestes tres escoles són: el CEIP Escola Graduada, el CEIP Rafal Nou i CEIP Els Tamarells. Els criteris de selecció dels centres van ser: (1) centres públics, (2) oberts a projectes innovadors i a una metodologia col·laborativa i (3) havien de representar diferents zones del municipi. Quant al tercer criteri, en el cas de Palma, es varen descriure tres zones i es va seleccionar un centre de cada una d'elles: la zona centre, la zona perifèrica costanera i la zona perifèrica d'interior.

Com a característiques sociodemogràfiques destacables, s'ha de dir que els tres centres compten amb dues línies, amb un alumnat total al voltant dels 425 alumnes i caracteritzat per la seva diversitat. La complexitat dels centres es manifesta, com diu una de les mestres, a través d'aspectes com la diversitat de l'alumnat, que depèn d'elements com el lloc de procedència, factors socioeconòmics, lingüístics, culturals, etc. El CEIP Escola Graduada, situat al centre de Palma, prop de l'avinguda de Gabriel Alomar, té un alumnat de 37 nacionalitats diferents i, tot i que el 57% és de nacionalitat espanyola, una gran proporció n'és la primera generació. El CEIP Rafal Nou està situat al barri que li dona nom del districte de Llevant (va sorgir a propòsit del segon pla de l'eixample de la ciutat, conegut com Pla Alomar, iniciat a principis de la dècada dels anys quaranta) i té una situació semblant, amb alumnat de 22 nacionalitats i, tot i que més del 75% té nacionalitat espanyola, un alt percentatge, el 75%, és de família estrangera. En tercer lloc, el CEIP Els Tamarells s'ubica al nucli de s'Arenal i limita amb el municipi de Llucmajor mitjançant el torrent dels Jueus. Al centre hi ha alumnat de 29 nacionalitats diferents, concretament, un terç dels alumnes són

estrangers; els nacionalitzats espanyols i els nascuts a Espanya de matrimonis estrangers són aproximadament el 50%.

Conèixer la tipologia general de l'alumnat participant és útil i permet entendre que molts d'aquests infants no tenen a prop la família extensa, com els padrins o les padrines.

b. Les persones grans voluntàries, els sèniors

La selecció dels sèniors es dugué a terme de manera compartida entre els centres i el grup coordinador de la universitat. Se seguiren tres criteris principals, consensuats internacionalment: més grans de cinquanta anys, amb nocions de noves tecnologies i llengua estrangera (anglès) i compromís de participació de dos anys; a part, preferiblement que fossin catalanoparlants i també s'evità que fossin familiars dels alumnes amb els quals havien de treballar. A l'hora de crear els grups de feina se cercà la diversitat, per un costat l'equilibri entre provinents del curs universitari per a grans (un 50%) i persones del barri (un 50%) i, per l'altre costat, s'evità, en la mesura del que era possible, la feminització dels grups.

Una especificitat de la implementació de Palma va ser donar prioritat a les persones grans voluntàries amb domini de la llengua catalana, que és la llengua vehicular dels centres. Amb tot, aquesta no va ser condició imprescindible, ja que l'objectiu principal del projecte és la interacció i la reciprocitat, per tant, els coneixements previs com a «requisits» foren flexibles.

Finalment, l'experiència va comptar amb 27 persones grans voluntàries (Palma). Els participants tenien una mitjana d'edat de 67 anys, el voluntari gran més jove tenia 55 anys i el més gran, 84, hi havia un rang de 12 anys entre el menor i el més gran.

Les persones voluntàries grans es van distribuir per centres i aules, en equips d'entre 4 i 5 persones per aula. Tot i haver un major nombre de dones voluntàries, per garantir la paritat, en tots els grups es va assignar un o dos homes. Així mateix, una particularitat molt important de la implementació de Palma és que s'ha pogut comptar a cada grup amb un o dos participants de la primera edició de SACHI. Aquesta col·laboració entre els diferents perfils de persones grans, de barri-d'universitat, amb experiència anterior-novells, ha enriquit els grups en diferents sentits. Per un costat, les diferents aproximacions al món de l'escola, així com la manera d'aportar iniciatives, de l'altre, els exparticipants han donat una empenta de motivació, amb la seguretat que els donava l'experiència.

4.2. La programació

El programa intergeneracional SACHI 2 va tenir una durada de dos cursos acadèmics en tres fases diferenciades. El cronograma d'activitats dut a terme a les escoles de Palma durant la primera fase i emmarcat en el pla d'acció descrit a la taula 2 va permetre preparar

amb les escoles i els voluntaris grans el programa que s'havia de treballar durant el curs següent, primer, amb reunions de coordinació i, finalment, amb el curs formatiu sobre aprenentatge col·laboratiu a final de juny.

La segona fase d'implementació es va iniciar de seguida que començà el curs escolar per tal de poder dur a terme el programa durant el primer trimestre, de setembre a desembre. Així mateix, han calgut dos tipus d'adaptacions.

a) Donat que no hi havia suficients setmanes per mantenir l'estructura «setmana de reunió de preparació – setmana de sessió amb infants», s'organitzà en dos casos una reunió que agrupava la preparació de les dues sessions següents.

b) La planificació s'allargà fins a tres setmanes passades les festes de Nadal, per aquest motiu es canvià l'ordre de les sessions fent coincidir abans de Nadal el tema de les festes i movent a després el tema del barri.

4.3. La metodologia

a. Preparació inicial dels participants adults

La preparació inicial dels participants va consistir en un curs formatiu orientat a treballar tres qüestions: (a) idea global del projecte i consciència de grup format per tres escoles, ja que es parteix de persones associades a un centre que no coneixen les dels altres centres; b) dinàmiques d'introducció a les activitats a l'aula, i c) contacte grupal amb els continguts i primer apropament en conjunt a la feina al programa complet d'activitats.

Aquesta activitat formativa pretenia afavorir una mirada positiva del sistema educatiu actual, treballar prejudicis i elaborar algunes de les pors que sovint es relacionen amb la comparació que se sol fer amb l'escola viscuda pels grans en la seva infància i amb el desconeixement que tenen de la realitat educativa actual. La participació en un projecte escolar implica una mínima comprensió d'un context educatiu diferent del que van conèixer quan ells eren infants, amb característiques de l'alumnat i del professorat i metodologies de treball molt distintes de les que eren habituals a la seva etapa escolar.

En relació amb la formació s'ha de destacar:

- Es realitzà en el marc d'un matí: aquest format facilitava l'assistència dels/les mestres.
- El curs va ser guiat per mestres, expertes en el treball col·laboratiu, d'una escola participant a la primera edició de SACHI. La seva experiència al projecte permetia contextualitzar clarament els continguts.

b. L'organització de l'aula a les sessions

A la implementació de Palma, generalment les aules han estat compostes pels participants que apareixen a la taula 4. Dels mestres un era el tutor o la tutora, responsable en tot moment de la dinàmica, i sovint acompanyat d'un altre, PT (pedagogia terapèutica) o especialista d'anglès. Els alumnes estaven distribuïts en quatre grups i cada persona gran participava sempre en el mateix grup. En el cas que hi hagués una persona gran voluntària de suport, aquesta acompanyava el grup que ho havia de menester o substituïa, en cas necessari un company/a. A cada aula hi va haver una parella de l'equip investigador, això és justificat perquè era una experiència pilot que havia de ser avaluada de manera externa, d'aquesta manera es compta amb una persona amb funcions de suport a la dinàmica i una segona persona que fa l'observació.

Taula 4 | *Participants a l'aula (Palma)*

Participants	Aula			
	Mestres responsables	Adults grans	Alumnes	Investigadors
TOTAL	1-2	4-5	22-26	2

Font: Elaboració pròpia

No requereix recursos especials més enllà dels que normalment es troben a les aules.

c. Implicació de l'equip docent

El programa permet treballar de forma transversal diferents matèries a partir dels continguts de les sessions. Es dona una especial atenció a la matèria de llengua estrangera, en el cas de les tres escoles d'anglès, al treball en valors i a l'ús de les noves tecnologies. Perquè tot fos possible, cal destacar:

- L'organització d'horaris dels docents facilitada pels equips directius, gràcies a la qual les sessions/reunions setmanals s'organitzaven perquè els tutors hi poguessin ser sempre presents.
- L'acollida per part de les especialistes d'anglès va ser notable: preparaven l'alumnat prèviament a la sessió i l'acompanyaven durant les activitats de la sessió.
- L'acompanyament del programa dels tutors o les tutores i les PT ha facilitat la inclusió de les persones grans a l'aula i la seva comprensió de l'alumnat.

d. El treball col·laboratiu

El projecte es fonamenta en el fet de facilitar el desenvolupament de les relacions intergeneracionals en petit grup. Per aquest motiu es basa en dinàmiques col·laboratives per dinamitzar les activitats. Aquesta característica afavoreix que es donin situacions de debat. El diàleg ha estat una de les principals eines de comprensió i relació constant i ha estat especialment significatiu a les reunions de preparació en què s'han pogut discutir i definir conceptes claus de la implementació. Un exemple, en unes de les reunions es decidí substituir el concepte «ídols i referents» per «persones que admiren», ja que no es va considerar adequat que l'alumnat establís l'associació «la persona que és el meu ídol és el meu referent», perquè els ídols no es consideren bons referents des d'un punt de vista pedagògic.

El debat també ha estat present a l'aula. En aquest cas, va ser la sessió d'escola una de les que més possibilitats va donar des de la perspectiva del debat. Durant aquesta sessió varen sorgir temes de política i religió i els alumnes pogueren experimentar el fet de la diversitat entre els mateixos referents del projecte, les persones voluntàries grans. Cada un dels voluntaris grans, quan explicava la seva experiència escolar, ho feia des d'una perspectiva diferent. L'activitat es convertí en un exercici de ciutadania i tolerància. A l'aula es creà un ambient i s'oferiren unes circumstàncies que permeteren xerrar de temes diversos des de perspectives diverses, amb el respecte com a valor compartit. És una experiència molt enriquidora que ajuda a enfortir les pautes de convivència en entorns socials en què la diferència és un tret natural: es tracta d'acceptar i valorar la realitat d'un grup d'infants diversos que tenen uns referents, també diversos (persones grans) i que conviuen a la mateixa societat, també diversa.

5. Resultats: conclusions rellevants de la implementació (Palma)

En resum, la posada en marxa del projecte SACHI 2 sorgeix de la Universitat mitjançant un grup d'investigació (GIFES). Aquest grup com a promotor és l'encarregat de la coordinació general del programa i ofereix suport durant la implementació i en tot moment al personal docent implicat. Per altra banda, sobre el cos docent recau la responsabilitat de facilitar el desenvolupament del projecte al seu centre, des de la coordinació d'espais i horaris fins a la dinamització de les activitats i les relacions dins l'aula. A més, depèn dels mestres i de les mestres l'aprofitament de l'experiència des del punt de vista de treball curricular. La selecció i l'acompanyament de les persones grans és una responsabilitat compartida entre la universitat i l'escola; l'experiència en si mateixa sumada al suport per part de la universitat dona als centres un bagatge pràctic que pot contribuir a fer sostenible la proposta.

Tot i ser d'abast europeu, la programació del projecte té un marge perquè pugui ser adaptada a cada realitat. En aquest capítol s'han descrit les particularitats més destacades

de la implementació que s'ha dut a terme a les tres escoles de Palma. Segons les particularitats especificades, els reptes de la implementació destacats es llisten a la taula 5, a més de les actuacions o accions trobades per resoldre'ls.

Taula 5 | *Reptes i troballes clau de la implementació a Palma*

REPTE	TROBALLA CLAU
Involucrar els centres educatius	Suport institucional: contacte des de la Conselleria.
Involucrar voluntaris sèniors	La difusió i el treball en xarxa a la barriada, així com l'acompanyament (paper de suport) de la Universitat.
L'organització escolar	La distribució d'horaris facilitadora i la disponibilitat dels docents.
Integració de l'anglès	La incorporació a les sessions dels/les mestres especialistes d'anglès: facilita continguts, dinàmiques i la preparació prèvia de l'alumnat.
Integració de les TIC	La integració de manera natural amb les eines que ja utilitzen els professors diàriament està limitada en funció dels recursos i les oportunitats reals.
La llengua de comunicació entre el sènior i l'alumnat	Flexibilitat en la llengua utilitzada, en destaca la cohesió.
Sensibilització dels sèniors amb la realitat diversa de l'alumnat dels centres	Acompanyament dels tutors de les aules i les PT, també a les reunions de preparació, molt intercanvi d'informació, resolució de dubtes a partir del diàleg sobre temes com les famílies, la llengua i els comportaments de l'alumnat.
La baixa d'un voluntari sènior	El fet de comptar amb un voluntari de suport a cada centre permetia que l'alumnat ja el coneixia si havia de substituir un company.
No totes les persones poden assistir a les reunions de preparació	Comptar amb un secretari que pren acta i la comparteix mitjançant correu electrònic o un altre mitjà de contacte grupal.
L'ajust del temps de les activitats	La prioritització d'activitats i el reajustament continu.

Font: Elaboració pròpia

Quant a la dimensió comunitària de SACHI 2, es tracta d'un PI que treballa l'aprenentatge en un context integrat a la comunitat —l'escola— que cerca un impacte en el context a partir de la transferència que en puguin fer, per un costat, els participants directes a altres contextos locals i, per l'altre, del coneixement adquirit pels docents implicats. El projecte mostra el potencial que tenen les relacions interpersonals sobre les persones i com aquestes poden ajudar a prevenir la discriminació per l'edat, l'edatisme. De fet, els participants han afirmat que amb la interacció amb altres infants (familiars o no) han desenvolupat una major tolerància i respecte en general, a més de pautes d'interacció més obertes, mirant a l'altre com a persona (resultats preliminars dels grups de discussió).

La implementació a Palma ha destacat per la participació dels dos grups de cada curs de les tres escoles que han format part del projecte (en total, sis grups); l'alta implicació

docent, ja que, a més de la persona tutora, sempre s'ha pogut comptar amb un mestre de suport; la implicació i el compromís dels voluntaris grans, un grup molt divers, i el suport d'un equip de la Universitat de vuit persones. El projecte ha pogut respondre a diferents objectius i recomanacions que, com s'ha pogut veure al primer apartat, sorgeixen de treballs i d'iniciatives anteriors. En primer lloc, dona continuïtat i millora un projecte intergeneracional ja iniciat, SACHI (1). En segon lloc, des del vessant escolar, destaca el seu impacte en els centres tant sobre l'alumnat de 9-11 anys com sobre el cos docent, a través de la seva participació i implicació en el projecte. L'alumnat acumula una experiència de contacte positiva i l'aprenentatge en valors, a part del desenvolupament de les competències curriculars relacionades. En tercer lloc, també es pot fer una lectura en clau específica de persones adultes grans. El projecte SACHI, d'acord amb la definició de l'OMS (Beard et al., 2015) i les recomanacions de Vellas, es pot afirmar que fomenta l'envelliment actiu i lliga l'experiència universitària dels grans (UOM) amb una activitat intergeneracional comunitària. En quart lloc, no podem oblidar que aquest projecte és una oportunitat d'educació de qualitat adaptada a persones que comparteixen un mateix territori. Es tracta d'elements que posen en valor l'experiència com a millora de la qualitat de vida de la gent gran tant de manera directa com de manera indirecta i a llarg termini.

L'experiència en la seva globalitat ha estat ben acollida i molt ben valorada, tal com indiquen els resultats dels diferents instruments utilitzats (avaluació de seguiment i final). S'ha recollit la resposta dels participants i, tal com indiquen els mestres, els infants no volien que acabés, les famílies tampoc i les persones grans voluntàries demanaven si el curs següent es repetiria.

Referències bibliogràfiques

Amer, M. I. i Cuart, M. I. (2014). La soledat de les persones grans al segle XXI. A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes balears 2014*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

Amer, J. i Mas, M. F. (2014). Gent gran i memòria: dones i immigració a les Illes Balears durant el franquisme. A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes balears 2014*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

Barceló, B., Fernández, R., Garcia, C. i Cuart, M. I. (2009). Programes d'intervenció comunitària en vellesa i família. A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes balears 2009*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

Beard, J., Officer, A., Cassels, A., Bustreo, F., Worning, A. M. i Asamoah-Baah, A. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organització Mundial de la Salut (OMS).

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

Comissió Europea (2016). *Europe 2020 Strategy*. Recuperat de: https://ec.europa.eu/info/strategy/european-semester/framework/europe-2020-strategy_en

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

ENIL, European Network for international Learning (2012). *International learning and Active Aging*. Grundtvig. European Commission. Recuperat de: http://www.enilnet.eu/Intergenerational_Learning_and_Active_Ageing-Executive_Summary.pdf

Macías, L., Alzina, P. i Tur G. (2010). Relacions intergeneracionals a la Universitat Oberta per a Majors: tres exemples d'experiències. A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes balears 2010*. Palma: Càtedra de Gerontologia Educativa i Social UIB.

Mascaró S., Amengual, I., Matamalas, A., Cifre, E. i Sánchez, D. (2013). Per què un museu programa activitats amb, per a i sobre gent gran? A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes balears 2013*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

Nacions Unides. (2002). *Report of the Second World Assembly on Ageing (A/CONF.197/9)*. Nova York.

Orte, C. (2008). Introducció: Per què un anuari de l'envelliment? A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes balears 2008*. Palma: Càtedra de Gerontologia Educativa i Social (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i UIB).

Orte, C., Pascual, B., Vives, M., Pozo, R., Gomila, M. A. i Amer, J. (2015). Educación intergeneracional: el programa Sharing Childhood-Compartir la infancia. A De-Juanas Oliva, A. i Fernández García, A. (coord.) *Pedagogía social, universidad y sociedad*. 151-164. Madrid: UNED.

Padrós, C., Moll, E., i Ramón, F. (2009). Programa intergeneracional «Gent gran, gent petita: una experiència compartida». A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes balears 2009*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i UIB).

Pascual, B. i Gomila, M. A. (2013). Treball comunitari intergeneracional: l'experiència de dos projectes socioeducatius intergeneracionals a Palma. A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes balears 2013*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

Tur A., Serapio, A., Muñoz, P., Rivero, V. i Marí, J. (2014). Promoció de l'autonomia des de la Llar d'Eivissa. A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes balears 2014*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal.

Vellas, P. (1997). Genesis and aims of the universities of the third age. *European Network Bulletin 1*, 9-12.

Normativa

Comissió Europea (2015). *Adult Education and Training in Europe: Widening Access to Learning Opportunities. Eurydice Report*.

Decret 32/2014, de 18 de juliol, pel qual s'estableix el currículum d'Educació Primària de les Illes Balears. Conselleria d'Educació, Cultura i Esports.

Llei 4/2006 de 30 de març, d'educació i formació permanents de persones adultes de les Illes Balears (BOIB núm. 50, 06-04-2006). Conselleria d'Educació, Cultura i Esports.

Llei orgànica 8/2013, de 9 de desembre, per a la millora de la qualitat educativa (LOMQE).

MECD (s. d.). *Plan estratégico de aprendizaje a lo largo de la vida. Educación y formación - Periodo 2014-2020.*

Autors

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. És la investigadora principal en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES), de la UIB. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-1998 i l'ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears. És la directora de la International Summer Senior University. Des de juny de 2018 és la Directora General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Govern d'Espanya.

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 l'evidència. Ha estat vicedegana de la Facultat d'Educació i cap d'estudis d'Educació Social entre els anys 2009 i 2016.

CARMEN LÓPEZ-ESTEVA

Sóller (1990). Diplomada en Educació social i llicenciada en Psicopedagogia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster en Formació del Professorat per la UIB orientat en els temes d'inclusió i participació de la comunitat educativa amb el treball de fi de màster, «Orientació educativa per a la transformació escolar als centres de secundària». Actualment és tècnica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB i doctoranda en Ciències de l'Educació de la UIB. Les seves línies de recerca són l'envelliment amb èxit i la cohesió social.

JOAN AMER FERNÁNDEZ

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

MARGA 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 destaquen la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, les relacions intergeneracionals i la gestió de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballar amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida 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.

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 d'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.

M. ANTÒNIA GOMILA GRAU

Llicenciada en Ciències Polítiques i Sociologia en l'especialitat d'Antropologia Social per la Universitat Complutense, doctora en Història per l'Institut Universitari Europeu. Becària Marie Curie a l'Institut d'Ethnologie Méditerranéenne et Comparative de la Universitat de Provença (França), on va desenvolupar un projecte de recerca sobre les relacions intergeneracionals 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. És professora també de la UOM. El seus temes d'interès se centren en les relacions intergeneracionals, la família i l'escola.

VICTÒRIA QUESADA SERRA

Doctora en Ciències Socials i Jurídiques, àrea d'Educació. Màster en Orientació i Avaluació Socioeducatives i llicenciada en Pedagogia. Ha estat becària, investigadora contractada i docent del Departament de Didàctica de la Universidad de Cádiz. Actualment, és professora contractada doctor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la mateixa universitat.

**LA REHUMANITZACIÓ PER LA
PRESÈNCIA INTENCIONAL DE L'ATENCIÓ
GERONTOLÒGICA**

La rehumanització per la presència intencional de l'atenció gerontològica

Jesús Tomás Monge Moreno

Resum

És innegable afirmar que les capacitats humanes i l'envelliment de les persones estan profundament relacionats. A mesura que l'ésser humà va avançant en anys, es va trobant amb una sèrie de limitacions, impediments i incapacitats (tant físiques com a psíquiques) que li dificulten dur a terme activitats de la vida diària d'una manera òptima, tal com les desenvolupava temps enrere. Davant aquesta nova etapa que se li presenta a la persona gran, la vellesa, el professional sanitari ha de treballar enèrgicament per aconseguir arribar a una relació òptima amb el pacient, buscant superar la simple trobada tècnica i utilitarista, sustentada en la satisfacció de certes necessitats, per una de més intensitat que contribueixi a la rehumanització de la pròpia relació i de la pròpia professió, basant aquesta trobada en el reconeixement de dues persones dotades d'una dignitat ontològica i que estableixen una relació d'amistat i amor satisfactòria per a ambdues. És aquí on es troba l'àmbit de l'anomenada *presència intencional*, concepte que engloba les característiques que ha d'atorgar una relació de tipus sanitari perquè sigui humanament satisfactòria.

Resumen

Es innegable afirmar que las capacidades humanas y el envejecimiento de las personas están profundamente relacionados. Conforme el ser humano va avanzando en años, se va encontrando con una serie de limitaciones, impedimentos e incapacidades (tanto físicas como psíquicas) que le dificultan llevar a cabo actividades de la vida diaria de una manera óptima, tal y como las venía desarrollando tiempo atrás. Ante esta nueva etapa que se le presenta a la persona mayor, la vejez, el profesional sanitario ha de trabajar enérgicamente para conseguir alcanzar una relación óptima con el paciente, buscando superar el simple encuentro técnico y utilitarista, sustentado en la satisfacción de ciertas necesidades, por uno de mayor intensidad que contribuya a la rehumanización de la propia relación y de la propia profesión, basando dicho encuentro en el reconocimiento de dos personas dotadas de una dignidad ontológica y que establecen una relación de amistad y amor satisfactoria para ambas. Es aquí donde se encuentra el ámbito de la denominada *presencia intencional*, concepto que viene a englobar las características que debe atesorar una relación de tipo sanitario para que sea humanamente satisfactoria.

1. Introducció

Amb l'augment cada vegada més notable de la població que arriba a la vellesa, van augmentant els síndromes geriàtrics, les patologies i les complicacions associades a aquesta etapa vital que necessiten l'establiment de nous desafiaments terapèutics, i l'atenció i les cures dels professionals sanitaris per arribar a abordar-les amb èxit.

No obstant això, en tot aquest procés, és possible albirar que, en la gerontologia, la importància de la ciència o la dinàmica assistencial mateixa, entre altres coses, s'anteposa, en molts casos, a una relació adequada i satisfactòria entre el professional sanitari i la persona gran, la qual cosa dona lloc a una penosa deshumanització de l'assistència sanitària. D'aquesta manera, són moltes les veus que, en els últims anys, reclamen una veritable rehumanització (Cañas, 2000; Cañas, 2010; Meza-Galván, Rodríguez-Nava i Gómez-Lamadrid, 2009; Cañas, 2013), per millorar diferents aspectes per afavorir el desenvolupament humà i per modificar qüestions que siguin més adequades al respecte degut a la dignitat humana. En aquest sentit, rehumanitzar l'assistència sanitària consistirà a posar-la a l'altura de la dignitat de la persona, fer que respongui tant com sigui possible a les seves necessitats (García Férrez, 2001) i procurar que ajudi a aquesta realització, o almenys, no la dificulti. Hi pot contribuir la difusió de la presència intencional, ja que aquesta es basa en una forma específica de relació entre el professional assistencial i la persona gran en la qual es distingeix per sobre de tot el reconeixement de la dignitat ontològica dels subjectes implicats.

2. Objectius

Els objectius que es pretenen assolir en el present article són:

- a. En primer lloc, exposar la realitat sobre l'envelliment i la vellesa.
- b. En segon lloc, assenyalar les causes de la deshumanització en la relació entre el professional sanitari i la persona gran.
- c. Finalment, destacar la importància de la presència intencional en la rehumanització de l'atenció gerontològica.

3. Metodologia

Per a la localització dels documents bibliogràfics es van utilitzar diverses fonts documentals. Es va fer una recerca bibliogràfica a PubMed utilitzant i combinant els descriptors: presència, intenció, intencionalitat, presència intencional, rehumanització, envelliment, vellesa, gerontologia. Els registres obtinguts van oscil·lar entre 22 i 5 registres després de la combinació de les diferents paraules clau. També es va fer una recerca a CINAHL, a Web of Science i al cercador Google Acadèmic amb els mateixos termes.

Es van seleccionar els documents que informaven sobre la presència intencional i sobre la rehumanització de l'atenció gerontològica. A més, es van triar els textos que tenien relació amb l'àmbit sanitari.

Aquesta recerca ha estat completada amb els fons bibliogràfics de la Universitat de Navarra.

4. Investigació

L'envelliment humà consisteix en un procés de contínua transformació en el qual qualsevol persona està immersa i els canvis es van fent cada vegada més evidents a mesura que passa el temps. S'inicia amb la concepció, es desenvolupa durant el curs de la vida i acaba amb la mort. Ara bé, és important advertir que plantejar el procés d'envelliment com una afectació exclusivament fisiològica de l'ésser humà és una visió profundament reduccionista del procés, ja que aquests canvis repercuteixen en tots els àmbits de la persona.

En este sentido, el envejecimiento humano se conceptualiza como un proceso que es continuo, variable o heterogéneo, universal e irreversible, que conlleva una disminución progresiva de la capacidad adaptativa; además, se trata de un proceso influenciado por factores genéticos, sociales e históricos del desarrollo humano con afectos y sentimientos que se van construyendo a lo largo del ciclo vital de la persona, influenciados por la conducta y las relaciones. (Alvarado i Salazar, 2014, p. 58)

Dit això, és important ressaltar que les expressions més significatives de l'envelliment humà es donen en l'última etapa vital, és a dir, en la vellesa. I és possible observar-la des de diferents enfocaments (Rodríguez, 2011):

Quan es parla d'un *enfocament biològic*, és possible albirar la disminució de funcions fisiològiques a les quals la persona afectada ha de fer front en aquesta etapa vital, a causa fonamentalment del deteriorament orgànic, sigui per herència genètica o per malalties, caigudes o traumatismes. L'*enfocament demogràfic*, però, fa referència a la diferència que hi ha entre la tercera i la quarta edat i a la relació que hi ha entre l'esperança de vida i la longevitat d'homes i dones. D'altra banda, l'*enfocament socioeconòmic* està associat a les qüestions de la jubilació, la fi del cicle productiu i els ingressos monetaris, que determinen significativament la posició social, la qualitat i l'accés a la salut, el manteniment de l'habitatge i les relacions socials. També, l'*enfocament sociocultural* de la persona gran que es dona a Occident crida l'atenció, ja que es considera com algú que ha perdut el valor moral que es mereix, fonamentalment a causa de la multiplicitat d'estereotips i la concepció biologista que la reconeix com a sinònim de declivi, pèrdua i improductivitat. Quant a l'*enfocament familiar*, és possible albirar dos panorames ben diferenciats: en un, la persona gran tendeix a viure sola a causa de la falta de suport familiar i, en l'altre, la persona gran viu dins el nucli familiar dels seus fills. Sens dubte, les dues situacions comporten una sèrie de conseqüències positives i negatives, depenent de la seva experiència vivencial. Finalment, l'*enfocament psicològic* considera la vellesa com

una etapa en què la capacitat funcional i la pèrdua del rol social o de la participació en la comunitat determinen i caracteritzen la gent gran.

Sens dubte, dels diferents enfocaments que s'han exposat anteriorment es desprèn la susceptible fragilitat de qualsevol persona davant el fet d'experimentar la vellesa. I és que, en l'àmbit sanitari, l'aparició d'una malaltia o el mateix deteriorament funcional i cognitiu característics d'aquesta etapa desencadenen una sèrie d'esdeveniments que impliquen per a la persona afectada haver d'enfrontar-se de manera imposada a l'hospitalització o qualsevol altre recurs assistencial d'acord amb les necessitats que presenti (centre residencial, centre de dia, etc.). Si, per si mateixa, aquesta ja és una decisió costosa i, fins i tot, deshumanitzant, ja que en innumbrables ocasions obliga a anteposar la malaltia a la persona malalta, la trobada amb el professional sanitari serà inevitablement obligada, imposada per aquesta situació de malaltia (Boixareu, 2008; Merino Rodríguez, 2013), d'incapacitat, de vulnerabilitat (Torralba i Roselló, 2002; Cayuela, 2005; Feito, 2007), de deteriorament, de dol (Kübler-Ross, 1969; Worden, 1997; Bowlby, 1997; Gea, 2007; Kübler-Ross i Kessler, 2010). Aquesta trobada es produirà entre dues persones possiblement desconegudes i diferents, i les circumstàncies les obliga a entendre's; una per salvar la vida, per pal·liar la malaltia o afrontar el desenllaç final de la vida i l'altra per exercir el seu treball de manera correcta i, en conseqüència, poder realitzar-se com a professional.

A tot això se li sumen els nombrosos factors (Marchesi, 1986; Arroyo, 2001; Hospital Ibáñez i Guallart Calvo, 2004; Hewa i Hetherington, 2006; McMahon i Christopher, 2011; Bellver, 2011) que impedeixen que es doni amb satisfacció una trobada veritablement humanitzadora i reconfortant amb el pacient, com ara:

- La manca d'aprenentatge i de pràctica en habilitats de comunicació.
- Els valors del progrés científic, l'eficiència i la competitivitat.
- La dinàmica assistencial i l'orientació predominantment biologicista, que situa els aspectes humans de la professió en un segon pla.
- L'hospitalització en un medi totalment desconegut, que comporta incomoditats i que obliga a trencar la rutina habitual. També, la ruptura de les relacions socials i laborals, els factors organitzatius i estructurals, etc.
- La malaltia mateixa.

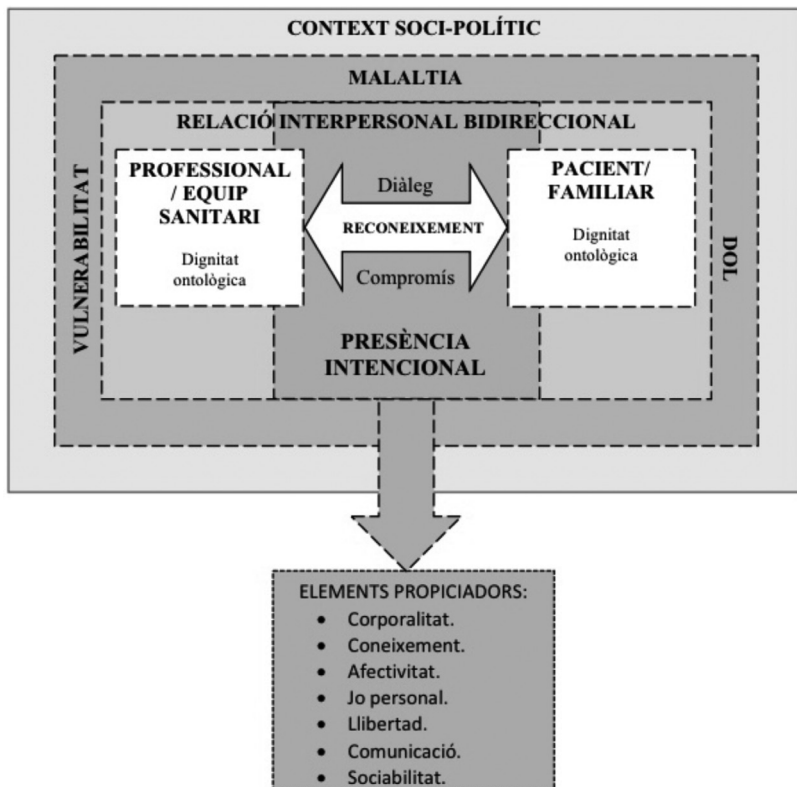
D'acord amb el que hem assenyalat anteriorment, tot fa indicar que l'àmbit sanitari es troba davant d'un panorama desolador, ja que tot apunta que la malaltia, els procediments i intervencions, les cures i les relacions que es donen entre els professionals sanitaris

(o l'equip assistencial en conjunt) i els pacients estan en un greu procés de deshumanització. No obstant això, cal matisar que, encara que a primera vista pugui semblar que totes aquestes qüestions s'han desenvolupat d'acord amb uns paràmetres que no són adients a les facultats i relacions dels éssers humans i que, en un moment determinat, es busqui reconduir aquestes situacions, la realitat és una altra. Si bé cal parlar de rehumanitzar l'assistència sanitària, és important matisar que no es busca «tornar a humanitzar un fet o un procés» (Cañas, 2000), ja que no cal arreglar-ho absolutament tot. Simplement cal incidir en aquells aspectes que poden millorar-se per afavorir el desenvolupament humà; sempre hi ha qüestions que poden canviar-se o modificar-se perquè siguin més adequades al respecte degut a la dignitat humana (Aparisi, 2013). Per això, tal com s'ha indicat anteriorment, rehumanitzar l'assistència sanitària consistirà a posar-la a l'altura de la dignitat de la persona, fer que respongui en la mesura que sigui possible a les seves necessitats (García Férez, 2001) i procurar que ajudi a dur a terme l'assistència, o almenys, no la dificulti.

En aquest context de rehumanització de l'assistència sanitària, és important remarcar el valor i la importància que té dur a terme cuidar (Pellegrino i Thomasma, 1993) òptima i de qualitat. Per aconseguir-ho, és vital assenyalar els quatre sentits necessaris i complementaris que es requereixen. El primer sentit fa referència a la cura com a compassió, és a dir, consisteix a descobrir en el pacient el rostre humà de la persona, deixant-se embriagar per les seves experiències pròpies. Aprofundint en el segon sentit, cuidar és fer per a altres el que ells no poden fer per si mateixos i necessiten o desitgen fer. Fer-se càrrec del problema del pacient seria el tercer sentit. Per acabar, l'últim sentit que adquireix el terme cuidar és el de brindar tots els recursos personals i tècnics, duent a terme amb cura tots els procediments corresponents al servei de la persona.

Dit això, i prenent com a base el que s'assenyala anteriorment, per poder contribuir a la cura centrada en la persona gran i a la rehumanització de l'assistència sanitària, es consideren necessàries l'aplicació i la difusió de la presència intencional (Ferlic, 1968; Doona, Haggerty i Chase, 1997; Doona, Chase i Haggerty, 1999; Chase, 2001; Godkin, 2001; Benner, Spichiger i Wallhagen, 2005; Finfgeld-Connett, 2006; Finfgeld-Connett, 2008). Aquesta es defineix com la trobada que s'estableix entre el professional sanitari i el pacient, la qual es busca que sigui realment humana, que es basi en un tipus de relació basada en l'amistat i l'amor, entès com la convicció profunda, davant el proïsme, que és bo que existeixi, independentment de la seva simpatia, deficiència, patologia, etc. No hi ha cap dubte que, si es considera el valor del pacient com a persona i es busca el seu bé, la relació que s'estableix té una transcendència molt diferent d'aquella focalitzada en la solució d'una patologia, en la satisfacció material d'un client, etc. La plenitud d'aquesta relació es trobarà quan s'estableixi una reciprocitat, és a dir, la trobada de dues persones que busquen el seu bé i, al mateix temps, el de l'altra. Aquesta reciprocitat, per ser plasmada, requereix una implicació i comunicació efectiva.

Figura 1 | *Model de relació entre professional sanitari i equip sanitari, i pacient i familiar basat en el concepte de presència intencional.*



5. Discussió

5.1. Sobre l'envelliment i la vellesa

L'envelliment humà consisteix en un procés de contínua transformació en el qual qualsevol persona està immersa i els canvis es van fent cada vegada més evidents a mesura que passa el temps.

És important ressaltar que les expressions més significatives de l'envelliment humà es donen en l'última etapa vital, és a dir, en la vellesa. I és possible observar-la des de diferents enfocaments, que són el biològic, el demogràfic, el socioeconòmic, el sociocultural, el familiar i el psicològic. D'aquests es desprèn la susceptible fragilitat de qualsevol persona davant el fet d'experimentar la vellesa.

El anciano llega a experimentar cual es el contexto de su vida. En este sentido, se da cuenta de que las distintas aptitudes, los resultados, los beneficios y las renunciadas, las alegrías y las necesidades se convierten en algo importante y constituyen una maravillosa estructura a la que llaman *existencia humana*. (Guardini, 1986, p. 95)

També és possible observar que gairebé totes les discussions i debats que hi ha al voltant d'aquesta etapa solen basar-se en la càrrega financera i psicològica que suposa per a la societat l'envelliment de la població, però és poc habitual encaminar aquests debats cap al significat que la vellesa inclou en si mateixa.

Per tot el que s'ha assenyalat anteriorment, es considera que envellir satisfactòriament no només depèn de l'individu (de l'acceptació de la vellesa i de l'enteniment del seu significat) sinó també de la societat i de la seva actitud cap a la vellesa. La societat ha d'atorgar a la gent gran l'oportunitat d'envellir correctament. I és que, si només es parla amb preocupació i retret de la futura vellesa de la societat, la gent gran trobarà difícil acceptar aquesta etapa i trobar-hi el significat a l'interior. Per tant, és fonamental redescobrir el valor i el sentit de la vellesa.

5.2. Sobre la presència intencional en l'atenció gerontològica

La presència intencional es defineix com un procés interpersonal de caràcter bidireccional basat en el reconeixement de dues persones dotades d'una dignitat ontològica i sustentada en una relació d'amor satisfactòria per a ambdues. Aquesta forma de relació es caracteritza pel compromís i el diàleg. Aquesta definició, en sentit sanitari, expressa una forma de relació que es dona entre el professional sanitari i la persona gran en la qual es reconeixen mútuament en dignitat i busquen aconseguir conjuntament el bé propi i l'aliè.

Un cop definida la presència intencional, és important advertir que hi ha certes variables que poden condicionar-la, és a dir, l'edat, el sexe, la cultura, l'espiritualitat, els factors ambientals i l'existència o no d'una relació professional prèvia entre tots dos.

Pel que fa a la diferenciació sexual, cal assenyalar que l'home i la dona tenen una manera pròpia de ser, de manifestar-se, de comunicar-se amb els altres i això pot influir en la manera com es dona la presència intencional. Tots dos, home i dona, posseeixen la mateixa naturalesa humana, però la tenen i la realitzen de maneres diferents i complementàries, sense que això afecti en absolut la igualtat radical de dignitat, drets i deures.

També cal incidir en la qüestió cultural de la persona. És important assenyalar que l'educació rebuda, el clima cultural en què es viu, la varietat d'aficions o interessos personals, com la lectura, l'esport, l'art, la música, la natura, etc., a més del cúmul de records i èxits que

contribueixen a gratificar, asserenar o estimular la pròpia vida, poden condicionar una afinitat més o menys gran en la relació professional sanitari-pacient.

Un altre aspecte fonamental és l'espiritualitat. Si la persona gran o el professional sanitari no se senten respectats en les seves creences és impossible que puguin arribar a ser ells mateixos i a manifestar-se com són realment. I respectar no vol dir que aquesta creença hagi de ser assumida per l'altra part; vol dir donar-li un valor i comprendre el profund significat que té per a aquesta persona.

A més, cal tenir en compte els anomenats factors ambientals, que són les condicions de treball, la filosofia de gestió i l'espai físic, que poden afavorir o entorpir la relació professional sanitari-pacient. L'ús de la tecnologia també hi pot influir significativament.

Finalment, és important ressaltar que és la persona gran, amb les seves expectatives i les seves necessitats, la que sol·licita cures i la que reclama més o menys implicació durant la trobada amb el professional sanitari, ja sigui acompanyant-la en silenci, donant-li una abraçada o ajudant-la a resoldre dubtes, inquietuds i pors. Perquè això es doni hi ha d'haver sinceritat, confiança, reciprocitat, bona relació entre tots dos i el professional sanitari ha de saber entreveure l'estat de vulnerabilitat en què la persona gran es troba. Cal advertir que, si el pacient no està disposat a acceptar que el professional sanitari l'acompanyi en el seu procés de malaltia, serà impossible que es dugui a terme la presència intencional.

5.3. Sobre la rehumanització de l'assistència sanitària

Rehumanitzar l'assistència sanitària consisteix a posar-la a l'altura de la dignitat de la persona, fer que respongui tant com sigui possible a les seves necessitats i procurar que hi ajudi, o almenys, no la dificulti.

Convé recordar que la tasca dels professionals sanitaris no només consisteix en l'aplicació de tècniques i protocols clínics; aquests també han de tenir una competència relacional adequada per poder oferir tot un seguit d'habilitats i tècniques humanes que facilitin la relació amb la persona gran. Així, han de buscar l'excel·lència en les cures i en l'atenció en el procés de salut-malaltia.

Si bé la cura centrada en la persona gran és una de les raons de ser de les professions sanitàries, sens dubte, amb la presència intencional es potencia de forma inqüestionable aquesta forma de relació recíproca i digna que contribueix a la rehumanització de l'assistència sanitària .

Dit això, cal assenyalar que la majoria dels professionals sanitaris són capaços de treure el millor de si mateixos i anteposar-se a les adversitats que van presentant-se en el seu dia a

dia en el desenvolupament de la seva professió, preocupant-se, no només pel problema específic de salut, sinó també per la persona que viu aquest procés de malaltia i per les persones que l'acompanyen, que són familiars i amics. No obstant això, hauríem de recordar que en la rehumanització de l'assistència sanitària tenen una responsabilitat molt important o, almenys, estan cridats a exercir-la.

5.4. Sobre la importància de la família

El paper de la família (Kingsley, 1974; Gea, 2007; Cabodevilla, 2014) en la cura de la persona gran adquireix una importància significativa. Quan té lloc una malaltia, una caiguda o un trauma, no només es veu perjudicat el pacient, també d'una manera o altra es veuen afectats tots i cadascun dels membres de la família. I és que la situació generada per algun d'aquests esdeveniments comporta una sèrie de crisis consecutives (Cabodevilla, 2014; Centeno, 2009) que posen a prova de forma contínua les capacitats d'adaptació familiar.

La perturbación que se produce en el sistema familiar cuando se experimenta un cambio en alguno de sus miembros obliga al resto de ellos a establecer las adaptaciones o reajustes necesarios que permitan de nuevo el buen funcionamiento. En ocasiones, a raíz de estos cambios, pueden aparecer conflictos familiares en relación con el comportamiento, las decisiones y las actitudes de unos u otros hacia la persona enferma o por la forma en que se proporcionan los cuidados. A veces, el malestar con otros miembros de la familia es debido a los sentimientos del cuidador o cuidadora principal acerca de que el resto de la familia no es capaz de apreciar el esfuerzo que realiza. (Fernández-Abascal, 1999, p. 54)

Davant d'aquesta nova realitat que es presenta, alguns dels familiars (sobretot els que assumeixen el rol de cuidador principal), en dur a terme la tasca de cura i acompanyament, poden experimentar situacions estressants i de sobrecàrrega com a conseqüència de descuidar les seves pròpies necessitats, i fins i tot poden arribar a experimentar desajustos físics i emocionals.

Pel que fa a aquesta qüestió, la presència intencional pot contribuir a millorar les relacions interpersonals per poder, en primer lloc, valorar la resposta de la persona gran i de la família a la situació que estan vivint i atendre les necessitats que precisin. Al seu torn, per mitjà d'aquesta, és possible analitzar el suport físic i emocional que estan proporcionant les persones significatives de l'entorn del pacient, i treballar amb aquells familiars que no saben afrontar o manejar la situació de manera adequada. Finalment, a través de la presència intencional es poden avaluar els elements afegits d'estrès (per exemple, malalties d'altres membres de la família, dificultats econòmiques, etc.) i intentar buscar solucions mitjançant la cooperació i el suport de l'equip assistencial. En aquest cas, el psicòleg tractarà de reconduir la situació d'estrès emocional buscant objectius concrets,

el treballador social ajudarà a buscar recursos (humans, econòmics, etc.) per al maneig d'aquesta situació, etc.

6. Conclusions

De la revisió bibliogràfica sobre l'envelliment i la vellesa es desprèn que hi ha una bibliografia extensa. No obstant això, la bibliografia relacionada amb la trobada que es produeix en l'àmbit hospitalari i sociosanitari entre el professional assistencial i la persona gran és escassa, i més quan es busca una forma de relació tan específica com és la presència intencional. Per tant, convindria reflexionar i aprofundir en les formes de relació que contribueixin a una rehumanització de l'assistència sanitària, com es tracta de fer amb aquest concepte.

Envellir satisfactòriament no només depèn de l'individu (de l'acceptació de la vellesa i de l'enteniment del seu significat) sinó també de la societat i de la seva actitud cap a la vellesa. La societat ha d'atorgar a la gent gran l'oportunitat d'envellir correctament. I és que, si només es parla amb preocupació i retret de la futura vellesa de la societat, la gent gran trobarà difícil acceptar aquesta etapa i trobar-hi el significat a l'interior. Per tant, és fonamental redescobrir el valor i el sentit de la vellesa.

Les persones grans tenen inquietuds, pors, malalties, patiments, demències, tristeses, etc. Però també, estan carregades de vida, de saviesa i d'experiència, i tenen alegries, motivacions, ganes de lluitar, d'aprendre, etc. Per tant, cal esmentar que aquestes també són persones i que, com a tals, tenen dignitat.

Convé recordar que la tasca dels professionals sanitaris no només consisteix en l'aplicació de tècniques i protocols clínics; aquests també han de tenir una adequada competència relacional per poder oferir tot un seguit d'habilitats i tècniques humanes que facilitin la relació amb la persona gran, buscant així l'excel·lència en les cures i en l'atenció en el procés de salut-malaltia.

La presència intencional es defineix com un procés interpersonal que es caracteritza pel diàleg, el compromís, la plena participació, l'obertura, l'atenció fluida i la unitat transcendent entre dues persones que es reconeixen, dotades d'una dignitat ontològica, i que sustenten el seu vincle en una relació d'amor satisfactòria per a ambdues. En aquest sentit, la presència intencional és l'única que pot satisfer una veritable rehumanització de l'assistència sanitària.

La presència intencional no pot donar-se per mitjà d'imposicions d'un subjecte sobre un altre. Ha de ser acceptada lliurement per aquells que estan implicats en la relació sanitària.

És fonamental prestar molta atenció a la família. Sens dubte, són ells els que detecten qualsevol anomalia i malaltia, els que conviuen diàriament amb el pacient i els que presten les atencions necessàries. Són el suport fonamental sobre el qual es dona suport a la persona gran. Al seu torn, el cuidador principal té una tasca importantíssima, ja que sobre ell recau el gruix de la situació. Per això, és molt important que les diferents àrees assistencials (metges, infermers, psicòlegs, treballadors socials, etc.) donin suport i ajudin a la tasca de la cura de la persona gran i, així, s'evitin sobrecàrregues i situacions estressants en el dia a dia de la família i sobretot del cuidador principal.

També cal que els professionals sanitaris rebin formació i duguin a terme activitats referides a l'àmbit relacional i humà de la professió, és a dir, que es formin en estudis humanístics, habilitats de comunicació, psicologia aplicada, etc. I, així, poder construir el complex procés pel qual posen en pràctica la presència intencional.

Referències bibliogràfiques

Alvarado, G. A. i Salazar, M. A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Barcelona: *Gerokomos*, 25(2): 57-62.

Aparisi, A. (2013). El principio de la dignidad humana como fundamento de un bioderecho global. Murcia: *Cuadernos de Bioética*, 24(81): 201-221.

Arroyo, M. (2001). Calidad y humanización de los cuidados. Valencia: *Metas de Enfermería*, 39: 26-31.

Bellver, V. (2011). Bioética y cuidados de enfermería. Alicante: CECOVA.

Benner, P., Spichiger, E. i Wallhagen, M. (2005). Nursing as a caring practice from a phenomenological perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(4): 303-309.

Boixareu, R. (2008). *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Barcelona: Herder.

Bowlby, J. (1997). *La pérdida afectiva*. Barcelona: Paidós.

Cabodevilla, I. (2014). *Guía no farmacológica de atención en enfermedades avanzadas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Cañas, J. L. (2000). *La idea de rehumanización, clave existencial para la filosofía de la historia futura*. Madrid: Anales del Seminario de Historia de la Filosofía, 17: 167-194.

Cañas, J. L. (2010). De la deshumanización a la rehumanización. *Pensamiento y Cultura*, 13(1): 67-79.

Cañas, J. L. (2013). Persona y rehumanización. Bases para una bioética personalista de las adicciones. Bioética y cuidados de enfermería. CECOVA.

Cayuela, A. (2005). *Vulnerables. Pensar la fragilidad humana*. Madrid: Encuentro.

Centeno, C. (2009). *Manual de medicina paliativa*. Pamplona: EUNSA.

Chase, S. (2001). Response to "The concept of nursing presence: State of the science". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 15(4): 323-327.

- Guardini, R. (1986). *Die Lebensalter*. Alemania: Topos Taschenbücher.
- Doona, M., Chase, S. i Haggerty, L. (1999). Nursing presence: As real as a milky way bar. *Journal of Holistic Nursing*, 17(1): 54-70.
- Doona, M., Haggerty, L. i Chase, S. (1997). Nursing presence: An existential exploration of the concept. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11(1): 3-16.
- Feito, L. (2007). *Vulnerabilidad*. Navarra: Anales del Sistema Sanitario, 30: 7-22.
- Ferlic, A. (1968). Existential approach in nursing. *Nursing Outlook*, 16(10): 30-33.
- Fernández-Abascal, E. G. (1999). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel.
- Finfgeld-Connett, D. (2006). Meta-synthesis of presence in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 55(6): 708-714.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Qualitative comparison and synthesis of nursing presence and caring. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 19(3): 111-119.
- García Férez, J. (2001). *Diez palabras clave en humanizar la salud*. Estella: Verbo Divino.
- Gea, A. (2007). *Acompañando en la pérdida*. Madrid: San Pablo.
- Godkin, J. (2001). Healing presence. *Journal of Holistic Nursing*, 19(1): 5-21.
- Hewa, S., Hetherington, R. W. (2006). Specialists without spirit: crisis in the nursing profession. *Journal of Medical Ethics*, 16(4): 179-184.
- Hospital Ibáñez, M., Guallart Calvo, R. (2004). Humanización y tecnología sanitaria ante el proceso final de la vida. *Index de Enfermería*, 46(13): 49-53.
- Kingsley, D. (1974). *La sociedad humana*. Buenos Aires: Universitaria.
- Kübler-Ross, E. (1969). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kübler-Ross, E. i Kessler, D. (2010). *Sobre el duelo y el dolor*. Barcelona: Luciérnaga.
- Marchesi, P. L. (1986). *Por un hospital más humano*. Madrid: Paulinas.
- McMahon, M. A., Christopher, K. A. (2011). Toward a mid-range theory of nursing presence.

Nursing Forum, 46(2): 71-82.

Mendes, I., Trevizan, M. A., Ferraz, C. A. i Favero, N. (2002). The re-humanization of the executive nurse's job: a focus on the spiritual dimension. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 10(3): 401-407.

Merino Rodríguez, S. (2013). *Diseñados por la enfermedad*. Madrid: Síntesis.

Meza-Galván, M. A., Rodríguez-Nava, V. F. i Gómez-Lamadrid, O. (2009). Humanismo en enfermería. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 17(2): 109-111.

Pellegrino, E. i Thomasma, D. (1993). *The virtues in medical practise*. New York: Oxford University Press.

Reyes, T. i Castillo, H. J. (2011). El envejecimiento humano activo y saludable, un reto para el anciano, la familia, la sociedad. *Revista Cubana Investigación Biomédica*, 30(3): 454-459.

Rodríguez, K. D. (2011). *Vejez y envejecimiento*. Bogotá: Editorial Universidad de Rosario.

Torralba i Roselló, F. (2002). *Ética del cuidar*. Madrid: Mapfre.

Worden, J. W. (1997). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós.

Autor

JESÚS TOMÁS MONGE MORENO

Eivissa (1989). És doctor en Infermeria per la Universitat de Navarra i màster en Bioètica per la Universitat de Navarra. Desenvolupa la seva tasca assistencial com a infermer a l'Hospital Residència Assistida Cas Serres, a Eivissa. La compagina amb la docència i la investigació. En l'actualitat, és director del Màster Universitari en Bioètica de la Universitat Internacional de València. Recentment, ha publicat el seu últim llibre titulat *La presencia intencional en la asistencia sanitaria*. Entre els seus articles, cal destacar «La presencia intencional en enfermería: una perspectiva desde la bioética», «La importancia de la presencia intencional en la rehumanización de la asistencia sanitaria» i «La contribución de la presencia intencional en la rehumanización de la enfermería».

**EL COMPROMÍS ÈTIC DE LES INFERMERES
EN LA DEFENSA DEL DRET DE LES
PERSONES GRANS A MORIR DIGNAMENT**

El compromís ètic de les infermeres en la defensa del dret de les persones grans a morir dignament

Cristina Moreno Mulet
Rosa Maria Alberdi Castell
M. del Carme Alorda Terrassa
Noemí Sansó Martínez

Resum

En una societat altament envellida que s'enfronta a la cronicitat, la dependència i la fragilitat, es fa necessari reflexionar sobre com els professionals de la salut, i les infermeres en particular, hem de salvaguardar la dignitat de les persones grans. En aquest sentit, cal destacar que la construcció de la dignitat és quelcom inherent a cada persona però que també s'han d'avaluar alguns aspectes mínims de caràcter social per protegir les persones vulnerables.

D'aquesta manera, el següent capítol té com a objectiu conèixer les necessitats de les persones grans al final de la vida, tot fent especial èmfasi en les relacionades amb el dolor i el patiment. Aquestes necessitats s'han d'atendre amb una perspectiva interdisciplinària i un abordatge emocional, social, familiar i espiritual i, en conseqüència, cal explicar el paper de la infermera des de l'àmbit de l'atenció comunitària, l'atenció especialitzada i l'atenció sociosanitària. A més, el capítol té com a finalitat posar en relleu el compromís ètic de les infermeres en la resolució dels dilemes més habituals, com són la conspiració del silenci, la limitació del suport vital i, en poc temps, el suïcidi assistit i l'eutanàsia.

Resumen

En una sociedad altamente envejecida que se enfrenta a la cronicidad, la dependencia y la fragilidad, se hace necesario reflexionar sobre como los profesionales de salud, y las enfermeras en particular, debemos salvaguardar la dignidad de las personas mayores.

En este sentido, cabe destacar que la construcción de la dignidad es algo inherente a cada persona, sin embargo, también deben tenerse en cuenta algunos aspectos mínimos de carácter social para proteger a las personas más vulnerables.

De esta forma, el siguiente capítulo tiene como objetivo conocer las necesidades de las personas mayores al final de la vida, haciendo un especial hincapié en aquellas relacionadas con el dolor y el sufrimiento, las cuales deben abordarse con una perspectiva interdisciplinar en sus dimensiones emocional, social, familiar y espiritual y, en consecuencia, conviene explicar el papel de la enfermera desde el ámbito de la atención comunitaria, la atención especializada y la atención socio sanitaria. Además, pretendemos poner de relieve el compromiso ético de las enfermeras en la resolución de los dilemas más habituales a los que se enfrentan, como la conspiración del silencio, la limitación del soporte vital y, en poco tiempo, al suicidio asistido y la eutanasia.

1. Què és dignitat? I mort digna? Algunes reflexions des de la bioètica

Les definicions actuals de dignitat ens indiquen que aquest concepte és subjectiu, multidimensional i influït pel nostre entorn sociocultural i per les històries personals (Franklin, Ternstedt i Nordenfelt, 2006). De forma quotidiana ens hi referim amb frases com: «això em pareix digne de...» o «això no és digne» o «això no és manera digna de viure», etc. Per tant, necessitem concretar a quina dimensió ens referim de la dignitat i a allò que és digne quan parlem de garantir una bona mort a les persones grans, donat que aquest concepte també canvia amb l'edat de les persones.

Segons el Diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans (DCVB), es considera alguna cosa digna aquella que és respectable o de cert nivell d'elevació moral. També és digne aquell ésser mereixedor d'alguna cosa, especialment d'alguna cosa que considerem bona, és a dir, bona per a la vida.

En conseqüència, podem afirmar que associar el concepte digne amb la mort vol dir que és una situació que requereix un **alt nivell de respecte**; respecte que, d'altra part, forma part del contínuum del respecte a la dignitat de la vida de les persones, donat que podem considerar la mort com el final de la vida.

Així, podem acceptar que cuidar les persones al final de la vida, especialment les persones grans, requereix d'un paradigma ètic especial, ja que la dignitat es refereix al **valor inherent d'un ésser**, «algú» amb la seva trajectòria i amb les seves experiències i vivències. En referència a aquesta construcció personal de la dignitat, es poden trobar estudis en què les persones grans expliquen que garantir la seva dignitat en la transició a la mort passa per haver d'acceptar i respectar un cos diferent i fràgil, conservar l'autonomia en la mida del possible, reduir els espais de dependència, salvaguardar l'autoimatge i conservar cert nivell d'identitat personal (Franklin et al., 2006).

Els resultats d'aquests investigacions ens apopen a una **dimensió personal de la dignitat**, construïda des de la subjectivitat, des de la intimitat, des de l'espiritualitat, dimensió que les infermeres i la resta de professionals de la salut hauran de tenir en compte quan tenen cura de les persones grans i les acompanyen al final de la vida

Ara bé, hem d'estar alerta que aquesta construcció de la dignitat no ens dugui a un relativisme que tingui el perill d'avaluar com a «dignes» processos que serveixen per humiliar o maltractar les persones o permetre que elles mateixes, fruit de l'opressió, el sexisme, el racisme i altres processos de socialització considerin dignes situacions que atempten valors susceptibles de ser defensats de manera universal. Per tant, una construcció de la dignitat des d'una perspectiva intersubjectiva, compartida i que tingui com a **horitzó els drets humans fonamentals** també ha de desenvolupar-se com a éssers socials que som.

Així, es pot construir un relat de la dignitat en el procés de morir per desenvolupar una sèrie de competències bàsiques per a totes les persones. Aquest relat de la naturalesa humana sorgeix de processos deliberatius però també de processos bàsics, com poden ser l'empatia, la capacitat de consol i la disponibilitat per ajudar i cuidar. Aquesta construcció interpersonal ofereix una base objectiva a la dignitat que evidentment es complementa amb la construcció individual de cada persona.

Fins ara hem reflexionat sobre el concepte de dignitat i sobre què és, de manera general, la dignitat, la vida i la mort digna. Volem ara dirigir la mirada cap a la concreció del significat que ha de tenir per a cada persona la mort digna.

Com s'ha anat argumentant, el concepte de dignitat humana inclou inevitablement la idea de llibertat de decidir «quina persona volem ser i com volem viure» (Camps, 2007), a través del desenvolupament de la nostra capacitat moral. A partir d'aquesta idea, a continuació definirem com es concreta, des de la perspectiva de les infermeres, el concepte de mort digna, o sigui, com es fa realitat la llibertat personal de decidir com volem morir.

Per a les infermeres, la defensa del dret de morir dignament consisteix a assegurar l'aplicació dels principis ètics que garanteixin que es respecta la formulació que cada persona fa d'aquelles circumstàncies físiques, de relació i d'ajuda en què vol morir.

L'eina que ens serveix per reflexionar sobre la mort digna són els principis de la bioètica, principis que ens poden guiar quan atenem les persones grans en situació de mort eminent i quan se'ls planifiquen les cures. La formulació clàssica d'aquests principis inclou els de beneficència, no maleficència, autonomia i justícia, però algunes autores i autors opinem que la lleialtat i la veracitat també han de ser considerats principis bioètics (Beauchamp i Childress, 1998).

Per poder seguir avançant d'acord amb els conceptes, a continuació fem una definició senzilla i entenedora dels principis de la bioètica. S'entén per **beneficència** el fet de procurar el bé i la **no maleficència** la voluntat de no fer mal.

El principi d'**autonomia**, en el context de la bioètica, consisteix a respectar el dret de les persones a decidir sobre els aspectes relacionats amb les seves situacions de salut i malaltia. Sota el principi de **justícia** entenem que s'asseguri que les situacions o els casos similars es tractin de forma similar i aquelles situacions o els casos que siguin considerats diferents (perquè es generen per circumstàncies específiques i diferents), siguin tractats de manera que es reconegui la diferència i s'intenti evitar la desigualtat, si n'hi ha.

El principi de **lleialtat** consisteix a complir els acords i els compromisos establerts de manera implícita o explícita entre les infermeres i les persones a les quals atenen. En darrer lloc, s'entén per **veracitat** l'obligació de no mentir ni enganyar.

Per tant, la reflexió ètica de les infermeres per garantir una mort digna ha de incloure els drets humans fonamentals, la reflexió sobre els principis de la bioètica i, de forma especial, la construcció individual des de la trajectòria vital de la persona gran, per garantir que la transició a la mort de qualsevol persona tingui un sentit coherent amb la seva vida. Ara bé, com que cada persona arriba al final de la vida de formes diferents, al proper apartat s'explicarà quines són aquestes trajectòries i quines són les necessitats bàsiques més importants que s'han de tenir en compte durant el final de la vida de les persones grans.

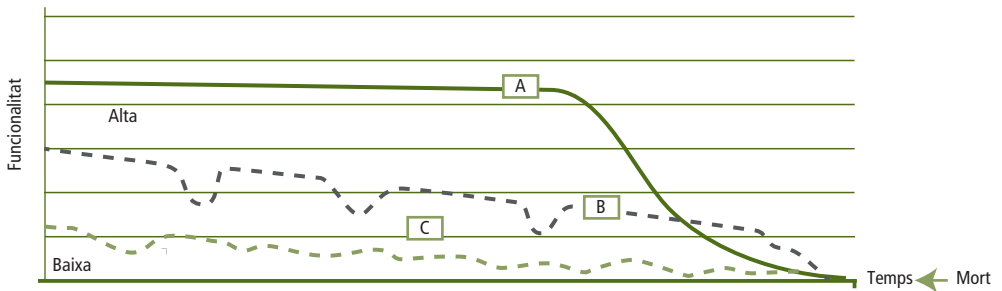
2. Característiques del procés final de la vida de les persones grans i les seves necessitats

Els canvis demogràfics de les dues darreres dècades han provocat un increment de la longevitat mitjana, cosa que fa que es retardi l'edat de la mort, per la qual cosa, de cada vegada més, sobreviuen una major proporció de persones fins a edats molt avançades, però aquest fet no garanteix que els anys de vida guanyats es visquin de forma saludable. És clar que l'edat és un factor de risc i quan s'envelleix les persones augmenten les seves possibilitats de morir, a més de les de patir malalties cròniques progressives i/o discapacitats que afecten la seva qualitat de vida. Entre les malalties cròniques que s'estima que causen més mortalitat es troben les neurodegeneratives, les demències, el càncer i les insuficiències orgàniques.

Per tant, podem afirmar que les persones grans que afronten el procés final de la vida presenten unes característiques diferents a les de les més joves. Aquestes diferències es poden resumir en tres aspectes essencials: **la cronicitat, la dependència i la fragilitat**, les quals augmenten la vulnerabilitat de les persones grans.

La cronicitat ha estat definida «com el conjunt de problemes de salut crònics i dels efectes que aquests produeixen sobre les persones que els pateixen, així com sobre el seu entorn, el sistema sanitari i el conjunt de la societat» (Contel, Martínez i Gómez-Batiste, 2014: 23). És freqüent que les persones en edat avançada presentin diverses malalties cròniques en els darrers anys de vida, la qual cosa genera una situació de multimorbiditat i fragilitat, condicions que fomenten la complexitat de l'atenció d'aquestes persones, especialment en l'etapa de final de vida. En general, i segons els tipus de malaltia crònica i progressiva, les persones poden seguir diferents trajectòries de final de vida (gràfic 1).

Gràfic 1 | Trajectòries de final de vida



A) Trajectòria per procés oncològic. B) Trajectòria per disfunció/deteriorament orgànic. C) Trajectòria per situació de gran fragilitat i deteriorament cognitiu associat a demències. (Adaptada de Murray, S. A. i Sheikh, A. (2008). *Palliative Care Beyond Cancer. Care for all at the end of life. BMF, 336(7650), 958-9.*

Al gràfic 1, es pot observar que la trajectòria de final de vida de les persones afectades per càncer (A) manté una progressió constant i generalment una fase terminal clara; la trajectòria quan hi ha un deteriorament greu orgànic (B) presenta una disminució gradual de la funcionalitat amb episodis de deteriorament aguts, amb recuperació parcial i la mort pot esdevenir de forma inesperada; a la darrera trajectòria (C), corresponent a situacions de persones amb demència i en situació de gran fragilitat, s'observa un deteriorament gradual prolongat en què la mort és difícil de preveure. Segons la progressió de les trajectòries queda clar que les persones afectades per insuficiències orgàniques i per demències presenten una situació més complexa, ja que els professionals juguen amb més incerteses i es poden desencadenar més dilemes ètics.

Un altre aspecte que s'ha de tenir en compte és la dependència de les persones grans, que sol està causada per les discapacitats provocades per les malalties cròniques. Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS) es preveu que, el 2020, les malalties cròniques seran la principal causa de discapacitat en les persones més grans de 65 anys. Les discapacitats funcionals trenquen l'autonomia de la persona en la seva vida quotidiana, el que fa que passi a dependre de les cures d'altres, especialment familiars i/o cuidadors. Aquesta situació de dependència fa que en molts casos, especialment quan les persones tenen limitacions cognitives i/o estan soles, estiguin institucionalitzades i la presa de decisions quedi en mans dels professionals de la salut, els quals poden desconèixer els seus valors i preferències (Bugidos, 2004).

La fragilitat es defineix com un estat d'alta vulnerabilitat que col·loca la persona en una situació d'alt risc sobre la seva salut, i està associada a una menor supervivència, especialment quan és avançada i progressiva (Searle, Mitniski, Gahbauer, Gill i Rockwood, 2008).

Les característiques més freqüents que ens indiquen que les persones es troben en situació fràgil són: la disminució de pes, l'anorèxia, la desnutrició, l'alteració de mobilitat, les caigudes, les úlceres per pressió, les infeccions, el deteriorament cognitiu, la síndrome confusional, la institucionalització i la claudicació del cuidador principal. És fonamental que els professionals de la salut facin una adequada valoració de les necessitats de les persones grans en les situacions que augmenten la seva vulnerabilitat com la cronicitat, la dependència i la fragilitat.

2.1. Necessitats de les persones grans i família durant el procés final de la vida

La situació final de vida comporta sofriment a les persones i al seus familiars/cuidadors. Amb l'objectiu principal d'alleugerir el sofriment és imprescindible abordar les necessitats que comprometen totes les dimensions de la persona, molt especialment aquells aspectes que afloren amb més força, com són els aspectes emocionals, socials, familiars i espirituals durant el procés final de la vida i que no poden estar exempts de valoració i atenció per part dels professionals.

És de vital importància contemplar tots els aspectes que freqüentment interfereixen en la satisfacció de les necessitats físiques, emocionals, familiars i socials, espirituals, ètiques i de dol (Costa, 2014).

- Necessitats sobre aspectes físics: la persona pot presentar signes i símptomes que necessitin estar controlats per evitar el **dolor** i el patiment que li causen. És freqüent que les persones grans presentin alteracions cognitives i de dèficit motors i sensorials que afegeixen discapacitats i que en comprometen l'autonomia per dur a terme les activitats de la vida diària, per la qual cosa necessiten els altres per cobrir aquestes necessitats.
- Necessitats sobre aspectes **emocionals**: quan s'afronta l'etapa final de la vida, les persones poden sentir por i preocupacions, especialment a la pròpia mort, a quedar soles i a ser una càrrega per a la seva família.
- Necessitats sobre aspectes **socials i familiars**: els rols socials i familiars es troben afectats arran dels dèficits funcionals i de la institucionalització, la qual cosa pot impedir mantenir els vincles amb la família i el seu entorn.
- Necessitats sobre aspectes **espirituals**: la persona necessita trobar que la seva vida té un sentit, sentir-se reconeguda com a persona, resoldre els assumptes pendents, que es respectin els seus valors i creences, reconciliar-se, esperança autèntica, no falses esperances, i acomiadar-se dels seus éssers estimats (Benito, Barbero, Payás, 2008).

- Necessitats sobre aspectes ètics: a causa de la situació de vulnerabilitat, és freqüent que la persona no tingui tota la informació del seu procés, ja sigui per una sobreprotecció de la família o per la seva discapacitat cognitiva. Sovint, aquesta situació impedeix que la persona hagi pogut prendre les seves decisions de forma anticipada i que les intervencions terapèutiques que s'apliquin no siguin les que ella hauria volgut.
- Necessitats sobre el dol: l'atenció al **dol familiar** és fonamental per tancar el procés de final de vida. La família, els cuidadors i els amics s'involucren en el suport físic, emocional i social de la persona. També aquestes persones experimenten les seves pròpies necessitats de resposta davant la situació. Sovint, esmenten la necessitat d'una millor preparació per donar confort al seu familiar i d'ajuda per fer front a les seves altres necessitats. És important remarcar que malgrat que explicitin les seves necessitats, consideren que són menys importants que les del pacient i les ajornen fins que la persona mor.

L'atenció acurada de totes les necessitats de les persones en situació final de vida és essencial per poder acompanyar-les a un procés digne.

3. Atenció infermera al final de la vida i dilemes ètics més freqüents

Els elements essencials per a la pràctica de l'atenció sanitària, des del principi dels temps, s'han basat en una relació entre la persona «sanadora» i la persona «que s'ha de sanar». Aquesta relació es caracteritza per l'empatia, la compassió i l'actitud cuidadora. Malgrat això, el gran desenvolupament tecnològic i científic ha duit una gran especialització de les ciències de la salut que, a mesura que aprofundien en els coneixements de determinats aspectes, deixaven de banda el poder d'altres factors en els processos de salut i malaltia (Matarazzo, 1994) i, posteriorment ha conduït a una progressiva deshumanització de l'atenció sanitària i a una lluita acarnissada contra la mort (Callahan, 2000). En general, els professionals de la salut s'han anat allunyant de la cura de les persones malaltes, per centrar-se en la cura de les seves malalties. Aquest fet, que polaritza l'atenció de les persones, tot focalitzant-se tan sols en els aspectes biològics de la persona, minva atenció en la resta de dimensions que configuren l'ésser humà.

Al final de la vida necessitem comptar, més que mai, amb professionals competents, professionals que ens acompanyin i que ens ajudin a minvar, en la mesura del possible, el patiment que sol estar present en aquests moments de la vida. Necessitem professionals amb coneixements científics adequats per poder controlar els símptomes i mantenir el confort, però que, a la vegada, atenguin la resta de necessitats tot respectant la persona, que ha de ser considerada individu autònom i independent, amb capacitat de decidir i controlar la situació d'acord amb els seus valors.

La infermera és el professional que, per les seves característiques, manté al llarg de tot el cicle vital, una **atenció holística**, tant de la persona com del seu entorn significatiu (família, cuidadors, amics, etc.), i que ha de tenir en compte els aspectes biològics de la persona però que ha de posar al mateix nivell d'atenció les seves necessitats i circumstàncies socials, psicològiques i també espirituals. Aquest fet adquireix especial rellevància quan ens trobem al final de la vida, quan molts dels problemes merament mèdics tindran poca solució, ja que són producte d'un procés d'envelliment i/o de desenvolupament de processos crònics. Les persones som mortals i aquesta veritat irrefutable a vegades és obviada i centrem els esforços en la lluita contra la mort. L'atenció desmesurada als aspectes biològics de la persona que es troba al final de la vida, quan va més enllà del control dels símptomes, pot tenir, en moltes ocasions, conseqüències negatives en la qualitat de vida, per l'efecte no desitjat de determinades proves, procediments invasius o tractaments agressius. En canvi, l'atenció de la resta de necessitats sol generar beneficis d'alt impacte tant en la persona atesa com en els seus cuidadors. Tenir en compte les seves preferències sobre el lloc de morir, ajudar a resoldre problemes que els preocupen, a verbalitzar les seves pors, a mantenir el control en la mesura de les possibilitats, a respectar les seves decisions, a actuar d'acord amb els seus valors i un llarguíssim etcètera formen part de les moltes accions que duen a terme les infermeres, a més de tenir cura del pacient a nivell físic, de controlar el dolor i els símptomes i de mantenir al màxim la sensació de confort. Per paradoxal que pugui sonar la frase, podem afirmar que l'atenció infermera durant el procés de morir té per objectiu principal la millora de la qualitat de la vida.

El paper de la infermera i la seva contribució en la millora de l'atenció durant el procés de morir es posen de manifest en tots els entorns assistencials, tant en l'àmbit hospitalari, com en el comunitari i el sociosanitari. Amb tot, on el lideratge infermer durant aquesta etapa de la vida té un desenvolupament major és al voltant del procés de **planificació de decisions anticipades (PDA)**. Aquesta PDA es defineix com un procés deliberatiu i estructurat mitjançant el qual una persona expressa el seus valors, desitjos i preferències i, d'acord amb aquests i en col·laboració amb el seu entorn afectiu (especialment en aquelles circumstàncies en què no estigui en condicions de decidir) i l'equip sanitari de referència, es formula i es planifica com voldria que fos l'atenció que ha de rebre, davant una situació de complexitat clínica o malaltia greu, o en situació de final de vida (Emmanuel, Von Guten i Ferris, 2000; Walling et al., 2008).

El procés de PDA està basat en el diàleg i l'acord lliure entre la persona afectada i els professionals sanitaris o agents socials implicats. Es fonamenta en una relació terapèutica en la qual el coneixement científic i tècnic es conjuguen amb la confiança, la responsabilitat i la compassió (GTCMPDA, 2016).

La infermera d'Atenció Primària és la professional que, com a agent de salut, acompanya les persones durant tot el cicle vital, fent promoció de la salut per prevenir, o al manco

retardar al màxim, l'aparició de la malaltia. És el professional que coneix millor no només el pacient, sinó també les persones que conformen el seu entorn significatiu, el seu estil de vida, l'habitatge, etc. Per aquest motiu, en la majoria dels casos, pot ser el professional idoni per assumir el lideratge i la coordinació de la realització d'una PDA, mitjançant la qual la persona pren una sèrie de decisions sobre situacions que previsiblement es donaran al llarg del procés de la malaltia en fase avançada. Moltes d'aquestes situacions es donaran juntament amb una disminució de la capacitat de decidir, per tant és important informar adequadament la persona i registrar les seves decisions informades, quan està en plenes facultats per fer-ho. Aquest procés s'ha de dur a terme amb un professional sanitari que tingui fermament establerta la relació terapèutica, no pot ser un desconegut per al pacient, i sempre fa referència a les situacions que previsiblement succeiran perquè la persona ja es troba en una fase avançada de la malaltia. No és un exercir de supòsits molt allunyats de la realitat actual del subjecte (com es pot donar en el cas del document de voluntats anticipades), sinó que fa referència a decisions molt concretes en relació amb situacions específiques.

La PDA es concreta en un conjunt d'accions que poden tenir a veure amb aspectes clínics, l'ús de recursos, el rebuig als tractaments o a qualsevol àmbit de la gestió clínica, a més de qüestions de caire més social i els problemes i condicions de salut que afecten la persona. Els acords establerts durant el procés de PDA s'han de revisar periòdicament i la persona sempre els pot revocar o modificar, si així ho manifesta.

El procés de decisions anticipades és el que per excel·lència que ens garanteix el respecte al principi d'autonomia al final de la vida.

3.1. Dilemes ètics al final de la vida de les persones grans

Ara bé, encara que planifiquem acuradament les accions que s'han de dur a terme, l'experiència ens diu que en moltes ocasions ens enfrontem a una sèrie de dilemes ètics en l'atenció al final de la vida. N'hem seleccionat tres tipus, dos són, en l'actualitat, els més habituals i al tercer grup ens referirem com a situacions de futur per a les quals les infermeres i la resta de professionals de salut ens haurem d'anar preparant, ètica, legal i clínicament.

Ens referim als (1) dilemes relacionats amb els processos d'informació, de forma més específica al pacte de silenci, (2) la interrupció dels processos de diagnòstic i tractaments i la limitació del suport vital i, en darrer terme, (3) la prestació d'ajuda per al suïcidi assistit i/o el paper de les infermeres davant l'eutanàsia.

El primer grup de dilemes ètics que freqüentment es donen en les situacions de final de vida són els relacionats amb un abordatge inadequat en el procés de la informació i més concre-

tament amb el pacte o «conspiració de silenci». S'entén per pacte de silenci, l'acord entre els familiars i l'equip terapèutic o en el mateix equip terapèutic segons el qual s'acorda ocultar, distorsionar o limitar la informació que es dona a la persona interessada sobre la seva situació clínica, independentment de les seves demandes (Capilla et al., 2012). El pacte de silenci es genera per la creença que dir «la veritat» a les persones grans al final de la vida els perjudica, per la qual cosa hi ha un gran nombre d'ancians als quals se'ls nega el dret de la informació. La justificació que expressen és que aquesta veritat pot perjudicar-los, causar-los més ansietat de la que ja tenen i que aquest patiment es pot evitar en aquelles persones que no coneixen la veritat completa del seu procés (Cejudo et al., 2015).

Com Cejudo et al. (2015) pensem que el manteniment del pacte de silenci influeix negativament en l'afrontament de la mort, en la qualitat de vida dels últims dies i en el dol dels familiars després de la defunció. El pacte pot ocasionar un tractament insuficient davant símptomes refractaris, com el dolor o les nàusees, i restar-los importància i pot posar entrebancs a satisfer les necessitats espirituals que apareixen davant la mort.

Per als principis bioètics, aquesta pràctica atempta directament contra els principis d'autonomia i de veracitat descrits al primer apartat, per la qual cosa en molts àmbits infermers i sanitaris en general es treballa per la seva eradicació (SEMFic, 2017).

En aquest cas, la defensa per part de les infermeres del dret de morir de la manera més semblant possible a la que la/el pacient vol consisteix a garantir (principi de lleialtat), que el conjunt de l'atenció que es brinda respecta els principis d'autonomia i veracitat.

Els pactes de silenci, com que tenen com a objectiu ocultar informació, passen desapercebuts per a les persones que en són víctimes. Aquest fet exigeix que les infermeres desenvolupin un paper d'advocades i que defensin els interessos i el dret de la persona de disposar de tota la informació que li permeti prendre les millors decisions i que també donin suport als familiars en l'angoixa emocional durant una situació que els supera i els bloqueja.

En segon lloc, farem referència als dilemes ètics derivats de la necessitat de limitar el suport vital i/o la lluita contra la **futilitat terapèutica**, que consisteix en l'aplicació de pràctiques diagnòstiques o terapèutiques desproporcionades perquè resulten inútils a l'hora de millorar els símptomes de la malaltia o el seu pronòstic o perquè impliquen un gran patiment (Gómez-Heras i Velayos, 2005). Hi ha un criteri de futilitat objectiu, en relació amb la no-maleficència, que ha de ser establert per l'equip de salut quan considera que el tractament no produeix benefici al pacient, en aquest cas pot ser perjudicial instaurar-lo o mantenir-lo. Però hi ha també un criteri de futilitat subjectiva en relació amb els valors vitals de cada persona que s'ha d'avaluar i saber «el que és inútil per a ell o ella» (Cañizo, 2005). D'aquestes valoracions han de sortir les decisions de limitar determinades accions diagnòstiques o terapèutiques al final de la vida de les persones.

En unitats molt especialitzades com poden ser les d'Unitats de Cures Intensives, encara que l'edat no és un factor determinant per prendre mesures de limitació —el factor més important és la qualitat de vida a l'alta hospitalària—, les malalties cròniques, debilitants i terminals i les situacions que provoquin un deteriorament intel·lectual progressiu, conegut i limitant (estat vegetatiu permanent, demència, malaltia d'Alzheimer avançada, etc.) ha de tenir-se en compte per plantejar-se no iniciar o retirar mesures com la reanimació cardiopulmonar, l'inici o retirada de la ventilació mecànica i/o la instauració de tècniques de diàlisi (Monzón et al., 2010).

Un altre dels dilemes d'aquest bloc, i que sol aparèixer amb freqüència especialment en residències i al domicili de les persones grans, és la decisió de retirar o no la hidratació i l'alimentació els darrers de dies de vida. En aquest sentit es fa necessari reflexionar sobre la següent qüestió: la persona no es mor perquè no mengi o begui, sinó que no menja ni beu perquè s'està morint (Cañizo, 2005).

En aquests dilemes, els principis ètics implicats són els de beneficència i no maleficència però també hi ha els de lleialtat i justícia. Des d'aquesta perspectiva, les infermeres lluiten contra la futilitat terapèutica a fi d'assegurar que hi ha un acord entre l'equip sanitari en relació amb el fet què significa en cada situació individual concreta «no fer mal» o «assegurar el bé», tot tenint en compte tant la formulació de les condicions de mort feta per la persona, qui la representa o el concepte mateix de mort digna.

En tercer i darrer lloc, parlarem dels dilemes relacionats amb el **suïcidi assistit**. S'entén sota aquest concepte la situació en què una persona, en ple ús de les seves facultats mentals, decideix suïcidar-se però que, per poder-lo dur a terme, necessita l'ajuda indispensable d'una altra persona (Cifuentes, 2018). L'acció que es realitza en aquest cas s'anomena «auxili al suïcidi» i a Espanya aquesta acció no té cobertura legal, com tampoc la té l'eutanàsia.

Les qüestions ètiques al voltant del suïcidi assistit tenen a veure amb les preguntes sobre què es considera «patiment suportable» i qui ha de definir-lo. Respondre a aquestes preguntes és una qüestió estrictament personal ja que, fins i tot, persones amb el mateix diagnòstic clínic i en una situació semblant en l'evolució de la seva malaltia perceben el seu estat de manera totalment diferent, segons els seus valors, creences i de com s'enfronten al dolor i al patiment. En aquest sentit, ens trobem en un moment en què la societat europea, espanyola i balear està preparada per començar a pensar quines han de ser les passes que s'han de dur a terme. Així, en una enquesta europea de 2015, el 78% de la població espanyola estava a favor de legalitzar l'eutanàsia, dada que podem interpretar com una demostració fefaent que una gran majoria de la població del nostre país considera que el dret de morir amb dignitat es basa en la llibertat i l'autonomia del individu (Cifuentes, 2018: 289).

Ara bé, més enllà de l'eutanàsia, si ens referim a les persones d'edat avançada, que es poden sentir cansades o amb la sensació de vida completa, algunes d'elles poden voler ajuda per morir abans de patir una malaltia greu que sigui font d'un sofriment intolerable, així que en el futur ens podem trobar no només amb situacions d'eutanàsia, sinó també amb suïcidi assistit. L'interès de persones d'edat avançada de comptar amb mitjans per suïcidar-se de manera segura i sense violència es posa de manifest en diferents països. En tenim exemples a la filmografia.

Tot això pot ser font de dilemes ètics per als professionals de la salut, que es trobarien en la situació d'haver d'ajudar a morir persones que no presenten cap malaltia terminal. No obstant això, les sol·licituds d'ancians que s'estimen més morir abans que avançar cap a una condició de deteriorament podrien ser motiu de debat, i qui sap si d'inclusió en una futura llei d'eutanàsia. La realitat és que a mesura que la gent envelleix, pateix una sèrie de problemes físics que es van acumulant i empitjorant: pèrdua de la vista, l'oïda, fatiga, dificultat per caminar, incontinència, etc., a més d'altres tipus de pèrdues socials com poden ser d'habilitats, d'oci, de recursos financers, de la parella i els amics que moren, per esmentar-ne només algunes. Tots aquests són factors que poden causar un sofriment que es viu com a intolerable (Álvarez, 2013).

De fet, moltes persones, en la darrera etapa de la seva vida, manifesten el desig de morir i demanen ajuda per fer-ho als professionals que els atenen, entre els quals hi ha les infermeres. Davant aquesta situació i donat, tal com hem dit, que, actualment, l'actuació per ajudar al suïcidi està penada per la llei, les infermeres el que han de fer és assegurar, per tots els mitjans al seu abast, que el patiment sigui percebut com a suportable. Naturalment, els aspectes físics del patiment són els més fàcils de solucionar però, en l'actualitat, queda una àmplia franja del dret de morir dignament que encara s'ha d'afrontar i que es produeix quan el patiment «insuportable» deriva del sentiment de pèrdua de la dignitat associat a la dependència i al deteriorament de funcions i òrgans.

El paper de les infermeres com a responsables d'assegurar el dret de la mort digna de les persones que es troben en aquesta situació ha de centrar-se en l'aplicació dels principis d'autonomia, veracitat i lleialtat, que es concreten, en primer lloc, en l'establiment d'una relació de comunicació que assegni dues qüestions: que la persona atesa pot formular el seu desig de bona mort i que aquest és escoltat i comprès plenament (principi d'autonomia) i que és informada de les possibilitats reals d'acompliment d'aquest desig (principi de veracitat). I en segon lloc, que es concreten en el fet de garantir que es troben a l'abast de la persona a qui es cuida totes aquelles eines de les cures (incloses les pal·liatives) que faciliten morir en les condicions definides per ella (principi de lleialtat).

Independentment d'això, que constitueix el nucli bàsic de l'actuació infermera, cada professional haurà de decidir com i fins on s'implica —individual o col·lectivament— en la

lluita per aconseguir una legislació que doni resposta al dret de morir dignament de les persones que sofreixen patiment insuportable. En tot cas, el desenvolupament d'aquesta faceta política de les infermeres aportarà a la confecció de la futura llei una perspectiva experta indispensable i d'enorme vàlua i representarà la concreció del principi de justícia, aplicat a l'àmbit social general.

En aquests dilemes, les infermeres també han de desenvolupar en moltes ocasions un paper d'advocades de les persones de qui tenen cura i han d'oferir un consell expert que faciliti la millor presa de decisions en el si de l'equip sanitari i amb totes les persones involucrades.

Per finalitzar i a manera de resum, podríem dir que la defensa del dret de la mort digna de les persones grans es concreta quan les infermeres i la resta de professionals de salut assegurin que:

1. El final de la vida és un procés digne que respecta els drets humans fonamentals i la trajectòria vital de cada persona.
2. S'ha reflexionat sobre els principis bioètics per prendre decisions juntament amb les persones grans sobre com poden i volen morir.
3. S'escolten i s'entenen de manera plena, les peticions que la persona fa en relació amb les condicions en què vol morir.
4. Es faciliten a la persona la informació i els mitjans que garanteixen que s'ha comprès la seva voluntat i que es posen al seu abast tots els mitjans possibles perquè aquesta s'acompleixi.
5. S'avalua l'impacte del procés de final de vida en relació amb la trajectòria de la seva malaltia o el seu deteriorament atenent de forma global totes les seves necessitats i les del seus familiars.
6. La persona en situació terminal no sofrirà patiment evitable de cap mena.
7. El dret de l'autonomia (a decidir lliurement sobre els aspectes vitals) serà preservat fins al final i més enllà de l'acte físic de la mort, en relació amb el propi cos, les persones estimades i els familiars.
8. La persona gran tindrà la possibilitat d'elaborar una PDA acompanyada per les seves persones de referència i els professionals de salut de la seva confiança, especialment, si és el cas de la seva infermera d'Atenció Primària.

9. Llevat que la persona hagi expressat la renúncia a ser informat, no es faran conspiracions de silenci, donat l'impacte negatiu que tenen en el procés d'afrontament de la mort.

10. No es duran a terme mesures diagnòstiques o terapèuticament inútils i es plantejarà una limitació del suport vital individualitzada per a cada persona.

Referències bibliogràfiques

Alcover, A. M. i Moll, F. (1926-62). *Diccionari català-valencià-balear*. Palma: Moll. Recuperat de línia: <<http://dcbv.iecat.net/>>.

Álvarez, A. (2013). El derecho a decidir: eutanasia y suicidio asistido. *Cirujano General*, 35(2), 115-118.

Beauchamp, T. L. i Childress, J. F. (1998). Barcelona: Masson.

Benito, E., Barbero, J. i Payàs, A. (Ed.). (2008). *El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. Grupo de trabajo sobre espiritualidad en cuidados paliativos de la SECPAL*. Madrid: Arán.

Broggi, M. A. (2013). *Por una muerte apropiada*. Barcelona: Anagrama.

Bugidos, R. (2004). Cuidados paliativos en geriatría. A Couceiro, A. (Ed.). *Ética en cuidados paliativos* (pàg. 245-258). Madrid: Triacastela.

Callahan, D. (2000). Death and the research imperative. *New England Journal of Medicine*, 342, 654-656.

Camps, V. (2007). La paradoxa de la dignitat humana. *Revista Bioètica i Debat* (50), 6-9.

Cañizo, A. (2005). Nutrición en el paciente terminal. Punto de vista ético. *Nutrición Hospitalaria XX*, (2), 88-92.

Capilla, S., Pal, C., Pelay, N., Pujol, M. i Teixidor, T. (2012). *Infermers/eres, còmplices de la conspiració de silenci?* Barcelona: Hospital de la Vall d'Hebron.

Cejudo, A., López, B., Duarte, M., Crespo, M. P., Coronado, C. i De la Fuente, C. (2015). El pacto de silencio desde la perspectiva de las personas cuidadoras de pacientes paliativos. *Enfermería Clínica*, 25(3), 124-132.

Cifuentes, L. M. (2018). *La ética en 100 preguntas*. Madrid: Nowtilus.

Contel, J., Martínez, M. i Gómez-Batiste, X. (2014). Necesidades poblacionales: mortalidad, prevalencia, estratificación. A Gómez Batiste, X., Blay, C., Roca, J. i Fontanals, D. (Ed.). *Manual de atención integral de personas con enfermedades avanzadas* (pàg. 23-32). Barcelona: Elsevier.

Costa, X. (2014). Necesidades multidimensionales de los enfermos y las familias. A Gómez Batiste, X., Blay, C., Roca, J. i Fontanals, D. (Ed.). *Manual de atención integral de personas con enfermedades avanzadas* (pàg. 57-67). Barcelona: Elsevier.

Emmanuel, L. L., Von Guten, C. F. i Ferris, F. D. (2000). Advance care planning. *Archives of Family Medicine*, 9(10), 1181-7.

Franklin, L. L., Ternstedt, B.-M. i Nordenfelt, L. (2006). Views on dignity of elderly nursing home residents. *Nursing Ethics*, 13(2), 130-146.

Gómez-Heras, J. M. G. i Velayos Castelo, C. (2005). *Bioètica. Perspectivas emergentes y nuevos problemas*. Madrid: Tecnos, 205-209.

Grup de treball del model català de planificació de decisions anticipades (GTCMPDA) (2016). *Model català de Planificació de decisions anticipades. Document conceptual*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Matarazzo, J. D. (1994). Health and behavior: The coming together of science and practice in psychology and medicine after a century of benign neglect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1, 7-39.

Monzón, J. L. et al. (2010). Ética de las decisiones en resucitación cardiopulmonar. *Medicina Intensiva*, 34(8), 534-549.

Murray, S. A. i Sheikh, A. (2008). Palliative Care Beyond Cancer. Care for all at the end of life. *BMF*, 336(7650), 958-9.

Searle, S. D., Mitniski, A., Gahbauer, E. A., Gill, T. M. i Rockwood, K. (2008). A Standard procedure for creating a frailty index. *BMC Geriatr*, 8, 24.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFic) (2017). *La conspiración del silencio: importancia, causas y estrategias de abordaje*. Recuperat de: <https://www.semfyc.es/la-conspiracion-del-silencio-importancia-causas-estrategias-abordaje/>

Walling, A., Lorenz, K. A., Dy, S. M., Naeim, A., Sanati, H., Asch, S. M., et al. (2008). Evidence-based recommendations for information and care planning in cancer care. *Journal of Clinical Oncology*, 26, 3896-902.

Autores

CRISTINA MORENO MULET

Palma (1974). Diplomada en Infermeria. Màster en Filosofia Contemporània per la UIB. Doctora en Filosofia per la Universitat de les Illes Balears (2016). Títol de la tesi doctoral: «Conflictos éticos y acciones de resistencia: los profesionales de atención primaria de Mallorca frente a los recortes en el sistema público de salud». És professora doctora contractada del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears (UIB), membre del Grup d'Investigació Crítica en Salut (GICS) integrat en l'Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS). Imparteix docència al grau d'Infermeria sobre ètica professional i infermeria clínica relacionada amb cures intensives. Va ser secretària de polítiques socials del PSIB i consellera pel grup socialista al Consell Insular de Mallorca de 2007 a 2011, en què era responsable de l'àrea de persones grans.

ROSA MARIA ALBERDI CASTELL

Barcelona (1951). Diplomada en Infermeria, llicenciada en Psicologia, màster en Salut Pública (Universitat d'Antioquia, Medellín. Colòmbia), màster en Lideratge i Gestió dels Serveis d'Infermeria (Universitat de Barcelona), màster en Cognició i Evolució Humana (Universitat de les Illes Balears) i màster en Pràctiques de Mediació en Organitzacions (Universitat de Barcelona). Ha dedicat gairebé tota la seva vida professional a la docència, que ha exercit en diferents escoles d'infermeria espanyoles. Des de 2000, és professora titular de la Universitat de les Illes Balears, en la qual imparteix les assignatures Bases Conceptuals i Professionals, Ètica i Gestió de Serveis a la Facultat d'Infermeria, i Gestió Clínica a la Facultat de Medicina. Les seves principals línies de treball són el desenvolupament de la professió infermera, l'ètica de la cura i el gènere. Últimament aprofundeix en el tema de la competència política de les infermeres i en els sistemes de mediació i prevenció de conflictes en les organitzacions sanitàries.

M. DEL CARME ALORDA TERRASSA

Binissalem (1958). Diplomada en Infermeria, màster en Filosofia Contemporània per la UIB. És professora del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Imparteix docència a les assignatures d'Infermeria de la Persona Adulta, Cures Pal·liatives i Pràctiques Clíniques. És membre del Grup d'Investigació Crítica en Salut (GICS), integrat a l'Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS). Ha estat codirectora del Cours d'Especialista Universitari en Infermeria Geriàtrica, organitzat per la UIB el 1999.

NOEMÍ SANSÓ MARTÍNEZ

Manacor (1976). Diplomada universitària en Infermeria, especialista universitària en Infermeria Geriàtrica, màster oficial en Ciències de la Salut: Nutrició Humana i Qualitat dels Aliments, doctora en Ciències Biosociosanitàries per la Universitat de les Illes Balears (2014). Títol de la tesi doctoral: «Afrontamiento ante la muerte en profesionales de cuidados paliativos. Variables moduladoras y consecuentes». Els darrers anys ha estat responsable del Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives de les Illes Balears, de la Direcció General de Gestió Econòmica i Farmàcia de la Conselleria de Salut, Família i Benestar Social, des de novembre de 2011 fins a setembre de 2016. Actualment, és professora doctora contractada del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears i imparteix les assignatures de Gestió i Cures Pal·liatives del grau d'Infermeria. Ha estat infermera comunitària, coordinadora assistencial de la residència geriàtrica de Felanitx (Institut Balear d'Afers Socials, Conselleria de Benestar Social), infermera gestora de la formació de GESMA (centre sociosanitari), adjunta a la Direcció d'Infermeria, responsable de la Unitat de Recerca, Docència i Qualitat de GESMA i subdirectora de Gestió del Coneixement de GESMA des d'octubre de 2007 fins a juliol de 2011.

**ESPAIS DE TROBADA:
EMOCIONS, RECORDS, HISTÒRIA I SOMNIS**

Espais de trobada: emocions, records, història i somnis

Maria A. Alarcón Bigas

M. Cristina Ferrer González

Resum

Evocar el passat, reviure la història amb set dones extraordinàries és l'essència primordial d'aquest capítol. Uns records que es remunten als últims anys del franquisme, quan ja agonitzava, passen per la transició i arriben a la política i societat actuals. Set dones coherents i compromeses. No podem negar que la realitat és múltiple i diversa i que, sens dubte, cada persona mira l'univers des del seu propi punt de vista. Res és estàtic, sinó un flux, un corrent dinàmic que va teixint l'esdevenir històric.

Resumen

Evocar el pasado, revivir la historia con siete extraordinarias mujeres es la esencia primordial de este capítulo. Unos recuerdos que se inician en los últimos años del franquismo, cuando éste ya agonizaba, pasando por la transición hasta llegar a la política y sociedad actual. Siete mujeres coherentes y comprometidas. No se puede negar que la realidad es múltiple y diversa y que, sin duda, cada persona mira el universo desde su propio punto de vista. Nada es estático, sino un flujo, una corriente dinámica que va tejiendo el devenir histórico.

1. Introducció

Una experiència inoblidable, plena d'aprenentatges que volem compartir. Han estat entrevistes amb un guió senzill, respostes i relats molt amplis, en què la diversitat dels temes tractats és manifesta. Solament hem anat incorporant dades de les lleis, fites històriques, dels actes, manifestacions o tancaments dels quals les testimonis en han parlat, amb la finalitat de contextualitzar-los, facilitar-ne la comprensió o el record.

Aquestes trobades han estat un autèntic privilegi, i la qualitat humana, la il·lusió i la responsabilitat n'han estat el fil conductor. En honor a la veritat, hem de dir que de vegades hem percebut en les mirades un halo de malenconia, però ha prevalgut la força interna i el compromís tant amb el present com amb el futur, com ho varen fer en el passat. El nostre agraïment i reconeixement més sincers.

2. Viatge a un passat no gaire llunyà per construir un futur ple d'il·lusió

Evocar el passat i reviure la història amb set dones extraordinàries és l'essència primordial d'aquest capítol. Uns records que arrenquen als últims anys del franquisme, quan ja agonitzava, passen per la transició i arriben a la política i societat actuals. Set dones

coherents i compromeses, com són Francisca Bennàssar Tous (PP), M. Teresa Riera Madurell (PSOE), Catalina Serra Garcías (Ciutadans), Nina Parrón Mate (Podem) i Fina Santiago Rodríguez (MES). Des dels moviments socials, dues feministes emblemàtiques: Francisca Mas Busquets i Leonor Taboada Spinardi.

No podem negar que la realitat és múltiple i diversa i que, sens dubte, cada persona mira l'univers des del seu propi punt de vista. Res no és estàtic, sinó que és un flux, un corrent dinàmic que va teixint l'esdevenir històric. Francisco Franco Bahamonde es va morir el 20 de novembre de 1975, però les expectatives de continuïtat del franquisme no s'acabaven amb la vida del dictador, sinó que anhelava continuïtat. Pocs mesos abans havia signat l'afusellament de dues persones pertanyents a ETA i tres a FRAP. Hi ha un cert consens a situar el començament de la transició després de la mort del dictador i amb la proclamació de Joan Carles I com a rei d'Espanya en haver estat designat sis anys abans pel dictador. El referèndum del 15 de desembre de 1976 va promulgar, els primers dies de 1977, la llei que preveia la derogació tàcita del sistema polític franquista en solament cinc articles i una convocatòria d'eleccions democràtiques, que varen tenir lloc el 15 de juny de 1977 i en les quals va participar aproximadament el 80% de l'electorat. En aquest context va ser redactada la nova Constitució espanyola, encara vigent, que va ser ratificada i aprovada el 6 de desembre de 1978. Enguany complirà 40 anys.

No podem parlar de transició democràtica sense ser conscients que el 18 de juliol de 1936 hi havia un govern legítim en forma de república, i que l'Alçament Nacional i dictadura posterior es va imposar través de les armes i la repressió constant. Mort el dictador, la situació lògica era tornar a la república, però no va ser així. Sis anys abans que es morís va designar com a successor el rei Joan Carles I. Antonio Alonso Baño, Ministre de Justícia, el 22 d'octubre de 1973 afirmava que el príncep Joan Carles no era el successor del seu avi, ni del seu pare, ni representava a la monarquia espanyola, ja que es regeix per les seves pròpies lleis i principis dinàmics, sinó que representava la monarquia creada pel general Franco.

El Govern de la República a l'exili declarava que no hi havia més règim legítim que el nascut de la Constitució de 1931 i dels estatuts d'autonomia de Catalunya i del País Basc, que varen ser l'última expressió indiscutible de la sobirania nacional, sense acceptar cap príncep o rei que no hagués estat designat prèviament pel poble en una consulta electoral lliure.

Però, després de les eleccions del 15 de juny de 1977, en les quals va votar el 78,7% de l'electorat, en què triomfaren les organitzacions progressistes i hi hagué consens en el resultat – malgrat que es detectaren anomalies –, el 21 del mateix mes els resultats foren acceptats i publicaren un comunicat oficial en què afirmaven que les institucions de la República a l'exili posaven fi a la missió històrica que s'havien imposat amb la convicció del deure complert. Donaven per acabada la seva legitimitat institucional perquè reconeixen

que el poble havia concorregut lliurement a les urnes i havia triat un nou Parlament i, com a demòcrates, ho acceptaven. Tot un exemple de responsabilitat política.

Per Teresa Riera Madurell, la sensació més forta viscuda en la transició va ser la de perdre la por definitivament. Era un moment en què prevalia la il·lusió i tot s'havia de fer. «En el món educatiu, els canvis varen ser impressionants. Ho vaig viure des de l'Associació de Mestres Rosa Sensat, participant en els seus grups de treball, en les escoles d'estiu i en els moviments de renovació pedagògica».

«La crueltat d'un règim que s'acabava, però que no es resignava a perdre el poder ni els privilegis ens abocà a moments violents. Em va afectar molt la pena de mort, l'assassinat de Salvador Puig Antich –que una part de la societat vàrem viure com una venjança per l'atemptat a Carrero Blanco. Però la veritat és que, en comptes d'acovardir-nos, ens va confirmar l'agonia del règim i, sobretot, que era possible posar-hi fi». Va ser l'última persona executada per garrot, el 2 de març de 1974. L'atemptat, a Madrid, a Carrero Blanco havia estat el 20 de desembre de 1973. Feia pocs mesos que Franco li havia cedit la Presidència del Govern (ell es reservava la Prefectura de l'Estat), perfilant-se com l'hereu que havia de perpetuar la dictadura després de la desaparició de Franco.

La idea d'una transició més pactada o consensuada que real, amb les eleccions de 1977 i la democratització de la societat espanyola a partir de la Constitució de 1978, és compartida per Fina Santiago Rodríguez, que situa la transició social a partir de les eleccions generals de 1982, que el PSOE guanya per majoria absoluta i forma un govern exclusivament d'homes. El valora com una resposta del poble, després del 23-F, que es decanta pel canvi sense por. Preval el model controlat al democràtic real i, si bé no aconsegueixen controlar el PCE, sí el moviment llibertari mitjançant actes propiciats per l'Estat, com és el Cas Scala, punta de llança de la gran repressió que es va abatre sobre el moviment llibertari. La CNT, en aquell moment i solament a Catalunya, comptava amb 100.000 afiliats, liderava l'oposició ferma a la signatura dels Pactes de la Moncloa.

El Cas Scala va ser el procés judicial deslligat arran d'un incendi provocat a la sala de festes Scala, de Barcelona, el 15 de gener de 1978, que va acabar amb la mort de quatre persones i del qual varen intentar culpabilitzar les organitzacions anarquistes CNT i FAI. Al voltant de quinze mil persones es manifestaren a Barcelona contra la signatura dels Pactes de la Moncloa. La marxa va recórrer l'actual avinguda del Paral·lel i es va dissoldre a la una del migdia a la plaça d'Espanya. A les 13:15h, acabada la manifestació, es va perpetrar un atac amb còctels molotov contra la famosa sala de festes. Hi varen morir quatre treballadors afiliats a la CNT i el foc va fer caure les set plantes de l'edifici.

Quaranta-vuit hores després, la Direcció General de Seguretat informava sobre la detenció de tots els presumptes autors de l'atemptat i tota la premsa se'n va fer ressò. El desembre

de 1980 va tenir lloc el judici contra sis anarquistes, que foren condemnats a 17 anys de presó. L'acusació no era sòlida ni creïble, i la CNT tenia clar que darrere de tot hi havia el ministre Rodolfo Martín Villa.

Un any abans, el 24 de gener de 1977, l'atemptat contra el despatx d'advocats laboralistes de CCOO i militants del PCE, a Atocha, en què varen matar-ne cinc i n'hi varen sobreviure quatre, demostra la crueltat dels qui sabien que perdien molts privilegis i anaven a tota. Però, «en les eleccions del 28 d'octubre de 1982, vota la generació que no té un lligam emocional directe amb la Guerra Civil, que no té por i vota canvi». Tothom sabia que havia estat desarticulat un intent de cop d'Estat per al dia de la reflexió, denominat 27-O o Operació Cervantes. El liderava el general Jaime Milans del Bosch des de la presó de Fuencarral i el nucli promotor el formaven coronels; va ser avortat, a principi del mateix mes, pels serveis de seguretat de l'Estat. No va ser l'últim, ja que va haver-hi una conspiració colpista el 2 de juny de 1985, que havia de tenir com a eix central un atemptat sagnant durant la desfilada de les Forces Armades a Corunya. Hi va haver una potent explosió a la tribuna presidencial, que aconseguí atemorir tota la Família Reial, el president de Govern, els ministres i autoritats. En culparien ETA. L'intent va ser avortat durant la Setmana Santa pels propis organitzadors, quan el CESID va revelar que n'estava informat i que els tenien estretament vigilats, per la qual cosa varen decidir aturar-lo.

Malgrat això, recorda els primers anys de la transició com una explosió d'alegria i il·lusions; era un poble amb esperança, però també amb por. «Sorties al carrer i, a cada cantonada, et donaven pasquins o et convidaven a una conferència, a un acte o a una reunió. Llegíem *El viejo topo* o *Ajoblanco*, des d'on s'expressaven moviments a favor de la pau, el medi ambient, el feminisme, l'art al carrer i els moviments llibertaris». S'interessa molt per tot el procés de la Constitució i va participar en tots els debats que va poder, tot i que, per edat, sabia que no podria votar-la. Va militar en el moviment llibertari, defensant activament Sa Dragonera Lliure (1977) i va formar part de l'Assemblea de Dones (puig de Sant Pere) i del moviment veïnal.

Un grup de joves llibertaris que integraven el grup Terra i Llibertat, amb seu al bar *Talaiot Corcaç*, del carrer d'Antillón, va ocupar l'illa de la Dragonera, el juliol de 1977, per evitar-ne la urbanització, sense saber gaire bé les conseqüències que aquest fet podria tenir. Varen mobilitzar la societat mallorquina contra els plans urbanístics de l'empresa catalana PAMESA, que de manera il·legal havia aconseguit tenir autorització per crear-hi una gran urbanització, o, més ben dit, per destruir l'illa per complet.

«Dragonera Lliure», «Salvem la Dragonera» o «Dragonera per als dragons» varen ser alguns dels lemes, però encara quedava un llarg camí per recórrer: manifestacions amb càrregues policials, ferits lleus, una nova ocupació, protestes al carrer i un procés judicial. Fins que, afortunadament, el 21 de gener de 1984, l'Audiència Nacional d'Espanya

anul·lava el projecte d'urbanització. El 1987 el Consell de Mallorca va comprar l'illa i el 26 de gener de 1995, mitjançant el Decret 7/1995, el Govern dels Illes Balears la declara Parc Natural.

Catalina Serra Garcías també va viure la transició amb un fort sentiment d'esperança. «Després de molts anys de dictadura, era el moment d'aconseguir més llibertats». Francisca Bennàssar Tous també la va viure amb molta il·lusió: «Era una oportunitat de canvi, on cadascú va intentar fer-ho tan bé com va saber, tot i que actualment s'hi hagin detectat molts errors, però no hi havia experiència democràtica i s'aprenia en el dia a dia».

Francisca Mas Busquets va començar la lluita des de la clandestinitat o tot just començada la transició, la qual posa en qüestió que fos una autèntica transició, sobretot en temes molt concrets, com és la qüestió territorial o la judicatura... Recorda amb il·lusió i compromís la pertinença a les Joventuts Comunistes, en què va compartir espais i temps amb la carismàtica Francisca Bosch, o la participació en la lluita col·lectiva «Parc, Sí. Aparcament, NO» (1975), o la col·laboració en l'organització del Congrés de Cultura Catalana a Mallorca (1976).

El 1975, les primeres obres del futur aparcament del parc de la Mar varen arrencar, però la ciutadania hi va reaccionar en contra. A final de juliol de 1975, hi va haver un intent de manifestació al cèntric carrer de Jaume III. «Parc sí, pàrquing no» en va ser el lema. Paral·lelament, els veïns i veïnes lliuraven a Cort 4.177 signatures en contra del projecte. La premsa també pressionava. El maig del 76, Cort va rectificar i va rescindir el contracte amb Parkmar, i gràcies a això tenim el parc actual.

En relació amb el Congrés de Cultura Catalana, va ser l'embrió per construir un nou model de país i propostes per recuperar la cultura catalana, molt tocada pel franquisme. La presentació fou el 27 de juny de 1976, a la plaça Major de Palma, en la qual participaren artistes, les bandes de música de Montuïri i Palma, el cor de Bunyola, escriptors, periodistes, músics, etc. Va sorprendre la bona resposta de la gent; ja feia tres o quatre mesos que s'hi feia feina i la presentació va ser un èxit: prop de 6.000 persones que es concentraren a la plaça. El congrés anava més enllà de la cultura i treballaven des de molts d'àmbits: llengua, estructura educativa, recerca, història, estructura social, dret, institucions, ordenació del territori, economia, estructura sanitària, indústria, agricultura, turisme, música, cinema i producció literària.

Ja a la dècada dels 80, va participar oposant-se que es tanqués el Centre municipal de Planificació Familiar (Palma, 1985), que lideraven moviments feministes, com Col·lectiu Pelvis o les Cotorres Alegres, «dones sàvies i amb experiència que utilitzaven l'escàndol com a recurs reivindicatiu». Un feminisme des del punt de vista de transformar la vida, la intimitat de les dones, la sexualitat... La lluita al carrer i tribunes per despenalitzar els

anticonceptius, l'adulteri, la Llei del divorci i de l'avortament en foren les constants, com també les manifestacions de les Dones de Negre contra la guerra dels Balcans (1993).

En aquesta mateixa lluita trobam l'activista feminista Leonor Taboada Spinardi, fundadora i líder del Col·lectiu Pelvis, i que, després de viure als Estats Units, exporta els principis i lectures del Col·lectiu de Boston amb la publicació de l'obra *Cuaderno Feminista. Introducción al selfhelp*, un referent en temes de salut i dones.

El 1969 dotze dones entren a una llibreria de Boston per participar en un taller, titulat «Dones i els seus cos». Allà neix tot. «El *self help* i el moviment sanitari de les dones no són solucions personals per a problemes femenins individuals, encara que aquestes fossin per si soles raons vàlides per existir: són instruments per induir al pensament i a l'acció col·lectiva de les quals podia brollar un canvi social radical». Va ser el Col·lectiu Pelvis que el 5 de febrer de 1979, amb altres grups feministes, va recórrer els carrers de Palma darrere d'una pancarta comuna que deia «Prou d'agressions, prou de violacions». Fa ara gairebé quaranta anys.

Les dones no tindran més participació social senzillament perquè ho desitgem, sinó en virtut de canvis en la legislació, un augment de la informació i una redistribució dels recursos. Les anomenades lleis de quotes són normes legals amb l'objectiu de propiciar un nivell més equitatiu en la distribució dels gèneres en les càrregues d'elecció popular i representació per obtenir més presència de dones en aquests llocs. D'aquí provenen les lleis de paritat, amb la proporció 40/60, i les denominades llistes cremallera, ja molt instaurades. Durant la Legislatura Constituent (1977-1979) va haver-hi 21 diputades, una presència femenina que va incrementar en legislatures successives fins que va arribar al punt més àlgid la desena legislatura (2011-2016), amb 175 diputades.

Cal reconèixer que, gràcies a aquestes «quotes», moltes dones varen poder participar activament en llocs de responsabilitat i representació. Així ho confirma Francisca Bennàssar Tous: «Vaig arribar al Parlament Europeu gràcies a elles; els devem molt a aquestes dones que ens varen obrir el camí. Vaig aprendre del feminisme intuïtiu de la meva mare i l'he inculcat a les filles i als fills. És imprescindible; és un deure per a les dones que arriben a ostentar càrrecs que facin canvis significatius en la política, en la societat, en les estructures; si no, repetim patrons».

Va viure el Parlament Europeu com una autèntica universitat on hi havia molt per aprendre i al qual s'havia de dedicar molt de temps. En arribar-hi, va ser designada vicepresidenta de la Comissió dels Drets de la Dona. Sense perdre ni un minut, es va presentar a la presidenta de la Comissió i li va deixar anar: «Som espanyola i dona, i, com sabrà, al meu país, en el tema de la dona, està gairebé tot per fer. Vull treballar en això». Dos mesos després ja representava el Parlament en la Conferència de Beijing, que ella valora com una

oportunitat única, una experiència vital durant la qual varen néixer els *Plans d'igualtat*, un valuós manual de procediments del qual varen emanar moltes de les polítiques d'igualtat de tot el món.

En els *Plans d'igualtat* es parlava de discriminació salarial i/o social, es començaven a perfilar les mesures de conciliació de la vida personal, familiar i laboral, d'ajudes, però no preveien la violència de gènere. Va ser precisament Francisca qui va presentar la primera esmena al pressupost europeu per tractar aquest tema. L'objectiu era que s'aprovàs una partida pressupostària per combatre la violència de gènere i ho va aconseguir.

Segons Teresa Riera, també eurodiputada, el principi d'igualtat recollit a la Constitució va evidenciar que no era suficient canviar lleis, sinó que perquè fos real era imprescindible modificar actituds, comportaments i estructures socials, per això era tan necessari crear un organisme polític i institucional: l'Institut de la Dona (1983), dirigit per Carlota Bustelo. Abans havia de participar activament en tot el procés de canvi en molts de drets, entre els quals, els de la dona, i ho va fer des de la Comissió de la Dona del Partit Socialista de Catalunya i va assistir a dues conferències mundials de les Nacions Unides sobre la dona.

Les Nacions Unides han organitzat quatre conferències mundials sobre la dona. Varen tenir lloc a Ciutat de Mèxic (1975), Copenhaguen (1980), Nairobi (1985) i Pequín (1995), després de la qual va venir una sèrie d'exàmens quinquennals.

A la III Conferència (Nairobi, 1985) hi varen participar 16.000 dones, entre les quals solament n'hi havia 12 d'espanyoles i una era Teresa, que deu anys després de la de Pequín va poder constatar que la situació havia canviat molt i que, si bé era cert que quedaven i queden moltes coses per fer, també ho era que s'havia generat un canvi constant i cohesionat. La IV Conferència Mundial sobre la Dona, celebrada a Pequín el 1995, va marcar un important punt d'inflexió per a l'agenda mundial d'igualtat de gènere. La Declaració i Plataforma d'Acció de Beijing, adoptada per unanimitat per 189 països, constitueix un programa a favor de l'empoderament de la dona, en la redacció del qual es va tenir en compte el document clau de política mundial sobre igualtat de gènere. També com a conseqüència d'haver assistit a la Conferència de la Federació de Dones Demòcrates (Moscou, 1985) va formar part del grup Women for a Meaningful Summit, que liderava Margaret Papandreou i des del qual reclamaven una trobada entre Reagan i Gorbtxov per al desarmament nuclear. Aquest grup de dones feministes europees varen treballar fermament per la pau.

A Catalina Serra li preocupa molt el tema de la violència de gènere. Si bé valora el que s'ha fet i es fa en contra de la violència de gènere, és conscient que queda molt per fer i que és fonamental actuar-hi en contra des de l'educació. Cal, també, que els protocols d'actuació protegeixin íntegrament la víctima, per la qual cosa han de ser més contundents i àgils.

Certament, a la Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, és enfocada d'una manera multidisciplinària, començant pel procés de socialització i educació. La Llei estableix mesures de sensibilització i intervenció en l'àmbit educatiu. Reforça, amb referència concreta a l'àmbit de la publicitat, una imatge que respecti la igualtat i la dignitat de les dones. Dona suport a les víctimes a través del reconeixement de drets, com ara els de la informació, l'assistència jurídica gratuïta i d'altres de protecció social i suport econòmic. Proporciona una resposta legal i crea noves instàncies, com són les normes substantives penals i civils, incloent-hi la formació dels operadors sanitaris, policials i jurídics responsables d'obtenir proves i aplicar la Llei.

Nina Parrón va començar la lluita antifeixista des de l'Organització Revolucionària de Treballadors (ORT). En una de les moltes manifestacions antifeixistes a les quals va assistir va sentir cridar com a consigna: «No es veu, no es veu, les dones de l'ORT» i es va adreçar, sense pensar-s'ho dues vegades, al carrer del Barquillo, a Madrid, on eren totes les feministes. «Em va obrir la porta Amparo Pineda. Va tenir el privilegi de conèixer les més grans que havien pertangut al Moviment Democràtic de la Dona i que procedien del Partit Comunista. També va col·laborar amb les més joves dels diferents partits. Aquesta seu es converteix en la seva segona casa i solament en surt l'any 2000, quan ve a Mallorca. «És curiós; ara es repeteix el que vàrem fer en aquells moments. Les noies joves no s'ajunten amb les que ja hi som, sinó que formen grups nous. Això genera que no hi hagi continuïtat en els grups ja establerts.

Va reivindicar, des dels carrers de Madrid, la Llei del divorci, al costat d'Ana M. Pérez del Campo, la qual ja advertia que la majoria de les morts de dones a mans de la parella era quan elles començaven un procés de separació, un dels motius pels quals l'associació que liderava Ana M. va passar a dir-se Associació de Dones Divorciades i Separades. Parlem de fa gairebé 40 anys. El 5 de juliol de 1985 es va aprovar la despenalització de l'avortament. Nina afirma que totes eren una sola veu, a l'empara d'una Plataforma Pro-Avortament que es va crear per aglutinar esforços. Feien molts tancaments fins que les feien fora, i va arribar un moment que va esdevenir una resistència activa en què s'enfrontaven a les forces de seguretat que les volien desallotjar i algunes eren detingudes, per la qual cosa, en acabar la resistència, recorrien totes les comissaries per saber on estaven detingudes les companyes. Sabien que el papa Joan Pau II havia de visitar Espanya i varen dissenyar una pancarta, que tan sols va durar tres minuts en el viaducte, que reclamava «Avortament tuus».

La Llei orgànica 9/1985, aprovada el 5 de juliol de 1985, despenalitzà l'avortament induït en tres supòsits: risc greu per a la salut física o psíquica de la dona embarassada (suposat terapèutic), violació (suposat criminològic) i malformacions o defectes, físics o psíquics, en el fetus (suposat eugenèsic). D'acord amb aquesta Llei, la gestant podia interrompre l'embaràs a centres públics o privats durant les primeres 12 setmanes, en el cas criminològic, en les 22 primeres setmanes, en l'eugenèsic, i en qualsevol moment de l'embaràs, en el

cas terapèutic. En els supòsits segon i tercer, es requeria un informe mèdic que certificàs que es complien les condicions establertes per la llei; en els casos de violació, calia cursar prèviament la denúncia policial pertinent.

Varen passar 25 anys fins que es promulgà la Llei orgànica 2/2010, de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, el 3 de març del 2010, i entrà en vigor el 5 de juliol. L'objectiu era garantir els drets fonamentals en l'àmbit de la salut sexual i reproductiva establerts per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), regular les condicions de la interrupció voluntària de l'embaràs i establir les corresponents obligacions dels poders públics. Es concreta la despenalització de la pràctica de l'avortament induït durant les primeres 14 setmanes de l'embaràs. Durant aquest temps, la dona podrà prendre una decisió lliure i informada sobre la interrupció de l'embaràs. No hi haurà intervenció de tercers en la decisió. Teresa Riera afirma que «va ser un canvi radical en la nostra societat, però continua essent una tasca inacabada».

La Llei 30/1981, de 7 de juliol, per la qual es modificava la regulació del matrimoni en el codi civil i es determinava el procediment que calia seguir en les causes de nul·litat, separació i divorci, va ser una de les més progressistes. Va entrar en vigor el 9 d'agost i va ser aprovada per 162 vots a favor, 128 en contra i 7 en blanc. El ministre de Justícia, Francisco Fernández Ordóñez, comentava: «No podem impedir que els matrimonis es trenquin, però sí que podem impedir el patiment en els matrimonis trencats».

Aquesta llei es va negociar amb les feministes i va incorporar moltes de les seves propostes, com recorda Anna M. Pérez del Campo, tot i la pressió de l'Església. El desembre d'aquest mateix any, el papa Joan Pau II publicava el document *Familiaris Consorti*, amb el qual advertia als catòlics divorciats i tornats a casar que no els donaria la comunió, i condemnava les unions lliures.

Fina Santiago destaca, a més, que una successió de lleis varen legitimar grans canvis al llarg de la transició i varen afavorir-los: la LISMI (1982), la Llei de la funció pública (1984), l'Estatut dels Treballadors (1980), els estatuts d'Euskadi i de Catalunya (1979), i el de les Illes Balears (1983), la Llei de sanitat i educació universal i pública, que ara hem de tornar a defensar. Tot això va significar un procés de modernització i democratització, en què la part més reticent percebia que solament podia adaptar-se a la democràcia i ho va fer en tot, però encara queden assumptes sense resoldre, com és el territorial i judicial. De la mateixa opinió és Xisca Mas, que considera que alguns aspectes de la democratització de l'Estat es tancaren en fals, com és el territorial i la judicatura.

Catalina Serra ens recorda tot un seguit de lleis que han garantit la llibertat d'elecció, com són les esmentades i la del matrimoni entre persones del mateix sexe, o d'altres, que, independentment de les seves creences o del que personalment faria, considera que són

imprescindibles per protegir drets que no obliguen a ningú, sinó que cada persona pugui decidir lliurement.

Nina Parrón ens parla d'una assignatura pendent. L'estructura democràtica es va comprometre a tornar el patrimoni a qui corresponia: el de les joventuts franquistes, a l'Institut de la Joventut; el de cultura, a Cultura, i el de les Seccions Femenines no va ser tornat als organismes d'igualtat, per això, una vegada més, Nina va compartir aquestes reivindicacions. A tall d'exemple, reclamaven el castell de la Mota (Medina del Campo), que havia estat cedit, el maig de 1939, per Franco a la Secció Femenina de la Falange Espanyola. Resta pendent.

Un tema de vegades controvertit és el de la disciplina de vot, que és considerat garantia d'estabilitat i el resultat de creuar diverses normatives, de vegades contradictòries, que cerquen l'equilibri entre la capacitat de decisió plena de la persona i la possibilitat que els partits estableixin mecanismes de control. En relació amb aquesta disciplina, hi ha més d'una opció. Catalina Serra considera que en el partit ha d'haver-hi una sola veu, que ha de ser el fruit d'un consens previ, sense imposicions. Francisca Bennàssar, per part seva, considera que sí que és bona, excepte en els temes de consciència. En aquest cas, el vot ha de ser lliure. Fina Santiago ens matisa que els partits polítics han d'evolucionar i preveure el vot diferenciat. És cert que aquesta disciplina dona seguretat al partit, però amb uns principis clars la diversitat és possible. Teresa Riera matisa: «Ha funcionat de manera acceptable, però potser ha arribat el moment d'introduir canvis profunds en l'organització i estructura dels partits polítics i en la llei electoral vigent. Si tot això es transforma, probablement la disciplina de vot, com passa ara, deixi de tenir sentit i la qualitat de la nostra democràcia en surti beneficiada».

Abordem una nova qüestió per conèixer la manera com viuen i el que pensen de la política i societat actuals. Nina la viu esperançada amb un ampli ventall de veus, més plural, més democràtica i més participativa, després del 15-M, provinent de la ciutadania en general. Fina ens trasllada la seva gran preocupació: que a l'actualitat hàgim de tornar a defensar drets tan fonamentals com l'educació i la sanitat públiques i universals, o el dret a un habitatge digne. «Et fa pensar en la fragilitat de tot el que són els drets socials, econòmics o polítics, que sempre sembla que estan en perill. El neoliberalisme s'està imposant a la globalització del capital i això és una amenaça forta i perillosa. Potser a les esquerres ens falta fer-ne una anàlisi profunda i una reflexió teòrica i política»

Catalina Serra considera que no hauria d'haver-hi tant de partidisme i, si una proposta és bona, tant és del partit que vingui, i que és millorable l'aprofitament de l'erari públic. Xisca Mas entén les decepcions: «Sembla que l'esquerra i el poder són incompatibles. És habitual sentir decepcions freqüents, per la manca de coratge i excuses per no fer canvis radicals». Francisca Bennàssar ens afirma que la regeneració política és imprescindible.

«No confien perquè no veuen transparència, ni honestat. Veuen que se'ls menteix i ningú els escolta. Hi ha un cert exhibicionisme, sense recerca de consensos, i és en aquests consensos en què ho guanyes tot i no perds res, però per això cal practicar la humilitat, l'escolta activa, l'empatia. On hi ha feina i responsabilitat, hi ha resultats».

És el moment de somiar, de dissenyar un futur millor pel qual hem lluitat i continuem lluitant. De fet, sempre està en construcció. Cada etapa té l'oportunitat de millorar l'anterior. Fem-ho! «El model autonomista ja està superat, ara anam cap a un federalisme obert, republicà, on resulta essencial defensar i enfortir l'Administració Pública en totes les seves facetes, fer-la més àgil, més propera, en què la paritat sigui un fet i la unió freni el neoliberalisme», ens comenta amb il·lusió Fina Santiago. Catalina Serra ens parla de tres grans eixos: l'educació, la qualitat humana i R+D+I, convençuda que serem una societat més sòlida i menys vulnerable als vaivens de l'economia mundial. Nina està convençuda que l'agenda feminista marcarà noves polítiques, que comportaran més fraternitat, equitat, dignitat i llibertat. Xisca Mas demana coratge, atreviment, canvi de formes i de prioritats, un gir radical en el sistema polític, en els programes electorals i en els pressupostos, molt més centrats en les persones, en les seves vides; assumir responsabilitats col·lectives, igualitàries, de no violència, d'aprendre junts i juntes».

Teresa Riera considera que la política ha d'estar al servei de la ciutadania, «entesa així és l'activitat més noble a la qual es pot dedicar l'ésser humà, és a dir, treballar per millorar la qualitat de vida i el benestar de les persones». Desitja una Europa unida i construïda en base a valors d'igualtat, de fraternitat, cohesió econòmica, social i territorial, que respecti la diversitat cultural i lingüística, que preservi l'estat de benestar sent solidària, i de la qual formem part». A Francisca Bennàssar li preocupen molt la gent gran i demana amb contundència un pacte estatal urgent per a l'envelliment actiu que inclogui tota una xarxa de recursos, com ara centres de dia, medicina geriàtrica, programes de prevenció i acompanyament de malalties neurològiques, com la demència senil, el Parkinson o l'Alzheimer, dels quals cap persona quedi exclosa i als quals cadascuna aporti el que pugui». Per assolir tot això necessitem un gran consens, però ho devem a les nostres persones grans. Sabem que la societat envellaix, però no ha de ser únicament en edat, sinó que també ho ha de fer amb benestar i dignitat, afavorint-li l'autonomia i donant resposta a totes les seves necessitats i a les de les persones del seu entorn».

... Tot i que s'ha fet i es fa molt, queda moltíssim per fer...

Dades bibliogràfiques

FRANCISCA BENNÀSSAR TOUS, Diputada del Parlament Europeu i vicepresidenta de la Comissió dels drets de la Dona (1994-1999), Diputada del Parlament de les Illes Balears i Vicepresidenta 2a de la Mesa (1999-2003), Tinent-Alcaldessa de l'Ajuntament de Palma (2003-2007) i Regidora de 2003 a 2008, jubilant-se voluntàriament el desembre de 2008



FRANCISCA MAS BUSQUETS, primera directora d'Institut Balear de la Dona del Govern de les Illes Balears (2000-2004) a proposta d'Esquerra Unida, membre de l'Obra Cultural Balear, de la Federació de Veïns i Veïnes de Palma, i del Lobby de Dones, des de l'any 1994. Advocada des de fa 37 anys i Presidenta del Consell Social de la Universitat de les Illes Balears.



NINA PARRÓN MATE, fundadora de l'Associació Feminista d'Autodefensa "Les Walkiras" (1992), vocal de "Gènere i Drets Humans" de Metges del Món (Espanya), durant dotze anys membre de la Comissió Organitzadora del Festival organitzat per dones, Directora Insular d'Igualtat del Consell Insular de Mallorca, des de l'any 2015.



TERESA RIERA MADURELL, Diputada del Parlament de les Illes Balears (1989-1996), Diputada del Congrés dels Diputats (1996-2004), Diputada del Parlament Europeu (2004-2014), des de 2014, representant per a la Recerca i Innovació de la Universitat de les Illes Balears (UIB) i del Barcelona Súper Computing Center (BSC) en les relacions amb les institucions de la Unió Europea, membre del Research Innovation and Science Expert (RISE) i assessora de l'Alliance for Biomedical Research in Europa.



JOSEFINA SANTIAGO RODRÍGUEZ, directora de l'Institut Balear d'Afers Socials (IBAS) (1999-2003), Consellera d'Afers Socials, Promoció i Immigració del Govern de les Illes Balears (2007-2011), Diputada i co portaveu de Més per Mallorca al parlament de les Illes Balears (2011-2015), membre de l'Executiva d'Iniciativa Verds i de la coalició Més per Mallorca. Actualment Consellera de Serveis Socials i Cooperació del Govern de les Illes Balears des de l'any 2015.



CATALINA SERRA GARCÍAS, presidenta de la Fundació Patronat Obrer de Sant Josep (1995-2011), des de l'any 1970, treballadora d'EMAYA (Ajuntament de Palma), i actualment Consellera electa de "Ciutadans" i portaveu del Grup al Consell Insular de Mallorca des de 2015.



LEONOR TABOADA SPINARDI, periodista experta en Salut de les Dones, activista, fundadora del Col·lectiu Pelvis (1978), directora de la Revista de comunicació interactiva Dona i Salut (MyS), vocal de l'Associació de Dones de les Illes Balears per a la Salut (ADIBS).



**UNA APROXIMACIÓ A LA REALITAT DEL
TERCER SECTOR A LES ILLES BALEARS
DES DE LA MIRADA D'ALGUNS DELS
SEUS IMPULSORS**

Una aproximació a la realitat del tercer sector a les Illes Balears des de la mirada d'alguns dels seus impulsors

Belén Pascual Barrio

Victòria Quesada Serra

Lluís Vidaña Lladó

M. Antònia Gomila Grau

Resum

Aquest article dona veu a quatre personalitats molt destacades de l'àmbit del Tercer Sector d'Acció Social: Margalida Jordà (Naüm), Tomeu Suau (Jovent), Tomeu Català (Projecte Home) i Gabriel Pérez (Delegació d'Acció Social del Bisbat i Càritas). El relat de la seva experiència ens permet acostar-nos al naixement i la consolidació de la intervenció social a les Illes Balears al llarg de les darreres dècades. L'evolució del caràcter religiós i assistencial dels inicis i el procés vers un altre model de gestió, impulsat en gran part pel treball d'aquestes persones, però també pel desenvolupament d'un estat del benestar i, sobretot, d'una societat civil que pren consciència del seu paper, permet veure quins són els valors sobre els quals s'ha construït l'acció social. Compromís, motivació, empoderament, resistència, voluntariat, solidaritat... són valors que els protagonistes destaquen amb insistència i que els permeten, ja a les portes de la jubilació (algunes ja traspasades), mantenir una visió optimista i esperançadora de la societat del futur i de la seva capacitat de respondre de forma adequada a les necessitats socials.

Resumen

Este artículo da voz a cuatro personalidades muy destacadas en el ámbito del Tercer Sector de Acción Social: Margalida Jordà (Naüm), Tomeu Suau (Jovent), Tomeu Català (Projecte Home) y Gabriel Pérez (Delegació d'Acció Social del Bisbat y Càritas). El relato de su experiencia permite acercarnos al nacimiento y consolidación de la intervención social en las islas Baleares a lo largo de las últimas décadas. La evolución del carácter religioso y asistencial de los inicios y el proceso hacia otro modelo de gestión, impulsado en gran parte por el trabajo de estas personas pero también por el desarrollo del estado del bienestar y, sobre todo, de una sociedad civil que va tomando consciencia de su papel, permite ver cuáles son los valores sobre los que se ha construido la acción social. Compromiso, motivación, empoderamiento, resistencia, voluntariado, solidaridad... son valores que los protagonistas destacan con insistencia y que les permiten, ya en el umbral de la jubilación (en algunos casos ya traspasado), mantener una visión optimista y esperanzadora de la sociedad del futuro y de su capacidad de responder de forma adecuada a las necesidades sociales.

1. Introducció

El Tercer Sector d'Acció Social és l'àmbit format per entitats privades «sorgides de la iniciativa ciutadana o social, sota diferents modalitats, que responen a criteris de solidaritat i participació social, amb finalitats d'interès general i absència d'ànim de lucre, que impulsen el reconeixement i l'exercici dels drets civils, així com dels drets econòmics,

socials o culturals de les persones i grups que sofreixen condicions de vulnerabilitat o que es troben en risc d'exclusió social» (Llei 43/2015 del tercer sector d'acció social. Article 2).

Es diferencia dels sectors públic i mercantil per la pròpia naturalesa de les seves activitats, les quals estan guiades «pel voluntarisme i no pel principi del lucre econòmic en l'intercanvi de bens i serveis (com és el cas del mercat) ni pel principi de la coerció formal (com es dona al sector públic)» (Wuthnow, citat a Ariño, 2008).

A més, es caracteritza per l'heterogeneïtat de les entitats que en formen part: associacions, fundacions, agrupacions (federacions, confederacions, plataformes, xarxes), entitats singulars (com la Creu Roja Espanyola, Caritas Espanyola i l'ONCE), caixes d'estalvis, cooperatives i societats laborals, mutualitats de previsió social, organitzacions d'economia social (centres especials d'ocupació, empreses d'inserció, cooperatives socials) (Rodríguez Cabrero i Ruiz Olabuenga, citats a Ariño, 2008).

Les entitats del tercer sector d'acció social (Llei 43/2015 del tercer sector d'acció social. Article 2) no tenen ànim de lucre, són de caràcter altruista i tenen un model de funcionament que es basa en la participació democràtica, la transparència (en el desenvolupament del seu objecte social, en el funcionament, en la gestió de les activitats i la rendició de comptes), l'autonomia respecte de les administracions públiques (en la gestió i presa de decisions), la participació ciutadana en l'acció social (a través del voluntariat), l'observança del principi d'igualtat d'oportunitats i de tracte i no discriminació.

Les funcions socials del tercer sector són principalment tres: donar resposta a les necessitats socials que l'Administració pública no cobreix; dinamitzar la societat civil pels valors que defensa i transmet i per cobrir necessitats socials, i contribuir al teixit i l'economia productiva, a més de reclamar a l'Administració pública els serveis als que tenen dret els ciutadans.

Les entitats del tercer sector d'acció social es desenvoluparen a Espanya en les dècades dels anys vuitanta i noranta del segle XX, en un entorn també òptim de l'estat de benestar i amb el suport de l'Administració pública, que se'n va servir per a la prestació de serveis socials i l'atenció a les necessitats dels col·lectius més vulnerables. En els seus orígens, juntament amb aquesta dependència de les fonts públiques de finançament, les entitats van ser influïdes per una forta empremta religiosa i assistencial.

Les circumstàncies econòmiques i polítiques de l'època, marcades per un replegament de l'Estat com a proveïdor directe de serveis i la privatització d'aquests serveis, van contribuir a l'expansió i consolidació del tercer sector dins l'àmbit social, tot configurant un sistema mixt de benestar en el qual el mercat i les entitats no lucratives van ampliant tant la seva presència com el seu pes en la provisió de serveis.

No hem d'oblidar que les polítiques d'inserció sociolaboral i la inversió de fons europeus van impulsar la implicació del tercer sector en les polítiques d'inclusió sociolaboral: a partir d'aquells anys fins ara aquestes entitats han madurat, han ampliat la seva capacitat de gestió i han consolidat el seu paper com a prestadores de serveis en col·laboració amb les administracions públiques. També hem de tenir en compte que, paral·lelament a la incursió del tercer sector, les empreses mercantils han cobrat impuls en la prestació de serveis socials. De fet, les crisis de finançament actuals i el model de relació predominant que s'ha donat entre l'Administració pública i el tercer sector fan que aquest darrer hagi d'assumir molts més riscos que amb altres models i això implica una pèrdua d'autonomia per posar en marxa línies d'actuació específiques que afecten la seva capacitat de competència en el mercat (García, Gomila i Muñoz, 2011).

2. Objectiu

L'objectiu del capítol és conèixer les opinions i percepcions de quatre representants d'entitats de rellevància a les Illes Balears envers la xarxa d'intervenció social. Concretament, pretén explorar en la mirada de quatre persones de rellevància del tercer sector a les Balears i que van impulsar, des d'àmbits diversos, la seva formació. La seva experiència ens permet reconstruir els orígens de les entitats a les quals representen i, ahora, analitzar com han viscut l'evolució de la xarxa d'intervenció social.

3. Metodologia

Per donar resposta als objectius del capítol seguim una metodologia no experimental, concretament utilitzem l'entrevista grupal com a instrument de recollida d'informació. El relat semiestructurat a aquestes quatre persones rellevants en l'àmbit del tercer sector permet traçar un recorregut diacrònic del que han representat tant elles com les seves entitats dins l'àmbit social a les Illes Balears.

L'entrevista grupal de caire semiestructurat comptava amb quatre temàtiques i una sèrie de preguntes guia (taula 1).

Els participants anaven contestant de forma espontània, i les persones entrevistadores tenien la flexibilitat d'anar incloent diferents aspectes en funció de les respostes i interaccions dels participants.

L'entrevista es va dur a terme a la seu de Projecte Home de Palma el 23 d'abril de 2018 i tingué una durada aproximada de 2 hores.

Taula 1 | *Guió dels temes tractats a les entrevistes*

1. Els orígens, el bagatge que aportà la seva generació
– Records dels orígens de l'entitat de referència
– El bagatge que aportaven a la iniciativa
2. Aportacions de l'entitat
– El que ha aportat cada una de les entitats representades a la societat balear
– El paper de les entitats en la construcció de la xarxa d'intervenció social
– El paper actual de les entitats
3. El present de la xarxa d'intervenció social (debilitats i forteses)
– Valoració de la xarxa d'intervenció social
– Fortaleses i debilitats
4. El futur de la xarxa d'intervenció social (amenaces i oportunitats)
– Perspectives de futur

Font: *Elaboració pròpia*

3.1. Participants

Els participants a l'entrevista grupal foren quatre religiosos, tres homes i una dona de gran rellevància en la construcció del teixit del tercer sector a les Illes Balears. Concretament, es tractava de:

- Gabriel Pérez Alzina, delegat d'Acció Social i Càritas durant els anys 1984 i 1999.
- Tomeu Català, president de les tres fundacions que donen suport a Projecte Home Balears.
- Margalida Jordà, directora del centre Naüm, representant de les Germanes de la Caritat.
- Tomeu Suau Serra, fundador i impulsor de les entitats socials i educatives Jovent.

4. Resultats

4.1. Els orígens

El bisbe Teodor Úbeda sembla haver estat una figura cabdal en l'impuls al tercer sector durant els anys vuitanta a Palma. Tres dels entrevistats coincideixen a assenyalar l'interès i la visió del bisbe per al desenvolupament d'actuacions que incidissin en les problemàtiques socials que afectaven les Illes Balears.

És, de fet, en aquella dècada quan neixen Projecte Home i Jovent, es dona una gran empena i es reorganitza el funcionament de Càritas. Coincideix en un moment d'apertura,

«després de la mort de Franco es produeix una obertura total per tot» (Tomeu Suau), en la qual el consum de drogues, especialment el consum d'heroïna, va assolir una gran incidència entre la població i es convertí en un dels principals problemes sanitaris i socials de l'època. Precisament va ser en aquella època quan, en paraules de Gabriel Pérez, l'Administració pública comença a prestar d'atenció a les necessitats socials.

Vam viure amb alegria que l'Administració pública assumís un deure que era seu: atendre les necessitats socials. Així com s'atenia a la sanitat i a l'ensenyament, que també s'atengués l'àmbit social. La diferència bàsica és que nosaltres crèiem en una intervenció mixta, no només en la intervenció estatal. (Gabriel Pérez)

L'any 1984, Gabriel Pérez fou nomenat delegat d'Acció Social i Càritas amb la funció de coordinar i aglomerar les intervencions socials que es duïen a terme per part de l'Església.

Llavors don Teodor em crida i em diu [...] hi ha moltes forces d'Església que van des-coordinades, cadascú va a la seva, és important coordinar-les i anar fent un treball conjunt i potenciar-les. Per tant, aquesta és la feina. [...] En aquell moment hi va haver, perquè el bisbe ho afavoria, una obertura i un desig [...] Ell intenta, crec jo, des d'una visió empresarial, organitzar això d'una altra manera i fer una feina coordinada. (Gabriel Pérez)

Des de la posició que ocupava l'Església en l'àmbit social, Càritas sorgeix com a «nau insígnia», en referència al fet que és l'organització «que es veu».

Tomeu Suau fou destinat pel mateix bisbe a la parròquia del barri de la Indioteria l'any 1979 i es trobà un barri amb un alt nivell de consum de drogues i delinqüència. Amb una filosofia d'Església de base, Església de carrer —que conegué de primera mà a Madrid— decideix actuar a la Indioteria entrant en contacte amb diferents agents presents al barri com l'associació de veïnats, escola, etc. I amb el lema «No som un barri, som un poble» (Tomeu Suau) pretén afavorir la convivència.

Un barri és gent juxtaposada una al costat de l'altra on no se saluden ni res, i en un poble, tothom es coneix, tothom se saluda, tothom sap qui ets. [...] Un nin que viu al tercer pis, si no el coneix ningú, pot rompre el vidre de l'entrada i ningú li dirà res. Si un nin que viu al tercer pis, tothom el coneix, no romprà el vidre de baix. I aquesta va ser la gran força. Fem un poble i del poble sorgiran organitzacions [...]. (Tomeu Suau)

En aquest context sorgí Jovent, com a una entitat de barri amb l'objectiu d'afavorir la cohesió social i amb una clara vocació de treballar *pel* barri *amb* el barri.

També la problemàtica existent envers el consum de drogues fou el que motivà la creació de Projecte Home per part del bisbe Teodor Úbeda i del conseller de Salut d'aleshores, Gabriel Oliver. Aquesta iniciativa es va assignar, el 1985, a Tomeu Català i finalment va obrir les seves portes a l'any 1987.

Durant temps, pensa que el 1985 vàreu firmar el primer conveni, nosaltres obríem el 1987, per tant, dos anys de preparació, de veure, què decidíem fer. En el món de la drogodependència hi ha distintes línies, però decidim en un moment donat una línia molt concreta que era aquesta línia de Projecte, i vam veure clar que també hi havia d'haver temps de preparació i de formació. A dins el Projecte sempre hem intentat que els mons privat i públic poguessin estar plegats, però sabent que havia de marcar el ritme el Projecte i no les administracions públiques. (Tomeu Català)

Semblant a l'itinerari de Tomeu Suau, també Margalida Jordà, per la seva àmplia experiència de treball amb joves, amb alfabetització d'adults i organització d'escoles d'educació primària al Burundi, fou enviada a treballar a Son Roca amb els joves. Amb l'assessorament de Jovent, es va dissenyar un programa d'intervenció social per atendre les necessitats socials del barri de Son Roca, un barri obrer amb moltes necessitats de tipus social i econòmiques. El projecte s'inicia l'any 1998 amb el nom de Naüm.

4.2. Filosofia i metodologia

Els quatre entrevistats parteixen de concepcions semblants sobre com encarar la intervenció social.

Passem de la mera beneficència, de crear consciència, que el fet que un hotelier donés les sobres del menjador ja havia complit amb la justícia, a dir 'no', és que hi ha elements de justícia que no es tapen amb un plat de menjar, és a dir, jo, a un hotelier, no li deman que me doni les sobres de la cuina. Li deman que es plantegi si ha de tenir 15 dies més l'hotel obert o ha de tenir un mes més l'hotel obert per tal que [els treballadors] puguin tenir un contracte discontinu i no es carregui els treballadors perquè tanca quatre mesos i no el tanqui sis. (Gabriel Pérez)

Parteixen, en paraules de Margalida Jordà del fet que «la responsabilitat és de l'Administració pública, nosaltres [les entitats] en som col·laboradores».

Consideren la importància d'escoltar i de poder interpretar la realitat atenent a tothom i parlen de la importància del contacte amb la gent, de conèixer els barris de primera mà, de sortir al carrer, així com també de ser-hi presents.

Record que quan vaig arribar [a Càritas], les assistentes deien «ara comencen els ordinadors, necessitariem un ordinador a cada taula», jo vaig dir «no, el primer que necessitem són unes esportives per començar a trepitjar el carrer, llavors ja veurem si necessitem un ordinador». (Gabriel Pérez)

Quan vaig venir aquí sí que vaig tenir un camí. I el camí era estar amb la gent. [...] Estar amb els joves. Ca meva sempre estava obert, un dia venien els joves bons, un altre dia venien els drogoaddictes, un altre dia venien els que robaven, un altre dia em cremaven els mobles, un altre dia em cremaven la moto. La història normal de cadascú, vull dir que jo no vaig cercar un mètode pedagògic ni res de res. Vaig estar amb la gent, vaig entrar a l'associació, als col·legis, a les reunions, a tot el que era el barri. Això en quatre o cinc anys va influir molt dins el barri. (Tomeu Suau)

Tots ells parteixen d'una actitud d'apertura a la realitat social, i de les paraules de Tomeu Suau s'aprecia la força i el valor pedagògic i social que pot tenir el simple i a la vegada complex «estar», «estar a disposició dels altres».

El testimoni dels quatre mostra un model centrat en la persona amb la creença que són els ciutadans mateixos els que han de transformar la seva comunitat. En aquest sentit, com indica Margalida Jordà, un punt de la metodologia que se segueix a Naüm, igual que a Jovent, és propiciar eines formatives i pedagògiques que facin que la mateixa comunitat sigui protagonista del seu canvi.

[...] nosaltres, amb les seves mancances no els suplirem, el que volem és que ells mateixos cerquin les solucions per tal que aquestes mancances les puguin substituir per una altra cosa. Una cosa que hem dit moltes vegades i que és un poc utòpica: que siguin feliços, amb el bon sentit de la paraula, que és el que cerquem els éssers humans des de sempre. (Margalida Jordà)

Una altra forma de treballar que promouen les diferents entitats i que han anat implementant al llarg d'aquests anys és el treball en xarxa, la col·laboració entre entitats i la importància de la col·laboració de la societat civil i els voluntaris.

Els entrevistats coincideixen que les entitats que lideren tenen les portes obertes a tothom. Destaquen també la joventut com a col·lectiu clau, especialment a Jovent i Naüm, on la formació i l'educació tenen un paper fonamental.

Així mateix, recalquen la importància de l'equip de professionals que treballen a les entitats i també la formació i actualització professional, tots ells han estat essencials perquè les entitats s'hagin pogut desenvolupar i créixer.

4.3. Aportacions i impacte

No hi ha dubte que el paper dels nostres protagonistes i la seva actuació en les entitats envers la construcció del tercer sector a les Illes Balears han tingut un impacte important en la societat. Quan se'ls demana sobre aquest punt (quines són les aportacions que ells pensen que han fet) s'esbossen les estratègies que ells consideren que ha de tenir un tercer sector sòlid: un lideratge fort i compromès amb la presència d'unes persones carismàtiques:

És a dir, tota l'embranchida des de Delegació, hi ha unes persones que són carismàtiques: els dos Tomeus, na Margalida que, a poc a poc, desborden l'estructura, la desemmotllen. [...] que han posat els seus valors al servei dels altres, [...] I sempre ha estat una cosa de dialèctica. (Gabriel Pérez)

I molta motivació:

Jo crec que una cosa que aporten tots tres, i que no han dit, i que és un valor essencial és la *motivació*. Crec que és des d'on és fa això i perquè es fa això. [...] Perquè això qüestiona programes, qüestiona horaris, qüestiona dies lliures [...] hi poses la vida. (Gabriel Pérez)

Les aportacions de les entitats (Càritas, Jovent, Naüm, Projecte Home) han estat i són moltes i variades, en funció de l'entitat, però han compartit objectius semblants. Destaquen les següents:

- conscienciació i sensibilització envers el consum de drogues;
- aportar esperança;
- capacitar la societat civil,
- formació de joves perquè pugin pensar, decidir i triar el seu camí;
- creure en els joves i amb les seves idees;
- a través de la seva tasca innovadora en els seus orígens, han empès les institucions públiques perquè reaccionin;
- han potenciat la consolidació de professionals com a treballadors socials, educadors socials, pedagogs i persones molt motivades i entregades;
- han estat importants per incubar altres entitats. Hi ha hagut diverses entitats i institucions de serveis a la comunitat que han anat sorgint a partir d'aquestes entitats, i
- han aportat recursos humans, econòmics i immobles. Amb el suport de les congregacions religioses femenines i de Càritas.

4.4. El paper de l'Església i l'emergència de la societat civil en l'acció social

Els entrevistats posen l'accent sobre el valor de servei de l'Església catòlica i el moment en el qual aquest valor es va convertir en el seu eix principal, el Concili Vaticà II: el compromís amb els col·lectius de persones més vulnerables. D'acord amb aquesta vocació de servei, les trajectòries dels entrevistats personifiquen una forma d'entendre l'acció pastoral que implica la defensa dels valors i dels drets socials, també hi ocupa un lloc destacable el valor de la dignitat de les persones i l'atenció de les seves necessitats socials.

La nostra feina és que tothom en democràcia, tothom, tenim uns drets i uns deures. I amb aquest drets, volem fer i fem una humanitat més igualitària d'homes i dones, i exigim que aquests drets, tots i totes nosaltres també les puguem adquirir. Perquè me sembla que l'evangeli és això el que ens diu. Però me sembla que tots no el llegim de la mateixa manera o no l'entendem de la mateixa manera. I aquí és el problema. (Margalida Jordà)

Els entrevistats comparen la societat actual amb la dels anys setanta i fan un paral·lelisme entre allò que han viscut a les seves vides i les transformacions socials que han anat ocorrent mentrestant. Del compromís social i la posició crítica del jovent d'aquells anys, durant i després de la dictadura, es passa progressivament a un estat de desmobilització social que arriba fins als nostres dies. Juntament amb aquesta desmobilització, es refereixen a un retrocés del paper de l'Església dins l'àmbit social i un replegament pel que fa a l'atenció a les necessitats socials. En referència a aquest canvi declaren el següent: «tornem a plantejaments que pensàvem que estaven superats». Amb aquesta afirmació es refereixen a un canvi de la posició de l'Església pel que fa al compromís amb els projectes d'atenció social.

Així com nosaltres vam sortir fruit del Concili i de tot un moviment social i de tota una altra Església. Ara, han tornat enrere [...]. No puc admetre que l'Església no hagi seguit avançant amb allò que va fer l'Església, amb el que va fer el Concili. Que va ser fruit del que nosaltres hem viscut i del que va viure don Teodoro i el que van fer i tot. I jo crec que això és el més greu i llavors podem anar als detalls, si voleu, però si no recuperem el pensament de dir. (Tomeu Suau)

Per a jo, vist des dels set o vuit anys de jubilació que ja duc, hi ha unes pèrdues de contacte amb aquesta realitat social que empobreix moltíssim l'Església. Però, la societat segueix el seu ritme, ho farà sense l'Església. Ara jo, com que estimo l'Església, ho visc com una pèrdua i em sap greu que haguem perdut aquesta connexió. (Gabriel Pérez)

Aquest «tornar enrere» es percep des de dos vessants. Per una part, com una pèrdua en el sentit d'un abandonament voluntari del lideratge de l'acció social tan representativa de l'Església. De fet, els entrevistats ofereixen una perspectiva crítica de l'Església recent

i consideren que s'ha tornat enrere en el que històricament havia aportat l'Església a les Illes Balears, especialment des de l'època del Concili i les propostes que va impulsar el bisbe Teodor Úbeda als anys vuitanta i noranta.

Hem tornat enrere. És a dir, el pensament actual no és el social [...]. No puc admetre que l'Església no hagi seguit avançant amb allò que va fer l'Església, amb el que va fer el Concili [i del moviment social que en sorgí]. Que va ser fruit del que nosaltres hem viscut i del que va viure don Teodor. (Tomeu Suau)

Per una altra part, aquesta «retirada» es percep com una oportunitat d'empoderament de la societat civil, a partir del sorgiment de nombroses entitats del tercer sector no vinculades a l'Església, que prenen el relleu en alguns àmbits de la intervenció social.

Jo, a Son Roca estic tristíssima [...]. Tota la vida... començarem, com vos he contat, el treball en xarxa amb la parròquia dins aquesta xarxa. En aquests moments la parròquia ja no està ni dins la coordinadora (xarxa de les entitats a la barriada) [perquè no ha volgut] i a mi, el rector ni tan sols me demana com va Naüm ni ha vingut mai a veure-ho. (Margalida Jordà)

Curiosament la societat civil va creant suplències a allò a què l'Església ha renunciat, per jo amb dolor. (Gabriel Pérez)

Jo estic d'acord que la societat vagi prenent consciència que aquesta feina li toca a ella [...] ha de resoldre els problemes, no hem de ser només nosaltres, les entitats caritatives i l'Església. (Margalida Jordà)

Aquest canvi del rol de l'Església que assenyalen els nostres protagonistes coincideix, per una banda, amb un increment de les necessitats i les desigualtats socials i, per l'altra, amb el procés de professionalització dels serveis socials. Aquest procés s'ha acompanyat de la consolidació d'un model de gestió de la qualitat dels serveis que, per part dels entrevistats, és valorat també de forma crítica ja que representa una pèrdua de valors com el voluntariat o la humanitat. D'acord amb els seus testimonis, el procés de professionalització dels serveis públics ha impactat sovint sobre les vocacions i les motivacions d'aquells que es dediquen a l'atenció social.

A vegades vist des de nosaltres [silenci] és molt distint fer una residència de vells o un centre de dones només perquè cerques feina o perquè estàs motivat i te vols dedicar a això. Tornem a les motivacions, el que és molt important. O que estudiis treball social només perquè és una assignatura que s'estudia a Mallorca i no has de sortir a fora, com era mestres [fa] un temps. Eh? És a dir, els mestres que s'han fet mestres perquè es volien treure un títol és molt distint a aquells que, eh? (Gabriel Pérez)

Ara ningú començarà una feina per als nins a no ser que hi hagi monitors pagats, amb el director pagat, i que es dediquin a tenir nins, però educació cap ni una, vull dir... és que estic indignat amb això... Però jo ara he anat al director general i li he fet una protesta, com és possible que nosaltres no hi puguem anar a la Tramuntana? Pues no, no hi podem anar, no hi podem anar a acampar... (Tomeu Suau)

Per una altra part, són també crítics amb el fet que aquest model de gestió de la qualitat contempla una sèrie d'exigències tècniques que també determinen les estructures de les entitats i el tipus de gestió dels projectes. Les condicions legals que envolten el model de gestió de les entitats socials sovint limiten la motivació, les relacions interpersonals i el clima de treball. La «funcionarització» dels professionals i la pèrdua del sentit vocacional i de voluntariat són percebuts de forma no sempre positiva per donar resposta a les demandes socials.

És que fins i tot ara per a les persones pobres les institucions s'ha fet tot funcionari, és a dir, tot s'ha de fer ara tot, amb això, aquesta gratuïtat de dir «jo ara faig feina per als nins i faig feina per als nins i ja està i 'se acabó'». (Tomeu Suau)

A mi el que me sap greu és que s'ha perdut l'aspecte de voluntari [pausa]. No és el mateix que hi hagi deu persones voluntàries que hi dediquin tot el temps, encara que estiguin pagades, però són voluntàries, que tenir un funcionari, que dugui el centre de dones. És totalment distint, a mi el que me sap greu ara, en aquests moments, és que tota la part del voluntariat, tota la part d'il·lusió, tota la part d'esperança, tota la part d'entregar la vida per als altres i tal, això es va perdent. Això, això és el més terrible que està passant ara en aquests moments. (Tomeu Suau)

Tot i aquesta tendència, els entrevistats destaquen, com a contrapartida, el valor de la resistència, la motivació i el compromís dels professionals i responsables de les entitats socials, el valor de «la feina ben feta», els valors pels quals les entitats van ser creades i que els joves fan seus i defensen als espais de presa de decisions, tot i les dificultats del context actual. Des d'aquest punt de vista, es considera primordial el paper de supervisió i d'assessorament que pot exercir l'Església si participa a la xarxa d'entitats socioeducatives.

Això segueix sent real, per tant, totes les feines que són de relació interpersonal, no són feines mecàniques, la motivació hi pinta molt, molt. (Gabriel Pérez)

Un altre valor, per a mi també molt important, és la resistència. [...] Aquí on estam, resistint, crec que aquesta actitud és molt important. I el fet de que nosaltres també puguem contagiar a tota la gent que fa feina amb nosaltres, aquests valors amb els quals varen ser creades les nostres entitats i que són els que teòricament volem que siguin i que són els que la democràcia ha de fer prevaler i seguir, amb totes les limitacions que hi van adherides... (Margalida Jordà)

4.5. Valors cristians / valors socials

Acompanyant aquesta professionalització i, en certa manera, secularització de la intervenció social per part de l'Administració pública, a la qual es reconeix la seva responsabilitat, els entrevistats posen en valor els principis sobre els quals s'ha fonamentat la seva tasca i la motivació que els mou a continuar treballant per millorar la societat. La seva funció no és concebuda ni des de la seva posició dins l'Església ni dins la seva posició dins el tercer sector, sinó pel seu compromís amb la societat.

Jo vull que l'administració «x» agafi aquesta responsabilitat. Quin és per a mi el nostre paper? Jo, com a cristiana, he d'estar aquí per dir alerta amb això, alerta amb això altre, piquem més per aquí, piquem més per aquí deçà, no gastem doblers, energies amb això, els hem de gastar amb això altre, m'explic? I aposta dic que, per a mi, la responsabilitat és de l'Administració. A més, si vivim en democràcia, com a societat civil, nosaltres som en col·laboradors. [...] Jo, com a cristiana, he d'estar aquí empenyent i exigint que tots en igualtat tinguem els mateixos drets i deures... Els drets que tants de la nostra gent no pot gaudir... Per tant, quina és la nostra feina? Exigir aquests drets, que una petita part de la humanitat ja té, perquè arribin a tots/es els qui no en tenen. (Margalida Jordà)

Una altra de les grans fortaleses de les entitats del tercer sector que destaquen els entrevistats és el potencial que representa la gent anònima («gent oculta»): persones que han participat en projectes socials, els mateixos usuaris, fins i tot d'aquells amb més dificultats i que, en forma de llavor, són un potencial transformador de la societat. Tot aquest capital social es conforma amb totes les capacitats d'aquells que, en les situacions més adverses, són capaços de superar les seves circumstàncies, ajudar els altres i establir lligams de solidaritat.

I pens també que hi ha una gent oculta, és a dir, la gent que ha passat per Projecte, la gent que ha passat per Naüm, la gent que ha passat per Jovent, aquí hi ha uns valors sembrats jo crec que floriran qualche dia, poca cosa, emperò crec que hi serà. Crec que, els que som creients, sabem que dins la línia de tota la Bíblia hi ha gent que no pintava una granereta... i a través d'aquests arribà Jesús i arribà la salvació... el que en llenguatge religiós es diuen els pobres de Jahvè, és a dir, la línia de salvació no ve per la línia de poder, ve per la línia dels pobres, per la línia dels insignificants. Jo pens que estam en un moment de la línia dels insignificants... però jo esper que hi haurà una llavor que pot florir qualche dia i crec que una fortalesa que seguim tenint és l'estructura... i no som massa d'estructura, però pens que feim peu amb això. (Gabriel Pérez)

I una altra cosa, la solidaritat que jo he vista a dins les mateixes famílies, a dins les mateixes barriades, amb gent que no servia per res... vull dir que feia x i com en sortia des

d'allà mateix, des del seus veïnats.... I això és el que m'ha fet pensar... què faig jo?... Perquè aquests sense tenir res, ni tenir les meves motivacions, ni tenir x, com s'ajuden, uns amb els altres, d'aquesta manera...! Això és la solidaritat... Saben llegir el cor de les persones i saben llegir els valors, allò del *Principito*... que el principal es veu amb els ulls del cor, així les feines no són, només, feines professionals, o de funcionariat, amb tot el meu respecte, per uns i altres... (Margalida Jordà)

Tot i el retrocés de l'Església com a institució clau en l'acció social, aquests valors es recolzen, segons la visió dels protagonistes, en l'espiritualitat que aporta la presència de la religió en l'atenció social. Sense que sigui monopoli de l'Església catòlica, aquesta espiritualitat és, segons na Margalida Jordà, el que mou i impulsa els valors que animen a continuar amb una tasca difícil com és el treball amb els més desfavorits.

En aquest sentit, Tomeu, Gabriel i Margalida tenen una visió optimista del futur de la societat, en el sentit que són els valors (justícia, solidaritat, compromís...) els que han de guiar l'acció social.

És la societat mateixa, si vivim un moment de la humanitat on aquesta humanitat és més humana [...] que el que era abans, ha de donar respostes perquè tots els éssers humans tenen el dret de poder viure dignament i créixer i desenvolupar-se dignament, [...] per tant crec que hem d'estar contents, encara que no tingui cap vessant religiós, però sí té els valors que nosaltres defensem i això és molt important. Jo crec que les fortaleses que nosaltres aportem són els valors de justícia, és a dir, són els valors evangèlics, i els valors que nosaltres estam defensant dins totes les nostres entitats. (Margalida Jordà)

Aquí ve el que dèiem, cada religió intenta omplir aquest buit sense Déu. Cristianisme, budisme... I tota religió que no implica un compromís seriós amb els més dèbils té més èxit. loga... No ho crític, m'enteneu? És clar, tot allò que suposi que jo he de comprometre la meva vida, i he de comprometre la meva existència a causa d'una cosa que jo crec, això és el que no existeix, això és el difícil d'aconseguir avui en dia, has d'obrir moltes perspectives... (Tomeu Suau)

L'ideal de la transformació apareix en els seus discursos en forma de termes com «esperança», «somni», que representen la il·lusió per continuar canviant el món i la voluntat de no deixar de cercar respostes.

Però no vull saber res, jo m'he limitat a tornar a recuperar l'esperança, la il·lusió, les ganes d'«hem de canviar el món», «hem de canviar tal» «això no pot ser, és una injustícia, anem a treballar, anem a fer» i això ara és com si tornés a començar. (Tomeu Suau)

Ara duc una temporada que torn a llegir coses que jo havia llegit quan era jove, és a dir, per exemple, el discurs de Luther King l'he tornat a llegir deu vegades durant aquests darrers dies, «vaig tenir un somni», i a mi només llegir això ja m'emociona, és que m'emociona, saps? Llavors, podem dir el que vulguem, però hi ha hagut aquells moments. L'altre dia vaig veure la pel·lícula Sud-àfrica, de Mandela. [...] Aquests moments de la història que van marcar tota una època, una revolució, tot un canvi, tornam a necessitar tot això. (Tomeu Suau)

En contrapartida, la força dels valors sobre els quals es fonamenta la societat i el context actuals (el consumisme, la comoditat, la hiperconnexió de les xarxes socials, la precarització del mercat laboral...) és vist com una dificultat que afecta la manca de motivació de molts de joves a participar en la societat civil, a lluitar pels seus drets.

No anam bé. Vos diré tres coses: hi ha l'afany de poder que s'ha ficat al cor de les persones (millor cotxe, millor mòbil), això ha entrat. L'afany de consum, la necessitat que es crea de consumir i que han llevat Déu d'enmig. Digau-li Déu o la part espiritual de les persones. Cadascú s'ha fet el seu déu. És a dir, jo puc matar ara, si no m'agafen, puc matar, no tinc Déu. Val, jo dic als joves, no tinguem déu, però a on anem? Què li passa a la religió? Que cada religió intenta omplir aquest buit dels sense déu. (Tomeu Suau)

Aquesta limitació és valorada com una oportunitat des de la perspectiva de les possibilitats que els joves també s'entusiasmin si «ens adaptam a la seva realitat» (Margalida Jordà). Es parla del repte que suposa la motivació dels joves, que han nascut i crescut en una societat com la nostra, envers la feina altruista i amb els altres. Es considera fonamental promoure els valors del compromís i la llibertat entre el jovent. El fet de creure en un mateix, donar sentit a la pròpia existència, saber el perquè de les decisions que es prenen, aprendre a viure en llibertat i a comprometre's.

L'estructura i les «llavors sembrades» són considerades com els principals actius que assegurin la continuïtat de la tasca iniciada: els joves de les entitats que prenen el relleu, el planter dels joves de Jovent, Naüm, Projecte Home, Càritas. Aquest relleu generacional es dona amb una actitud oberta a la participació activa: aprenentatge, nous projectes, participació política: el compromís en actiu.

Crec que hi ha una estructura de continuïtat, que és un actiu que no hi ha cap entitat que la tingui que és l'estructura parroquial, l'estructura de diòcesi. Pots tenir moments baixos, pots tenir moments de decadència, emperò és un lloc on fas peu i des d'allà pots dir una paraula, si no tinguessis això, on dius la paraula, on te'n vas? Te'n vas enmig de la plaça d'Espanya com aquests predicadors que peguen crits? (Gabriel Pérez)

Una actitud que proporciona esperança:

Jo voldria afegir una altra fortalesa, vist des del Projecte (PH), és clar. Al Projecte tenim persones aparentment molt destrossades, molt fotudes, molt despersonalitzades. I jo m'he trobat amb cada una d'elles amb capacitat d'humanitat, capacitat de recuperació, capacitat de... Joestic convençut que a dins la nostra societat, que s'està pegant un pal molt fort amb tot el que he dit abans, no se podrà destruir aquesta capacitat i més prest o més tard sortirà... Sortirà perquè tots nosaltres ho veim sortir cada dia. Per tant, jo crec que això és una fortalesa. (Tomeu Català)

Aquesta capacitat de resistència és vista amb optimisme i com la garantia de la continuïtat dels projectes que representen, i que significa per a ells una de les principals fortaleses. Cada un dels entrevistats explica de quina forma les seves entitats han enfocat el relleu generacional i el trànsit als equips de direcció. Cada entitat té les seves particularitats i tenen estatus de fundació, associació o cooperativa. Tot i així, han trobat la forma d'assegurar la continuïtat de les entitats i dels projectes per tal que es mantinguin els equips, el model de gestió i l'activitat duta a terme fins ara.

Tots ells coincideixen en el fet que, estant jubilats o a punt de jubilar-se, continuen sent actius socialment, alguns d'ells en plataformes de participació política, altres col·laborant encara en les entitats que representen, etc. Per altra banda, els projectes encara no definits expressen una voluntat d'aprendre i d'iniciar noves experiències formatives o de vida.

Fa quaranta anys que som al barri i pens que me n'hauria d'anar, pens que hauria de fer una altra manera, fer una altra cosa, o simplement retirar-me, i ja està, però no ho sé. A mi m'és igual el que sigui. [...] El que sí tinc clar és que tot el bagatge que duem, és clar, jo no puc aturar, però tampoc no puc seguir. Hi ha tantes coses en marxa que a mi me superen, val, i ho he posat en marxa jo... Per ser allà i no fer res, no hi seré. (Tomeu Suau)

En aquest moment estic en plataformes de pensament polític, Fundació Darder-Mascaró, dins la publicació *L'altra mirada*. [...] També visc amb l'associació de veïns... Te sents amb edat i perspectiva suficient per dir el que penses. Aquest és el meu moment, moment de col·laboració. Però la paraula definitiva no la tinc jo, la tenen uns altres. I si no aquí hi som. (Gabriel Pérez)

I per tant, anar sembrant que val la pena creure en la persona, perquè ho veig cada dia, que per ventura això només és una cosa petita, sí, però s'ha de valorar això petit. (Tomeu Català)

Tota aquesta part més burocràtica, de gerència... tot això ho vaig deixant, però tot el que respecta a valors, respecte a com fem les coses, amb això me tendran sempre, crec jo, que me necessitin. (Margalida Jordà)

Aquesta idea de «relleu generacional» ve associat a una certa por per la incertesa que suposa el canvi, però entenen que és un procés que viuen ara mateix i comparteixen la seguretat que són els joves els que es faran càrrec de les institucions, amb la certesa que ells han de quedar en un segon pla i que són els joves els que han de seguir cap endavant.

Jo tenc setanta-sis anys i hem fet una feina molt seriosa, molt pensada i discutida, del relleu, del qual ja fa un any, del qual estic molt content. Perquè tenc molt clar que l'important és la gent que és aquí a baix, l'important no és en Tomeu. De fet, això s'està fent. A nivell personal he d'aprendre a estar en un altre lloc. Crec que ho estic fent. Això a nivell de Projecte [en referència al Projecte Home]. (Tomeu Català)

A nosaltres ens toca estar en una segona línia i els joves són els que estan en primera línia i lluiten. Estam en un moment que hem de respectar una nova manera de veure les coses que possiblement no coincideix amb la nostra. (Gabriel Pérez)

A Jovent quan me'n vagi tot funcionarà igual, funciona a través de cooperatives que ja marxen. Per exemple, a la cooperativa no em necessiten per res i a la granja tampoc. (Tomeu Suau)

5. Conclusions i discussió

Va ser durant els anys vuitanta i noranta quan es va desenvolupar el tercer sector d'acció social a Espanya, coincidint amb un entorn òptim de l'Estat de benestar i amb el suport de l'Administració pública, que s'hi va recolzar durant el procés de constitució dels serveis socials i d'atenció a les necessitats dels col·lectius més vulnerables.

En els seus inicis, el tercer sector va ser influït per una forta empremta religiosa i assistencial. En aquells moment va ser determinant el lideratge de persones que des dels entorns parroquials i les associacions religioses havien lluitat durant anys per millorar les condicions de vida de les persones amb més dificultats. Es tractava de persones que havien viscut la renovació del Concili Vaticà II i que havien promogut la creació de projectes d'atenció social i educativa en contextos comunitaris.

D'acord amb el testimoni de quatre representants d'entitats del tercer sector de Mallorca, el compromís social que hi havia els anys que ells van iniciar la seva trajectòria professional va deixar pas progressivament a un estat de desmobilització social que arriba fins als

nostres dies. Juntament amb aquesta desmobilització, es refereixen a un retrocés del paper de l'Església i a un replegament pel que fa a l'atenció a les necessitats socials. Es refereixen a un retrocés de l'Església cap a plantejaments del passat i a una tendència a l'abandonament voluntari de l'acció social.

Tot i així, aquesta regressió també és considerada amb la confiança i l'esperança que suposa la implicació de la societat civil. L'estructura i les «llavors sembrades» són considerades com els principals actius que assegurin la continuïtat de la tasca iniciada. El relleu generacional es dona amb una actitud oberta a la participació activa: aprenentatge, nous projectes, participació política, el compromís en actiu.

A més, una altra de les grans fortaleces de les entitats és el potencial que representa la «gent oculta», persones que han participat en projectes socials, fins i tot d'aquelles amb més dificultats i que, en forma de llavor, són un potencial transformador de la societat.

Aquest canvi del rol de l'Església coincideix amb el procés de professionalització dels serveis socials. Aquest procés s'ha acompanyat de la consolidació d'un model de gestió de la qualitat dels serveis que, per part d'alguns dels entrevistats, és valorat com una pèrdua de valors com el voluntariat o la humanitat. D'acord amb els seus testimonis, el procés de professionalització dels serveis públics ha impactat sovint en les vocacions i les motivacions d'aquells que es dediquen a l'atenció social.

Pel que fa al model de gestió, d'acord amb els discursos dels entrevistats sorgeixen tres grans reptes de futur: per una part la gestió de qualitat versus el treball amb humanitat, seguit de la professionalització versus el voluntariat i, en tercer lloc, el paper de l'Església versus el paper de les institucions públiques en el futur de l'entramat social de les Illes Balears.

Tenint en compte que la gestió de qualitat du lligada una burocratització i normativització dels serveis socials, consideren una gran fortalesa de les entitats que representen el tracte humà que ofereixen, el treball amb cor i dedicació. Sabem que les normes i els sistemes de qualitat basats en els procediments serveixen i han servit històricament per millorar, no obstant això, com bé indiquen les quatre persones entrevistades també redueixen la llibertat de moviment, la flexibilitat i, amb elles, les possibilitats d'acció i intervenció. Amb tot, el repte consistiria a assolir l'equilibri entre la gestió de qualitat i el treball amb humanitat, especialment en el tercer sector. La flexibilitat i l'equilibri per aconseguir una millor qualitat, no necessàriament vinculada a una major burocratització i sí a oferir un millor i major servei és clau per fer-ho possible.

I en aquest nivell l'estructura a vegades ofega. [...] És clar, unes condicions legals que la fan inviable, en canvi, allà hi havia abans uns voluntaris, unes monges, uns treballa-

dors formats, que treballaven moltíssim la motivació humana, treballaven moltíssim la relació interpersonal. A ara, perquè no hi ha la ràtio de professionals que hi ha d'haver, segons la llei, aquest quaranta vells els han repartit en diferents llocs. [...] això és dramàtic, és una societat que s'organitza per a la gent benestant, el nivell de baix queda desmarcat en nom de la qualitat, en nom dels programes de qualitat. (Gabriel Pérez)

Ara ja no pots fer feina amb nins. Si ara hagués de començar, no començaria. No hi ha ningú que avui dia pugui començar una feina amb nins: portes, llums, i tenen raó que no pots anar en contra. El mal és que tenen raó, però no pots començar. (Tomeu Suau)

No podem anar a la piscina, no podem anar a la platja, no puc fer campaments a la Tramuntana, no podem anar a acampar... tres mil euros de multa ens van posar per anar a acampar. La Tramuntana la fèiem cada any, travessàvem tota la tramuntana, ara no ho podem fer. Ara ningú començarà una feina per als nins a no ser que hi hagi monitors pagats, amb el director pagat, i que es dediquin a tenir nins, però educació cap ni una, vull dir... És que estic indignat amb això. Però jo ara he anat al director general i li he fet una protesta, com és possible que nosaltres no hi puguem anar a la Tramuntana? Pues no, no hi podem anar, no hi podem anar a acampar. (Tomeu Suau)

Un segon element que es tracta en les entrevistes i que suposa, al nostre parer, un segon repte és l'equilibri entre la professionalització de l'acció social i el voluntariat. En aquest sentit, durant l'entrevista, els diferents entrevistats han anat assenyalant que sembla que, amb el pas del temps i amb la professionalització de l'acció social, el voluntariat va perdent força o fins i tot es considera que no fa falta, que «sobra».

El primer projecte que vàrem fer europeu nosaltres vàrem dir una paraula que era quasi una blasfèmia, que era «voluntariat». Al nord d'Europa això no se contempla ni se contemplava, en una comunitat terapèutica no hi pot haver voluntaris [...]. Hi ha d'haver el professional, professor d'esports i el professor de tal, tot hi estava inclòs i tot pagat, per tant, només s'arribava a trenta persones [...]. Pot parèixer que això a poc a poc arriba aquí, pareix que tot ha d'estar estratificat, tot ha d'estar legalitzat, etc., és a dir, el fet d'aquest *plus sopra*. (Tomeu Català)

Per una part, la professionalització de l'acció social aporta coneixement tècnic, procediments, una estabilitat i continuïtat de les accions i un suport institucional. No obstant això, no pot estar renyida amb les contribucions que pot oferir el perfil del voluntariat que, com afirma Tomeu Suau, seria aquell que fa feina amb el cor, que està motivat, indistintament que cobri o no.

Un tercer element o repte patent en diferents moments i que es pot extreure és el paper que ocuparà l'Església i les congregacions en l'entramat social que han ajudat a crear.

En aquest sentit, Margalida Jordà manifesta: «La responsabilitat és de l'Administració pública, nosaltres en som col·laboradors». Els altres entrevistats coincideixen que hi ha una necessitat mútua i que conjuntament es pot arribar a més gent i millor.

Juntament amb aquests reptes, considerem necessari no perdre de vista el nou escenari que es configura al tercer sector arran de la recessió econòmica a partir de 2007 i les consegüents retallades de la inversió pública, i que han afectat principalment les classes mitjanes, entre els anys 2011 i 2013 (Plataforma de ONG de Acció Social, 2017). Atenent les dades publicades per la Plataforma de ONG de Acció Social (2017), l'increment en aquests anys de l'atenció directa coincideix amb un augment del voluntariat (des de 2010 el voluntariat ha crescut un 18,3%) i la baixada del nivell de professionalització.

Aquest nou context es caracteritza per una disminució de la despesa social de l'Administració pública, un canvi del perfil de persones beneficiàries (noves problemàtiques que afecten a la classe mitjana, com l'habitatge o l'atenció a la infància), i la captació de nous recursos i fonts d'ingressos. Els retalls de la inversió pública i la disminució de les fonts privades tradicionals (obres socials, caixes d'estalvi) han diversificat les fonts d'ingressos, cosa que ha donat pas a noves estratègies de finançament.

El repte de la sostenibilitat econòmica i alhora el repte de garantir nivells adequats de qualitat són fites primordials. En aquest context, es requereixen aliances entre entitats que tenen experiència en la intervenció social i la consolidació del tercer sector com a agent interlocutor de la societat civil, que ajudi a definir aquest nou escenari de finançament en el qual el mercat comença a tenir un paper important en l'acció social. Davant el dilema sobre el possible canvi de cicle o paradigma del tercer sector, l'aliança de les entitats amb més experiència serà un element cabdal.

A més, principalment per part de les entitats petites i mitjanes, es planteja el repte de mantenir estàndards de qualitat, els nivells òptims de professionalització de les entitats i la formació adequada de les persones voluntàries que participen en la intervenció social.

Finalment, hem de destacar les aportacions que al llarg d'aquests anys han tingut les entitats representades a través dels quatre entrevistats: la seva capacitat de sensibilització, conscienciació, motivació, formació i influència sobre les professions socials i educatives; la seva tasca i metodologies innovadores. Un impacte que es posa de manifest per la influència i destacable repercussió que han tingut en la societat civil i en les institucions públiques.

En aquest context de canvi i reflexió sobre l'actualitat del tercer sector, l'experiència acumulada per part d'aquestes entitats és un actiu fonamental que justifica que continuïn desenvolupant un paper rellevant en el debat i la interlocució política i social.

Referències bibliogràfiques

Ariño, A. (2008). Articulación del tercer sector en España. *Revista Española del Tercer Sector*, 10, 107-129.

García, E., Gomila, M. A., Muñoz, R. (2011). El tercer sector d'acció social davant els nous reptes de la promoció de l'autonomia personal i prevenció i atenció a la dependència a Mallorca. A *Revista Afers Socials*, 6, 71-83.

Plataforma de ONG de Acción Social (2017). *III Plan estratégico del tercer sector 2017-2021*.

Autors

BELÉN PASCUAL BARRIO

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 l'evidència. Ha estat vicedegana de la Facultat d'Educació i cap d'estudis d'Educació Social entre els anys 2009 i 2016.

VICTÒRIA QUESADA SERRA

Doctora en Ciències Socials i Jurídiques, àrea d'Educació. Màster en Orientació i Avaluació Socioeducatives i llicenciada en Pedagogia. Ha estat becària, investigadora contractada i docent del Departament de Didàctica de la Universidad de Cádiz. Actualment, és professora contractada doctor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la mateixa universitat.

LLUÍS VIDAÑA LLADÓ

Graduat en Disseny Gràfic per l'Escola d'Art i Superior de Disseny de les Illes Balears, màster de Formació del Professorat, en l'especialitat de Dibuix, a la UIB i ha fet el curs de Community Management de la Fundació UNED. Actualment és tècnic superior del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social de la UIB (<http://gifes.uib.eu>).

M. ANTÒNIA GOMILA GRAU

Llicenciada en Ciències Polítiques i Sociologia en l'especialitat d'Antropologia Social per la Universitat Complutense, doctora en Història per l'Institut Universitari Europeu. Becària Marie Curie a l'Institut d'Ethnologie Méditerranéenne et Comparative de la Universitat de Provença (França), on va desenvolupar un projecte de recerca sobre les relacions intergeneracionals 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. És professora també de la UOM. El seus temes d'interès se centren en les relacions intergeneracionals, la família i l'escola.

**L'ACTIVISME SOCIAL, CULTURAL I
POLÍTIC A L'EDAT DE LA JUBILACIÓ**

L'activisme social, cultural i polític a l'edat de la jubilació

Carmen López Esteva
Cecili Buele i Ramis

Resum

La participació social, entesa des del compromís, és una activitat que desenvolupen moltes persones de més de 60 anys a les Illes Balears. Aquest article té com a objectiu conèixer més de prop aquest fet i donar veu a aquesta part la població a l'Anuari. S'han fet entrevistes a una mostra de 15 persones: dones i homes més grans de 60 anys de les Illes Balears, actives en àmbits culturals, socials o polítics actuals. Ens proposam fer veure que superar la seixantena, lluny de representar cap obstacle perquè una persona continuï activa, és una ocasió molt bona per fer aportacions substancials que contribueixen a fer que la nostra societat illenca es pugui considerar significativament participativa.

S'hi veu que l'experiència adquirida al llarg de la vida incrementa la intensitat i, fins i tot, la qualitat d'aquesta implicació. D'entre les conclusions nombroses que se'n treuen, en remarcam una de primordial: l'envelliment actiu de les persones grans de més de 60 anys a les Illes Balears no neix ni prové del no-res; en la majoria dels casos esdevé fruit d'una trajectòria de participació social, personal o col·lectiva, que culmina amb resultats com els que reflecteix aquest estudi.

Resumen

La participación social, entendida desde el compromiso, es una actividad que desarrollan muchas personas mayores de 60 años en las Illes Balears. Este artículo tiene como objetivo conocer más de cerca este hecho y dar voz a esta parte de la población en el Anuari. Se han realizado entrevistas a una muestra de 15 personas: mujeres y hombres mayores de 60 años de las Illes Balears, activas en ámbitos culturales, sociales o políticos actuales. Nos proponemos demostrar que superar los sesenta años, lejos de representar un obstáculo para que una persona siga activa, es una ocasión muy buena para hacer aportaciones sustanciales que contribuyan a hacer que la sociedad de nuestra comunidad se pueda considerar significativamente participativa.

Se observa que la experiencia adquirida a lo largo de la vida incrementa la intensidad e incluso la calidad de esta implicación. De entre las numerosas conclusiones que se extraen, destaca una primordial: el envejecimiento activo de las personas mayores de 60 años en las Illes Balears no nace ni proviene de la nada; en la mayoría de los casos se da fruto de una trayectoria de participación social, personal o colectiva, que culmina con resultados como los que refleja este estudio.

1. Introducció

Mitjançant aquest article es para esment a la temàtica de la **participació activa i autònoma** de les persones grans de les Illes Balears. Quan es parla de persones grans, en la línia dels objectius de l'Anuari, no es fa referència a un bloc homogeni de gent, sinó al conjunt de realitats diferents que caracteritzen aquestes persones, entre les quals hi ha l'activisme o la participació activa. En aquest article es vol fer visible aquest sector de la població de gent gran que duu a terme accions participatives.

A primer cop d'ull pot semblar que l'activisme social, cultural i polític és més propi de la gent jove, gent que té poques dècades d'existència damunt del planeta. Però es pot limitar l'activisme a una visió tan reduccionista? És possible l'activisme entre les persones grans? Si s'analitzen les trajectòries de persones, avui grans, que han desplegat al llarg de dècades un seguit d'accions d'activisme, es troben històries de persones tan variades com les que són fruit de conviccions religioses profundes, aportadores de vivències espirituals d'arrel cristiana, com les de persones que actuen des de perspectives laiques que no tenen res a veure amb cap aspecte de caràcter religiós. Cal tenir present el context històric i social de la comunitat illenca, des de les trajectòries que es mouen en àmbits estrictament culturals, fins a les que tenen a veure amb el món educatiu, esportiu, institucional, juvenil, musical, polític, religiós, sanitari, sindical, solidari, social, universitari o veïnal. Però, què succeeix quan s'arriba a l'edat de la jubilació, a partir dels 60 anys? **Què passa** amb l'activisme social, cultural o polític desplegat durant les dècades anteriors. Aquesta participació minva a mesura que passa el temps o, en canvi, es manté o creix encara més en intensitat, quantitat o qualitat?

A les Illes Balears la presència de persones grans en l'àmbit de la **participació activa és un tema poc estudiat encara**. March (2014) analitza la complexitat de l'envelliment a la nostra societat i afirma: «Però l'important no és l'edat, és la capacitat. I, si cerquem, segur que trobam molts exemples de vells actius, de vells que segueixen creant i fent.» En aquest article es vol ampliar la informació escrita de què es disposa sobre la vellesa que «crea» o «segueix creant» en l'actualitat. De fet, un dels reptes de l'Anuari de l'envelliment (Pascual, Pozo, Orte i Sánchez, 2017,) és «aprofundir en les experiències de voluntariat i participació política» (p. 43), és a dir, conèixer les dimensions de l'activisme social, cultural i polític a l'edat de jubilació. Segons la revisió bibliogràfica internacional de Dahan-Oliel, Gelinas i Mazer (2008), els estudis entre 1982 i 2008 se centren principalment en els beneficis i en els factors associats, i destaquen la interacció entre els factors personals i els condicionants de l'entorn.

Riera (2009), en la seva anàlisi sobre les associacions de gent gran, distingeix entre associacions que ofereixen serveis i associacions que fomenten la presa de decisions. En el primer cas, qui hi participa es beneficia d'una activitat organitzada, mentre que en

el segon cas les persones tenen la possibilitat de participar en la presa de decisions dins l'associació. Si ho analitzem des del punt de vista vivencial (Vecina i Vives, 2016), també s'ha parlat d'aquelles persones que gaudeixen d'activitats en contrast amb aquelles que les organitzen o promouen als centres de gent gran. L'objectiu d'aquest treball se centra primordialment en aquest segon perfil i es tendeix a l'especificitat del «compromís social» que, segons la taxonomia sobre el concepte «participació en la gent gran» de Levasseur i els seus companys, és més restrictiu i intens que els conceptes de «participació» i «participació social» (Levasseur, Richard, Gauvin, i Raymond, 2010).

Per acotar el tema, cal tenir present el que no pretén abastar aquest treball. Entre altres aspectes, no pretén posar en marxa cap proposta relacionada amb l'envelliment actiu, ni per afavorir les persones grans, ni millorar-ne la dinamització sociocultural. Amb aquestes finalitats hi ha altres estudis molt valuosos. Sempre partint de la base teòrica de la perspectiva comunitària (Ballester, Vecina i Pascual, 2014), aquest treball pretén fer la presentació concreta d'un sector considerable format per persones més grans de 60 anys que es mostren actives en l'àmbit cultural o bé el social o el polític.

Seguint la línia esmentada, el document tampoc no centra l'atenció en iniciatives o programes institucionals provinents de l'Administració pública, tot i que resulta important conèixer la mirada i l'acció de les institucions públiques. Aquests darrers anys, degut a algunes iniciatives, s'ha pogut apreciar un **moviment institucional per entendre l'envelliment** com quelcom complex no només observat des de la vessant de la dependència. S'ha fet un gir vers la prevenció per entendre el col·lectiu de persones grans des de la perspectiva de la inclusió social. Es tracta d'una part creixent de la població, una part de la població amb potencial, ja que arriben a la vellesa amb un estat de salut que els permet autonomia i capacitat de decidir. Aquesta nova perspectiva institucional està vinculada a contribucions internacionals que l'han empès. Per exemple, la II Assemblea Mundial sobre Envel·liment, en l'article 10, diu que «una societat per a totes les edats inclou l'objectiu que les persones d'edat tinguin l'oportunitat de seguir contribuint a la societat [...] més enllà de les activitats econòmiques». Una altra iniciativa internacional és la *Guia: Ciutats amigables amb les persones grans*, coneguda com a *Protocol de Vancouver* (OMS, 2007) o la celebració de l'Any de l'Envel·liment Actiu i la Solidaritat Intergeneracional 2012, així com l'informe de l'OMS (Beard et al., 2015) en pro de l'envelliment actiu. Aquesta perspectiva de l'envelliment actiu va lligada a l'estil de vida, segons l'OMS, i té molts components. Els objectius principals estan dirigits al manteniment de la salut física, mental i de les xarxes relacionals.

Segons l'informe de l'OMS (2015), les maneres d'envellir són diverses en funció de l'estat de salut físic i mental i els estats funcionals de cada persona. Aquesta diversitat, molt més àmplia que en altres franges d'edat, aquí interessa per il·lustrar la impossibilitat d'etiquetar de manera simplificada les persones més grans de 60 anys. L'objectiu que promou l'informe de l'OMS és augmentar les trajectòries positives d'envelliment i que les

persones grans segueixin desenvolupant la seva participació social i fent contribucions. En l'àmbit institucional, aquesta finalitat va lligada a accions de caràcter preventiu i a un impacte positiu, com l'estalvi econòmic, ja que, com més dependència i demandes als sistemes de salut i serveis socials hi ha, més important és la inversió social que es requereix. Per tant, es vol fomentar el model de proparticipació social, que considera que les persones grans tenen potencial per contribuir a la societat.

En l'àmbit nacional i, per tant, a la comunitat autònoma de les Illes Balears, degut a aquest canvi d'enteniment, apareixen noves accions. Per exemple, aquest nou punt de vista es reflecteix en les jornades anuals sobre l'envelliment que es fan a Mallorca des del 2012 o el tríptic informatiu «Volem ser actius per envellir millor» (2012). I aquest canvi de comprensió ha generat un moviment institucional, tot i que encara escàs o mancant de continuïtat, **per anar més enllà dels tallers adreçats a les persones grans i crear espais de participació**. Un exemple a les Illes Balears va ser el projecte «Donar veu», de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca (OMM), que està lligat a l'objectiu de la participació activa i incidència en el desenvolupament comunitari del col·lectiu de persones grans (Valiente, Cuat i Mayrata, 2016). El 2017 l'Institut Mallorquí d'Afers Socials va iniciar un conveni per promoure, entre altres activitats, projectes de participació social i voluntariat. Per tant, es pot observar un impuls institucional cap al reconeixement de les persones grans com a ciutadanes actives dins de la ciutat. En matèria de participació institucional, cal dir que hi ha àmbits regulats amb moltes persones implicades; el Govern de les Illes Balears garanteix, mitjançant un decret, a tots els centres amb finançament públic, un òrgan de participació de gran rellevància per a la dinàmica dels centres.

Amb aquest estudi es mira de parar esment a tot un conjunt de tasques que fan les persones grans, per pròpia voluntat i decisió; tasques, persones i àmbits que resulten ben definits i concrets. Són persones que continuen sent promotores, impulsores o animadores d'aquestes accions per iniciativa pròpia, sempre d'acord amb la legislació vigent, però que no depenen de l'Administració pel que fa a la decisió personal. Una de les fonts que serveix de guia per a algunes anàlisis d'aquest document és l'obra clàssica *Política*, d'Aristòtil, de 383-322 aC (Alberich i Mariné, 2014). Tracta temes que, a pesar de la distància en el temps i en l'espai, encara perviuen i interessen a la humanitat i a la gent amb consciència política, teòrica o pràctica, avui dia. Reflexionem sobre el cas de la gent més gran de 60 anys que persisteix activament en alguna tasca. Entre altres temes, sobresurt el de la participació activa en la vida pública. Per a Aristòtil el ciutadà és un animal polític: «qui és ciutadà no s'ha de resignar a ser un súbdit i un espectador del que fan els polítics, ja que el ciutadà és un animal polític, és a dir, un ésser que té dret a participar activament en la vida pública», i no parla d'edats. I també («Llibre III»), l'estudi que fa del que és un ciutadà i de les virtuts que ha de posseir per poder participar en l'administració i ser membre de l'assemblea proclama que «la finalitat de l'estat és la felicitat, és a dir, no solament viure, sinó viure bé».

En funció de la revisió duta a terme, es parteix de tres idees principals per acotar el tema. En primer lloc, comprendre que exercir la participació activa en l'àmbit públic no té edat; en segon lloc, que internacionalment es reconeix aquest exercici no només com un bé per a la comunitat (tant des del punt de vista humà com econòmic), sinó com un bé per a la salut individual, i en tercer lloc, l'afany de donar resposta al buit de l'Anuari a l'hora de visibilitzar aquest sector de la població. Per tant, l'estudi tracta, simplement, de constatar un fet: el de la participació activa, real i concreta, de persones més grans de 60 anys en àmbits diversos, i traure'n algunes conclusions que permetin contribuir al fet que se'n conegui l'existència i la força. No s'analitzarà el que es fa des d'una entitat o associació de persones grans, sinó que es pretén presentar una panoràmica de gent que, en aquesta etapa de la vida adulta, vol continuar, i de fet continua, mantenint-se activa en l'actualitat, fins i tot conjuntament amb altres persones d'edats diferents.

Com a referent d'aquest tipus d'anàlisi, cal destacar l'informe que fa l'Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (Duque i Mateo, 2008). En l'àmbit nacional és el document que descriu la participació social de la gent gran i estableix un precedent a l'hora d'acotar els indicadors clau. També acota els àmbits: polític, laboral, educatiu, social i cultural. Aquí no s'aborda el laboral, atès el perfil estudiat, i tampoc es tracta el de formació. A l'estudi sobre alumnat de la Universitat Oberta per a Majors (UOM), cursos 2006-07 i 2011-12 (Vives, Orte, Macías, i March, 2014), s'estudia la gent gran de les Illes implicada en aquest programa formatiu i queda constància del benestar percebut que s'obté mitjançant aquesta participació en relació amb la dimensió social i la xarxa relacional. Amb aquests estudis es pot comprovar a la pràctica el que se'n diu teòricament a les més altes esferes d'organitzacions internacionals com l'OMS (2002), quan proposa definir «l'envelliment actiu» com el:

«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.' S'hi remarca, doncs, 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.» (Aranda et al., 2017).

En definitiva, tenint en compte que «com a repte de futur 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» (Pascual, Pozo, Orte i Sánchez, 2017, p. 44), hom espera i desitja que l'aportació que es fa amb aquest estudi arribi a comportar també l'oferta i el plantejament d'una sèrie d'elements que puguin ser tinguts en compte per part de qui desitgi aprofundir-hi encara més. Aquest estudi tracta de la participació activa de gent més gran de 60 anys a les Illes Balears, en tasques de promoció directa, d'impuls continuat i de representativitat activa en els àmbits socials, culturals i polítics illencs més diversos.

2. Metodologia

Es tracta d'una aproximació mixta, primordialment qualitativa, a la participació activa i autònoma de les persones grans de les Illes Balears. S'ha analitzat la temàtica seguint una estratègia inicial de revisió bibliogràfica que ha permès una primera aproximació teòrica. Posteriorment, s'han seguit dues estratègies metodològiques, per un costat, una enquesta a organitzacions de les Illes Balears sobre la proporció de persones grans que en formen part i, per l'altre, s'ha aplicat un qüestionari que, com a tècnica qualitativa, ha permès aproximar-se a la realitat concreta d'informants qualificats més grans de 60 anys, persones representatives del món associatiu de la comunitat.

La tècnica utilitzada que ha permès recollir la informació ha estat principalment l'entrevista (Ballester, Nadal, i Amer, 2014). S'ha estructurat segons els objectius i els interrogants plantejats, tal com es descriu a continuació. Més específicament ha consistit en un qüestionari de preguntes obertes autoadministrat. Aquest mètode té els avantatges que és més ràpid i que pot arribar a més persones, tot i que té el risc que tendeix a perdre qualitat en les respostes.

a. Recerca bibliogràfica

En primer lloc, s'ha fet una recerca bibliogràfica indirecta d'àmbit autonòmic i una breu recerca d'àmbit internacional a la base de dades Web of Science mitjançant la fórmula de recerca «((Aging OR Ageing OR Elderly OR Older OR Seniors) AND TOPIC: (activist OR active involvement OR social engagement))», en què s'han analitzat per ordre de rellevància els 150 primers articles. Els criteris inicials d'inclusió dels articles per garantir-ne l'actualitat i la possibilitat que fossin extrapolables al context de les Illes han estat: haver estat publicats dins els darrers 8 anys i ser d'origen occidental (europeu o americà). En segon lloc, s'han seleccionat en funció de la pertinença al tema.

b. Mètode quantitatiu

Té l'objectiu de conèixer la presència de persones gran, amb funcions actives, en organitzacions o associacions no específiques de gent gran (no específiques ni per funció ni per composició). Concretament, la proporció de persones més grans de 60 i més grans de 85, així com la proporció de dones. Al mateix temps, conèixer com és la distribució entre a) càrrecs de presa de decisió (entitats) o electes (partits) i b) grups operatius (entitats) o que fan funcions de rellevància especial (partits). Tot i que la mostra inicialment està repartida en 4 illes, degut al tipus de resposta (la major part d'organitzacions que actuaven a Eivissa també actuaven a Formentera), s'ha optat per utilitzar una etiqueta comuna en aquest cas.

- La mostra: S'ha distingit entre dos sectors (taula 1). Per un costat, la participació en entitats de les Illes, prioritàriament de l'àmbit sociocultural «finalitat 1111» (Llista d'associacions –Govern de les Illes Balears, 2018–). En segon lloc, la participació institucionalitzada als partits polítics; s'han seleccionat els que tenen representació parlamentària i/o als consells de les Illes Balears.

Taula 1 | *Mostra inicial d'entitats*

Àmbit	Descripció	Quantitat d'organitzacions				TOTAL potencial	És possible contactar-hi
		Mall.	Men.	Pitiüses	Illa no*** específica		
Entitat	- Totes les actives. - Totes les actives i socioculturals* (finalitat 1111).	544*	301	Eivissa: 472 Form.: 40**		1.357	Un 50% = 678
Partit polític	Partits amb representació parlamentària i/o als consells.		1	1	5	9	9

** La dada és aproximada. S'hi accedí mitjançant un únic contacte, el Consell d'Entitats de Formentera.

*** Organitzacions que actuen en més d'un dels espais territorials i organitzacions que no han identificat on actuen.

- Procediment: Primerament, s'han seleccionat les entitats amb l'objectiu d'arribar al nombre més gran possible i prioritzar l'àmbit sociocultural; també els partits polítics. En segon lloc, se'ls ha fet arribar el qüestionari en línia mitjançant el correu electrònic de sol·licitud. De les entitats seleccionades, aproximadament el 50% no té adreça de correu electrònic registrada o no la té actualitzada al registre d'associacions. Per tant, no és possible contactar-hi. D'altra banda, s'ha fet un seguiment telefònic dels partits polítics, però hi ha casos que opten per no respondre o al·leguen privacitat de les dades.

c. Mètode qualitatiu

Té l'objectiu de conèixer tant l'experiència participativa com la percepció sobre la participació activa de la gent gran per part de persones més grans de 60 anys que actualment són actives. De manera específica, l'estudi qualitatiu s'ha centrat en l'exploració i l'anàlisi dels aspectes següents:

1. Moment i causa d'inici de la participació i de les interrupcions. «Com ha estat la trajectòria participativa al llarg de la seva vida? El motiu i l'edat d'inici de cada etapa, així com les interrupcions i els motius d'aquestes, si és el cas.»

2. Factors que motiven l'acció (participació) i la mantenen. «Què li aporta la participació activa que desenvolupa? Per què manté la seva activitat?»
 3. Barreres percebudes per a l'acció (participació). «Què podria impedir, avui dia, que continuàs la seva participació activa a la comunitat?»
 4. Autopercepció i terminologia de l'acció que duu a terme. «Com definiria la participació que duu a terme?»
 5. Autopercepció de l'impacte o la influència de l'edat en les persones dels entorns on es participa. «Quina valoració fa del paper que té la seva edat als espais on participa?»
 6. Beneficis o desavantatges autopercebuts de dur a terme una participació activa a partir dels 60 anys. «Creu que té avantatges o desavantatges clars el desenvolupament d'una participació activa dins la comunitat a partir dels 60 anys? Per què?»
- La mostra compleix els criteris següents (taula 2): a) Persones més grans de 60 anys: límit d'edat situat dins l'edat que engloba la població que és considerada gran, el moment en què es pot entrar a la jubilació; 2) Persones actives en l'actualitat a les Illes Balears; 3) Persones accessibles (disposades a participar), i 4) Conjunt de persones que reflectís tant com fos possible la diversitat d'activitats representades: culturals (esport, música, llengua, etc.), socials (associacions de veïnats, ecologistes, etc.) i polítiques (partits). Sector de la població que inclou veus de la ciutadania, de participants en associacions i d'implicats dins l'Administració, segons la classificació esmentada per Vecina, Pascual i Ballester (2015). Amb l'objectiu d'aconseguir una mostra de persones representatives dels tres àmbits d'estudi, s'han seguit dos procediments:
 - a) Mostra de persones dels àmbits cultural i social: Primerament s'ha demanat a un total de 84 persones de les Illes: 1) Edat; 2) Àmbits de participació (càrrecs i anys, si escau), 3) Si coneixen l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears, i estaven disposats a participar-hi. Quant al seu perfil, totes són més grans de 60 anys: 72 homes i 12 dones que han nascut entre l'any 1935 (poc abans de la Guerra Civil Espanyola) i 1958 (durant el règim militar franquista), amb 23 anys de diferència entre la més jove i la més vella. Entre les persones que han respost (predominantment de Mallorca), se n'han seleccionat 10 per fer un qüestionari de més profunditat.
 - b) Mostra de persones d'àmbit polític: Primerament s'ha contactat amb els 9 partits polítics seleccionats anteriorment i s'ha sol·licitat la participació voluntària d'una persona del partit més gran de 60 anys; 5 han acceptat.

Taula 2 | *Mostra de persones entrevistades*

Àmbit	Cultural		Polític		Social		TOTAL
Persones	5		5		5		15 persones
Sexe	1 D	4 H	2 D	3 H	2 D	3 H	5 Dones, 10 Homes
Edats	65	67, 69, 71, 76	65	60, 65, 73	69, 73	70 × 2, 78	Entre: 60-78 anys, Mitjana = 69,06 anys

- Procediment: Qüestionari, autoemplenat per correu electrònic, de preguntes obertes corresponents als 6 objectius especificats. Comprovació telefònica en alguns casos.

3. Resultats

Fruit d'aquesta aproximació mixta a la participació activa i autònoma de les persones grans de les Illes Balears, s'ha pogut detectar la presència de gent gran que desenvolupa funcions actives en àmbits de participació tant en entitats socioculturals com als partits, segons declaracions de les organitzacions. En total hi han participat 51 entitats i 5 partits polítics. La mostra d'organitzacions que han participat en el qüestionari (gràfic 1), tot i ser reduïda, sí que està repartida pel territori. Per tant, encara que no es pugui parlar de conclusions fermes, sobre els resultats que se'n deriven sí que es pot parlar de tendències. Entre les entitats, només el 61% manifesta que hi ha presència de gent gran, mentre que tots els partits tenen algú de més de 60.

Gràfic 1 | *Distribució per illes de les entitats participants*

Font: elaboració pròpia.

La descripció de les dades generals de les entitats participants indica que la quarta part dels membres actius és més gran de 60 anys, mentre que la presència de més grans de 85 no arriba a l'1%. En aquelles entitats amb adults grans, la quantitat oscil·la, en equips

directius, entre 1 i 16 i, en grups operatius, entre 1 i 145, tot i que, en conjunt, les persones grans estan repartides de manera semblant en ambdós grups, 25% i 27,6% respectivament. En relació amb la variable de gènere, hi participen més dones que homes en ambdós grups (entre 3 i 7 punts percentuals per sobre), però en la franja de més grans de 60 anys entre els membres femenins «dels equips de direcció» les dones no arriben a ser una cinquena part, mentre que els homes grans són gairebé la tercera part dels membres masculins. En els «grups operatius» de les organitzacions, la distribució de dones més grans de 60 anys és semblant, mentre que la dels homes augmenta 8 punts percentuals. És a dir, sembla reflectir-se la imatge que hi ha menys dones grans de 60 anys actives que homes, i que, tot i que hi hagi una proporció més elevada de dones, especialment en grups operatius. En ambdós grups hi ha més homes grans que dones grans.

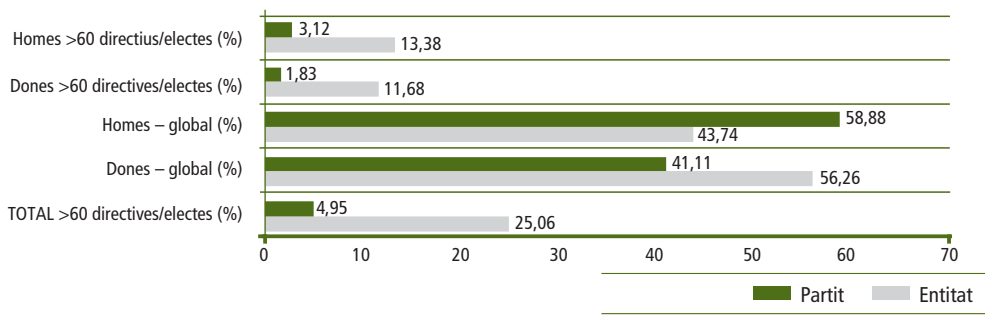
D'altra banda, en la distribució de participants dels partits polítics, destaca la presència de persones més grans de 60 anys en càrrecs electes, més que en el grup de persones amb funcions rellevants, on només es pot constatar certa presència (la mitjana surt elevada degut a un únic partit molt gran que en declara uns 150 en termes absoluts). Si ens centrem en els càrrecs per designació, sobre aquest total hi ha un 3,1% d'homes grans i un 1,8% de dones. En el gràfic 2 es pot veure la comparació dels percentatges entre les entitats i els partits. El primer bloc de columnes representa la proporció de persones més grans de 60 anys (en relació amb el total de persones que formen part del grup de càrrecs electes, com s'ha dit abans, no es pot comparar el de grups operatius). En el cas de les entitats, un 25%, dada que contrasta amb el 5% de presència en els partits. En relació amb el gènere, destaca en l'anàlisi global –representada al segon i tercer bloc de columnes– la distribució inversa d'homes i dones. En canvi, si analitzem la presència de dones i homes més grans, destaca que en ambdós casos la proporció d'homes està per damunt de la de les dones.

A partir del primer qüestionari enviat per fer la selecció d'entrevistats, que conté 84 respostes, es pot veure que la proporció d'implicats en l'àmbit polític és baixa, del 5%, enmig de la varietat d'espais d'implicació enumerats, en la línia de la informació donada per l'estadística anterior. En el camp social destaquen les activitats solidàries, educatives mediambientals, religioses i per a grans, mentre que en el cultural destaquen les musicals, literàries i de difusió de costums (ball, música, patrimoni).

Un altre resultat es pot extreure del mateix procés de contacte amb les organitzacions, siguin entitats o partits. Quant a la sol·licitud de participar en el qüestionari per conèixer el total de persones participants actives i la proporció de persones grans, la primera resposta en tots els casos contactats en què hi ha hagut diàleg ha estat: «No som una associació de gent gran.» A més, s'han pogut comptar 5 casos de correus electrònics de entitats que s'han posat en contacte amb nosaltres expressament. En aquests casos, el nombre de persones grans és 0, però es desconeix el total de membres actius. D'aquesta primera reacció que suscita la pregunta, es pot apuntar a la detecció d'un prejudici que forma part

de la comprensió de les persones adultes joves sobre la presència de persones grans a les associacions. Concretament, la comprensió que els grans «pertanyen a espais específics per a aquest sector de la població» en detriment de la normalització de la seva possible presència en espais no especialitzats per rang d'edat. Pot ser un prejudici fonamentat en diferents mites associats a la gent gran.

Gràfic 2 | Distribució percentual de participants



Font: elaboració pròpia.

Les entrevistes a 15 persones grans d'entre 60 i 78 anys, que actualment són actives en un o més àmbits, han permès fer una **aproximació a l'experiència d'aquest sector poblacional**. S'ha treballat sobre el relat propi i l'autopercepció, sobre l'activisme que desenvolupen, és a dir, sobre l'activisme a partir dels 60 anys. Les respostes a les 6 preguntes, donat el contingut, s'agrupen en 5 qüestions clau: 1) El significat autopercebut d'aquest tipus de participació, pregunta 4; 2) Les barreres identificades, pregunta 3; 3) Elements que promouen la participació per iniciar-la, pregunta 1; 4) Elements que promouen la participació per mantenir-la: motivacions i beneficis, preguntes 2 i 6, i 5) Percepció de l'impacte de la presència de gent gran als espais de participació, pregunta 5. A la vista de les respostes obtingudes, es poden enumerar algunes idees que s'hi remarquen de forma més o menys constant i regular, i altres que només poden ser considerades com a singulars i circumstancials, atesa la condició particular de la persona entrevistada.

Conceptualment, segons les respostes, «l'acció participativa en contextos de participació ciutadana» està relacionada amb una motivació intrínseca: «és vocacional» i està vinculada a un interès pels altres, la solidaritat. D'altra banda, està associada a dos tipus d'explicacions que poden complementar-se: a) «omple de satisfacció» i, b) és un dret i un deure de tota la ciutadania. Una de les persones entrevistades ho resumeix així: «Lluita permanent per l'autoorganització i l'empoderament del poble [...] per aconseguir espais de justícia i felicitat» (S4-H). Es fa referència a una acció continuada, la lluita, en pro d'un

objectiu que, sigui el que sigui (organitzar una coral de barri, promoure un club de futbol o dinamitzar un centre cultural), té com a finalitat aconseguir un bé comú i un coneixement més gran, fita sempre a l'horitzó (finalitat sense fi); tal com ho diu, mitjançant l'acció pròpia dels ciutadans, l'autoorganització.

Per tant, destaquen quatre aspectes clau: a) s'associa amb una metodologia de continuïtat, treball en equip i en xarxa principalment, tot i que hi ha exemples individuals amb repercussions col·lectives també; b) requereix: altruisme «pur», compromís, actitud crítica, voluntarietat, entusiasme, autoorganització ciutadana; c) té connotacions positives i proactives: és constructiva i reivindicativa, i d) repetidament s'entén com el fet de formar part d'un tot en què un s'implica, tant de manera més literal «sentit de pertinença a un grup» com des d'un pla més abstracte «sentir-me partícip d'una evolució humanitària del planeta». Finalment, es llegeix una valoració generalitzada sobre aquesta «participació activa, activisme»: per un costat, és necessària i, per l'altre, diferents veus expressen preocupació per «com garantir-la».

D'aquesta preocupació es desprèn una de les barreres esmentades, la de la normativa que envolta l'associacionisme i la participació ciutadana. Però la resta de barreres descrites són d'àmbit personal. En aquest àmbit, els **tipus de barreres que poden impedir la participació activa** que s'han enumerat són tres: a) impediment per motius de salut, l'esmenten 12 de les 15 persones; b) compromís familiar, 3 de 15; i c) manca de voluntat, 3 de 15.

El que més preocupa, en l'àmbit personal, és un impediment de causa major, és a dir, que no es pot evitar ni preveure. La principal preocupació és la salut; es parla de tenir una malaltia, un impediment físic o un impediment psicològic, amb un nivell de gravetat que impedeixi participar activament. Una de les veus puntualitza la importància de l'equilibri emocional. Una causa major també és una «obligació familiar», «algú que fos dependent en el meu entorn». I, finalment, tres persones (una de cada àmbit) esmenten el desgast que pot comportar l'exercici continu i actiu, per exemple, de la presa de decisions o el fet de sentir-se sol o perdre el convenciment que el que es fa serveix per apropar-se a la finalitat del bé comú. Una barrera directament relacionada amb l'edat s'ha esmentat a la pregunta 6, en què s'atribueix un pragmatisme més elevat a la població de més de 60 anys i una manca d'obertura a les «aventures».

El moment d'inici en activitats de participació, en general, és l'adolescència o la joventut, entre 12 i 20 anys, i està lligada a espais de sociabilització, d'oci, esport o religiosos. Dos casos en són una excepció, un d'origen català i un d'origen estranger (europeu), que defineixen l'inici lligat a ideals polítics. Algunes veus diuen que la seva activitat s'ha incrementat després de la jubilació.

A excepció de dues veus que no especifiquen els inicis del seu cas, les altres 12 descriuen trajectòries amb el fet en comú de tractar-se d'un interès continu al llarg de la seva vida, encara que no sempre realitzat. Mencionen interrupcions de la vida participativa pública la meitat de les dones. Un cas al·lega motius de repressió política, que justifiquen tres anys d'aturada, mentre que les altres dues dones parlen d'una temporada (d'entre 15 i 20 anys) en què es retiraren per dedicar-se exclusivament a la vida laboral i familiar. Una entrevista diu: «Feia feina a dos llocs i estava molt cansada i ho vaig deixar. Vaig tenir fills i me'n vaig desconnectar molt» (S2-D).

En funció de les respostes rebudes, **la motivació per participar té diferents orígens**. La major part de casos van lligats a experiències de la infància i adolescència primerenca de participació en grups d'amics i espais de lleure i esport, una pràctica que es va anar transformant per consolidar associacions, clubs, entrar a participar al barri-ciutat, etc. D'altra banda, destaquen els casos que expliquen haver nascut envoltats d'una sèrie d'estímul, que els han fet créixer fent el que fan. Una veu diu:

«Vaig néixer dins aquest món de la cultura popular. Hi he estat sempre. M'hi he anat formant a través dels anys. Ma mare em deia que no havia començat a caminar i ja sabia ballar. Si creixes dins aquest ambient..., i com que ho saps fer, [...] vas fent, t'ajuntes, engresques més gent. Al final formalitzes una associació, fas tot el que és legal. No hi ha un dia en què dius "ara em posaré a fer-ho"». (C1-H)

Altres, en canvi, expliquen com va ser l'adolescència; destaquen les experiències femenines amb un inici més tardà (17-20 anys) que podem diferenciar novament en dos grups: les que descriuen que varen madurar el pensament intel·lectual i filosòfic des d'agrupacions com Joventut Obrera Cristiana (JOC) o espais de participació veïnal, i aquelles que començaren a participar en moviments estudiantils i mediambientals.

La diferència entre els **elements que motiven l'acció i la mantenen i els beneficis per a més grans de 60 anys** és subtil, i en la pregunta sobre motivacions es mencionen els beneficis com a part dels elements motivadors. Per aquest motiu els beneficis o avantatges també seran inclosos a continuació.

Entre els **factors que motiven l'acció i la mantenen** hi ha idees recalcaades per més d'una veu. Però no es pot distingir un denominador comú ni per àmbits ni per gènere. Del total de 15 veus:

1. Entre quatre i cinc cops s'ha destacat la «satisfacció personal»; el sentiment d'utilitat: «a la llarga es veuen els fruits»; la sensació de contribuir a fer que les coses vagin millor, i el sentiment de responsabilitat, expressat amb paraules com «compromís, deure» o «la mantinc per ser conseqüent amb mi mateix».

2. Tres vegades han sorgit les idees següents: la possibilitat de compartir els coneixements, amb afirmacions com «[oportunitat] per socialitzar els meus coneixements que, de forma privilegiada, he pogut adquirir», «la vida m'ha donat moltes coses bones i em sento obligat a revertir [...] en benefici dels altres» i «tinc una experiència i uns coneixements [...] que s'han d'aprofitar i que em permeten fer aportacions útils encara per a la societat»; perquè fa sentir més viu, «dona coratge» i «participar em manté més dinàmica i amb ganes de viure» (C4-D); «m'enriqueix molt» i «m'ajuda a seguir aprenent, llegint», «guany més coneixements i encara puc gaudir de la meua professió de manera més selecta», i la sensació de formar part d'una cosa més gran, «sents que ets part d'un col·lectiu» i «[em sento] participi d'una evolució humanitària al planeta», m'agrada el treball en equip.
3. Dues vegades s'ha mencionat: el plantejament vital, la manera d'estar que tenen, «no sabia viure sense fer res»; el reconeixement/agraïment de la gent que els envolta.

Altres idees que apareixen a les entrevistes són: l'esperit de superació, «cert esperit de superació. Si volem millorar, no podem seguir fent el mateix. Si lluitam podem perdre, però si no lluitam, ja hem perdut» (C2-H); plantejaments vitals com «tinc incorporats els valors de la democràcia...: empoderament del poble, participar és decidir» i «no pots sentir-te mínimament bé [vivint] al marge dels altres» o «pens fer-ho fins que la salut aguanti»; tenir disponibilitat, com a persona jubilada, i el benefici d'estar actiu, «un mètode de feina constant amb una programació aporta benestar a la vida de les persones grans, almenys aquest és el meu cas» (C2-H).

Entre les persones consultades, la majoria remarca **els avantatges** que comporta una participació activa dins la comunitat, tant en l'àmbit cultural, com el polític i el social, mentre que, sobre els desavantatges, afirma que no se n'hi veuen d'importants i l'únic que es comenta és que «es vulgui imposar la manera pròpia de veure i fer als més joves» (C4-D), qüestió que no és un desavantatge en si per a la persona gran. En canvi, s'afirma que «sempre és positiu». Es destaca repetidament que l'activisme representa una oportunitat per compartir els coneixements i bagatge propis, estar al dia, progressar en noves tecnologies, que fa sentir útil, que és una oportunitat per expressar-se: «encara tenim molt a dir i cal que ho diguem» (P2-H), que permet omplir el buit que ha deixat la feina, i que facilita trobar-se amb gent sovint més jove. També es destaquen avantatges per a la comunitat com el fet de servir d'estímul per a la gent emprenedora i encoratjar els joves.

En relació amb la percepció que tenen sobre **l'impacte de la presència de gent gran als espais de participació** tothom la valora de manera positiva. Valoren que disposen d'un punt de partida amb experiència, capacitat d'escoltar i una «visió més global sobre la problemàtica del fet de viure cada dia i de l'adaptació a la vida real» que els permet oferir aquest bagatge. Dues veus també hi afegeixen: «l'aportació que fem a la

nostra edat és positiva perquè oferim experiència, constància, paciència, comprensió i gratuïtat». Es distingeix entre espais on hi ha persones més joves que poden aprofitar-se de l'experiència acumulada i complementar el seu potencial més dinàmic i la seva formació, i on l'edat pot donar certa autoritat carismàtica i serveix per enriquir i encoratjar, i espais on els participants són d'edats semblants. En aquest cas, es destaca que ajuda a sentir-se encoratjat i anima a seguir. De manera puntual, dues persones de l'àmbit cultural fan referència a altres persones en general que els demanen: «I a tu qui et mana fer tot això?»

4. Discussió i conclusions

La **presència de persones més grans de 60 anys** amb funcions actives de responsabilitat o presa de decisions a les entitats i partits polítics està comprovada. En canvi, en vista dels resultats optimistes, és a dir, que 1 de cada 4 persones en entitats és gran, s'han de tenir en compte algunes apreciacions per matisar la conclusió. En primer lloc, hi ha entitats que tendeixen a agrupar una proporció més important de persones grans (s'haurien d'explorar els motius, com poden ser la temàtica) i, en segon lloc, les respostes obtingudes d'entitats, atès que són voluntàries, poden estar esbiaixades. En particular, s'ha observat la tendència a respondre només en cas que hi hagi gent gran a l'organització. Per tant, existeix la possibilitat que la presència real de persones grans a les organitzacions tingui una proporció més reduïda que la reflectida en aquest article.

En relació amb altres variables, com el gènere o el tipus de grup d'activitat, es veuen diferències de tipus global, però si s'observa només el sector de gent gran, les proporcions estan més equilibrades. Amb tot, la variable de gènere hi està present. Sempre és més gran la proporció d'homes que de dones, coincidint amb l'anàlisi de l'IMSESO fet en l'àmbit espanyol.

La **conceptualització «d'activisme»** de les persones entrevistades ajuda a ubicar la idea de què parteixen per respondre les altres qüestions i s'adopta com la definició que proposa aquest estudi. L'activisme consisteix en una participació vocacional i solidària en pro del bé comú basada en el compromís. La idea està alineada amb el concepte de «compromís social», coincidint amb la literatura internacional (Levasseur et al., 2010). Tal com s'ha descrit, parteix d'una força interior personal, tot i que pot ser potenciada pel grup, i treballa amb una finalitat a la qual un sempre s'acosta però que mai es pot donar per acabada. També és important assenyalar que es tracta d'una activitat no només associada amb el plaer, les coses pel gust de fer-les, sinó amb la responsabilitat social i el deure de tot ciutadà, com apuntava Aristòtil (383-322 aC). Plaer i deure també es mencionen com a grans motivadors per a l'acció.

En relació amb **les barreres**, es destaca que, a excepció d'una barrera lligada a la hipòtesi d'un estat psicològic més rígid, les mencionades «no tenen edat»; cap dels entrevistats no ha fet servir cap connotació relacionada amb la vellesa. En relació amb les limitacions de caràcter psicològic, es pot fer referència a un estudi anglès sobre gent gran isolada que enumera tres grans limitadors: creences, pors a possibles reaccions socials i la pèrdua d'aspectes valorats de la identitat (Goll, Charlesworth, Scior i Stott, 2015). Totes les valoracions han estat relacionades amb el que podria impedir l'acció en si mateixa com a «causes de força major». Per tant, sembla confirmar-se la idea que apuntava March (2014): «el que importa no és l'edat, és la capacitat» i, tal com afirma l'OMS (2015), la possibilitat d'acció depèn de dos factors principals: a) la salut (física o mental) i b) l'estat funcional, que no són el mateix. Ho confirma una de les veus: «Si algú va en cadira de rodes, tothom l'ajuda i ja està» (C1-H).

Lamentablement no s'ha pogut reflectir el conjunt de possibles trajectòries, però des d'aquest estudi se n'han pogut conèixer 15 de repartides en àmbits d'acció i en gènere. En aquesta mostra predominen **les trajectòries** continuades i que, a partir de l'edat de jubilació, especifiquen que segueixen igual o més actives. El cas de les dones s'ha d'interpretar a part, tenir present la variable de gènere i valorar que són les úniques que parlen d'aturades en la participació pública. Cal especificar que la descripció de les experiències del sector polític comencen a partir de l'edat adulta; no s'ha pogut contrastar si n'és l'inici o si la pregunta no s'ha respost completament. En tot cas, s'ha de tenir en compte el context sociopolític de repressió viscut a l'Estat espanyol (fins a la Constitució de 1978) i que pot condicionar una cultura participativa que es manifesta de manera més tardana en l'àmbit polític i associatiu; «La paraula *política* era un vocable que era mal vist, no se'n podia parlar. Jo sa primera vegada que record haver assistit a algun tipus de reunió allà on "pareixia que s'insinuava alguna cosa de caire polític" era de l'any 1967, amb 23 anys» (P5-H). D'altra banda, pel que fa a les motivacions d'inici identificades, s'observa que l'entorn de creixement de la infància i l'adolescència són molt importants en el desenvolupament de l'interès i l'activitat participativa, una actitud proactiva que es converteix en activitat quan es pot. Conèixer l'origen d'aquestes trajectòries dona pistes dels elements que, en aquests casos, han consolidat aquest tipus específics d'actituds.

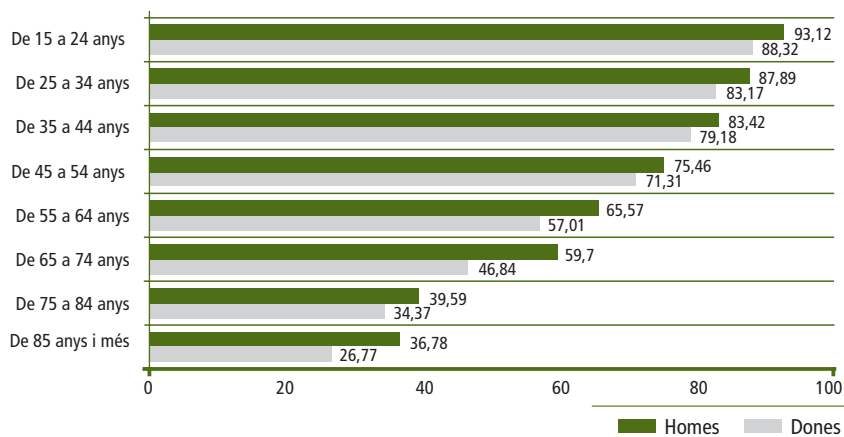
Sorpren i anima l'allau de **beneficis i elements que motiven mantenir i continuar l'acció** participativa en persones més grans de 60 anys. «Estic col·laborant amb moltes coses i sa gent, a vegades me diuen "Què ets de coió [que fas tantes coses]!"» (C5-H); els resultats de les entrevistes poden ajudar a valorar els pros i els contres d'aquesta participació. Es mencionen elements tant relatius a la persona gran com a la comunitat on viu i, en l'àmbit del grup, tant a l'impacte positiu que poden tenir per als més joves de 60 com al suport mutu que es donen entre els adults grans. En tot cas, destaca que afavoreix l'intercanvi intergeneracional i pot prevenir la solitud, a més de ser un espai d'autorealització i

satisfacció, tant pel fet de donar com de rebre. Des d'aquest sector de població gran activa, no es perceben desavantatges. En són exemples concrets: com a motivació primordial, l'experiència adquirida, la transmissió a les generacions més joves, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la satisfacció de fer alguna cosa útil dins la vida, l'aprofitament del temps lliure, la trobada amb altra gent –i gent d'altres edats– i el compromís en la construcció d'una societat millor.

Sembla que des de l'experiència dels entrevistats es percep un entorn que aprecia la seva presència i aportació. D'altra banda, és interessant apreciar la resposta de les entitats quan se'ls demanava l'edat dels seus membres actius, ja que pot deixar entreveure un prejudici sobre el tipus de participació esperat de les persones grans. Seria interessant aprofundir en el tema. Una hipòtesi a contrastar seria que les persones grans que hi participen no són etiquetades com a grans perquè, quan es parla de grans, es pensa en un perfil amb un grau de dependència més alt o amb un altre tipus d'interessos.

La recollida de dades i les mostres finals tenen limitacions que afecten els resultats i la seva interpretació. En relació amb la mostra inicial de persones entrevistades, degut als recursos disponibles, no és tan àmplia i diversa com seria idoni per poder garantir la representativitat de les Illes. D'aquesta manera, hauria estat interessant conèixer casos amb trajectòries amb altres moments d'inici, perquè permetria conèixer els determinants inicials. En relació amb el qüestionari autoempletat, és un mètode més ràpid però que permet menys control sobre les preguntes. Per tant no es pot garantir que s'hagin respost de manera completa o adequada. En segon lloc, la mostra d'entitats participants era voluntària (autoescollida). Per tant, depèn de l'interès circumstancial de la persona que potencialment pot respondre. D'altra banda, la grandària d'aquesta mostra és massa reduïda per poder considerar representatius els resultats. Per tant, només es poden considerar pel que fa a tendències probables. Degut al mateix motiu, la grandària final de la mostra, no es fa una anàlisi distribuïda per illes, a pesar del gran interès que presentava. Seria necessària una ampliació.

Per acabar, davant tota la informació desenvolupada, és interessant valorar que, segons l'enquesta de població (INE, 2014), el benestar percebut és valorat com a «molt bo» o «bo» per entre un 35% i un 65% de la població entre 55 i 74 anys, percentatge que es redueix només fins al 26% en la franja de 85 o més anys i que es pot observar al gràfic 3. És una dada important perquè permet relativitzar la incidència de la salut, ja que ha estat assenyalada com a la principal barrera per a la participació. D'altra banda, s'observa que el percentatge varia en funció del sexe i que, en el cas de les dones, la valoració tendeix a ser més negativa. Aquesta variable és paral·lela a la del factor de gènere, que explica la participació més reduïda de les dones i que s'entreveu en el resultat de la presència de persones grans en entitats.

Gràfic 3 | Molt bo o bo (% de població de 15 anys i més)

Font: Enquesta Europea de Salut a Espanya 2014. INE

Cal dir que, amb les dades recaptades en aquest estudi, es comproven més directament i nítidament els efectes positius i valuosos de l'aplicació pràctica i concreta del que fa dècades s'anomenava «praxi de la pedagogia activa». Es mirava d'aplicar a determinats moviments educatius del nostre entorn més immediat i ha perdurat fins als nostres dies la pràctica tan eficient de «prendre l'activitat pròpia com a punt de partida de l'aprenentatge». Aprenentatge que no s'acaba mai, sinó que es perllonga al llarg de tota la vida. En aquest sentit, l'estudi vol ser continuador i complementari de tantes altres aportacions valuosos que al llarg d'aquesta darrera dècada s'han fet a l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears.

En conclusió, s'ha acomplert l'objectiu de visibilitzar la participació activa del col·lectiu de les persones grans en la vida pública de les Illes Balears. Defensar aquesta participació com a legítima forma part d'un envelliment saludable de la societat que no perd les veus dels més grans. D'aquesta manera, es pot afirmar que aquest estudi ha pogut fer sortir a la superfície de les mars immenses i convulses, que configura la varietat d'iniciatives ciutadanes de tot tipus, aquests **grans corrents d'aigua subterrànies**, per ventura imperceptibles a primera vista però sempre cabalosos i potents, que transiten i transcorren d'un cap a l'altre a la nostra societat, sense que se'n vegi a simple vista ni l'aspecte, ni el color, ni la força, ni la bellesa, ni la utilitat, ni la presència. Però hi són ben actius i ben presents, gràcies a la contribució immensa de persones més grans de 60 anys, que van deixant-ne la petjada singular i pròpia, difícil d'esborrar als àmbits socials, culturals i polítics i que encara hi són: «encara que gran no vull ser insensible al que m'envolta» (P3-D).

Agraïments

Agraïm a totes les persones que, a títol particular o representant organitzacions, han col·laborat en aquest estudi de forma desinteressada i alhora confiada, aportant-hi temps i informació, especialment informació personal.

Referències bibliogràfiques

Alberich i Mariné, J. (2014). *Aristòtil – Política*. Col·lecció «Clàssics de Grècia i Roma». RBA La Magrana: Barcelona.

Aranda, J., Cano, M. I., Cuatrecasas, M. I., Fernández, M. I., Gamundí, C., Gelabert, M. I., Macías, L. i Sbert, M. (2017). Donar veu a les persones grans de Mallorca: creació de fòrums de participació. Resultats de l'experiència pilot. A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2017*. 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 i Universitat de les Illes Balears.

Ballester, B., Nadal, A. i Amer, J. (2014). Análisis de contenido e investigación documental. *Métodos y técnicas de investigación educativa* (2 ed., 301-114). Palma: Edicions UIB.

Ballester, L., Vecina, C. i Pascual, B. (Eds.) (2014). *Comunidad, trabajo en red e intervención socioeducativa*. Palma: Edicions UIB.

Beard, J., Officer, A., Cassels, A., Bustreo, F., Worthing, A. M. i Asamoah-Baah, A. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud (OMS).

Dahan-Oliel, N., Gelinas, I. i Mazer, B. (2008). Social participation in the elderly: What does the literature tell us? *Critical Reviews™ in Physical and Rehabilitation Medicine*, 20(2).

Duque, J. M. i Mateo, A. (Coords.) (2008). La participación social de las personas mayores. *Colección Estudios. Serie Personas Mayores, 11005*. Madrid: IMSERSO.

Goll, J. C., Charlesworth, G., Scior, K. i Stott, J. (2015). Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. *PloS one*, 10(2).

Govern de les Illes Balears (2018). *Llista d'associacions*. Recuperat de <https://www.caib.es/regentjurfront/principal.jsp>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2014). Valoración del estado de salud percibido en los últimos 12 meses según grupos de edad. *Encuesta europea de salud en España*. Recuperat de http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888

Levasseur, M., Richard, L., Gauvin, L. i Raymond, É. (2010). Inventory and analysis of definitions of social participation found in the aging literature: Proposed taxonomy of social activities. *Social science & medicine*, 71(12), 2141-2149.

March, J. (2014). Envel·liment actiu i saludable: El cas de les Illes Balears. A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes balears 2014*. 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 i Universitat de les Illes Balears.

OMS (2002). *Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*. Madrid.

OMS (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: Una guía*. Suïza.

Pascual, B., Pozo, R., Orte, C. i Sánchez L. (2017). L'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears: una dècada de canvis i de continuïtats. A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2017*. 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 i Universitat de les Illes Balears.

Riera, J. L. (2009). Anàlisi de les associacions de gent gran a les Illes Balears. A Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes balears 2009*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i UIB).

Valiente, M. Á. F., Cuart, M. I. i Mayrata, M. M. B. (2016). Impulsant un nou model de participació de les persones grans a Mallorca: l'Observatori de les Persones Majors i el projecte «Donar veu». A 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 i Universitat de les Illes Balears.

Vecina, C., Pascual, B. i Ballester, L. (2015). Las representaciones sociales entre los protagonistas comunitarios: Una propuesta formativa. A: Juanas Oliva, A. i Fernández García, A. (Coord.) *Pedagogía social, universidad y sociedad* (439-450). Madrid: UNED.

Vecina, C. i Vives, M. (2016). El valor de la participació social. Una aproximació a la vivència de persones grans que participen en les seves associacions. A 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 i Universitat de les Illes Balears.

Vives, M., Orte, C., Macías, L. i March, M. X. (2014). A long-term analysis of social networks of students from a University Program for Seniors. *US-China Education Review A & B*, 4(8), 567-572.

Autors

CARMEN LÓPEZ-ESTEVA

Sóller (1990). Diplomada en Educació Social i Llicenciada en Psicopedagogia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster de formació del professorat per la UIB orientada als temes d'inclusió i participació de la comunitat educativa amb el treball de fi de màster «Orientació educativa per a la transformació escolar als centres de secundària». Actualment és tècnica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB i doctoranda en Ciències de l'Educació de la UIB, i les seves línies de recerca són l'envelliment amb èxit i la cohesió social.

CECILI BUELE I RAMIS

Palma (1944). Diplomant en Estudis Eclesiàstics, llicenciat en Educació (especialitat Filosofia i Religió), ha participat activament en la implantació a Mallorca del Moviment Escolta i Guiatge de Mallorca (1968), Amnesty International (1979), Comitè de Solidaritat amb Amèrica Llatina (1979), Grup de Drets Humans (1980), Associació Veïnal del Camp Rodó (1988), Federació d'Associacions de Veïns de Palma (1992). A més d'això, abans de complir els 60 anys, exerceix com a delegat sindical de CCOO a l'Administració autonòmica (1993), regidor a l'Ajuntament de Palma (1995-1999), conseller de Cultura i Joventut al Consell de Mallorca (1999-2000), diputat al Parlament de les Illes Balears (1999-2003). Complits els 60 anys, es manté actiu com a militant d'Esquerra Republicana (2004), afiliat a la CGT-Balears, membre de l'Assemblea de Moviments Socials de Mallorca (2005), Jubilats per Mallorca (2017).

**ESTUDI DE LA INCIDÈNCIA DE LA LLUM
I LA SEVA RELACIÓ AMB EL RITME
SON/VIGÍLIA EN ANCIANS
INSTITUCIONALITZATS EN RESIDÈNCIES**

Estudi de la incidència de la llum i la seva relació amb el ritme son/vigília en ancians institucionalitzats en residències

José Ángel Rubiño Díaz
M. Lourdes Amer Forteza
Aurora Sales Balle
Cristina Nicolau Llobera

Resum

El procés d'envelliment comporta generalment alteracions del sistema circadiari. Això encara s'accentua més en persones grans institucionalitzades. La llum incident i el contrast de llum dia/nit actuen com un dels sincronitzadors més potents per intentar atenuar els problemes que ocasiona la cronodisrupció. L'objectiu d'aquest treball ha estat comparar la llum incident en institucions amb dissenys arquitectònics diferents sobre la influència en el sistema circadiari de la gent gran, fonamentalment en el ritme son/vigília, activitat i temperatura perifèrica, variables que defineixen la funcionalitat del sistema circadiari. L'anàlisi dels resultats obtinguts demostren que les diferències en la intensitat de la llum incident repercuten en el ritme son/vigília dels ancians i permet una atenuació de la cronodisrupció.

Resumen

El proceso de envejecimiento comporta generalmente alteraciones del sistema circadiano. Esto todavía se acentúa más en personas mayores institucionalizadas. La luz incidente y el contraste de luz día/noche actúan como uno de los sincronizadores más potentes para intentar atenuar los problemas que ocasiona la cronodisrupción. El objetivo de este trabajo ha sido comparar la luz incidente en instituciones con diseños arquitectónicos diferentes sobre la influencia en el sistema circadiano de la gente mayor, fundamentalmente en el ritmo sueño/vigilia, actividad y temperatura periférica, variables que definen la funcionalidad del sistema circadiano. El análisis de los resultados obtenidos demuestran que las diferencias en la intensidad de la luz incidente repercute en el ritmo sueño/vigilia de los ancianos y permite una atenuación de la cronodisrupción.

1. Introducció

L'envelliment generalment comporta canvis en el funcionament del sistema circadiari. En redueix l'amplitud, n'augmenta la fragmentació i n'escurça el període del ritme, la qual cosa provoca l'avanç de fase i augmenta la tendència a la dessincronització (Ortiz-Tudela et al., 2012). Aquests canvis probablement són deguts a alteracions en l'organització i l'activitat dels nuclis supraquiasmàtics (NSQ), però també a la deterioració de la qualitat de les entrades sincronitzadores.

Hi ha diverses causes que provoquen la tendència a la dessincronització dels ritmes circadiaris amb la possibilitat de cronodisrupció en l'envelliment. Així, és important la disminució de la secreció de melatonina per part de la glàndula pineal, amb una disminució dràstica

que ja és molt marcada a partir dels 40 o 50 anys, la qual cosa constitueix un marcador d'envelliment del sistema circadiari (Karasek, 2004; Reiter, 2006). També és notable que amb l'edat aparegui debilitat dels *zeitgebers* o sincronitzadors biològics, a causa de l'escassa exposició a cicles de llum/foscor, alteracions en la funció visual, com la deterioració del senyal nerviós i la dificultat de la transmissió de la llum a través del cristal·lí, ja que es va fent més opac. També disminueix el diàmetre de la retina, la qual cosa que provoca que cada vegada sigui més ampli el llindar de llum necessària durant el dia (Turner et al., 2015).

Els ancians institucionalitzats generalment estan exposats a baixes intensitats de llum natural diürna o bé estan sotmesos a llum artificial de baixa intensitat. A més, els problemes de mobilitat i els canvis fisiològics de la còrnia i sistema circadiari poden comportar una falta d'acoblament del rellotge biològic amb la llum, com a sincronitzador més potent. Tan important com la llum diürna és l'obscuritat nocturna. Un bon contrast llum-dia / obscuritat-nit assegura una consolidació adequada dels ritmes.

Les conseqüències de la cronodisrupció amb l'envelliment solen reflectir-se en un augment de la latència i de la fragmentació de son, somnolència diürna i més producció d'orina a la nit i, per tant, altera la funcionalitat del sistema circadiari. No obstant això, aquestes conseqüències també afecten cognitivament, ja que s'ha vist que la dessincronització del ritme son/vigília afecta la memòria i el processament d'informació (Oosterman et al., 2009), per la qual cosa pot estar relacionada amb la demència senil.

2. Hipòtesi i objectius

Amb aquests antecedents es va dissenyar un estudi per a tres residències, localitzades a Mallorca, una de les quals com a residència tipus (R1), construïda el 1982 i dues residències del grup DomusVi: Can Carbonell (R2) i Costa d'en Blanes (R3), de construcció més recent, el 2007. Aquestes últimes van ser triades pel seu disseny arquitectònic, ja que aparentment presentaven una incidència de llum natural més elevada. Les residències tenien rutines generals i sanitàries semblants. Es pretenien observar les diferències del ritme son/vigília dels ancians que hi residien d'acord amb els objectius següents:

1. Comparar l'exposició a la llum natural de les dues residències pertanyents al grup DomusVi (R2 i R3) amb una residència tipus (R1).
2. Comparar la llum incident real a la qual estan exposats els ancians durant el període de registre a les tres residències.
3. Relacionar la incidència de llum i tots aquells paràmetres relacionats amb el ritme son/vigília, i les variables d'activitat i temperatura perifèrica, marcadors del ritme circadiari.

3. Material i mètodes

3.1. Subjectes

Els subjectes d'estudi es varen seleccionar entre aquells ancians que feia més d'un any que estaven institucionalitzats en cadascuna de les residències i seguint els criteris d'inclusió i exclusió següents:

Inclusió

- Subjectes més grans de 70 anys, institucionalitzats des de feia més d'un any, a les residències R1, R2 i R3.
- Subjectes sense alteracions visuals i auditives perceptibles.
- Subjectes amb MMSE > 26 segons criteris establerts a partir del Mini-Mental State Examination (Eidsofer, 1992).
- Subjectes que signaren el consentiment informat.

Exclusió

- Subjectes que participaven en algun altre assaig clínic.
- Subjectes que prenen medicació que pogués afectar la sincronització del cicle son/vigília.

Es van seleccionar un total de 28 subjectes, 3 dels quals es varen descartar durant el desenvolupament de l'estudi, perquè es van llevar els sensors en algun moment. Els 25 subjectes participants eren d'ambdós sexes i > 70 anys ($76 \pm 5,6$), 15 institucionalitzats a les residències R2 i R3 i 10 a la residència R1.

L'estudi va comptar amb l'aprovació del Comitè Ètic de Recerca Clínica (CEIC) de les Illes Balears (IB 1409/10 PI).

3.2. Mètode

Es van utilitzar tres tipus de sensors per enregistrar les tres variables que van permetre estudiar el ritme circadiari son/vigília dels subjectes: llum, activitat i temperatura perifèrica (TP) (figura 1). Els sensors utilitzats estan validats per a registres de son en adults (Ortiz-Tudela et al., 2010; Sarabia et al., 2008), i són fiables per a l'avaluació de ritmicitat circadiària:

- Sensors de llum HOBO® Pendant Temperature/*Light (Onset Computer Corporation, Bourne, Massachusetts, EUA), que registren la intensitat de la llum. Els sensors es deixaven a les diferents estances de les tres residències durant un període de dues setmanes, tenint en compte, únicament, els registres de dilluns a divendres. Els sensors també els portaven els ancians a manera de penjoll al coll per enregistrar la intensitat de llum real a la qual estaven exposats.
- Sensor Hobo® Pendant G Acceleration i sensor Ibutton (Termochron® iButton®; MaximIntegrated T, San José, CA, O.S.), per als registres d'activitat i TP respectivament dels subjectes. En el cas de l'activitat, es col·locava al braç i en el cas de la temperatura perifèrica al canell, al costat de l'artèria radial, i novament es tenien en compte només els dies laborables (figura 1).

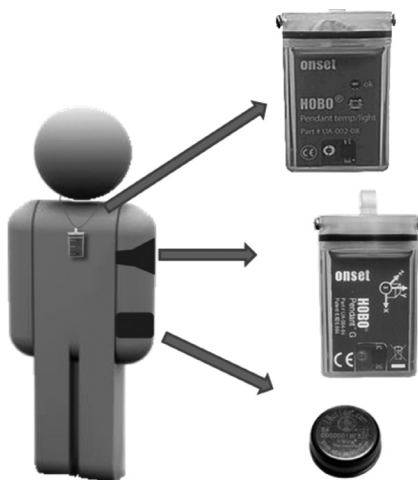


Figura 1. Esquema dels sensors emprats per a la determinació dels diferents paràmetres: activitat (braç), TP (canell) i llum (penjoll)

L'estudi es va dividir en dues parts:

1. Es va fer una anàlisi comparativa de la intensitat de la llum d'exposició de les tres residències. Es col·locaren els sensors de llum als llocs comuns, oberts i tancats, i a les habitacions representatives, de diferents plantes, durant un període de 2 setmanes (excepte els caps de setmana pels canvis de rutina).
2. Es va analitzar la intensitat de la llum, l'activitat i la TP dels subjectes durant el mateix període de 2 setmanes (excepte els caps de setmana) a partir dels tres sensors que portaven el subjectes (figura 1) durant tot el dia, exceptuant-ne els moments de la higiene diària. El sensor de llum es llevava durant el període de son i es deixava al costat del subjecte.

Els sensors eren programats per enregistrar i emmagatzemar les dades cada 10 minuts.

3.3. Anàlisi de dades

La informació emmagatzemada a partir dels sensors va ser sotmesa a un filtratge automàtic per poder eliminar possibles artefactes, per exemple, quan els ancians es llevaven els sensors a l'hora de la higiene, i es descartaven els valors que es desviessin més de 3 vegades la desviació estàndard de la mitjana (± 3 sobre la desviació estàndard abasta el 99,7% de

la distribució normal de les dades) (Ortíz-Tudela et al., 2010). També es van descartar els valors registrats durant el cap de setmana per canvi d'hàbits.

Per caracteritzar els ritmes d'activitat i TP dels subjectes es van dur a terme proves paramètriques i no paramètriques: 1. Mètode de Cosinor (mètode d'anàlisi propi de la cronobiologia) que calcula els paràmetres rítmics principals: el MESOR o Midline Estimating Statistics of Rhythm (mitjana de tots els valors de la variable estudiada durant un període complet), l'acrofase (hora del dia en què la variable és màxima) i l'amplitud (diferència entre el MESOR i el valor màxim que s'ha obtingut de la variable) (Díez-Noguera, 2006). 2. Test de Rayleigh, que calcula el grau d'homogeneïtat de fase del període analitzat, i és un indicador de l'estabilitat de la sincronització del ritme.

Sovint, els ritmes circadiaris de l'espècie humana no apareixen sinusoïdals. Per aquest motiu també es varen analitzar amb tècniques no paramètriques (Carvalho-Bos et al., 2007), i es va determinar l'índex de funció circadiària (CFI), que mesura la robustesa de la ritmicitat circadiària dels subjectes (Ortíz-Tudela et al. 2010) i proporciona, entre altres, dos paràmetres importants: variabilitat interdiària o VI (paràmetre que indica el nivell de fragmentació del ritme) i l'estabilitat interdiària o EI (similitud entre els diferents cicles de 24 hores).

Totes les anàlisis paramètriques i no paramètriques es van calcular mitjançant el programari Circadianware v7.1.1. (Campos et al., 2010) i els resultats es presenten com a mitjana \pm l'error estàndard de la mitjana (SEM).

4. Resultats

4.1. Intensitat de llum incident

Les característiques de disseny de les residències R2 i R3, quant a l'exposició a la llum natural, són molt diferents a les de l'R1, una residència molt més antiga i amb un disseny que impossibilita en moltes de les plantes de què consta l'exposició a la llum solar. Per tant, ja partíem de la premissa que la diferència quant a l'exposició a la llum incident era significativament diferent en els dos tipus de residències, premissa que es va confirmar després dels resultats obtinguts.

Per dur a terme aquesta anàlisi col·loquem els sensors de llum en diferents sales i espais comuns (oberts i tancats) i habitacions representatives, per orientació i per planta, durant un període de dues setmanes. Ens interessava el registre de llum a les sales comunes durant les hores del dia, que era on els ancians passaven la major part del temps, i el registre de llum a les habitacions durant el període nocturn, on els ancians dormien. Partíem d'horaris i rutines similars a les tres residències.

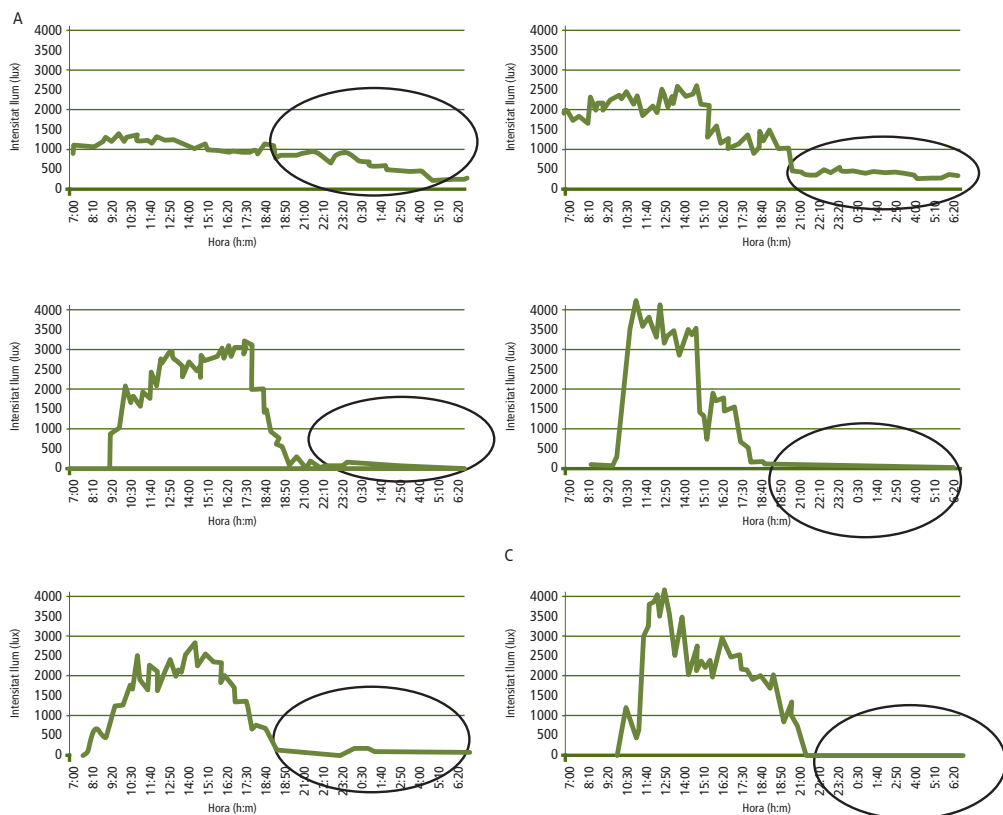
Les estances analitzades van ser habitacions de les plantes superior i inferior de cada residència (representatives per orientació) i els llocs comuns (sales de teràpies, menjadors, terrasses, gimnàs, sales de descans i cafeteries).

La disponibilitat de llum de les residències es va calcular d'acord amb intensitat mitjana de llum (IM) al llarg d'un període circadiari (24 hores).

De tots els resultats, presentem, en primer lloc, els corresponents a l'enregistrament de les habitacions de les diferents plantes (gràfic 1):

Gràfic 1 | *D. Mitjana de la incidència de llum al llarg de 24 h, a les diferents habitacions de les tres residències*

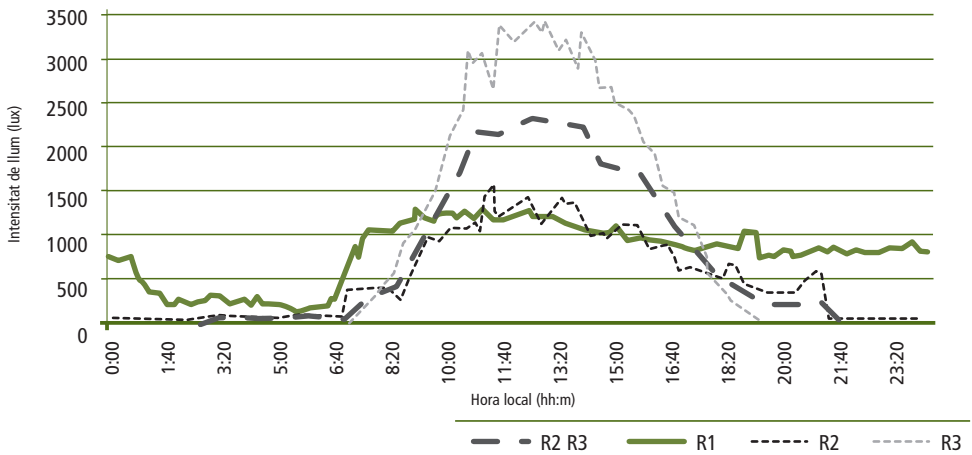
Les figures de l'esquerra corresponen a les plantes inferiors i les de la dreta a les plantes superiors: A) R1; B) R2; C) R3. Els cercles corresponen a la llum del període nocturn



Observant la figura, el que més crida l'atenció no és tan sols la intensitat de la llum incident durant el dia, molt elevada a les residències R2 i R3, sinó sobretot la intensitat de la llum incident a la nit, donada la importància que té el contrast dia/nit en la ritmicitat circadiària. Les residències R2 i R3 tenen una incidència de llum en el període nocturn molt baixa, i sovint gairebé nul·la, la qual cosa assegura un descans nocturn adequat (B, C) i pot incidir en la consolidació del ritme son/vigília; en canvi, pot observar-se que en l'R1 els llums durant la nit romanen encesos, sigui a les mateixes habitacions o als passadissos que hi donen. Pot veure's en el gràfic corresponent (A) que a altes hores de la matinada encara se segueixen registrant intensitats superiors als 400 lux.

Donats els resultats anteriors, es va procedir a reunir les dades per comparar les tres residències i es van passar de nou els resultats a 24 hores (figura 3). Pel que fa al període diürn (7-21 h), corresponen a les àrees comunes i exteriors, on els ancians es mouen generalment durant el dia. A partir de les 21 h corresponen als sensors de les habitacions, on els ancians dormen. La separació de les franges horàries dels dos períodes es va fer en relació amb els horaris rutinaris de les residències, que en totes era similar. Al gràfic 2 també es representa la mitjana de la intensitat de llum R2 i R3.

Gràfic 2 | Comparació de la mitjana d'exposició a la llum en les diferents residències al llarg de 24 hores



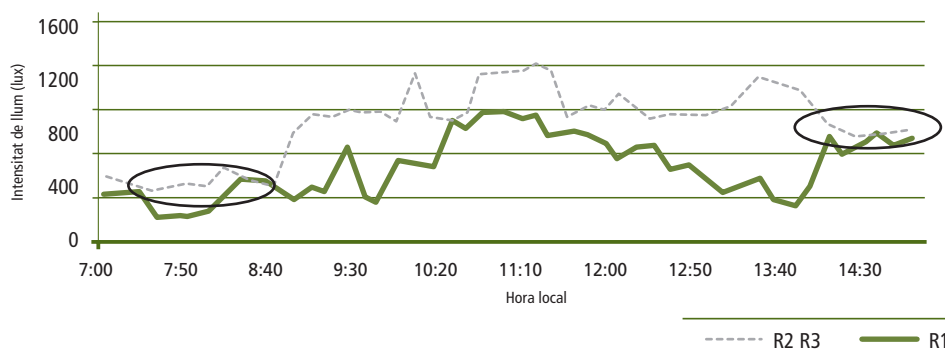
La quantitat d'intensitat de la llum registrada a les residències del grup va ser molt elevada durant el dia. Cal observar principalment les intensitats de llum de les residències R2 i R3 juntes, amb intensitats de llum que gairebé arriben a 2500 lx al migdia. En contrast, la llum a l'R1 mai va excedir 1.400 lx. Durant el període nocturn els nivells de llum eren molt

baixos a les residències R2 i R3 i no mostraven canvis a partir de les 21 h. En canvi, a l'R1 la foscor total (< 20 lx) mai va ser aconseguida durant tota la nit, amb valors que van oscil·lar al voltant de 200 lx.

4.2. Comparació de la intensitat de llum rebuda pels subjectes

Una vegada establertes les diferències de llum entre les residències, l'interessant era comparar les intensitats de llum real rebuda per cadascuna i, de mitjana, de tots els subjectes a partir dels registres dels sensors que portaven els ancians a manera de penjoll en un període circadiari (24 hores). Les figures 5 i 6 representen aquests resultats en dues franges horàries importants; la llum del matí, que és la que pot influir més en el sistema circadiari (gràfic 3) i la llum del vespre per observar el contrast dia/nit (gràfic 4).

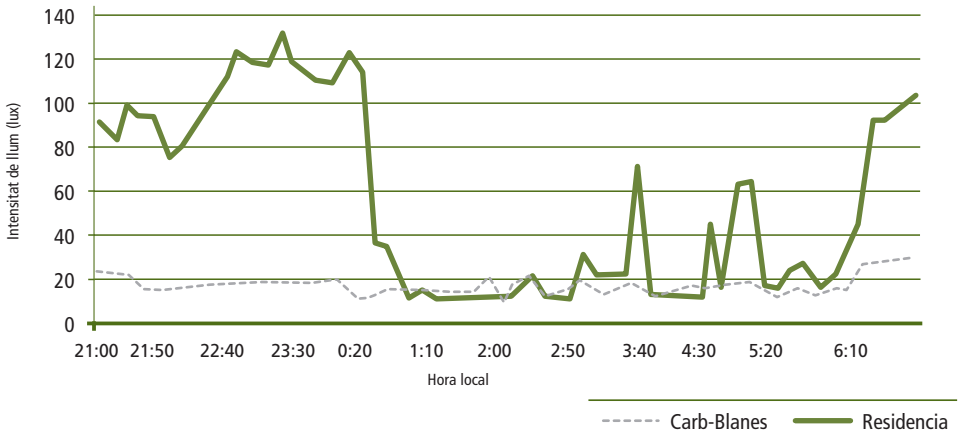
Gràfic 3 | *Comparació de la intensitat de llum percebuda pels ancians durant la franja horària del matí (de 7 a 15 h)*



El gràfic 3 mostra, novament, que la llum percebuda pels subjectes entre les 9 i les 14 h és consistentment més gran a les residències R2 i R3. Els moments en els quals desapareix la diferència (cercles negres en la figura) coincideixen amb els moments en els quals els ancians han d'estar sotmesos a llum artificial similar, per exemple, durant les hores del menjar o l'hora de despertar-se.

El gràfic 4, pot observar-se que els ancians de l'R1 van rebre intensitats de llum elevades en la primera meitat de la nit, si ho comparem amb les residències del grup, amb augments sobtats de llum durant la nit. D'altra banda, la llum en aquest període sempre va començar a una hora més primerenca (6 h) en comparació amb les residències del grup (7 h). La llum de nit a les R2 i R3 mai va superar els 30 lx.

Gràfic 4 | Comparació de la intensitat de llum percebuda pels ancians durant la franja nocturna (de 21 a 7 h)

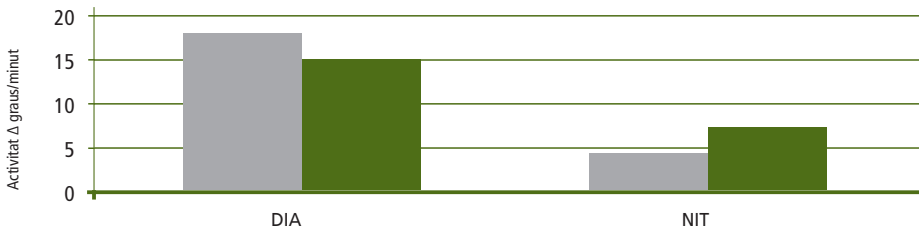


4.3. Variables relacionades amb el ritme son/vigília: activitat i TP comparant residències

4.3.1. Registre de l'activitat diària

Va ser interessant observar si apareixien canvis en l'activitat diürna i nocturna dels subjectes (a partir de la informació dels sensors d'activitat). Els resultats es presenten al gràfic 5.

Gràfic 5 | Comparació del registre de l'activitat diària dels subjectes separant les dues franges horàries (dia i nit)



Estadística t Student, mitjanes relacionades (R1/R2-R3, dia $p = 0,000$; R1/R2-R3, nit $p = 0,000$)

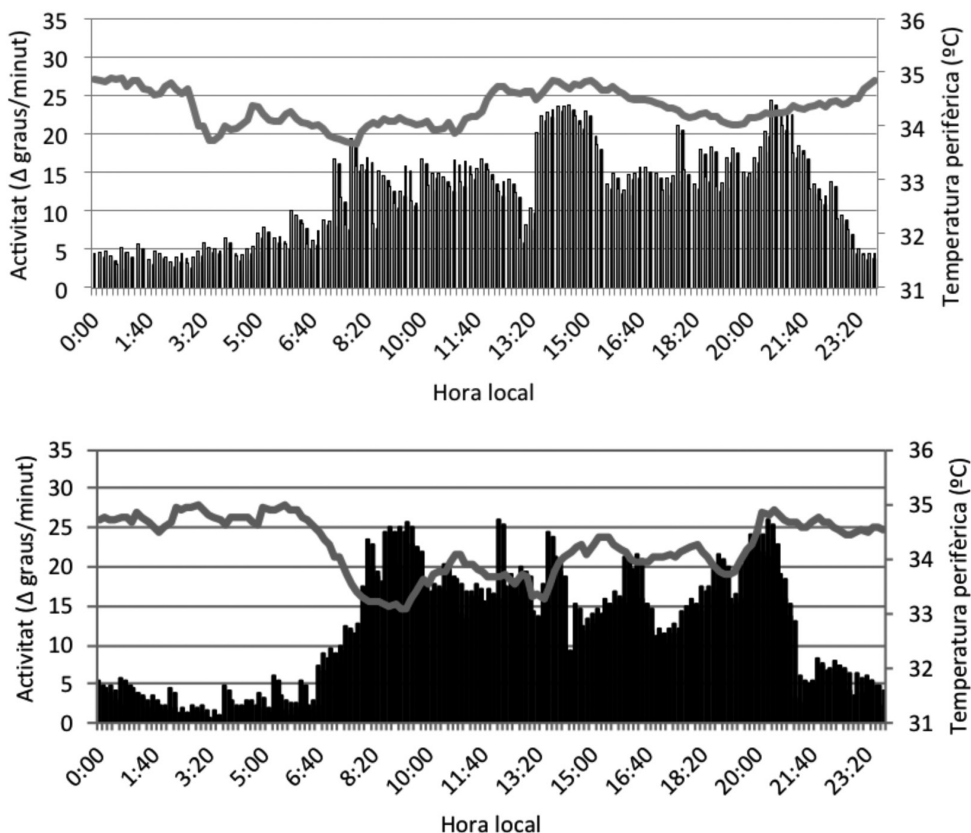
El gràfic 5 mostra diferències significatives entre l'activitat de les residències del grup i la residència 1. Una quantitat de llum més gran rebuda pels subjectes durant el dia

(gràfic 3), com ocorre a les residències del grup, es tradueix en una activitat més elevada. La relació s'inverteix, com podíem esperar, a la nit. Una activitat disminuïda a la nit implica un descans nocturn més important i una fragmentació del son més reduïda, que en els ancians és un problema freqüent. El contrast entre dia i nit a les residències del grup afavoreix aquesta fragmentació més petita.

4.3.2. Comparació del ritme d'activitat - TP dels subjectes

Com s'ha dit anteriorment, l'anàlisi de la TP juntament amb la de l'activitat és un bon sistema per avaluar l'estat del sistema circadiari humà en condicions normals.

Gràfic 6 | *Comparació de mitjanes de ritme circadiari d'activitat - TP dels subjectes (activitat en barres i temperatura en línia contínua)*



En el gràfic 6 pot observar-se que els ritmes són diferents en els subjectes de les diferents residències. En els subjectes de les residències del grup hi ha un ritme d'activitat i TP més

marcat que en els de la residència tipus. Així, la TP apareix clarament elevada durant la nit i baixa durant el dia, amb un clar descens cap a les 7 h del matí, propi del moment de despertar-se i, per contra, hi ha un augment que s'observa al voltant de les 21 h, propi del moment d'anar-se'n a dormir. En el cas de la residència tipus, els increments i descensos apareixen de forma molt més feble, i fan que el ritme sigui molt més aplanat. De la mateixa manera, els nivells d'activitat apareixen més baixos i constants durant la nit a les residències del grup, la qual cosa indica més qualitat del repòs en comparació amb els subjectes de la residència tipus, en què l'activitat a la nit és molt més elevada, la qual cosa pot indicar, com ja s'ha dit anteriorment, un son alterat i més fragmentat.

Per analitzar totes aquestes observacions a partir dels gràfics, es va dur a terme l'anàlisi de les dues variables mitjançant proves paramètriques i no paramètriques, que van permetre caracteritzar els ritmes d'activitat i TP dels subjectes en 24 hores. El programari Circadianware v7.1.1. (vist anteriorment) ens va proporcionar les dades de l'amplitud, acrofase, constant de Rayleigh, el valor de CFI i l'estabilitat (EI) diària (VI) dels dos ritmes, TP i activitat. Els resultats apareixen en la taula 1.

Taula 1 | *Paràmetres circadials del ritme de TP i activitat dels subjectes.*

TEMPERATURA						
	Amplitud	Acrofase	Rayleigh	CFI	EI	VI
R2-3	1,77 ± 0,17	1.23	0,97 ± 0,02	0,52 ± 0,01	0,56 ± 0,04	0,13 ± 0,015
R1	na	na	0,79 ± 0,04	0,52 ± 0,04	0,51 ± 0,04	0,17 ± 0,04
p valor R1 /R2-R3	--	--	0,001	ns	0,05	0,00
ACTIVITAT						
	Amplitud	Acrofase	Rayleigh	CFI	EI	VI
R2-3	6,79 ± 0,7	14.38	0,79 ± 0,05	0,54 ± 0,01	0,46 ± 0,02	0,79 ± 0,09
R1	6,56 ± 0,8	1.45	0,74 ± 0,06	0,48 ± 0,04	0,32 ± 0,02	0,94 ± 0,05
p valor R1 /R2-R3	ns	0,01	0,05	0,03	0,03	0,00

Els índexs estan expressats en mitjana ± SEM. Estadística t de Student, comparació de mitjanes relacionades. Ns: no significatiu; na: no aplicable

Podem observar una sèrie de diferències: l'amplitud, que és indicativa de la ritmicitat, a l'R1 no es va poder valorar per la falta de ritme de TP. L'activitat apareix més elevada en els subjectes de R2-R3. L'acrofase, hora del dia en què la variable és màxima, per la falta de ritme, no es va poder valorar a R1; en el cas de l'activitat, està més retardada en els ancians de R2-R3 mima. Això és important si pensem que en el cas dels ancians l'avançament de fase és una de les alteracions més freqüents. A les residències del grup també es va registrar un ritme més estable de TP que es reflecteix amb un test de Rayleigh proper a la

unitat (0,97), també caracteritzat per un lleuger increment de l'estabilitat interdiària (EI) i variabilitat interdiària més baixa (VI) respecte a la residència tipus. En canvi, no apareixen diferències entre els índexs CFI de les dues residències. Respecte als paràmetres d'activitat, novament el ritme es mostra més marcat a les residències del grup, amb una acrofase més retardada. El test de Rayleigh, el CFI i l'EI també són més elevats a les residències del grup, la qual cosa demostra un ritme més accentuat i estable, alhora que la variabilitat disminueix.

5. Discussió i conclusions

Els resultats apunten al fet que l'estructura arquitectònica triada per al disseny de centres futurs resultarà crucial per contribuir a mantenir el ritme de son/vigília dels ancians institucionalitzats, per la qual cosa també cal tenir en compte la seva repercussió en una bona salut i en una millora de la qualitat de vida. Per exemple, les conclusions de nombrosos estudis defensen que l'exposició a la llum brillant durant el dia millora de manera substancial l'estat de diferents patologies com la depressió estacional o la malaltia d'Alzheimer (Satlin et al., 1992), i alhora contribueix a augmentar els nivells de melatonina secretada durant la nit (Ortiz-Tudela et al., 2012). D'altra banda, millorar la robustesa de ritme circadiari és crucial per reduir la fragmentació del son, ja que aquesta es relaciona amb dèficits cognitius més importants que es caracteritzen per una memòria reduïda i menys velocitat de processament (Oosterman et al., 2009).

A més, l'exposició a la llum durant el dia no només afecta físicament, sinó també emocionalment. Mitjançant nombrosos estudis s'ha demostrat que una bona exposició a la llum brillant durant el dia ajuda a mantenir millors estats emocionals, caracteritzats sobretot per un increment de l'activació del sistema de recompensa que potencia la motivació (Murray et al., 2009; Dumont et al., 2007). També s'ha vist que els nivells de síntesi i alliberament de la majoria de neurotransmissors implicats en la regulació de l'estat d'ànim, incloent-hi la serotonina, la noradrenalina i la dopamina, incrementen o disminueixen en l'organisme seguint un ritme circadiari (McClung, 2007). Un exemple dels efectes de la llum en l'estat afectiu és el cas del trastorn afectiu estacional (SAD), incident sobretot a les regions temperades, que implica episodis depressius durant els mesos de tardor-hivern, quan es reben menys hores de llum (Dumont et al., 2007). Així, el cicle de llum/fosc al qual es vegin sotmeses les persones grans determinarà en gran manera el seu estat de motivació i la qualitat de vida.

En resum, la deterioració del sistema circadiari que es dona amb l'envelliment implica que hagi de donar-se encara més importància a l'exposició als sincronitzadors externs. Com que el cicle de llum/fosc és el sincronitzador més potent, fàcil i assequible de manera regular, és important que adquireixi més rellevància entre les prioritats de les persones

grans. No obstant això, no s'ha d'oblidar que existeixen altres sincronitzadors que ajuden a mantenir un ritme de son/vigília correcte, com el contacte social, l'activitat física durant el dia i mantenir horaris regulars de menjars.

Basant-nos en tot això, de l'estudi dut a terme, podem concloure el següent:

- I. La comparació entre les tres residències quant a incidència de llum natural ha demostrat que un bon disseny arquitectònic unit a mesures adoptades per facilitar el contrast de llum dia/nit incrementa molt la intensitat de llum real rebuda pels subjectes durant el dia i assegura un repòs nocturn en fosc gairebé plena.
- II. Les conseqüències de l'anterior es comproven quan s'analitza el ritme son/vigília dels subjectes que hi estan institucionalitzats. Hem pogut comprovar que les residències R2 i R3, de mitjana, asseguren un ritme sincronitzat son/vigília demostrat per un ritme d'activitat - TP robust, la qual cosa disminueix o atenua la cronodisrupció.
- III. D'altra banda, millorar la robustesa de ritme circadiari és crucial per reduir la fragmentació del son, i millorar alguns paràmetres que hi estan relacionats, com els dèficits cognitius, que es caracteritzen per alteracions de determinats tipus de memòria i de la velocitat de processament (Oosterman et al., 2009).

Referències bibliogràfiques

Berson, D. M., Dunn, F. A. i Takao, M. (2002). Phototransduction by retinal ganglion cells that set the circadian clock. *Science*, 295(5557), 1070-1073.

Cagnacci, A., Elliott, J. A. i Yen, S. S. (1992). Melatonin: a major regulator of the circadian rhythm of core temperature in humans. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 75(2), 447-452.

Cajochen, C., Munch, M., Kobińska, S., Kräuchi, K., Steiner, R., Oelhafen, P., Orgül, S. i Wirz-Justice, A. (2005). High sensitivity of human melatonin, alertness, thermoregulation, and heart rate to short wavelength light. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 90(3), 1311-1316.

Campos, M., Marín-Morales, R., Madrid, J. A., Rol, M. A., Sosa, J., Sosa, M., Sarabia, J. A., Ortiz-Tudela, E., Martínez-Nicolás, A., Mondéjar, A. T. i Baño, O. B. (2010). Circadianware. Spain Patent 08/2010/183.

Carvalho-Bos, S. S., Riemersma-van der Lek, R. F., Waterhouse, J., Reilly, T. i Van Someren, E. J. (2007). Strong association of the rest-activity rhythm with well-being in demented elderly women. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15(2), 92-100.

Cassone, V. M., Warren, W. S., Brooks, D. S. i Lu, J. (1993). *Melatonin, the pineal gland, and circadian rhythms*. Texas A and M Univ., College Station Dept. of Biology.

McClung, C. A. (2007). Circadian genes, rhythms and the biology of mood disorders. *Pharmacology & therapeutics*, 114(2), 222-232.

Czeisler, C. A., Duffy, J. F., Shanahan, T. L., Brown, E. N., Mitchell, J. F., Rimmer, D. W., Ronda, J. M., Silva, E. J., Allan, J. S., Emens, J. S., Dijk D. J. i Kronauer R. E. (1999). Stability, precision, and near-24-hour period of the human circadian pacemaker. *Science*, 284(5423), 2177-2181.

Díez-Noguera, A. (2006). Representación gráfica y análisis de datos en Cronobiología. *Cronobiología básica y clínica*. Madrid: Editec@ red SL, 102-107.

Dumont, M., i Beaulieu, C. (2007). Light exposure in the natural environment: relevance to mood and sleep disorders. *Sleep Medicine*, 8(6), 557-565.

Eisdofer et al. (1992). An empirical evaluation of the global deterioration scale for staging Alzheimer's. *American Journal Psychiatry*, 149, 190-194.

- Folstein, M. F., Folstein, S. E. i McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198.
- Gronfier, C., Wright, K. P., Kronauer, R. E. i Czeisler, C. A. (2007). Entrainment of the human circadian pacemaker to longer-than-24-h days. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104(21), 9081-9086.
- Karasek, M. (2004). Melatonin, human aging, and age-related diseases. *Experimental Gerontology*, 39(11-12), 1723-1729.
- Khalsa, S. B. S., Jewett, M. E., Cajochen, C. i Czeisler, C. A. (2003). A phase response curve to single bright light pulses in human subjects. *The Journal of Physiology*, 549(3), 945-952.
- Kräuchi, K., Cajochen, C., Werth, E., i Wirz-Justice, A. (2000). Functional link between distal vasodilation and sleep-onset latency? *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 278(3), R741-R748.
- Madrid, J. A. i de Lama, Á. R. (2006). *Cronobiología básica y clínica*. Editec@ red.
- Martínez-Nicolás, A., Ortiz-Tudela, E., Madrid, J. A. i Rol, M. A. (2011). Crosstalk between environmental light and internal time in humans. *Chronobiology International*, 28(7), 617-629.
- Martínez-Nicolás, A., Ortiz-Tudela, E., Rol, M. A. i Madrid, J. A. (2013). Uncovering different masking factors on wrist skin temperature rhythm in free-living subjects. *PLoS One*, 8(4), e61142.
- Middleton, B., Stone, B. M. i Arendt, J. (2002). Human circadian phase in 12: 12 h, 200: <8 lux and 1000: < 8 lux light-dark cycles, without scheduled sleep or activity. *Neuroscience Letters*, 329(1), 41-44.
- Minors, D. S., Waterhouse, J. M. i Wirz-Justice, A. (1991). A human phase-response curve to light. *Neuroscience Letters*, 133(1), 36-40.
- Most, E. I., Scheltens, P. i Van Someren, E. J. (2010). Prevention of depression and sleep disturbances in elderly with memory-problems by activation of the biological clock with light-a randomized clinical trial. *Trials*, 11(1), 19.
- Murray, G., Nicholas, C. L., Kleiman, J., Dwyer, R., Carrington, M. J., Allen, N. B. i Trinder, J. (2009). Nature's clocks and human mood: The circadian system modulates reward motivation. *Emotion*, 9(5), 705.

Oosterman, J. M., Van Someren, E. J., Vogels, R. L., Van Harten, B. i Scherder, E. J. (2009). Fragmentation of the rest-activity rhythm correlates with age-related cognitive deficits. *Journal of Sleep Research*, 18(1), 129-135.

Ortiz-Tudela, E., De los Ángeles Bonmatí-Carrión, M., De la Fuente, M. i Mendiola, P. (2012). La cronodisrupción como causa de envejecimiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(4), 168-173.

Ortiz-Tudela, E., Martinez-Nicolas, A., Campos, M., Rol, M. Á. i Madrid, J. A. (2010). A new integrated variable based on thermometry, actimetry and body position (TAP) to evaluate circadian system status in humans. *PLoS Computational Biology*, 6(11), e1000996.

Phipps-Nelson, J., Redman, J. R., Schlangen, L. J. i Rajaratnam, S. M. (2009). Blue light exposure reduces objective measures of sleepiness during prolonged nighttime performance testing. *Chronobiology International*, 26(5), 891-912.

Reiter, R. J. (2006). Contaminación lumínica: supresión del ritmo circadiano de melatonina y sus consecuencias para la salud. *Cronobiología Básica y Clínica*, 269-289.

Rosenthal, N. E., Sack, D. A., Gillin, J. C., Lewy, A. J., Goodwin, F. K., Davenport, Y., Mueller, P. S., Newsome, D. A. i Wehr, T. A. (1984). Seasonal affective disorder: a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Archives of General Psychiatry*, 41(1), 72-80.

Sarabia, J. A., Rol, M. A., Mendiola, P. i Madrid, J. A. (2008). Circadian rhythm of wrist temperature in normal-living subjects: A candidate of new index of the circadian system. *Physiology and Behavior*, 95(4), 570-580.

Satlin, A., Volicer, L., Ross, V., Herz, L. i Campbell, S. (1992). Bright light treatment of behavioral and sleep disturbances in patients with Alzheimer's disease. *The American Journal of Psychiatry*, 149(8), 1028.

Tang, I. H., Murakami, D. M. i Fuller, C. A. (1999). Effects of square-wave and simulated natural light-dark cycles on hamster circadian rhythms. *American Journal of Physiology-Regulatory, Integrative and Comparative Physiology*, 276(4), R1195-R1202.

Turner, P. L. i Mainster, M. A. (2008). Circadian photoreception: ageing and the eye's important role in systemic health. *British Journal of Ophthalmology*, 92(11), 1439-1444.

Autors

JOSÉ ÁNGEL RUBIÑO DÍAZ

Motril, Granada (1978). Núm. de col.: B-01648. Llicenciat en Psicologia per la Universitat de Granada. Expert en Neuropsicologia Clínica i Demències (ISEP i UOC). Diploma d'Estudis Avançats (UNED). Màster en Neurociències. Doctorand en Neurociències, amb la tesi: «Atenuació de la cronodisrupció en poblacions d'ancians institucionalitzats». Membre del Grup d'Investigació de la UIB en Neurofisiologia del Son i dels Ritmes Biològics (UIB-IdISBa). Ha publicat diferents treballs científics en els àmbits de la psicogerontologia, neuropsicologia i cronobiologia.

M. LOURDES AMER FORTEZA

Llicenciada en Dret per la Universitat de les Illes Balears, el 1993, curs superior de Direcció de Centres de Serveis Socials per la Cambra de Comerç de les Illes Balears, el 2006. Comença la seva carrera laboral com a advocada i, el 2003, ocupa el càrrec de directora gerent de l'Institut Balear d'Afers Socials del Govern de les Illes Balears. El 2004, passà a dirigir el Departament Jurídic del Consorci de Recursos Sociosanitaris i Assistencials de Mallorca. Finalment, l'any 2006 s'incorporà a SARquavitae amb el càrrec de directora territorial de les Illes Balears. Actualment, ocupa el mateix lloc a DomusVi.

AURORA SALES BALLE

Palma (1987). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Titulació d'Expert Universitari en Atenció Geriàtrica i Gerontològica, títol propi de la UIB. Des de 2013, ha desenvolupat la seva carrera professional en diferents organismes tant públics com privats, des de 2016, en serveis sociosanitaris i d'atenció a la dependència, en centres residencials del Grup DomusVi, amb funcions de treballadora social. Actualment, és coordinadora del Centre de Dia Son Dureta, gestionat pel mateix grup.

CRISTINA NICOLAU LLOBERA

Palma (1960). Doctora en Biologia per la Universitat de les Illes Balears. Professora titular de la UIB. Cap del grup d'investigació de la UIB-IUNICS- IdISBa Neurofisiologia del Son i dels Ritmes Biològics. Les seves línies d'investigació són els estudis del son i dels ritmes circadianis, la neurofisiologia del comportament i la neurofisiologia de l'envelliment.

Des de fa cinc anys aproximadament la seva investigació està centrada en l'envelliment i l'estudi dels ritmes circadianis, principalment el ritme son-vigília. Ha publicat 57 articles en revistes indexades nacionals i internacionals i ha dirigit tres tesis i nou treballs de fi de màster. Actualment, dirigeix la tesi de José Rubiño sobre l'atenuació de la cronodisrupció en poblacions d'ancians institucionalitzats.

**L'ARXIU ORAL DE MALLORCA.
UNA OPORTUNITAT PER AL
DESENVOLUPAMENT DE PROJECTES PER A
LA VELLESA ACTIVA**

L'Arxiu Oral de Mallorca. Una oportunitat per al desenvolupament de projectes per a la vellesa activa

Carme Castells Valdivielso
Joana Maria Serra Figuerola

Resum

El tresor de la memòria és un projecte intergeneracional, impulsat per la Casa Pare Ginard. Museu de la Paraula en el marc de la creació de l'Arxiu Oral de Mallorca. El projecte ha estat formulat amb la idea d'enregistrar els testimonis de fonts orals vigents en relació amb la recopilació de continguts de cultura oral i poder incorporar-los a l'AOM. Ha estat creat i dissenyat com una iniciativa intergeneracional i didàctica, que implica les generacions més joves en la tasca de recerca i recopilació d'aquestes fonts orals. Els participants provenen, per una part, dels centres educatius de secundària i, per una altra, dels diferents tallers d'estimulació cognitiva duts a terme per l'IMAS del Consell de Mallorca a molts municipis de l'illa. Durant algunes sessions, els alumnes de secundària fan entrevistes orals a les persones grans. El material que n'extreuen és enregistrat, editat i, posteriorment, classificat i incorporat al llegat de l'Arxiu Oral de Mallorca.

Resumen

El proyecto *El tresor de la memòria* es una propuesta intergeneracional impulsada por la Casa Pare Ginard. Museu de la Paraula en el ámbito de la creación del Arxiu Oral de Mallorca. El proyecto ha sido concebido con la idea de grabar e incorporar al AOM los testimonios de fuentes orales vigentes en la recopilación de contenidos de cultura oral. Ha sido creado y diseñado como una iniciativa intergeneracional y didáctica, que implica a las generaciones más jóvenes en la tarea de búsqueda y recopilación de estas fuentes orales. Los participantes proceden, por un lado, de los centros educativos de secundaria y, por otro, de los talleres de estimulación cognitiva que realiza el IMAS del Consell de Mallorca en numerosos municipios de la isla. A lo largo de varias sesiones, los alumnos de secundaria realizan entrevistas orales a las personas mayores. El material resultante es grabado, editado y posteriormente incorporado y clasificado como parte del legado del Arxiu Oral de Mallorca.

1. La Casa Pare Ginard. Museu de la Paraula

«El meu bressol fou a un carrer empinat que té un nom toponímic i que molts a Mallorca duen per llinatge: carrer de Socies. Per ventura la primera cançó popular que aprenguí, i que cantí tantíssimes vegades damunt l'era, és aqueixa on s'hi anomena Son Socies i Son Molí de Vent, que és ovirador de per tot Sant Joan: *El molí de Son Socies està envelat i no mol...*».

Rafel Ginard Bauçà va néixer a Sant Joan el 1899. Ell mateix ho relata al llibre *De com era infant*: «la casa on nasquí, el 27 de juliol de 1899, la primera del carrer, molt gran, baixa de teulada, amb les teules que miren al carrer, pintades per davall, de façana negrosa, probablement la més antiga del carrer. Portal alt i rodó. Les portes, amb una gran baula a tanta altura que crida l'atenció». Poc després, la família es traslladà a una altra casa, més humil, del mateix carrer on Rafel Ginard cresqué fins als 13 anys, quan es traslladà a Artà per estudiar al convent dels franciscans.

Aquest habitatge és actualment la Casa Rafel Ginard. Museu de la Paraula, seu i centre d'un projecte impulsat per l'entitat Fundació Mallorca Literària (Departament de Cultura, Patrimoni i Esports del Consell de Mallorca), que gestiona també altres cases museu d'escriptors (Llorenç Villalonga i Blai Bonet) i iniciatives de divulgació literària, com les rutes www.walkingonwords.com; de divulgació del patrimoni cultural de Mallorca, www.wowmallorca.com, i l'aplicació L'illa dels tresors, per donar a conèixer les llegendes de l'illa al públic infantil i familiar. A la Casa Rafel Ginard s'hi desenvolupa un projecte singular de recerca i divulgació del patrimoni oral i etnogràfic de Mallorca, un patrimoni essencial al present i futur del qual es vol contribuir des de l'entitat. A la base d'aquesta proposta hi ha la responsabilitat de gestionar l'obra i la pervivència d'un dels llegats més imponents de la cultura de Mallorca: el corpus del *Cançoner Popular de Mallorca*, editat per Moll (1966-1975), fruit de tota una vida de recerca i recopilació per part del franciscà Rafel Ginard i punta de llança d'un imponent arxiu literari que combina obres de creació pròpia amb compilació folklòrica molt diversa. Hi destaquen les plagues inèdites del *Calendari Folkloric*, projecte que s'endevina que havia de ser la gran empresa de l'autor un cop enllestit el *Cançoner*. Pel que fa a la seva obra de creació, destaquen molt especialment les memòries *De com era infant* i els exquisits *Croquis artanencs*, mostra de la seva paraula rica, consagrada en aquest cas al retrat de l'entorn natural i patrimonial d'Artà i de les terres del Llevant.

1.1. El Cançoner Ginard

«El *Cançoner* –va escriure Ginard– és la història viva dels nostres pobles sota tots els aspectes; és poesia, no acadèmica, llepada, untuosa i pentinada, sinó ruda i plena de brava sang. És un inestroncable dipòsit de lèxic substancial. És el poema de Mallorca, on tot hi és, fora el paisatge, perquè el poble, fins aquí, encara no l'ha descobert...». L'obra del *Cançoner Popular de Mallorca* constitueix un dels pilars fonamentals de la cultura d'arrel de l'illa. Ginard hi consagrà la vida, recollint en plagues tot el material oral que tenia oportunitat de conèixer. Aglutinà en aquesta empresa una bona colla de col·laboradors, els Amics del Cançoner, una extensa nòmina de còmplices que regularment li enviaven les cançons que havien pogut aplegar en el seu entorn. Així, es bastí la més extensa compilació de patrimoni oral cançonístic feta mai en llengua catalana, i segurament una de les més extenses en qualsevol llengua. Aplega vint mil cançons i més de cinquanta mil variants,

xifres que, en paraules de Francesc de B. Moll, «representen un cúmul de feina, una constància i una tenacitat que poques vegades es troben reunides en una sola persona».

Aquest esperit de recerca de Ginard, l'entestada i minuciosa dedicació a la tasca de folklorista, és evident en tot el seu llegat documental i bibliogràfic, immens més enllà del *Cançoner*. I és aquest l'esperit que la Casa Rafel Ginard duu per senyera: allò que defineix el projecte del centre és la fascinació per tot allò que el patrimoni oral ens aporta i la voluntat de desenvolupar iniciatives que permetin donar-hi àmplia difusió, comprensió i fixació per a les generacions futures. Aquests objectius han guiat el projecte des del naixement del centre, l'any 2007, i molt especialment en relació amb l'obra del *Cançoner Popular de Mallorca*. En primer lloc, amb la creació i el llançament, l'any 2013, del *Cançoner 2.0*, una plataforma digital que permet incorporar el llegat del cançoner tradicional a la societat digital contemporània, en millora l'accessibilitat –tant per al públic genèric com per a investigadors– i fomenta la incorporació dels continguts als canals de comunicació actuals. El projecte allotja en un web (www.canconerdemallorca.cat) un accés a la carta al *Cançoner*, a partir d'una base de dades que es proposa reunir les gloses del llegat Ginard amb altres compilacions fonamentals del folklore illenc (Janer, Gili, Julià, Massot, Samper, Aguiló, etc.) i també de nova collita o creació (d'aquí l'esperit 2.0 com a projecte col·laboratiu). També duu a terme divulgació permanent a través de xarxes socials (Facebook, Twitter) i campanyes puntuals (#glosatweet).

Així mateix, el *Cançoner Ginard* vertebrava la Casa Rafel Ginard. Museu de la Paraula, de Sant Joan, renovada l'any 2015 per construir-hi una experiència museogràfica que combina la presentació de l'autor i els seus textos amb una efectiva immersió cultural en la Mallorca que reflecteix el cançoner. Hom ha dit que el *Cançoner Popular de Mallorca* és el mirall on el poble es pot veure reflectit en les seves múltiples facetes. Les cançons populars són com la plaça del poble, l'àgora pública, en què podem conèixer la vida socioeconòmica i cultural de tota una societat que al llarg de segles va romandre quasi immutable. A través de les estances de la casa del carrer de Socies –ahora que s'evoca aquella casa viscuda per l'autor, amb les seves descripcions al *De com era infant*–, s'aborden les diverses facetes: la vida social, amb els pilars que hi suposen el cicle agrari i la religió; la vida familiar, la vida íntima, les relacions de parella, l'educació, les tasques de l'economia de subsistència; i, en la mateixa cambra on l'infant Ginard va llegir les rondalles de Mn. Alcover i on va comprendre que allò que sa mare li cantava no eren just cançons, sinó perles de riquesa col·lectiva, la fantasia i la imaginació d'infantesa. Tots aquests àmbits són àmpliament descrits a través d'una triadella de cançons, amb el suport visual que ofereixen les imatges de l'antiga col·lecció local d'Amador Bauzà i l'oralitat que hi aporten les locucions amb la veu de Caterina Valriu.

1.2. Calendari folklòric i tradicional de Mallorca

L'obra del *Cançoner* centra bona part del llegat documental de Rafel Ginard: plagues manuscrites, fulls amb anotacions, aplecs temàtics mecanoscrits i una ingent col·lecció de fitxes manuscrites de cançons són alguns dels elements que hi estan inclosos. Actualment, el llegat és propietat de l'ordre dels franciscans de Mallorca, al qual pertanyia l'autor. La tasca de catalogació i digitalització feta des de la Fundació Mallorca Literària ha permès conèixer altres parts més desconegudes i ben ressenyables del llegat de l'autor, com la col·lecció de sermons, els apunts de llengua catalana i, d'una manera ben destacada, les plagues dedicades al *Calendari Folkloric*, datades entre 1951 i 1957. Són sis plagues amb abundant informació relativa a parenòstic, que aplega minuciosament anotacions sobre tradicions rituals i festives, creences i sabers populars, santoral, coneixements del medi i tasques, a més d'incorporar cançons, poemes i altres creacions de transmissió oral. La profusió de continguts i la continuïtat en la seva elaboració ens fan pensar que aquest *Calendari Folkloric* era el pròxim gran projecte de compilació de Rafel Ginard, si bé quedà en fase molt incipient.

A més de ser digitalitzades, les plagues del *Calendari Folkloric* han estat transcrits i indexades, tot amb la intenció de facilitar l'accés als continguts a la carta. L'objectiu d'aquesta tasca és preparar els materials per a iniciatives divulgatives en diverses vies: d'una banda, l'edició en paper comentada; d'una altra, la creació d'un projecte multimèdia que permeti incorporar-ne els continguts als canals de comunicació actual per fer realitat una mena de parenòstic del segle XXI, seguint la filosofia del *Cançoner 2.0*. El gran interès que suscita aquest llegat ens empeny a començar, l'any 2018, un projecte anual temàtic centrat en el Tradicionari, amb l'objectiu primordial de generar activitats, propostes didàctiques, exposicions i altres recursos adreçats a fomentar les tradicions d'arrel. Un petit antecedent d'aquesta mena de recursos el trobam en el butlletí del Tradicionari, creat per la Fundació l'any 2015. És un dossier mensual que combina les anotacions de Rafel Ginard amb documentació d'altres fonts amb la finalitat d'aplegar, d'una manera ordenada i divulgativa, els continguts informatius per detallar fonaments històrics i culturals de cada tradició i oferir pautes de perpetuació. Inclou: orígens de la festa, detall de les pràctiques associades a cada data/celebració, comparativa amb altres celebracions equivalents al món, gastronomia pròpia, literatura i lèxic propi, etc. Els primers dotze dossiers del Tradicionari, dedicats a rituals festius, estan aplegats en el web www.tradicionaridemallorca.cat i constitueixen un bessó de recuperació de patrimoni tradicional que ja comença a germinar de manera il·lusionant, com en el cas de la iniciativa popular de celebració de la Nit de les Ànimes a Palma, el mes de novembre passat.

1.3. Activitats de dinamització i projecte anual temàtic Mil dimonis

Més enllà dels projectes i iniciatives divulgatives, un dels pilars de l'activitat de la Fundació Mallorca Literària són les activitats: una programació atapeïda de propostes amb la literatura (o la paraula) com a comú denominador. Són propostes en si mateixes

també divulgatives i, en el cas de la Casa Rafel Ginard –com a projecte ben diferenciat de les altres cases museu literàries–, es dona prioritat a activitats sobre patrimoni oral i d'arrel tradicional. En aquest context es va gestar el projecte anual temàtic *Un any de mil dimonis*, com a format que permet abordar l'estudi, la divulgació i dinamització d'un element d'una manera estructurada. Aquest model es va inaugurar amb la figura del dimoni, sens dubte un dels personatges més vigents del calendari festiu tradicional illenc, que gaudeix d'un auge important en la cultura popular actual. En el marc d'aquest projecte, el dimoni ha estat el centre i pretext per articular la descoberta de danses, cançons, llegendes, rondalles, rituals, creences i molts i diversos continguts antropològics i històrics relacionats. El projecte ha comptat amb una exposició principal –*Mil Dimonis*–, esclaridora de les diverses tipologies de dimonis a Mallorca i que durant 2017 ha crescut per incorporar la mirada «exterior»: *Un món de Mil Dimonis*, que consistí en una recerca d'altres representacions dimonieres arreu del món per comprovar les semblances i diferències respecte dels dimonis mallorquins. A més a més, conferències, activitats didàctiques, materials lúdics i educatius i espectacles han arrodonit la programació «endimoniada». En aquesta mateixa línia es preveuen, per a 2018, les activitats del projecte Tradicionari, que es forjaran al mateix temps que l'exposició *Un Món de Mil Dimonis* vagi tancant el seu recorregut amb diverses itineracions a Mallorca i també a fora.

2. L'Arxiu Oral de Mallorca

L'Arxiu Oral de Mallorca (AOM) neix a Sant Joan en el marc del Museu de la Paraula com a àrea imprescindible en la configuració de les polítiques de gestió de la seva col·lecció. L'objectiu d'aquest AOM és crear un fons especialitzat i unificat del patrimoni oral de Mallorca, que faciliti el coneixement i accessibilitat dels fons existents i impulsi dinàmiques de recollida de fonts noves, i que permeti posar en comú els recursos existents, de qualsevol procedència i èpoques. El llegat recollit en aquest arxiu ha de ser, necessàriament, de tipologia i format diversos: unitats documentals, bibliogràfiques, audiovisuals i sonores. A la base de l'AOM s'hi situa la recopilació del *Cançoner 2.0* (llançat l'any 2013), que aplega el llegat del *Cançoner Popular de Mallorca*, recopilat per diverses fonts.

Els objectius que ens marcam amb la creació de l'AOM són dos. Per una banda, unificar el llegat del patrimoni oral de Mallorca i fer-lo accessible d'una manera estructurada. Són nombrosos els fons existents que estan dispersos, tant en institucions varies com en arxius particulars i privats, i que no compten amb prou iniciatives de divulgació i estudi per fer-los accessibles. Amb l'existència de l'AOM, es recollirien tots aquests materials i es categoritzarien, la qual cosa permetria que investigadors i usuaris els coneguessin d'una manera sistematitzada. El segon objectiu és preservar el llegat encara no recollit amb la creació de fons nous. És en aquest aspecte que entren en joc les noves iniciatives

impulsades tant per la Fundació Mallorca Literària com per altres entitats i col·lectius per fer tasques de recopilació de material etnopoètic. Són campanyes de recollida tant en format audiovisual com documental que permetran fer créixer el fons de l'AOM.

En aquesta etapa inicial, l'AOM se centra en el patrimoni oral com a contingut prioritari que cal recollir, inventariar i arxivar. El marc de treball de l'AOM es basa a recollir unitats d'etnopoètica i classificar-les. Aquestes unitats són:

- Poesia oral: glosa i cançó
- Narrativa oral: rondalles i contes, llegendes, mites i acudits
- Fórmules: refranys i dites, endevinalles i embarbussaments
- Llengua: lèxic i toponímia

Així mateix, inclou entrevistes que contenen informacions relatives a creences i saber popular, i coneixements del medi, especialment relacionades amb el projecte del Tradicionari de Mallorca, basat en el *Calendari Folkloric* de Rafel Ginard que des de fa uns anys desenvolupa la Fundació. Al capdavant, doncs, es tracta de construir un marc d'arxiu especialitzat en les matèries de referència de la Casa Pare Ginard. Museu de la Paraula: patrimoni oral i cultura d'arrel tradicional.

Tot i aquesta especialització, l'AOM es presenta alhora com el germen d'un arxiu de memòria que inclourà enregistraments de memòries de vida, ja que s'hi condensa molta de la informació inherent a la memòria històrica i al patrimoni oral immaterial comunitari.

Un dels projectes dels quals es nodrirà l'Arxiu Oral de Mallorca és El tresor de la memòria, un projecte didàctic que té l'objectiu de recopilar material audiovisual de temàtica etnopoètica que serà incorporat a l'AOM.

3. El projecte El tresor de la memòria

El tresor de la memòria és un projecte intergeneracional impulsat per la Casa Pare Ginard. Museu de la Paraula en el marc de la creació de l'Arxiu Oral de Mallorca. El projecte ha estat formulat amb la idea d'enregistrar els testimonis de fonts orals vigents per recopilar continguts de cultura oral i poder-los incorporar a l'AOM. Ha estat creat i dissenyat com una iniciativa intergeneracional i didàctica, que implica les generacions més joves en la tasca de recerca i recopilació d'aquestes fonts orals.

Així, la finalitat del projecte és doble. D'una banda, aconseguir enregistrar els testimonis orals de persones grans de Mallorca, per conservar el llegat oral que forma part de la seva memòria. I, d'altra banda, transmetre als joves la importància cultural d'aquest llegat,

la necessitat de recopilar-lo, conservar-lo i difondre'l, i implicar-los activament en la tasca de recollida.

El Tresor de la memòria desenvolupa aquest treball gràcies a la implicació, directa o facilitadora, d'agents, actors i de col·lectius varis:

- **Departament de Cultura, Patrimoni i Esports, Consell de Mallorca**
Casa Pare Ginard. Museu de la Paraula

Crea, finança i impulsa el projecte. En defineix el marc conceptual, els continguts estratègics i és responsable de les accions de la campanya, des de les sessions formatives i preparatòries amb alumnat d'ESO i també amb la gent gran dels tallers d'estimulació cognitiva. Així mateix, és dipositari dels enregistraments fets i responsable de l'arxiu, accessibilitat i de la divulgació futura.

- **IMAS (Institut Mallorquí d'Afers Socials)**
Departament de Benestar i Drets Socials, Consell de Mallorca

Les sessions d'entrevistes a testimonis i enregistraments es duen a terme en el marc dels tallers d'estimulació cognitiva que s'ofereixen amb el programa de suport psicosocial i educatiu a l'envelliment que desenvolupa l'IMAS a tots els pobles de Mallorca.

Inicialment, el projecte es planteja treballar específicament a l'àrea geogràfica del Pla de Mallorca (2017) per créixer a altres localitats a mesura que es consolidi el programa.

- **IES Sineu, IES Porreres i IES Binissalem**
Conselleria d'Educació, Govern de les Illes Balears

Prèviament a les sessions d'entrevistes als testimonis, es fan tallers formatius als alumnes de diversos grups de secundària. D'una banda, inclouen continguts relatius als llegats que cal recopilar i, d'una altra, formació específica sobre la tècnica de l'entrevista i l'enregistrament audiovisual. Fins a l'actualitat, hi han participat alumnes dels instituts de secundària de Sineu, Porreres i Binissalem. Cal destacar que la participació en el projecte és totalment voluntària.

Coordinació i execució: Sa Galania. Art, cultura i mediació; Martha Zein (Producciones orgánicas) i Cristian Pons (Es Far Cultural)

La coordinació del projecte i la mediació i el monitoratge de les sessions és a càrrec de l'empresa especialitzada Sa Galania. Art, cultura i mediació, impulsada per dues professionals amb una llarga experiència en el sector: Mar Barceló i Rosa Garcia.

Sa Galania és un organisme dedicat a construir experiències educatives vinculades a les pràctiques artístiques i culturals. Treballa a partir de processos col·laboratius a llarg termini i a partir d'accions puntuals amb la intenció de generar relacions i significats nous. Mar Barceló i Rosa Garcia són les mediadores encarregades d'impartir els tallers als IES, les sessions preparatòries a les classes de l'IMAS i de coordinar les sessions d'enregistraments.

Martha Zein (Producciones Orgánicas) és productora i realitzadora audiovisual, i, com a tal, ha desenvolupat una llarga llista de treballs documentals, sempre relacionats amb la voluntat d'intervenir en l'entorn des d'un punt de vista crític i sensible. Ha participat en la fase pilot com a formadora i supervisora dels enregistraments, i ara assumeix la mirada externa del projecte realitzant el documental com-s'ha-fet (*making of*) d'aquesta experiència intergeneracional.

Cristian Pons (Es Far Cultural) té experiència com a formador, entrevistador i realitzador, i aquesta tríada fa que sigui el perfil idoni per assumir la formació i supervisió tècnica dels enregistraments audiovisuals de les entrevistes als testimonis. S'incorpora al projecte a partir de les sessions de la tardor de 2017.

3.1. Metodologia i organització

L'elecció dels grups que participen en el projecte es fa després d'haver conversat amb les persones responsables de les dues parts implicades. Per una banda, seria la persona de contacte de l'IES, que normalment sol ser professor del Departament de Català, i, per l'altra, la coordinadora dels tallers d'estimulació cognitiva de l'IMAS.

Cada grup aula és assignat a un grup de gent gran. Tenint en compte les ràtios/grup d'aula de secundària (25-30 alumnes), és convenient assignar a cada aula dos grups dels tallers de gent gran.

a) Coordinació prèvia

Treball de coordinació amb l'IES i l'IMAS per aconseguir adequar l'activitat als ritmes i calendaris propis de cada grup. Elecció dels grups participants.

b) Sessió 1. Presencial a l'IES. 1 hora de durada

Sessió a càrrec de Sa Galania i de la coordinadora de la Casa Pare Ginard. Presentació del projecte, dels àmbits de treball i objectius al grup d'estudiants. Enfocament del treball: el respecte per la gent gran, el valor de la memòria i la importància de preservar aquest llegat oral.

Pautes de comunicació per a l'entrevista: de quina manera cal parlar, preguntar i afavorir l'empatia entre l'entrevistador i l'entrevistat.

Presentació dels continguts que cal recopilar amb prioritat durant les entrevistes: el patrimoni oral.

Aspectes de postproducció: inventari d'entrevistes i transcripcions.

c) Sessió 2. Presencial a l'IES. 1 hora de durada

Sessió a càrrec de Cristian P. Coll.

L'acte de l'entrevista: de quina manera cal mirar, tractar i preguntar.

Explicacions tècniques: la càmera, els components i els tipus de plans.

Explicacions tècniques sobre l'entorn: la llum i el so.

Pautes de treball i previsió de la sessió d'enregistrament: els rols dels participants i la distribució de responsabilitats.

d) Sessió 3. Presencial al grup IMAS. 1 hora de durada

Sessió a càrrec de Sa Galania i de la coordinadora de la Casa Pare Ginard. Presentació del projecte, àmbits de treball i objectius al grup de persones grans.

Enfocament del treball: la necessitat de transmetre el llegat personal i col·lectiu, el valor de la memòria i la importància de preservar aquest llegat oral.

Pautes de comunicació per a l'entrevista: la naturalitat i la sinceritat.

Presentació dels continguts que cal recopilar amb prioritat durant les entrevistes: el patrimoni oral.

e) Sessions 4, 5 i 6. Presencials al grup IMAS. 2 hores de durada

(o en una instal·lació alternativa, més adequada per als enregistraments)

El grup d'aula es divideix en dos subgrups i cada un és assignat a un grup diferent dels tallers d'estimulació cognitiva. A la sessió 4, es formen els grups d'entrevistadors (alumnes) i dels entrevistats (gent gran). Segons el nombre de participants, cada alumne entrevista una persona gran o ho fan en parelles. En aquesta sessió, els alumnes disposen d'una fitxa on anoten les dades personals de l'entrevistat i els ítems que li demanen. Aquesta sessió és enregistrada de manera global i és quan el grup d'alumnes que té la tasca d'enregistrar les entrevistes posteriors es familiaritza amb la càmera i aprèn les nocions bàsiques gràcies al tècnic audiovisual.

L'equip de Sa Galania dona suport als alumnes i a les persones grans perquè l'experiència flueixi i sigui tan enriquidora com sigui possible. A més, també s'encarrega, mitjançant l'observació del desenvolupament de l'activitat, d'anotar aquelles persones grans que tenen més coneixements de la temàtica i que siguin les més idònies per participar en una possible entrevista molt més llarga i acurada.

En les sessions 5 i 6 tan sols hi participen aquelles persones grans que considerem que han destacat en la sessió prèvia, tant pel que fa als coneixements sobre el patrimoni oral que conserva com a la facilitat que tenen per transmetre'ls. Ara, partint de la fitxa que han emplenat en la sessió anterior, els alumnes fan una entrevista molt més específica. En aquest cas, els enregistraments són individuals i podríem dir que també són més formals.

- f) Treball de postproducció i tancament. Recopilació i edició del material enregistrat perquè formi part de l'Arxiu Oral de Mallorca i sigui divulgat posteriorment per la Fundació Mallorca Literària

Inventari i indexació dels enregistraments.

Tot el material enregistrat serà editat i preparat perquè se'n pugui fer un ús adequat com a fons de l'AOM.

3.2. Continguts prioritaris i classificació

L'objectiu dels enregistraments del projecte és que formin part de l'Arxiu Oral de Mallorca. Per tant, la temàtica de les entrevistes gira entorn del que coneixem com a patrimoni immaterial.

Els àmbits del Patrimoni Cultural Immaterial segons el Pla nacional de salvaguarda del PCI (2011) són els següents:

- a) Coneixements tradicionals sobre activitats productives, processos i tècniques

Són els coneixements, tècniques, destreses, habilitats, simbolismes, usos i processos relacionats amb tasques grupals d'adaptació al medi (agràries, ramaderes, forestals, de pesca, extractives), així com les activitats relacionades amb la producció, transformació i elaboració de productes, i els sistemes d'intercanvi i de donació. Per això, són inclosos aquí els oficis artesans i les seves tecnologies, destreses i coneixements associats als processos de producció. Igualment, els coneixements sobre els sistemes constructius de les diferents formes d'habitatge i altres construccions auxiliars. També l'organització dels espais en connexió amb el territori i amb el significat dels paisatges.

b) Creences, rituals festius i altres pràctiques cerimonials

Creences relacionades amb la natura i el medi (la flora, la fauna, el medi ambient, la meteorologia), així com les associades a la protecció de l'individu o de la comunitat enfront de la natura. Creences sobre factors o persones que generen mals i malalties, formes de prevenció i profilaxi, procediments de diagnòstic, tractaments de salut i sanació. Rituals del cicle de la vida: ritus de festeig, matrimoni, casament, concepció, embaràs, part, naixement, defunció i formes de dol. Tenen una rellevància especial, per la seva complexitat i capacitat aglutinadora d'elements culturals dels rituals participatius, tant els relacionats amb el treball i les seves activitats, com els específicament festius, ja siguin de tipus profà, religiós o híbrid.

c) Tradició oral i particularitats lingüístiques

Tradicions i expressions orals, incloent-hi l'idioma (llengües i dialectes, argots, lèxics i toponímies), així com totes aquelles produccions sonores subjectes a un codi que serveixin, entre altres coses, per a la comunicació col·lectiva: els tocs de campana, xiulets, etc. També s'inclouen en aquest apartat la literatura popular (literatura de cordill, romanços, contes, llegendes, relats mítics, cançons, refranys, proverbis, dites, jaculatòries, oracions, dictats tòpics, humor, metàfores, formes conversacionals), la història oral i els relats de vida.

d) Representacions, escenificacions, jocs i esports tradicionals

Representacions teatrals i parateatrals, quan es tracta d'espectacles que distingeixen els actors dels espectadors i els separen. Coreografies, danses i danses de bastons, balls, etc. Jocs i esports tradicionals. Formes tradicionals d'esbarjo, jocs infantils i d'adults amb els seus instruments, etc.

e) Manifestacions musicals i sonores

Composicions musicals i execució instrumental. Cant individual, a duo o en agrupacions musicals tradicionals. Orfeons i cors. Altres sons arrelats en la col·lectivitat (percussió, sons associats a les activitats laborals, mascletades, tamborinades, mapes de sons, etc.).

f) Formes d'alimentació

Coneixements culinaris i dietes. Formes de conservació, condimentació i elaboració d'aliments segons el cicle anual. Plats i el seu consum en el cicle diari. Preferències i tabús en la nutrició. Espais, motius i ritus de comensalisme.

g) Formes de sociabilitat col·lectiva i organitzacions

Usos socials, normes de conducta, regles d'hospitalitat que han servit tradicionalment als grups o comunitats, que són part de la seva identitat i que es veuen amenaçats pels estils de vida difosos pels mitjans de comunicació de massa, el desenvolupament econòmic i l'impacte turístic. Formes d'organització social, regides pel dret consuetudinari i institucions tradicionals (formes col·lectives de repartiment de béns comuns, tribunals d'aigües, confraries laborals, normes de reg, consell obert, sorts, etc.). Organitzacions formals i informals que organitzen i regulen les dinàmiques festives (germandats, comissions, agrupacions, penyes, etc.). Sistemes de parentiu i família. Estructures de parentiu, regles d'organització familiar, normes de residència i filiació, així com els procediments tradicionals d'herència (l'hereu, la pubilla, etc.).

Tenint en compte l'especialització de la Casa Pare Ginard. Museu de la Paraula com a espai dedicat a l'estudi i la divulgació del patrimoni oral, la recopilació de testimonis prioritza els continguts que podem encabir en l'apartat de tradició oral i particularitats lingüístiques.

Convé, doncs, que, tant en la sessió preparatòria amb el grup dels tallers d'estimulació cognitiva com durant la sessió d'entrevista, es doni als testimonis l'oportunitat de transmetre els seus coneixements en relació amb cadascun dels subàmbits plantejats de manera ordenada.

També és un contingut d'interès el corresponent a músiques, cançons i danses populars, íntimament lligat al camp del patrimoni oral (cançons, especialment).

Així mateix, tenint en compte aspectes positius de l'experiència de l'entrevista, com l'espontaneïtat i l'oportunitat comunicativa que suposen, cal no descartar altres continguts que puguin anar sorgint i que podran ser classificats adequadament en el moment de la categorització i transcripció.

En relació amb la tasca de classificació i transcripció, es pren com a model la metodologia aplicada per l'IPEC (Inventari de Patrimoni Etnològic de Catalunya) de la Generalitat de Catalunya. La metodologia ofereix paràmetres clars per classificar enregistraments orals.

3.3. Calendari de treball (any 2018)

Febrer-març	Grup IMAS Porreres Grup IMAS Lloret IES Porreres
--------------------	--

Primavera 2018 Grups IMAS Biniamar i Alaró
IES Binissalem

Tardor 2018 Grups IMAS Binissalem i Consell
IES Binissalem

El projecte tindrà continuïtat en anys successius i ampliarà el territori de referència des del Pla als pobles d'arreu de Mallorca.

4. Conclusions

El projecte El tresor de la memòria esdevé una oportunitat única per enregistrar i captar aquelles persones que encara atresoren un llegat oral d'arrel tradicional molt valuós per estudiar i divulgar el patrimoni immaterial i etnopoètic de Mallorca. L'evolució socioeconòmica de l'illa ha estat causa i factor que aquest llegat hagi anat desapareixent i ja queden molt poques persones aptes per transmetre'l. Per tant, quant a la tasca i l'objectiu de l'Arxiu Oral de Mallorca, compleix perfectament els objectius marcats en aquest aspecte.

Cal afegir que, pel fet de ser una activitat intergeneracional, és un element essencial que explica la importància del procés de construcció del fons com la de la seva finalitat. Per una banda, els alumnes, que es presenten voluntàriament a participar-hi, adquireixen uns coneixements que per qüestions del currículum escolar no obtindrien. El més important, però, és que desenvolupen unes aptituds i actituds a l'hora de relacionar-se amb les persones grans que els fa créixer com a persones i els enriqueix notablement. N'hi ha molts que accepten el repte amb un cert nerviosisme, ja que no saben exactament com han d'actuar i comportar-se al llarg d'una hora llarga de conversa. Quan han tengut el projecte enllestit, tots els estudiants s'han mostrat entusiasmats per tot allò que han après i per haver conegut persones que els han obert la memòria i el cor i que els han contat les seves històries de vida, la qual cosa els ha revelat en molts casos aventures i narracions vertaderament extraordinàries. En general, el resultat és la reflexió que allò que és realment important resideix en les persones, i que cada un de nosaltres té molt per aportar, sobretot les persones grans, les quals atresoren meravelles en molts de casos no descobertes. Molts dels alumnes han continuat aquesta tasca d'investigació i de recollida de memòria oral de familiars directes. Amb aquesta intenció, l'organització els convida a fer-ho i, si ho volen, a fer-li arribar el material etnopoètic que recullin. D'aquesta manera, el Tresor de la memòria no conclou quan acaben les sessions establertes, sinó que cada estudiant hi pot participar indefinidament.

Això a banda, les sensacions que experimenten les persones grans amb la visita de gent jove i engrescada són molt positives. En començar la sessió de presentació, n'hi ha que es mostren escèptiques amb la utilitat del projecte i amb la importància que donam al seu llegat oral. Aquesta actitud canvia tan bon punt entren en contacte amb el grup d'estudiants. No són gaires les oportunitats que tenen les persones grans per ser escoltades sense interrupcions, com la d'una trucada telefònica o un missatge de WhatsApp. Per tant, poder parlar dels seus records i coneixements al llarg d'una hora llarga els proporciona una sensació de ser ateses i sentir-se preuades i útils. En tan sols dues o tres sessions sorgeix realment una estima i un respecte mutu que fa que el projecte El tresor de la memòria sobrepassi els objectius estrictament de traspàs de coneixements i creï sinergies i empaties entre grans i joves.



L'èxit en el desenvolupament de les sessions d'El tresor de la memòria determina la continuïtat i durabilitat del projecte. L'objectiu a llarg termini és cobrir tota la geografia illenca i arribar a tots els grups dels tallers d'estimulació cognitiva.

Foto 1. Sessió d'El tresor de la memòria amb participants del taller d'estimulació cognitiva de Porreres i alumnes de l'IES Porreres. Hivern 2018.



Foto 2. Sessió d'entrevista amb un participant del taller d'estimulació cognitiva de Porreres i alumnes de l'IES Porreres. Hivern 2018.

Foto 3. Sessió d'El tresor de la memòria amb participants del taller d'estimulació cognitiva de Llubí amb alumnes de l'IES Sineu. Tardor 2017.



Autores

CARME CASTELLS VALDIVIELSO

Palma (1976). És llicenciada en Teoria de la Literatura i Literatura Comparada. Té estudis de postgrau en Gestió Cultural i especialització en Disseny i Gestió de Rutes i Itineraris Culturals. Ha desenvolupat una part de la seva trajectòria en l'àmbit de la comunicació i la gestió cultural, centrada en l'àmbit del patrimoni literari. Des de 2008 és la directora gerent de la Fundació Mallorca Literària, que gestiona tres cases museu d'escriptors (Llorenç Villalonga, Rafel Ginard i Blai Bonet) i impulsa un bon nombre de projectes divulgatius, com el WoW! Mallorca literària (patrimoni cultural i literari), el Cançoner 2.0 i el Tradicionari de Mallorca (patrimoni oral), entre d'altres. Un d'aquests projectes és El tresor de la memòria, específicament plantejat per recollir el testimoni de la gent gran i treballar-hi el valor d'aquest llegat i la importància que sigui transmès a les generacions joves.

JOANA MARIA SERRA FIGUEROLA

Inca (1980). És llicenciada en Història de l'Art per la Universitat de les Illes Balears, amb màster en Museografia Didàctica i Interactiva, per la Universitat de Barcelona, i estudis d'especialització universitària en Gestió i Polítiques Culturals, per la Universitat de les Illes Balears. Ha desenvolupat la trajectòria professional en l'àmbit de la gestió cultural en diverses institucions culturals, empreses privades i institucions públiques. Actualment, és coordinadora de la Casa Pare Ginard. Museu de la Paraula, de la Fundació Mallorca Literària.

**FACTORS ASSOCIATS A LA DEPENDÈNCIA
A LES ILLES BALEARS**

Factors associats a la dependència a les Illes Balears

Lluc Nevot Caldentey

Ana Rus de la Iglesia

Julià Coll Ramis

Pere Joan March Vilanova

Resum

La conjuntura entre dependència i solitud en gent gran posa de manifest la urgència d'adoptar mesures que fomentin l'autonomia personal de les persones en situació de dependència. Més encara si consideram la realitat que, com més grans, menys recursos disponibles a la xarxa social. Aquest estudi s'orienta a evidenciar els factors associats a la dependència des de tres caires diferents, però complementaris. L'objectiu és identificar els patrons que caracteritzen aquestes situacions per definir quines en són les línies prioritàries tant d'intervenció com de prevenció. Analitzam els resultats de 178 persones beneficiàries de la prestació econòmica per a cures a l'entorn familiar (PECEF), que foren entrevistades als domicilis per part del personal tècnic de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears, de la Direcció General de Dependència. També disposam de les dades de 101 cuidadors. Entre els resultats, identifiquem l'associació estreta entre la simptomatologia endocrina metabòlica, osteoarticular o circulatoria i dependència. També hi ha relacions significatives entre dependència i dur a terme activitats d'esbarjo, el gènere de la persona cuidadora o la coincidència del cuidador i el dependent en el mateix domicili. Concloem amb algunes línies d'investigació, intervenció i de prevenció en les quals caldria treballar.

Resumen

La coyuntura entre dependencia y soledad en personas mayores pone de manifiesto la urgencia que supone la adopción de medidas de fomento de la autonomía personal de las personas en situación de dependencia. Más aún si se considera la realidad de que a mayor edad, menores recursos disponibles en la red social. Este estudio se orienta a evidenciar los factores asociados a la dependencia desde tres perspectivas diversas a la vez que complementarias. El objetivo es el de identificar los patrones que caracterizan estas situaciones, con el fin de definir cuáles son las líneas prioritarias tanto de intervención como de prevención. Se analizan los resultados de 178 beneficiarios de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF) que fueron entrevistadas en los domicilios por personal técnico de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears, de la Direcció General de Dependència. También se dispusieron de los datos de 101 cuidadores. Entre los resultados se identifica la mayor asociación entre la sintomatología endocrina–metabólica, osteo–articular o circulatoria y dependencia. También relaciones significativas entre dependencia y la ejecución de actividades de recreo, el género de la persona cuidadora o la coincidencia en el domicilio del curador y el dependiente. Se concluyen algunas líneas de investigación, intervención y prevención en las que trabajar.

1. Introducció

Les darreres notícies publicades pels diaris locals en matèria de gent gran no ens deixen indiferents. El fet que puguem dir que aproximadament hi ha 36.000 persones de més de 65 anys que viuen soles, d'acord amb Bagur (2017), i que solament un any després, a l'abril de 2018, aquesta dada ja hagi augmentat en 1.000 persones més –ja arriba a les 37.000–, és una realitat que requereix ser objecte d'estudi i intervenció (Domblás, 2018), sobretot quan creuem aquestes dades amb les de dependència. Paral·lelament, veiem que, segons l'evolució que han seguit les estadístiques de la Direcció General de Dependència (2018), els darrers deu anys eren 31.341 ciutadans –evolució creixent– els qui havien requerit assistència per portar a terme les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) previstes al barem de valoració dels graus i nivells de dependència (BVD), creixement que significà assolir els 46.209 sol·licitants el 31 d'octubre de 2017. Recentment, hem pogut veure que les sol·licituds d'ajuda a la dependència han augmentat un 12% a les Balears el darrer any (Direcció General de Dependència, 2018). La necessitat de tercers i la gran manca que n'hi ha és una manifestació inequívoca que existeix una forta demanda d'atenció especial.

Aquest estudi té l'objectiu principal d'evidenciar els factors explicatius de dependència¹ per poder esclarir quines són les línies de prevenció prioritàries sobre les quals cal posar l'èmfasi.

Concretament, fem l'anàlisi partint de tres enfocaments:

- Gènere (home/dona): l'anàlisi en funció del gènere dilucida les necessitats diferenciades entre homes i dones, la qual cosa ens permet de plantejar línies d'intervenció adaptada a partir de la variable del gènere.
- Grau de dependència (I/II/III): l'anàlisi en funció del grau evidencia les característiques socials, demogràfiques i de salut de la població dependent. Partint de les relacions estadístiques, podem conèixer les àrees prioritàries de prevenció en les quals cal treballar per evitar l'agreujament o endarrerir-lo.
- Edat (18-74/75 o més): la variable edat dibuixa els plànols que faciliten la identificació dels factors propis i contextuals que diferencien la dependència com a situació fonamentalment esdevinguda per qüestions de salut, dels trets propis de la situació d'envelliment. La comparativa atorga informació útil també per plantejar línies d'intervencions preventives.

¹ Estudi fet per la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia personal de les Illes Balears, Direcció General de Dependència.

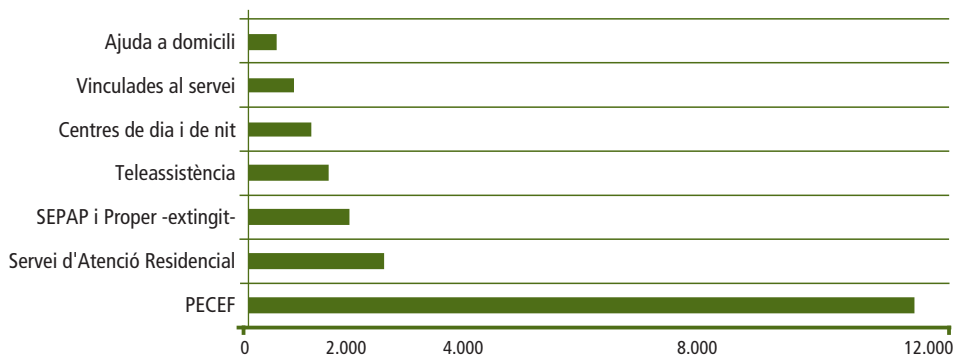
- Factors comuns: els factors que mostren associacions significatives són dels que podem generalitzar el perfil del dependent i plantejar qüestions en les quals cal que incideixin els serveis que treballen amb aquest sector de població.

2. Demografia de la dependència a les Illes Balears

El gener de 2018, a les Illes Balears trobem 27.612 sol·licituds de dependència (població total: 1.105.079 hab.), un 2,5% de la població, i 26.395 sol·licituds amb dictamen. Encara que hi ha 20.100 sol·licitants que tenen dret a rebre la prestació, solament la perceben 17.002, 3.098 no tenen aquest dret i 4.315 estan en tràmits de fer-lo efectiu (Direcció General de Dependència del Govern de les Illes Balears, 2018).

Comparant les estadístiques autonòmiques d'abril de 2018 amb les estatals de febrer de 2018 és possible identificar que les Illes Balears ocupen el quart lloc entre les comunitats autònomes que tenen el percentatge més baix de sol·licitants en relació amb la població; seguidament, se situen la Comunitat Valenciana (2,17%), les Illes Canàries (2,28%) i Ceuta i Melilla (2,45%). La mitjana estatal és al voltant del 3,70%, mentre que la de les Illes Balears és del 2,53% (Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, 2018).

Gràfic 1 | *Distribució volum beneficiaris amb dret efectiu a prestació envers la tipologia de prestació signada a PIA*



Per prestacions, d'un total de 19.190, 2.337 són beneficiàries del Servei d'Atenció Residencial; 1.070, de centres de dia i de nit; 792, de prestacions econòmiques vinculades al servei; 11.383, de prestacions econòmiques per a cures en l'entorn familiar; 464, d'ajudes a domicili; 1.714 resultants del comput de les persones perceptores del Servei de Promoció

de l'Autonomia Personal (SEPAP) actual i de les que encara compten amb l'assignació –al PIA– de l'antic servei de promoció d'autonomia personal PROPER –extingit el 2017– i 1.358 de teleassistència. Sobre el total de la població balear, el 31 de gener de 2018 (1.105.079 hab.), l'1,54% de la població, o 17.002 persones, perceben alguna de les prestacions per situació de dependència.

Taula 1 | *Perfil del sol·licitant a les Illes Balears (abril de 2018)*

	TOTAL	Home	Dona
de 0 a 2 anys	217	120	97
		55,30%	44,70%
de 03 a 18 anys	1525	943	582
		61,84%	38,16%
de 19 a 30 anys	1053	643	410
		61,06%	38,94%
de 31 a 45 anys	1500	858	642
		57,20%	42,80%
de 46 a 54 anys	1325	711	614
		53,66%	46,34%
de 55 a 64 anys	2080	1045	1035
		50,24%	49,76%
de 65 a 79 anys	6328	2556	3772
		40,39%	59,61%
80 i més anys	14229	3846	10383
		27,03%	72,97%
Total	28257	10722	17535
		37,94%	62,06%

Font: elaboració pròpia.

Pel que podem veure a la taula 1, la proporció de dones sol·licitants de prestació a les Illes Balears a la tercera edat és la immensa majoria respecte dels homes, tant en la franja 65 a 79 anys com a partir dels 80 anys, segueix, per tant, la lògica del territori espanyol. Un factor per entendre aquest fet pot ser l'esperança de vida més llarga que experimenten les dones en néixer quan no tenen cap discapacitat, que és de 64,04 anys, mentre que la dels homes és de 52,55 anys. A més, la probabilitat de desenvolupar algun tipus de discapacitat en néixer és molt més reduïda entre les dones (0,02403) que entre els homes i sensiblement inferior a la registrada a les edats inicials de la vellesa (60–64 anys: 0,19505) (Escobar, Puga, i Martín, 2012).

Taula 2 | *Relació entre persones beneficiàries de la PECEF, gènere i grau (juny de 2018)*

	Dones			Homes			Total
	N	%	N	%	N		
Grau I	2717	22,87	1532	12,90	4249	35,77	
Grau II	3103	26,12	1813	15,26	4916	41,38	
Grau III	1681	14,15	1033	08,70	2714	22,85	
Total	7501	63,15	4378	36,85	11879	100,00	

Font: elaboració pròpia

Quant a les persones beneficiàries de la prestació econòmica per a cures en l'entorn familiar (PECEF), veiem que segueix la mateixa dinàmica, amb un percentatge de dones més elevat que el d'homes –63,15% i 36,85%, respectivament. Per graus, predominen els beneficiaris de grau II (41,38%). Són dades que hem extret de les prestacions econòmiques de dependència (PRECODE), de la intranet del Govern de les Illes Balears.

Pel que fa a les persones de la mostra, cal dir que percentualment no s'acosten a la distribució de grau present a l'univers. Així doncs, hi ha predominança del grau I, amb un 45,51%, mentre que el grau II (que a la distribució general és majoritària) obté tan sols un 38,76%. Finalment, hi ha un 15,73% de grau III. Podem explicar aquesta distribució perquè a la mostra hi ha més proporció de persones que són d'origen mallorquí (62,9%) i precisament Mallorca és l'illa on hi ha més demandants del grau I de dependència (4.477 del grau I, 4.354 del grau II i 4.106 del grau III; Direcció General de Dependència, 2018).

Taula 3 | *Relació de persones beneficiàries de la PECEF, per sexe i edat (juny de 2018)*

	Dones		Homes		Total	
	N	%	N	%	N	%
De 0 a 2 anys	35	43,21	46	56,79	81	100
De 03 a 18 anys	296	33,37	591	66,63	887	100
De 19 a 30 anys	175	38,13	284	61,87	459	100
De 31 a 45 anys	284	46,33	329	53,67	613	100
De 46 a 54 anys	256	48,48	272	51,52	528	100
De 55 a 64 anys	429	54,30	361	45,70	790	100
De 65 a 79 anys	1475	61,13	938	38,87	2413	100
80 i més anys	4551	74,51	1557	25,49	6108	100
Total	7501	63,15	4378	36,85	11879	100

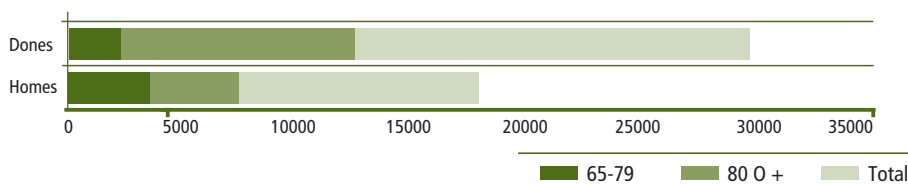
Font: elaboració pròpia

El percentatge de dones que rep prestació econòmica augmenta de manera exponencial a partir dels 65 anys. En l'interval dels 80 anys i més, el percentatge de dones sobre el dels homes es triplica i es converteix en un 74,51% i un 25,49%, respectivament.

En relació amb les persones beneficiàries de la PECEF, tal com podem observar a la taula anterior, el nombre de dones beneficiàries és molt superior al dels homes: representen un 63,15% i un 36,85%, respectivament. Aquestes dades són molt similars a les obtingudes en la mostra de l'estudi (66,3% i un 33,7%, respectivament).

En relació amb les persones enquestades, també veiem que més de la meitat de les persones dependents són dones. Per tant, hi ha més persones del sexe femení que del masculí que reben la PECEF. En aquest cas, el 66,3% de les persones dependents enquestades són dones i un 33,7% són homes.

Gràfic 2 | Volum d'homes i dones sol·licitants del reconeixement de dependència



Pel que fa a l'edat de les persones que sol·liciten ser reconegudes com a dependents, podem observar que més del 50% tenen més de 80 anys i que, en aquest grup, majoritàriament són dones (73%). En el tram de 65 a 79 anys, s'hi concentra el 22,3%.

L'edat de les persones enquestades per fer l'estudi és, en conseqüència, també avançada. Així doncs, el percentatge de persones de més de 65 anys és 84,26%. En aquest grup, més de dos terços tenen més de 75 anys, percentatge que representa un total de (41,38%) més d'un 60% dels enquestats. Les persones enquestades de més de 85 anys representen prop d'un 31% del grup de més de 65 anys i més d'un 25% del total de persones dependents enquestades.

Respecte dels cuidadors enquestats, cal destacar que hi ha una clara tendència femenina, amb un percentatge d'un 68,32% de cuidadores enfront d'un 31,68% d'homes. Això és coherent amb el fet que les tasques de cures continuen estant feminitzades. Per edat,

trobem que la immensa majoria de la mostra, un 83,16%, oscil·la entre els 50 i els 84 anys. D'aquestes persones, més del 60% té entre 50 i 74 anys.

Per sexe del dependent, trobem que a la mostra analitzada les dones dependents són cuidades tant per homes com per dones a parts iguals (53,62% de cuidadores i 46,38% de cuidadors), mentre que per als homes dependents predomina la cuidadora, amb un 78,13% de cuidadores per solament un 21,88% de cuidadors.

3. Instruments

L'univers de referència estava constituït per les 11.807 persones beneficiàries de la prestació econòmica per a cures a l'entorn familiar (PECEF) el 2018. A l'hora de seleccionar la mostra, fixàrem com a criteri d'inclusió que fes com a mínim un any que fossin perceptores efectives de l'ajut. De la llista de persones beneficiàries, les citàrem telefònicament -mitjançant selecció aleatòria, però procurant assegurar la representativitat territorial- per acudir a les llars a fer-los l'entrevista i emplenar les enquestes.

Sota aquests criteris, la mostra estava constituïda per 178 persones beneficiàries de la PECEF. D'aquestes, un 30,9% eren de la ciutat de Palma; el 62,9%, d'altres municipis de Mallorca; un 3,4% d'Eivissa i de Formentera, i un 2,8% de Menorca. De les 178 persones en situació de dependència, per a 101 casos disposàrem de les dades dels cuidadors, els quals emplenaren les enquestes estructurades específicament per a aquesta finalitat.

Mitjançant el LimeSurvey -aplicació de codi obert per fer enquestes en línia-, plantejàrem 24 qüestions per poder fer la descripció sociodemogràfica de la mostra i de relació amb la PECEF, i 19 qüestions relatives al suport social, que adreçàrem a les persones en situació de dependència; els 19 qüestionaments últims formaven part de l'instrument Medical Outcomes Study–Social Support Survey (MOS–SSS), validat per a la població espanyola per De la Revilla, Luna del Castillo, Bailón, i Medina (2005), entre d'altres, i fou originàriament creat per Sherbourne i Stewart (1991) per a pacients amb malalties cròniques.

En el cas dels cuidadors, els vàrem plantejar 17 preguntes de tipus sociodemogràfic i vinculades a valorar l'impacte de la PECEF sobre les persones en situació de dependència i els seus cuidadors, i, paral·lelament, 11 qüestions que ens permeteren mesurar el suport social.

Per avaluar el suport social en la persona cuidadora, l'instrument de referència fou el qüestionari de suport social funcional Duke–UNK–11 (Broadhead, Gehlbach, de Gruy, i Kaplan, 1988; versió de De la Revilla, Bailón, Luna, Delgado, Prados, i Fleitas, 1991; Bellón, Delgado, de Dios, i Lardelli, 1996). Es tracta d'un instrument autoadministrat d'onze

ítems que emprà una escala de resposta de cinc ancoratges i de resposta única dins una forquilla que va de l'1 («molt menys del que desitjo») al 5 («tant com desitjo»). El qüestionari avalua quantitativament el suport social confidencial, pel qual les persones poden rebre informació, consell o guia, o compten amb persones amb les quals poden compartir preocupacions o problemes; mentre que el suport social afectiu pot ser definit amb expressions d'amor, estima, simpatia o pertinença a un grup.

Facilitarem els qüestionaris a cada una de les Il·lars mitjançant entrevistes a domicili que feren el personal tècnic de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal, ubicat tant a Mallorca, com a Menorca, Eivissa i Formentera.

Pel que fa a la dependència, revisarem els 178 expedients i, concretament, els resultats del barem de valoració dels graus i nivells de dependència (BVD) establerts pel Reial Decret 174/2011, d'11 de febrer, pel qual s'aprova el barem de valoració de la situació de dependència establert per la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, relatiu a l'execució de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).

I, pel que fa a la salut, sistematitzarem la informació derivada de 173 informes mèdics-mort experimental de 5 a SISAAD-facilitats pel Servei de Salut de les Illes Balears, disponibles al Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència SISAAD, de l'IMSERO. Aquests informes, juntament amb el plantejament, a l'enquesta, de la qüestió «En general, consider que el meu estat de salut és... (essent 1 molt dolent i 4 molt bo)?», que havien de respondre en una escala nominal de quatre ancoratges entre «molt bo», «bo», «dolent» o «molt dolent» d'elecció única, ens permeteren conèixer tant la situació com la percepció que els individus tenen sobre el seu estat de salut.

4. Resultats

Un cop disposarem de les enquestes contestades, en férem l'anàlisi estadística de les dades mitjançant el software d'anàlisi IBM SPSS, donat que aquesta eina ens atorgava l'oportunitat de generar informes estadístics a partir de les respostes de la població en situació de dependència i dels seus cuidadors. D'un total de 245 variables de les quals recollírem dades a SPSS, identificarem el volum de relacions d'associació següent: al gènere (n=7), a l'edat (n=8) i al grau (n=6).

Com que per poder plantejar propostes d'intervenció és necessari fer una diagnosi inicial sobre la població objecte d'estudi, decidírem apuntar, entre els factors estudiats, quins ens explicaven sobretot la situació de dependència en funció de les variables sociodemogràfiques: el gènere, l'edat i el grau de dependència.

A la taula 4, observam els factors associats a dependència per gènere:

Taula 4 | *Compendi de factors que expliquen la dependència en funció del gènere*

Qüestió Explicativa*	Variable gènere	Significació [^]
El seu domicili, coincideix amb el de la persona curadora?*	D:0.627 n=74 ** H:0.83 n=50 ** T=124**	P. de Fisher (p=0,003) Coef. Contingència=0,005
Actualment, està vostè realitzant alguna d'aquestes activitats? Esbarjo (voluntariat, jocs de taula, associacions, activitats socials...)*	D:0.322 n=38 ** H:0.467 n=28 ** T=66**	P. de Fisher (p=0,043) Coef. Contingència=n.s
Sexe: Femení Sexe: Masculí	D:0.536 n=37 H:0.219 n=7 D:0.464 n=32 H:0.781 n=25	P. de Fisher (p=0,002) Coef. Contingència=n.s.
El seu domicili, coincideix amb el de la persona dependent?	D:0.609 n=42** H:0.875 n=28** T=70**	P. de Fisher (p=0,005) Coef. Contingència=0,007
Síntomes endocrins-metabòlics***	D=0.675 n=79** H=0.429 n=24** T=103**	P. de Fisher (p=0,002) Coef. Contingència=0,002
Síntomes salut mental***	D=0.65 n=76** H=0.35 n=27** T=103**	P. de Fisher (p=0,027) Coef. Contingència=0,027
Síntomes osteo-articulars***	D=0.803 n=94** H=0.625 n=35** T=129**	P. de Fisher (p=0,011) Coef. Contingència=0,012

Nota: ^ només s'indiquen les p significatives – el factor serà explicatiu a partir de $p < 0,005$

* = qüestionari de la persona dependent. La resta, al del curador.

** = resposta afirmativa front a qüestionant dicotòmic

*** = a informe metge

Amb l'anàlisi estadística dels resultats, identifiquem relacions d'associació amb el gènere de la persona dependent; la coincidència de domicili entre la persona dependent i cuidadora, l'execució d'activitats d'esbarjo, el gènere del curador, la coincidència de domicili entre el curador i el dependent, els símptomes endocrins o metabòlics, els símptomes de salut mental i els símptomes osteoarticulars. De manera particular, destaca l'elevat nivell d'associació identificat entre el gènere de la persona dependent i els símptomes endocrins i metabòlics ($p=0,002$) o quant a variables sociodemogràfiques, el gènere de la persona dependent amb el gènere de la cuidadora ($p=0,002$); ambdós resultats, segons la lectura de la prova exacte de Fisher.

A la taula 5 reflectim els factors associats a dependència en funció de l'edat de la persona dependent.

Taula 5 | *Compendi de factors que expliquen la dependència en funció de l'edat*

Qüestió explicativa*	Variable edat	Significació [^]
Ha anat a l'escola o ha realitzat algun tipus d'estudis? [*] "No sap llegir ni escriure" "No, però sap llegir i escriure" "Estudis primaris" "Estudis secundaris" "Estudis superiors"	18-74=0.116 (n=8) 75 ò +=0.118 (n=13) 18-74=0.217 (n=15) 75 ò +=0.44 (n=48) 18-74=0.42 (n=29) 75 ò +=0.33 (n=36) 18-74=0.188 (n=13) 75 ò +=0.064 (n=7) 18-74=0.058 (n=4) 75 ò +=0.046 (n=5)	P. de Fisher (p=/) Coef. Cont.=0,012
El seu domicili, coincideix amb el de la persona curadora? [*]	18-74=0.826 (n=57)** 75 ò +=0.615 (n=67)** T=124**	P. de Fisher (p=0,002) Coef. Cont.=0,003
Actualment, està vostè realitzant alguna d'aquestes activitats? Esbarjo	18-74=0.478 (n=33)** 75 ò +=0.303 (n=33)** T=66**	P. de Fisher (p=0,014) Coef. Cont.=0,018
Edat "18-34 anys" "35-49 anys" "50-64 anys" "65-74 anys" "75-84 anys" "85 anys o més"	18-74=0.028(n=1) 75 ò +=0 (n=0) 18-74=0.167 (n=6) 75 ò +=0.077 (n=5) 18-74=0.222 (n=8) 75 ò +=0.462 (n=30) 18-74=0.417 (n=15) 75 ò +=0.138 (n=9) 18-74=0.139 (n=5) 75 ò +=0.262 (n=17) 18-74=0.222 (n=8) 75 ò +=0.462 (n=30)	P. de Fisher (p=/) Coef. Cont.=0,005
El seu domicili, coincideix amb el de la persona dependent?	18-74=0.833(n=30)** 75 ò +=0.615 (n=40)** T=70**	P. de Fisher (p=0,018) Coef. Cont.=0,023
Síntomes circulatoris***	18-74: 0.446 (n=29)** 75 ò +: 0.815 (n=88)** T=117**	P. de Fisher (p=0,000) Coef. Cont.=0,000
Síntomes endocrins-metabòlics***	18-74: 0.508 (n=33)** 75 ò +: 0.648 (n=70)** T=103**	P. de Fisher (p=0,048) Coef. Cont.=n.s.
Síntomes osteo-articulars***	18-74: 0.585 (n=38)** 75 ò +: 0.843 (n=91)** T=129**	P. de Fisher (p=0,000) Coef. Cont.=0,000
¹ Síntomes pediàtris***	18-74: 0.138 (n=9)** 75 ò +: 0 (n=0)** T=9**	P. de Fisher (p=0,000) Coef. Cont.=0,000

Nota: [^] només s'indiquen les p significatives – el factor serà explicatiu a partir de p<0,005

* = qüestionari de la persona dependent. La resta, al del curador.

** = resposta afirmativa front a qüestionant dicotòmic

*** = a informe metge

D'aquests resultats, n'extraïem l'associació amb l'edat de la persona dependent: el nivell d'estudis de la persona dependent, la coincidència de domicili del dependent amb el curador, fer activitats d'esbarjo, l'edat, la coincidència de domicili entre el curador i el dependent, així com la simptomatologia circulatoria, endocrinometabòlica, osteoarticular i la pediàtrica¹. En particular, ressalta la relació entre la simptomatologia tant osteoarticular com pediàtrica ($p=0,000$), segons la p. de Fisher, i l'edat.

A la taula 6, veiem la relació entre els factors que descriuen la dependència en funció del grau de dependència de la persona beneficiària de la PECEF.

Taula 6 | *Compendi de factors que expliquen la dependència en funció del grau*

Qüestió Explicativa*	Variable grau	Significació [^]
Ha anat a l'escola o ha realitzat algun tipus d'estudis?*		
"No sap llegir ni escriure"	I= 0.062 (n=5) II= 0.174 (n=12) III= 0.143 (n=4)	P. de Fisher (p=/ Coef. Cont.=0,040
"No, però sap llegir i escriure"	I= 0.432 (n=35) II= 0.333 (n=23) III= 0.179 (n=5)	
"Estudis primaris"	I= 0.37 (n=30) II= 0.362 (n=25) III= 0.357 (n=10)	
"Estudis secundaris"	I= 0.086 (n=7) II= 0.116 (n=8) III= 0.179 (n=5)	
"Estudis superiors"	I=0.049 (n=4) II=0.014 (n=1) III=0.143 (n=4)	
El seu domicili, coincideix amb el de la persona curadora?*	I=0.556 (n=45)** II=0.797 (n=55)** III=0.857 (n=24)** T=124**	P. de Fisher (p=/ Coef. Cont.=0,001
De la prestació econòmica que rep, quin percentatge de despesa en dependència cobreix?*		
"0-25%"	I=0.704 (n=57) II=0.420 (n=29) III=0.321 (n=9)	P. de Fisher (p=/ Coef. Cont.=0,002
"25-50%"	I=0.173 (n=14) II=0.232 (n=16) III=0.250 (n=7)	
"50-75%"	I=0.086 (n=7) II=0.217 (n=15) III=0.250 (n=7)	
"75-100%"	I=0.037 (n=3) II=0.130 (n=9) III=0.179 (n=5)	

Dels resultats de la taula 5, n'extraïem relacions d'associació entre el grau de la persona dependent i el seu nivell d'estudis, la coincidència de domicili entre el dependent i la persona que en té cura, el percentatge de cobertura econòmica de la PECEF, el temps que porta com a perceptor i la simptomatologia tant neurològica com pediàtrica. A partir de les dades de la taula, observam una relació de més associació entre el grau atorgat a la persona dependent i el temps que fa que és perceptora de la PECEF (c.c.=0,001), juntament al fet que coincideixi el domicili de la persona cuidadora i el del dependent (c.c.=0,001).

5. Conclusions

Entre els resultats identifiquem que els factors associats al gènere de les persones dependents, ordenats de més a menys, són: els símptomes de salut osteoarticulars (1r), seguit dels símptomes endocrinometabòlics i del gènere dels cuidadors (2n/2), els símptomes de salut mental (3r), la coincidència de domicili entre el dependent i el curador (4t), la participació comunitària en activitats d'esbarjo (5è) i, finalment, la coincidència de domicili entre la persona cuidadora i la dependent (6è). És possible inferir que la simptomatologia osteoarticular, que habitualment tendeix a manifestar-se mitjançant les limitacions de mobilitat, és la que s'associa majorment al gènere de la persona dependent. Aleshores, en les persones dependents observam diferències entre homes i dones quant a l'afectació d'aquests símptomes. És possible identificar la necessitat d'intervencions de promoció d'autonomia diferenciades en funció del gènere quan hi ha aquest tipus de patiments. Pel que fa a l'edat de la persona dependent, hi identifiquem, també per ordre de més a menys rellevància, les variables associades següents: simptomatologia circulatoria, osteoarticular i pediàtrica (1a), coincidència de domicili entre la persona dependent i la cuidadora (2a), edat de la persona cuidadora (3a), nivell d'estudis de la persona dependent (4a), fer activitats d'esbarjo (5a), la coincidència de domicili de la persona cuidadora amb el de la dependent (6a) i, finalment, la simptomatologia endocrinometabòlica.

Per tant, els factors que cal prendre en consideració amb vista a la intervenció són fonamentalment les simptomatologies vinculades a la salut cardiovascular, com la hipertensió arterial o els infarts de miocardi; novament, les vinculades a la mobilitat –als ossos i articulacions– i/o les que venen donades de naixement, infància o adolescència primerenca.

En tercer lloc, quant al compendi de factors associats a la dependència en funció del grau reconegut a la persona dependent, trobam: el temps de percepció de l'ajut (1r), la coincidència de domicili entre la persona dependent i la cuidadora (2n), el percentatge de cobertura de necessitats per dependència de la PECEF (3r), la simptomatologia pediàtrica (4rt), la simptomatologia neurològica (5è) i, finalment, el nivell d'estudis de la persona dependent (6è). Per tant, la característica que marca fonamentalment la diferència en l'assignació de grau I, grau II i grau III de dependència és, a més del temps de percepció de l'ajut, el fet que

la persona dependent convisqui o no amb la persona cuidadora, element de suport diferenciadador en les possibilitats de millora de l'autonomia. Pel que fa a les quantitats econòmiques de l'ajut de la prestació per a cures en l'entorn familiar, podem veure que, en funció del grau de dependència reconegut, varia l'abast pel que fa a la cobertura de necessitats per dependència, factor que cal tenir en compte amb vista a nous plantejaments de les partides econòmiques atorgades per grau. Habitualment, són considerades insuficients per cobrir les despeses que suposen aquestes situacions de necessitat de suport. Amb vista al plantejament d'intervencions, cal considerar la convivència de la persona amb els cuidadors familiars, ja que marquen la diferència, tant per gènere, edat i grau de dependència.

Prendre part en activitats d'esbarjo, com ara participar en voluntariats, jocs de taula, amb associacions o fer activitats socials, també està associat a les diferències que puguin experimentar les persones en situació de dependència en funció de les tres variables objecte d'anàlisi. Fomentar aquest tipus d'activitats (no observem diferències entre grups en funció de si practiquen activitat física o cognitiva) pot ser una de les accions de prevenció que es podria implementar per fomentar l'autonomia de les persones en situació de dependència. Malgrat que no observem relacions significatives entre fer activitat física i el grau de dependència, sí que en detectem en les limitacions de mobilitat (síntomes osteoarticulars), per la qual cosa podem considerar que tal vegada promoure activitats de mobilitat i/o rehabilitació –fonamentalment entre les dones, malgrat que també caracteritza els homes, sobretot a partir dels 75 anys o abans procurant-ne la prevenció– pot minvar l'associació que hem detectat en aquest estudi. Un altre factor que caracteritza la població en situació de dependència en ambdós sexes és el nivell d'estudis baix (sense estudis o amb estudis primaris, fonamentalment), fet que denota la necessitat d'implementar activitats de tipus educatiu a les llars. Aquestes podrien veure's facilitades pels continguts d'intervencions de competència familiar, que atorgarien als cuidadors i parents propers les eines necessàries per garantir l'estimulació en la comunicació i el foment en les relacions sistèmiques. Amb independència del nivell d'estudis que puguin tenir les persones en situació de dependència, és comú que progressivament perdin estímuls vinculats a la interacció, fet que incrementa les possibilitats de perdre facultats comunicatives i interessos per les relacions. Prenent com a objectiu la millora dels coneixements i/o habilitats de la persona en situació de dependència, és possible plantejar activitats interactives que millorin el benestar del conjunt familiar. Un altre vessant que podria fomentar l'autonomia de les persones grans seria la implicació, com a avis, en el Programa de competència familiar (PCF) (Orte, Ballester, March, i Amer, 2013). La pèrdua de funcions progressiva que acompanya la vellesa pot revertir-se mitjançant la participació, amb fills i nets, en les intervencions del PCF. També a llarg termini, mitjançant l'aplicació de les habilitats familiars adquirides en el programa. Tot plegat podria constituir-se com a «quid pro quo», segons el qual els fills o parents cuidadors prendrien part en el suport funcional que requereixen els adults grans i els pares en situació de dependència ajudarien en la criança i educació dels més joves de la família.

Referències bibliogràfiques

Bagur, J. (2017). Unas 36.000 personas mayores de 65 años viven solas en Baleares. Palma. *Última Hora*. Recuperat de: <https://ultimahora.es/noticias/local/2017/03/21/255984/unas-000-personas-mayores-anos-viven-solas-balears.html>

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

Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., de Gruy, F. V., i Kaplan, B. H. (1988). The Duke- UNC functional social support questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. *Med.Care.*, 26(7), 709-723.

De la Revilla, L., Bailón, E., Luna, J., Delgado, A., Prados, M. A., i Fleitas, L. (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 8, 688-692.

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

Direcció General de Dependència del Govern de les Illes Balears, (2018). Estadísticas. Palma. CAIB. Recuperat de: <http://www.caib.es/sites/dgdependencia/es/estadisticas-16345/>

Domblás, N. (2018). Más de 100.000 personas viven solas en Baleares y el 40% tienen más de 65 años. Palma. *Última Hora*. Recuperat de: <https://ultimahora.es/noticias/local/2018/04/13/993099/mas-100-000-personas-viven-solas-baleares-tienen-mas-anos.html>

Escobar, M. A., Puga, M. D., i Martín, M. (2012). Análisis de la esperanza de vida libre de discapacidad a lo largo de la biografía de la madurez a la vejez. *Gaceta Sanitaria*, 26(4), 330-335.

Orte, C., Ballester, Ll., March, M. X., i Amer, J. (2013). The spanish adaptation of Strengthening Families Programme. *Procedia, Social and Behavioral Sciences*, 84, 269- 273.

Sherbourne, C. D. i Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Sciences & Medicine*, 32(6), 705-714.

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2018). Estadística mensual. Madrid. *IMSERSO*. Recuperat de: http://www.dependencia.imserso.es/imserso_01/auxiliares/contacto/index.htm

Autors

LLUC NEVOT CALDENTEY

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

ANA RUS DE LA IGLESIA

Pontevedra (1992). Graduada en Antropologia Social i Cultural per la Universitat Nacional d'Educació a Distància i màster universitari en Drets Humans, Democràcia i Globalització per la Universitat Oberta de Catalunya. Actualment, treballa com a investigadora per a la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears, on fa estudis sobre l'impacte econòmic del sector d'Atenció a la Dependència i l'Autonomia Personal i l'impacte social i de càrrega emocional de les prestacions econòmiques per a cures en l'entorn familiar (PECEF) tant en dependents com en familiars cuidadors.

JULIÀ COLL RAMIS

Marratxí (1988). Graduat en Administració d'Empreses per la Universitat de les Illes Balears. Curs superior en gestió i millora de processos. Tècnic de qualitat a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) i actualment treballa com a investigador per a la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears, on fa estudis sobre l'impacte econòmic del sector d'atenció a la dependència i l'autonomia personal i l'impacte social i de càrrega emocional de les prestacions econòmiques per a cures en l'entorn familiar (PECEF), tant en dependents com en familiars cuidadors.

PERE JOAN MARCH VILANOVA

Campanet (1991). Graduat en Antropologia Social i Cultural per la UAB i màster de Formació de Professorat de Secundària per la UIB. Ha participat en estudis sobre moviments socials entorn al dret a l'habitatge i en el concepte de cultura aplicat a educació secundària. Actualment, treballa a la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència, on fa estudis sobre l'impacte econòmic del sector d'atenció a la dependència i l'autonomia personal i l'impacte social i de càrrega emocional de les prestacions econòmiques per a cures en l'entorn familiar, tant en dependents com en familiars cuidadors.

**POLISIMPTOMATOLOGIA:
SUPORT SOCIAL I AUTONOMIA**

Polisimptomatologia: suport social i autonomia

Lluc Nevot Caldentey

Carmen Orte Socias

Lluís Ballester Brage

Gregorio Molina Paniagua

Resum

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

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

Resumen

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

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

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

1. Introducció

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Salut somàtica i suport social

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

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

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

4. Mostra d'estudi¹

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

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

4.1. Caracterització sociodemogràfica

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

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

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

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

5. Instruments

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

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

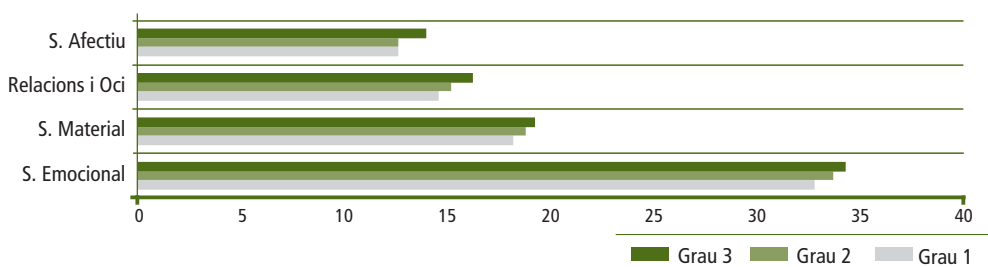
pel Servei de Salut de les Illes Balears, disponibles al Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SISAAD), de l'IMSERSO. Juntament amb el plantejament de la qüestió «En general, consider que el meu estat de salut és...?» (essent 1 molt dolent i 4 molt bo) que havien de respondre en una escala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

6. Resultats

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

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

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



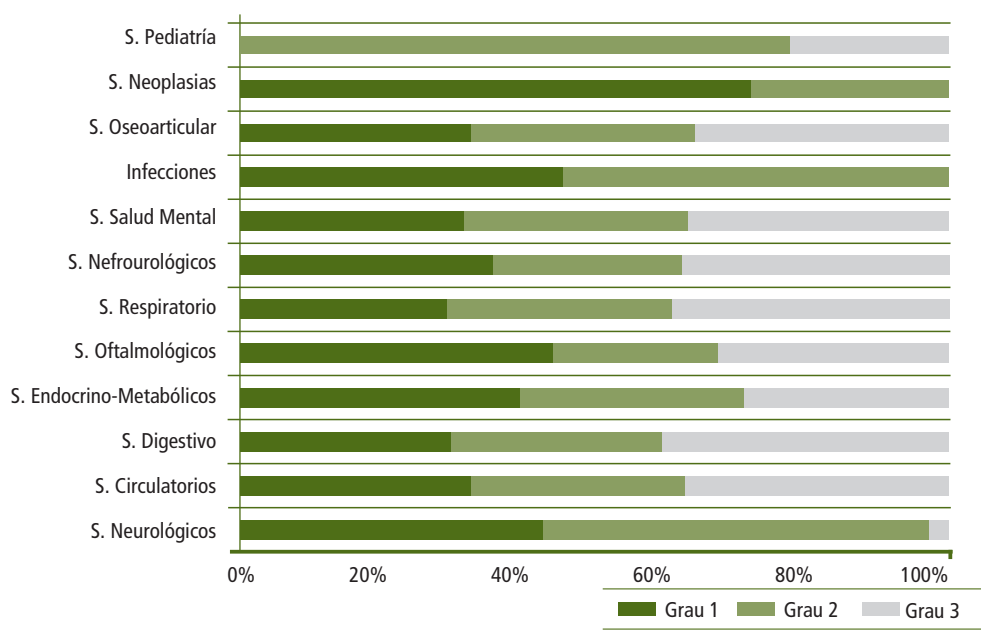
Aplicant ANOVA, la qual permet comparar els diferents grups (I, II i III) a les puntuacions de tipus quantitatiu obtingudes per a cada una de les variables per identificar diferències entre grups—suport afectiu, relacions i oci, suport material i emocional—, únicament podem generalitzar l'associació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

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

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

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

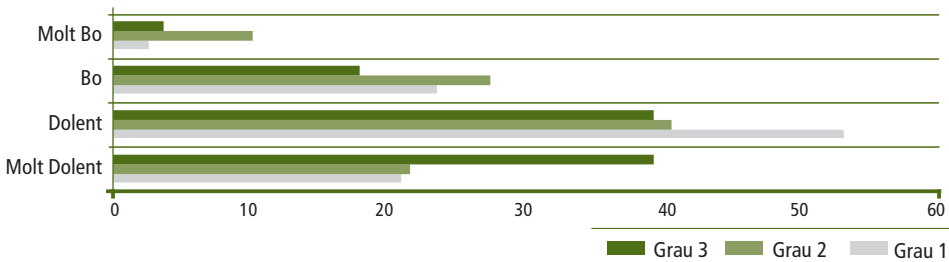
Gràfic 2 | *Distribució de resultats quant a simptomatologia somàtica en funció del grau de dependència.*



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

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

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



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

7. Conclusions

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

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

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

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

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

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

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

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

Referències bibliogràfiques

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Autors

LLUC NEVOT CALDENTÉY

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

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. És la investigadora principal en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES), de la UIB. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-1998 i l'ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears. És la directora de la International Summer Senior University. Des de juny de 2018 és la Directora General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Govern d'Espanya.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

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

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

GREGORIO MOLINA PANIAGUA

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

**ENVELLINT JUNTS:
LA DOBLE DEPENDÈNCIA**

Envellint junts: La doble dependència

Vicenç Ferretjans Moranta
Beatriz Pozuelo Lara
M. Magdalena Rosselló Picó
M. Dolores Roldán Pradillo

Resum

En les darreres dècades l'esperança de vida de les persones s'ha anat allargant de manera considerable. Aquesta circumstància no s'ha produït tan sols en la població en general, sinó que altres col·lectius, com el de les persones amb discapacitat intel·lectual, s'han vist també afavorits per l'augment de l'esperança de vida global. Aquest doble envelliment, el de les persones amb discapacitat intel·lectual i al mateix temps el dels seus familiars, cuidadors principals en la majoria de casos, esdevé una nova situació, en què les persones dependents pel seu procés d'envelliment esdevenen al mateix temps cuidadores de persones dependents per una discapacitat, l'anomenada doble dependència.

Al present article hem intentat aproximar-nos a la realitat de les persones amb discapacitat intel·lectual de l'Organització Mater Misericordiae i a la dels seus cuidadors en procés d'envelliment. De la mateixa manera, a més de veure quin és l'abast d'aquesta situació, intentam analitzar quins són els tipus de suport requerits per atendre les seves demandes, millorar la seva qualitat de vida i promoure el fet que la resta de la comunitat indagui la realitat de la doble dependència.

Resumen

En las últimas décadas la esperanza de vida de las personas se ha alargado de manera considerable. Esta circunstancia no se ha producido sólo en la población en general, sino que otros colectivos, como el de las personas con discapacidad intelectual, se han visto también favorecidos por el aumento de la esperanza de vida global. Este doble envejecimiento, el de las personas con discapacidad intelectual y al mismo tiempo el de sus familiares, cuidadores principales en la mayoría de casos, se convierte en una nueva situación, aquella en la que personas dependientes por su proceso de envejecimiento se convierten al mismo tiempo en cuidadoras de personas dependientes por una discapacidad, la llamada doble dependencia.

En el presente artículo hemos intentado aproximarnos a la realidad de las personas con discapacidad intelectual de la Organizació Mater Misericordiae y a la de sus cuidadores en proceso de envejecimiento. Del mismo modo, además de ver cuál es el alcance de esta situación, intentamos analizar cuáles son los tipos de apoyo requeridos para atender sus demandas y mejorar su calidad de vida, así como promover que el resto de la comunidad indague sobre la realidad de la doble dependencia.

1. Introducció

En les darreres dècades l'esperança de vida de les persones s'ha anat allargant de manera considerable. Aquesta circumstància, que ha de ser conceptualitzada com un assoliment de l'ésser humà i que ha produït l'augment de l'autonomia d'aquestes persones en procés d'envelliment, també ha significat l'aparició de noves situacions de vulnerabilitat i dependència en la població general.

Paral·lelament, aquest increment de l'esperança de vida no s'ha produït tan sols en la població en general, sinó que altres col·lectius, com el de les persones amb discapacitat intel·lectual, s'han vist també afavorits per l'augment de l'esperança de vida, per l'augment de la qualitat de les cures i pel canvi de concepció pel que fa als drets de les persones. Aquest fet ha configurat nous reptes per a la nostra societat, ja que els mateixos problemes referents a l'envelliment de la població general es reproduïen, condicionats per les característiques de la discapacitat intel·lectual, en aquesta població.

Així, l'envelliment de la població amb discapacitat representa un repte per als serveis encarregats d'atendre aquest segment de població, que es veuen abocats a plantejar actuacions dirigides a donar resposta a les necessitats de les persones grans amb discapacitat intel·lectual en procés d'envelliment.

Entorn d'aquest tema, l'envelliment, els serveis d'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual estan duent a terme diverses actuacions (Pérez, 2002) per tal d'orquestrar mesures de prevenció de la vulnerabilitat o de l'agreujament de la dependència i potenciar l'envelliment actiu (Navas, Uhlmann i Berástegui, 2017).

Tanmateix, el procés global d'envelliment de la població, sigui amb discapacitat o sense, condiciona l'aparició d'un nou repte, l'anomenada doble dependència.

En aquest context entenem per doble dependència el fet en què els cuidadors primaris (majoritàriament la família) pateixen una situació de clara vulnerabilitat, per la qual s'esdevé la necessitat de suport com a conseqüència del procés d'envelliment, i d'altra banda, a la vegada, aquests cuidadors primaris esdevenen cuidadors d'una persona amb discapacitat intel·lectual, és a dir, són persones en procés d'envelliment vulnerables o dependents que tenen cura d'altres dependents (Verdugo, Rodríguez i Sánchez, 2009).

L'envelliment es deu, en part, a les característiques genètiques, però també es veu influenciat pel medi ambient, l'adaptació a la vida diària i l'estil de vida de cada persona i les seves circumstàncies, que atorguen el caràcter de singularitat, heterogeneïtat i una personalíssima forma d'envellir (Leitón i Gómez, 2012). Per això la cura d'una persona dependent pot influenciar de manera decisiva no sols l'envelliment d'aquestes persones,

sinó també la necessitat de mesures especials que puguin afavorir un envelliment actiu i positiu per part dels cuidadors de les persones dependents.

En aquest sentit, intentem visualitzar quin és l'estat d'aquesta qüestió i esbrinar-ne l'abast recollint algunes dades que ens permetin donar llum a la qüestió de la doble dependència a partir del nostre camp d'actuació, la discapacitat intel·lectual. Això sense oblidar que aquest fet es produeix en qualsevol altra circumstància en què convisquin persones vulnerables o dependents que tenen cura d'altres dependents.

2. La doble dependència en el món de la discapacitat intel·lectual

L'any 2009 el catedràtic de Psicologia de la Discapacitat i director de l'Institut Universitari d'Integració a la Comunitat (INICO), de la Universitat de Salamanca, Miguel Ángel Verdugo i el seu equip publicaven en format de llibre una investigació de gran abast (Verdugo et al., 2009) que aportava dades referents a les necessitats percebudes per les famílies de persones amb discapacitat intel·lectual més grans de 45 anys. Així mateix, també aprofundia en el concepte de qualitat de vida amb referència a aquestes famílies.

És evident que el fet de referir-se a aquesta població, persones amb discapacitat intel·lectual més grans de 45 anys, suposava directament que els familiars tenien més o menys 65 anys. Per tant, es tractava de famílies cuidadores en procés d'envelliment. De fet, en el subtítol del llibre, el professor Verdugo i els seus companys ja introduïen el terme «doble dependència».

L'estudi aprofundia en la perspectiva dels cuidadors primaris i analitzava el tipus de suport requerit per atendre les seves demandes i millorar la seva qualitat de vida. Aquesta informació pretenia oferir una guia de prioritats d'actuació per afrontar els nous reptes de la dependència i preveure quins serien els recursos més sol·licitats per les famílies per fer-hi front.

En aquest sentit, en les conclusions, els autors assenyalaven que especialment les mares eren les persones que més sentien intensament la dependència del fill cap a elles i que aquest fet feia que la seva salut es veiés afectada, de manera que es mostraven més sobrecarregades que els pares o germans, si bé tots els membres de la família reflectien que la seva salut física i psicològica havia minvat amb el temps. Un altre gran repte era el referent al futur, concretament es plantejaven on, com i amb qui viurien les persones amb discapacitat quan ja no poguessin ser cuidades a la llar familiar.

Així, amb referència als serveis i suports que les famílies consideraven cabdals, esmentaven l'accés als serveis sanitaris i l'accés als serveis residencials o serveis alternatius a

aquests. Una altra gran demanda feia referència a la realització de residències conjuntes per a pares i fills. També entre els resultats es consideraven molt necessaris els serveis de formació i informació sobre on aconseguir serveis tant per als fills com per a les famílies i sobre drets legals.

Un fet cabdal era la necessitat del suport que demanaven els pares per al manteniment de la llar, és a dir, remarcaven la necessitat de suport al domicili i especialment a les mares. En definitiva, l'estudi oferia una visió de la qualitat de vida familiar de les famílies de gent gran amb fills amb discapacitat intel·lectual en fase d'envelliment i dels tipus de suport i necessitats que aquests consideraven prioritaris.

Malauradament, els resultats obtinguts per l'estudi no varen tenir una gran continuació amb referència a aquest tema. No oblidem que l'estudi s'elaborà l'any 2008, dos anys després de l'aprovació de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006, 2006), una llei en la qual, amb paraules del mateix Verdugo, «les famílies implicades en l'estudi han dipositat moltes esperances» i que, degut a l'esclat de l'anomenada crisi financera, el mateix any 2008, va patir grans retallades. Possiblement aquest fet va incidir en la manca posterior d'estudis sobre el tema de la doble dependència, almenys amb referència a persones amb discapacitat intel·lectual. No obstant això, sí que s'han produït estudis sobre altres col·lectius, com ara el de padrins que cuiden els nets (Bádenes i López, 2010).

3. Doble dependència en el nostre entorn

L'Organització Mater Misericordiae atén persones amb discapacitat intel·lectual de manera integral durant tot el seu cicle vital. Precisament, és aquesta la raó per la qual darrerament ens preocupa el tema de l'envelliment d'aquestes persones. Com ja hem manifestat anteriorment, avui dia és normal trobar persones amb discapacitat intel·lectual en edats considerades avançades. De fet, en alguns serveis de l'organització ja s'han produït les primeres accions encaminades a procurar un envelliment actiu i saludable d'aquestes persones i s'ha constatat que fins a un terç dels usuaris de certs serveis ja podien ser considerats població en procés d'envelliment (Ferretjans, Cornide, Román, Asnani i Rodríguez, 2016).

Així, el fet que hi hagi una població cada vegada més envellida suposa de forma directa que al mateix temps hi hagi uns familiars també en procés d'envelliment. Es tracta d'un fet que, tot i que és evident, creiem que encara no ha obtingut l'atenció deguda. Així, mitjançant l'aproximació que desenvolupem a continuació, d'una banda, pretenem donar a conèixer el fenomen de la doble dependència en el món de la discapacitat intel·lectual i, de l'altra, obtenir una primera aproximació de quin és l'estat de la qüestió al nostre

entorn més proper, el Centre de Dia i el Centre Ocupacional ISLA, de l'Organització Mater Misericordiae.

3.1. Aproximació a la doble dependència

Per aproximar-nos a la realitat de la doble dependència en els nostres serveis, es va elaborar un qüestionari en el qual, a part de dades demogràfiques, com l'edat i el sexe, s'indagava sobre els serveis i suports que la persona amb discapacitat intel·lectual tenia i els que necessitava (segons els familiars) i, en la segona part, sobre els serveis i suports que ells necessitaven i els que utilitzaven com a cuidadors de persones dependents. També se'ls demanava de manera molt breu que justificuessin les seves respostes. L'esmentat qüestionari va ser contestat bé en persona o bé per telèfon.

L'enquesta va ser administrada per les treballadores socials i psicòlegs dels serveis del Centre de Dia (CD) i Centre Ocupacional (CO) en relació amb la població d'usuaris/famílies dels dos serveis que presentaven alguna de les característiques següents:

- Els cuidadors primaris tenien més de 65 anys.
- Eren famílies monoparentals amb més de 55 anys.
- Presentaven factors evidents de vulnerabilitat (malaltia greu).

Es varen comptabilitzar com una sola família aquelles que tenien un o més germans al servei.

El fet de disposar de diferents serveis adreçats a persones amb discapacitat intel·lectual provoca que la població d'usuaris no sigui en cap cas homogènia. Així, els usuaris dels diferents serveis mostren una diversitat funcional evident amb referència a les seves habilitats i capacitats. Aquestes diferències que es traslladen a la naturalesa, les funcions i el funcionament dels diferents serveis. Aquest factor, degut al caràcter singular i heterogeni de l'envelliment, incideix directament en el procés d'envelliment, tant de les mateixes persones amb discapacitat intel·lectual com de les seves famílies. Així, de l'exposat anteriorment, sembla probable que la cura d'una persona amb grans afectacions tant de tipus motriu com intel·lectual té un efecte més incisiu en l'envelliment d'aquesta mateixa persona i els seus cuidadors primaris que la cura d'una persona sense afectacions tan greus.

Això ens va conduir a mantenir les mostres separades, ja que podíem suposar que els familiars en procés d'envelliment del CD, amb fills més afectats que els de les persones usuàries del CO ISLA, podrien diferir en els seus resultats quant a necessitats i respostes. Un altre factor que ens va influenciar a l'hora de mantenir les mostres separades va ser la diferent naturalesa dels serveis. Així, el nivell d'afectació dels usuaris i la naturalesa més assistencial del Centre de Dia fan que aquest servei sigui més susceptible de tenir entre els seus usuaris persones de més edat que el Centre Ocupacional ISLA.

3.2. Les dades

El total de famílies del Centre de Dia que acompliren les condicions anteriorment esmentades varen ser 33 d'un total de 91, la qual cosa representa el 36,2% del total de famílies d'aquest centre. En el cas del Centre Ocupacional, les famílies varen ser 55, que representen el 33,9% del total de 162 famílies. Tant en un com en l'altre servei, observam similituds pel que fa a la possible existència del fenomen de la doble dependència, ja que ambdós presenten aproximadament un terç de les seves famílies en procés d'envelliment o que presenten alguna de les vulnerabilitats esmentades anteriorment.

Pel que fa a l'edat dels cuidadors primaris, creiem que la dada més important és el rang d'edat dels membres de les famílies cuidadores. Així, en aquest cas, el rang d'edats pel que fa al Centre de Dia va ser de 65 a 88 anys, mentre que al Centre Ocupacional va ser de 56 a 90 anys.

Quant a la participació, en el cas del CD va contestar l'enquesta el 57,5% de les famílies (19 persones), mentre que al CO ho va fer el 52,7%, un total de 29 famílies. En tot cas, en ambdós serveis el tant per cent de famílies que va contestar el qüestionari va sobrepassar la mitjana d'usuaris que acomplien les característiques.

Tot i que no es tracta d'una dada de la qual es pugui extreure cap conclusió definitiva, volem indicar que, per sexes, les dones representen el 63,1% de les persones del Centre de Dia que varen contestar i el 75,8% dels participants del Centre Ocupacional ISLA. Com hem dit anteriorment, no es pot extreure cap conclusió d'aquesta dada, ja que les enquestes dutes a terme per telèfon o presencialment varen ser a l'atzar, igual que les presencials, si bé, atesa l'edat dels cuidadors, la presència d'un nombre més gran de dones a la llar a l'hora de rebre la trucada o de persones que s'apropen fins als serveis podria indicar un pes més gran d'aquestes com a cuidadores o com a responsables de l'assistència de la llar.

Taula 1 | *Dades demogràfiques*

	Centre de Dia	Centre Ocupacional
Nombre de famílies amb doble dependència	33 (36,2% del total)	55 (33,9% del total)
Nombre d'entrevistes contestades	19 (33 total)	29 (55 total)
Mitjana d'edat de les famílies	76 anys	77,8 anys
Rang d'edat de les famílies	65 a 88 anys	56 a 90 anys

Gènere	6 homes	12 dones	7 homes	22 dones
--------	---------	----------	---------	----------

Els resultats obtinguts en les diferents enquestes es presenten dividits, tant pel que fa als diferents serveis com al fet que les respostes tractin sobre el familiar amb discapacitat intel·lectual o sobre les persones enquestades com a cuidadores de persones dependents.

Així, en el primer cas, en relació amb el tipus de serveis que són necessaris i que utilitzen els seus familiars, la resposta, en tant per cent sobre les respostes efectuades, varen ser les presentades a la taula següent:

Taula 2 | *Resultats relatius al familiar amb discapacitat intel·lectual i els serveis i suport*

	Centre de Dia		Centre Ocupacional	
	Necessiten	Utilitzen	Necessiten	Utilitzen
1. Servei de valoració, orientació i seguiment	100%	100%	82,7%	82,7%
2. Servei de centre de dia	95,5%	100%	0%	0%
3. Servei ocupacional	5,5%	0%	100%	100%
4. Servei de fundació tutelar	5,5%	0%	0%	0%
5. Servei sociocultural i d'oci	5,5%	0%	24,1%	3,4%
6. Servei de residència	61,1%	55,5%	13,7%	3,4%
7. Servei de transport i mobilitat	38,8%	38,8%	72,4%	72,4%
8. Servei d'habitatge supervisat	0%	0%	37,9%	20,6%
9. Servei de fisioteràpia	44,4%	44,4%	20,6%	20,6%

El primer que crida l'atenció dels resultats és la diferència entre els obtinguts al Centre de Dia i els obtinguts al Centre Ocupacional. Analitzant ítem per ítem, pareix clar que el servei de valoració, orientació i seguiment és necessitat i utilitzat per la quasi totalitat d'usuaris dels serveis. Hi ha un dubte lleuger sobre si els familiars que pertanyen al CO varen entendre del tot quins són aquests serveis, ja que, a pesar del 82,7% de respostes sobre la seva utilització, són utilitzats pel 100% dels usuaris.

És evident que en el cas del Centre Ocupacional en l'ítem 3, els usuaris obtenen el 100%, circumstància que no ocorre al CD, en què una família pareix manifestar el seu desig de canvi de servei en relació amb el seu familiar en l'ítem 2.

Ens ha causat sorpresa la poca significació del servei de fundació tutelar, almenys pel que fa a la previsió del futur dels familiars i, de fet, és estrany veure que tan sols una família de les dues mostres s'ha plantejat la seva necessitat en el futur. En aquest sentit, que no hagin cedit la tutela actualment no significa que no hagin preparat una pretutela i no tinguin, per això, una previsió de futur. Un desig comú de les famílies és estar amb els seus fills mentre puguin, sense reparar gaire en el desgast que per a ells mateixos això pot representar.

Igualment hem d'incidir en els resultats obtinguts a l'ítem 5 sobre els serveis socioculturals i d'oci. Aquí es produeix, de nou, una gran diferència entre els usuaris del CD i el CO, ja que aquests darrers manifesten més necessitat del servei esmentat, si bé ni uns ni els altres en fan una utilització excessiva. Passava el mateix amb l'ítem 5; estranya que un servei que pot representar una ajuda a la cura i un descans dels cuidadors primaris sigui tan poc sol·licitat o utilitzat. Per la informació recollida, també podem afirmar que els familiars cuidadors del servei ocupacional no solen percebre els seus familiars com a càrrega, sinó com a companyia i, per tant, és molt freqüent que aquests no siguin conscients del desgast produït per aquesta situació. Es produeix una adaptació a la situació que sovint fa difícil separar les seves necessitats de les del seu familiar. És habitual sentir que la família manifesta literalment: «Si el meu fill està bé, jo també.»

En les respostes relatives al servei de residència, sí que apareix una diferència entre necessitat i utilització, ja que aquest servei obté una demanda superior a la utilització. També succeeix amb l'ítem 8, servei d'habitatge supervisat.

Pel que fa als serveis de transport i mobilitat i fisioteràpia, no hi ha cap diferència entre necessitats i utilització.

De les respostes obtingudes, podem extreure que hi ha dificultats per ser conscients de les necessitats pròpies com a persones diferents del seu familiar i una tendència a perllongar, a pesar dels problemes de salut i les dificultats que es puguin generar, l'estada amb la persona amb discapacitat. Les famílies utilitzen les prestacions i els serveis disponibles en l'Administració d'acord amb la situació del moment present, no tant amb una intenció preventiva. Això s'agreuja si tenim en compte el rang d'edats en els quals se situen les persones, entre els 59 i els 90 anys.

Taula 3 | *Resultats relatius als cuidadors com a cuidadors de dependents*

	Centre de Dia		Centre Ocupacional	
	Necessiten	Utilitzen	Necessiten	Utilitzen
1. Respir familiar	22,2%	22,2%	65,5%	17,2%
2. Cuidador/Treballador familiar per a la persona amb discapacitat	27,7%	16,6%	10,3%	3,4%
3. Recursos econòmics i ajuts per a persones amb discapacitat	55,5%	0%	79,3%	79,3%
4. Grups de suport, orientació i informació	5,5%	0%	31,0%	3,4%
5. Suport informal*	0%	0%	51,7%	6,8%
6. Formació i informació a familiars	0%	0%	75,8%	24,1%

* Suport informal: cura o atenció dispensada de manera altruïsta a les persones que presenten discapacitat o dependència per familiars o propparents o altres agents i xarxes dels distints serveis formalitzats d'atenció.

Per les respostes obtingudes, aquí també s'observen diferents necessitats expressades pels familiars d'un servei o l'altre, si bé la majoria apunta a recursos econòmics i ajuts, és a dir, a recursos i suport de tipus material com a gran necessitat.

Sorprèn que, tot i tractar-se de persones amb una edat que pot dificultar en gran mesura la cura de persones dependents, s'utilitzin pocs recursos, com el servei de respir familiar, utilitzat només en el 22,2% al CD o el 17,2% al CO o la presència de cuidadors o treballadors familiars per a persones amb discapacitat.

D'altra banda, hi ha una gran diferència entre les necessitats observades per part de les famílies del Centre Ocupacional ISLA amb referència als ítems 5 i 6, suport informal, i formació i informació a familiars respectivament. És evident que es produeix un fet diferencial entre ambdues poblacions, si bé no hem aprofundit en els factors que han possibilitat aquestes diferències.

3.3. Els resultats

Tot i tractar-se d'una primera aproximació, creiem que les dades obtingudes ens permeten obtenir una primera visualització de quin és l'impacte del fenomen de la doble dependència, almenys pel que fa als serveis del Centre de Dia i el Centre Ocupacional de l'Organització Mater Misericordiae. En aquest cas, podem afirmar que una de cada tres famílies ateses als serveis mencionats està en ple procés d'envelliment, envelliment que és paral·lel al del seu propi familiar.

Els resultats obtinguts ens demostren un col·lectiu de gent gran amb necessitat d'una atenció específica d'informació, orientació i acompanyament. Pel que fa a les necessitats de serveis referits a la llar, com els de residència o habitatge supervisat, si bé el parer habitual de les famílies és que són serveis molt importants, ho són en el moment de la necessitat, no abans.

En el cas de les necessitats de les famílies, respecte a si mateixes, sí que hi apareix una gran tendència a considerar com a necessaris aquells serveis que faciliten la vida a la llar i la seva permanència en la comunitat i l'entorn de referència. Aquests serveis són els de respir, el suport informal i especialment els recursos econòmics, recursos que els mateixos familiars manifesten que utilitzarien en els serveis abans esmentats, serveis de respirs o cangurs, ja que en l'actualitat aquests serveis no es troben al catàleg de prestacions de les administracions.

Les famílies enquestades demostren una gran capacitat d'adaptació a les situacions de dificultat que sobrevenen i, a pesar del procés d'envelliment, mantenen un equilibri, que només en certs casos pot arribar a ser disfuncional, per les dificultats de reconèixer les limitacions. En definitiva, les dades ens mostren un col·lectiu de famílies en procés

d'envelliment que precisen una observació i atenció específica: formació i informació amb referència a ells mateixos i als factors que poden incidir en el seu propi envelliment com a cuidadors de persones dependents.

4. Conclusions

L'envelliment del col·lectiu de persones amb discapacitat intel·lectual, igual que el de la població general, és un procés en clar augment. Aquest fet, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual, representa a la vegada l'envelliment dels seus familiars i, per tant, l'augment de probabilitats que es produeixin situacions de doble dependència. Aquestes situacions probablement requereixen estudi tant pel que fa a la singularitat de la situació mateixa com a les possibles solucions.

Sobre aquest tema, l'any 2009 (Verdugo et al., 2009), els familiars de persones amb discapacitat intel·lectual en procés d'envelliment ja assenyalaven com a principals preocupacions l'existència de suficients serveis residencials o habitatges supervisats, la necessitat de formació i informació per a ells mateixos i especialment de serveis d'ajuda a la llar, tant materials com d'altres tipus adreçats al respir emocional. Pràcticament són els mateixos temes i punts d'interès i preocupació que mostren els familiars que es troben en el mateix procés enquestats als nostres serveis quasi nou anys després.

Aquesta coincidència en la majoria de preocupacions per part de les famílies de l'estudi del professor Verdugo i la nostra aproximació al tema ens fa pensar que, després d'aquest temps i malgrat alguns esforços, per exemple la creació d'entorns residencials en els quals pares i fills, tots en procés d'envelliment, viuen de manera conjunta (Centro Residencial OASIS-CAMD per a persones grans amb fills i fills amb discapacitat, de Càritas Diocesana, Granada), aquesta línia d'actuació, la doble dependència, no ha estat un tema prioritari i això fa necessari continuar l'estudi dels reptes i solucions que comporta aquest fenomen.

L'envelliment del col·lectiu de persones amb discapacitat ja no és una anècdota; és un fet normal i, per tant, l'envelliment dels familiars d'aquestes persones també. El fet que una de cada tres famílies ateses al Centre de Dia i al Centre Ocupacional ISLA de l'entitat Mater Misericordiae es trobin en procés d'envelliment ho demostra.

Per tant, considerem que és necessari aprofundir en el fenomen de la doble dependència, no només des del punt de vista de les seves febleses, sinó també de les seves forteses. De fet, la doble dependència no és un repte només per al col·lectiu de persones amb discapacitat intel·lectual, sinó un repte present en tots aquells col·lectius, salut mental, discapacitat física, envelliment, etc., en procés d'envelliment i, per tant, un objectiu de les polítiques de serveis socials.

Referències bibliogràfiques

Bádenes, N. i López, M. T. (2010). *Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España*. Colección Estudios y Monografías. Pamplona: Aranzadi.

Ferretjans, V., Cornide, P., Román, A., Asnani, J. L. i Rodríguez, M. Z. (2016). Prevenció d'envelliment saludable per a persones amb discapacitat intel·lectual greu i profunda. *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2016*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Leitón, Z., i Gómez, M. (2012). *El cuidado singular durante el envejecimiento y la vejez*. Trujillo: EDUNT.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial del Estado Español*, núm 299. Madrid. 15 de desembre de 2006.

Navas, P., Uhlmann, S. i Berástegui, A. (2017). *Envejecimiento activo y discapacidad intelectual*. Colección Investigación. Madrid: Ministerio de Educación, Cultura y Deportes.

Pérez Gil, Rosa (Ed.) (2002). *Hacia una cálida vejez. Calidad de vida para la persona mayor con retraso mental*. Madrid: FEAPS.

Verdugo, M. A., Rodríguez, A i Sánchez, M. C. (2009). *Familias y personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento. La doble dependencia*. Madrid: Editorial Síntesis.

Autors

VICENÇ FERRETJANS MORANTA

Palma (1968). Llicenciat en Filosofia i Lletres, secció de Psicologia, per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Expert en Atenció a la Geriatria i Gerontologia per la UIB i Expert en Drets Humans i Bioètica en Clínica i Investigació per la Universitat Nacional d'Educació a Distància (UNED). Exerceix com a psicòleg a l'Organització Mater Misericordiae d'ençà de l'any 2005. Actualment és psicòleg del Centre de Dia per a persones amb discapacitat intel·lectual de l'organització esmentada. Està acreditat com a psicòleg general sanitari per la Conselleria de Sanitat del Govern de les Illes Balears i és membre i coordinador del Grup de Treball sobre Psicologia i Discapacitat Intel·lectual del Col·legi Oficial de Psicòlegs de les Illes Balears (COPIB). És coautor de diversos articles sobre envelliment de persones amb discapacitat intel·lectual, suport conductual positiu o conductes problemàtiques.

BEATRIZ POZUELO LARA

Palma (1988). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears el 2011. Especialista en Cooperació per al Desenvolupament. Treballadora Social al Centre de Dia de Mater Misericordiae durant l'any 2017. Actualment desenvolupa la seva tasca al departament de menors de la mateixa entitat, així com al grup de treball de famílies de Plena Inclusión (federació d'entitats que treballen amb persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament i amb les seves famílies).

M. MAGDALENA ROSSELLÓ PICÓ

Muro (1984). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Mediació en Conflictes Familiars per la UIB. Experiència en salut mental, formació en teràpia Gestalt i en teràpia corporal integrativa. Participació en projectes de treball social comunitari juntament amb la Plataforma d'Entitats de Serveis de Son Gotleu, especialment dirigides a la inclusió social de persones amb discapacitat dins la comunitat. Des de 2008 treballa dins l'Organització Mater Misericordiae, en concret en el Programa de Famílies del Centre Ocupacional ISLA; participa en el grup estatal de treball de famílies de Plena Inclusión (federació d'entitats que treballen amb les persones amb discapacitat intel·lectual i del desenvolupament i amb les seves famílies) i, concretament, en l'elaboració de diferents documents per al foment d'un enfocament centrat en la família, com ara la darrera revisió del Model de servei de suport a famílies i la Guia d'autoavaluació del model.

M. DOLORES ROLDÁN PRADILLO

Villanueva de Alcardete (Toledo) (1957). Llicenciada en Filosofia i Lletres, secció de Psicologia, per la Universitat Pontifícia de Comillas de Madrid. Especialista en Mediació en Conflictes familiars per la UIB. Exerceix com a psicòloga a l'Organització Mater Misericordiae des de l'any 1997. Està acreditada com a psicòloga general sanitària per la Conselleria de Sanitat del Govern de les Illes Balears. Actualment treballa com a psicòloga al Centre Ocupacional de l'Organització Mater Misericordiae, on dona suport a persones amb un grau de dependència i necessitats de suport importants. En aquest context i en relació amb la població de major edat, aplica un enfocament de l'envelliment actiu, emfasitzant la prevenció per ajornar el deteriorament i la potenciació de capacitats i fortaleces.

**APLICACIÓ DEL PROGRAMA LIBERA-CARE
EN RESIDÈNCIES DE PERSONES GRANS
DE GRUPO 5 A MALLORCA:
NOU MODEL D'ATENCIÓ CENTRADA EN LA
PERSONA I LLIURE DE SUBJECCIONS**

Aplicació del programa Libera-Care en residències de persones grans de Grupo 5 a Mallorca: Nou model d'atenció centrada en la persona i lliure de subjeccions

Julià Barceló Sansó
Catalina Elena Bibiloni Juan
Isabel M. Pascual Sureda

Resum

L'aplicació de la Norma Libera-Care és un projecte de canvi del model actual d'atenció a les persones en residències i centres de dia per a persones grans de Grupo 5 a Mallorca. Neix en el moment en què els seus professionals comencen a qüestionar-se l'ús de les subjeccions, tant físiques com químiques, i a estudiar tots els aspectes relacionats amb el seu ús, així com a reflexionar sobre la possibilitat de cuidar sense subjeccions.

L'aplicació de la Norma Libera-Care, sota la tutela de la Fundación Cuidados Dignos, dissenya un nou model de treball que permet racionalitzar l'ús de les subjeccions i tractar d'eliminar-les mitjançant la metodologia d'atenció centrada en la persona.

La implantació del programa té diverses fases d'execució, amb l'objectiu final de modificar el sistema d'atenció, que implica un canvi de cultura en tota l'organització i la creació d'un clima de seguretat i confiança en el nou model d'atenció, en què prima l'autonomia i la llibertat de la persona cuidada, així com els seus drets, i en què les subjeccions no són considerades una indicació per a la prevenció de caigudes o d'alteracions de conducta, entre altres coses.

Resumen

La aplicación de la Norma Libera-Care es un proyecto de cambio del modelo actual de atención a las personas en residencias y centros de día para personas mayores de Grupo 5 en Mallorca. Nace en el momento en que sus profesionales comienzan a cuestionarse el uso de las sujeciones, tanto físicas como químicas, y a estudiar todos los aspectos relacionados con su uso, así como a reflexionar sobre la posibilidad de cuidar sin ellas.

La aplicación de la Norma Libera-Care, bajo la tutela de la Fundación Cuidados Dignos, diseña un nuevo modelo de trabajo que permite racionalizar el uso de las sujeciones y tratar de eliminarlas mediante la metodología de atención centrada en la persona.

La implantación del programa tiene varias fases de ejecución, con el objetivo final de modificar el sistema de atención, lo que implica un cambio de cultura en toda la organización y la creación de un clima de seguridad y confianza en el nuevo modelo de atención, en el que prima la autonomía y libertad de la persona cuidada, así como sus derechos, y en que las sujeciones no son consideradas como indicación para la prevención de caídas o de alteraciones de conducta, entre otras.

1. L'actual model de subjecció

Una subjecció, física o mecànica, consisteix en la col·locació d'un dispositiu material per restringir els moviments d'una part del cos o impedir els moviments en la totalitat del cos, amb l'objectiu de prevenir aquelles activitats físiques que puguin ocasionar un risc de lesió a la persona a la qual s'aplica la subjecció o en altres persones del seu entorn (Briones i Rodríguez, 2017). Sovint, subjectar físicament es complementa amb subjectar químicament, per mitjà de la prescripció de fàrmacs psicotròpics per reduir les alteracions de conducta.

La prevalença de l'ús de subjecció en el territori espanyol destaca de manera significativa si la comparem amb altres països; segons Ljunggren el percentatge de residents amb subjeccions físiques és del 39,6% a Espanya, mentre que a França és del 17,1%, a Itàlia del 17,1%, als Estats Units del 16,5%, a Suècia del 15,2%, a Islàndia del 8,5%, al Japó del 4,5% i a Dinamarca del 2,2% (Norma Libera-Care, 2017). Altres estudis assenyalen que Espanya no segueix una línia d'uniformitat. Així, les xifres de prevalença de subjeccions físiques en residències de gent gran espanyoles mostren valors extrems des del 0% fins al 98% (Briones i Rodríguez, 2017). Mentre que l'ús de subjeccions físiques en altres països va des del 6% a Suïssa i el 9% als Estats Units, fins al 28% a Finlàndia i el 30% al Canadà (Briones i Rodríguez, 2017), la prevalença del seu ús depèn del centre residencial. Segons Ramos, López, Maïllo i Paz (2015), hi ha centres que en fan un ús indiscriminat i les utilitzen en més del 50% dels usuaris i altres, en canvi, no en fan ús.

A Espanya, hi ha 98 residències certificades com a lliures de subjeccions per les entitats Confederació Espanyola d'Organitzacions de Gent Gran, Confederació Espanyola d'Associacions de Familiars d'Alzheimer, Dignitas Vitae i Fundación Cuidados Dignos. A la comunitat autònoma de les Illes Balears en comparació amb l'Estat espanyol són menys significatives les dades. De les 44 residències que hi ha a Mallorca avui dia, només una té el certificat de centre Lliure de Subjeccions. Aquest centre té una capacitat de 31 places i es destina a persones vàlides.

Hi ha una tradició estesa en el funcionament de les residències de subjectar la gent gran, sobretot en situació de demència, per tal d'evitar caigudes i controlar alteracions de conducta (Tortosa et al., 2016). El codi ètic que inspira aquesta forma de considerar i prescriure les subjeccions s'ha instal·lat al sector, i els professionals intervenen defensant els «interessos» del pacient, en una actitud que es pot considerar com a paternalista (Urrutia, 2015). En aquest context, el paternalisme el constitueix el fet que el cuidador pren decisions sobre el que més beneficia una persona des del seu punt de vista, en lloc de tenir en compte els valors de la persona cuidada (Urrutia, 2015).

No hi ha un marc normatiu o legislatiu específic i comú d'àmbit estatal, encara que algunes comunitats autònomes en els últims anys han promulgat decrets, ordres, circulars o instruccions que tracten d'homogeneïtzar la diversitat de protocols publicats pels professionals, institucions, entitats i associacions dedicades a l'atenció de les persones grans i a l'estudi i abordatge de les subjeccions (Ramos et al., 2015). A les Illes Balears l'ús de subjeccions es regula en l'article 9.1 apartat n) de la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, que disposa, en relació amb els drets específics de les persones usuàries de serveis residencials, el «Dret a no ser sotmeses a cap tipus d'immobilització o de restricció física o tractament farmacològic sense la seva autorització, llevat que hi hagi perill imminent per a la seguretat física de la persona usuària o de terceres persones, o que hi hagi prescripció facultativa, en ambdós casos sota supervisió» (Llei 4/2009).

1.1. Causes de l'ús de subjeccions

L'ús de dispositius de subjecció és justificat pels professionals amb arguments que inclouen des del control d'alteracions de la conducta amb risc per al mateix usuari o per al seu entorn i optimitzar la seguretat del pacient fins a evitar la deambulació erràtica i facilitar l'administració de medicació (Galán et al., 2008).

No obstant, la indicació d'aquest tipus de mesures pot estar relacionada, en alguns casos i segons els mateixos autors, amb l'assoliment de metes organitzatives dels centres (compliment d'horaris), manteniment d'entorns socials còmodes (evitar que els residents molestin), alleujar problemes d'escassetat o de formació adequada del personal dedicat a l'atenció directa, així com l'esmena de defectes en el disseny dels espais físics dedicats a l'atenció d'aquests grups de gent gran (Galán et al., 2008).

1.2. Indicacions d'ús

Les principals causes de prescripció de subjeccions als protocols, procediments o guies sobre l'ús de la subjecció són (Norma Libera-Care, 2017):

- Situacions o conductes que representen una amenaça per a la integritat física de la persona: prevenció d'autolesions.
- Situacions o conductes que representen una amenaça per a la integritat física de terceres persones: prevenció de lesions o perill de la vida d'altres persones.
- Protecció de programes terapèutics de la mateixa persona o altres.
- Necessitat de repòs.

Segons la Norma Libera-Care (2017), no s'hi inclouen les caigudes com a indicació d'ús de la subjecció. En canvi, aquesta és la causa principal per la qual s'indiquen les subjeccions, la qual suposa el 75% de les subjeccions prescrites.

1.3. Efectes

Els detractors de l'ús de subjeccions argumenten que en algunes situacions les persones que estan subjectes poder patir lesions causades directament pel dispositiu de subjecció, com asfíxies, isquèmies en membres, lesions neurològiques (compressió del plexe braquial), macadures, laceracions, etc. (Galán et al., 2008). En altres casos, l'efecte advers de la col·locació de dispositius de subjecció es produeix de forma indirecta; s'observa en augment d'aparició d'úlceres cutànies per pressió, més deteriorament cognitiu, més freqüència d'incontinència urinària i fecal i l'increment de les taxes de mortalitat (Galán et al., 2008).

Segons la Norma Libera Care (2017), l'ús continu de subjeccions físiques condueix a una sèrie de perjudicis:

- Físics: úlceres per pressió, infeccions, incontinències (urinàries i fecals), disminució de la gana, restrenyiment, pèrdua de to muscular, atrofia muscular o debilitat.
- Psicològics: aïllament social, por o pànic, ira, retir o apatia, depressió o agressivitat.

A més d'aquestes conseqüències físiques i psicològiques, també s'han de tenir en compte les implicacions morals, ètiques, socials i jurídiques associades a l'ús de subjeccions físiques (Briones i Rodríguez, 2017). Així, diferents organismes i institucions internacionals consideren les subjeccions com una forma de vulneració dels drets fonamentals de la persona, i en valoren l'ús excessiu o inadequat com una forma de «maltractament», «negligència» o «abús» (Briones i Rodríguez, 2017).

2. Dos models contraposats

Les repercussions físiques, ètiques, morals i fins i tot legals que comporten l'ús de subjeccions han creat una controvèrsia entre els professionals que en defensen l'ús i els qui fins i tot el consideren com una forma de «maltracte» (Briones i Rodríguez, 2017).

Tenint en compte la tesi doctoral d'Urrutia (2015), la comparativa del model a favor de l'ús de la subjecció i el model en contra de l'ús, es planteja la visió següent:

- Model amb subjecció
 - Model paternalista, en què prima el principi de beneficència.

- La seguretat de la persona es prioritària i es garanteix mitjançant l'ús de subjeccions. Hi ha un desequilibri entre seguretat i llibertat, i no es fa ús de mètodes de vigilància.
- Els partidaris d'aquest model afirmen que la subjecció evita caigudes, permet el control de la convivència entre usuaris i s'eviten agressions.
- L'ús de la subjecció és decidit per la família o pels professionals.
- Model amb no subjecció
 - Model autonomista i potenciador de les capacitats i els drets de les persones cuidades. Prima el principi d'autonomia benèfic.
 - L'equilibri entre la seguretat i la llibertat és prioritari: es garanteix la seguretat mitjançant procediments de seguretat i vigilància de les persones cuidades.
 - No existeix evidència científica que la subjecció eviti les caigudes. No obstant, sí que hi ha evidència científica que l'ús de les subjeccions té repercussions negatives de tipus físic i cognitiu.
 - L'ús de la subjecció és decidit per la mateixa persona o per la seva família tenint en compte el que considera digne la mateixa persona.

Cada vegada es qüestiona més l'ús de subjeccions, amb estudis que demostren que el seu ús no disminueix el nombre ni les conseqüències o la gravetat de les caigudes, que en principi són el seu fi primordial, sinó que fins i tot poden augmentar-les (Ramos et al., 2015). A més, no hi ha estudis que demostrin que l'ús d'aquests dispositius millori l'atenció de la gent gran en centres residencials (Galán et al., 2008).

Tampoc no hi ha evidència científica que justifiqui l'ús de subjeccions, la qual cosa fa que l'ús quedi a l'elecció lliure dels professionals encarregats de l'assistència, i per tant, la seva utilització queda subjecta a les diferents interpretacions dels valors i de la dignitat del resident per part del professional que l'atén, així com de les capacitats i el coneixement que aquest professional posseeixi pel que fa a tenir cura amb subjecció o sense subjecció (Urrutia, 2015).

3. Aplicació de la Norma Libera-Care: model d'atenció centrat en la persona i lliure de subjeccions a la residència i al centre de dia Grupo 5 Sant Joan

L'aplicació de la Norma Libera-Care és un projecte de canvi del model actual d'atenció a les persones grans i es duu a terme, com a centre pilot a la residència i centre de dia Grupo 5 Sant Joan, amb una capacitat de 120 residents i 20 places de centre de dia, i és fa extensiva als altres centres de Grupo 5 a Mallorca.

Amb aquest programa s'ha dissenyat un nou model de treball que pretén, entre altres coses, racionalitzar l'ús de les subjeccions restrictives. Aquest tipus de dispositius es consideren elements que la persona no pot retirar fàcilment i que en restringeixen la llibertat de moviment o l'accés a una part determinada del seu cos. Per tal d'eliminar-les s'utilitza la implantació d'un nou model d'atenció centrada en la persona i lliure de subjeccions, basat en la Norma Libera-Care.

Paral·lelament, el programa s'orienta cap a:

- Aconseguir en cada centre un valor «nombre de persones amb subjeccions restrictives episòdiques i/o habituals/any del 5% de les persones cuidades del nivell assistencial o d'intervenció que serien objecte de subjecció, tendent al 0%».
- Utilitzar les subjeccions restrictives només quan no hi ha cap altra alternativa, i dins de les indicacions i contraindicacions establertes per la Norma, i de forma absolutament protocol·litzada.
- Cuidar les persones preservant-ne la imatge personal i promovent els seus drets.

Es pretén que en menys de cinc anys el programa estigui implantat en tots els centres de Mallorca de Grupo 5, començant la implantació i certificació de Centre Lliure de Subjeccions a la residència i centre de dia Grupo 5 Sant Joan, a través de la Fundación Cuidados Dignos.

Per dur a terme el programa ens basem en la metodologia GCES (gestió, control i eliminació de subjeccions) de la Norma Libera-Care (2017) que divideix la implantació en tres fases:

- Fase 1: Fase d'inici.
- Fase 2: Fase de control i eliminació de subjeccions.
- Fase 3: Fase en què ja no s'utilitzen subjeccions, o en què l'ús tendeix a zero.

El seguiment i l'avaluació del programa es fa a partir dels indicadors que fixa la Norma Libera-Care, i que es troben validats per l'Entitat Nacional d'Accreditació (entitat d'inspecció per a la realització d'inspeccions i avaluacions en l'àrea de centres socials, sanitaris i socio-sanitaris, amb acreditació n. 326/EI528).

El primer pas per a l'execució del projecte és la creació de l'equip líder, que dins el centre coordina els canvis a dur a terme, i que està format per l'equip següent: metge, coordinació d'infermeria, fisioterapeuta, psicòleg, treballador social, coordinació de gerocultors i representants de l'equip de gerocultors, a més de la direcció del centre.

L'equip rep formació en les eines dels quatre pilars de la Norma Libera-Care, i un cop ha profunditzat en els coneixements, s'encarrega de difondre aquests valors i liderar tota l'organització, afavorint el canvi de model cap a una cultura de control i eliminació de subjeccions restrictives, i també d'afavorir el desenvolupament dels quatre pilars de la Norma Libera-Care (2017) en què es basa el nou model:

1. Model basat en el principi d'autonomia benèfica.
2. L'eix del model és la qualitat de vida i la dignitat entesa des de la persona cuidada mateixa.
3. El model requereix un nou model de gestió, el model de vida i persona.
4. El model considera i utilitza l'ús / no ús de la subjecció física i/o química com un indicador referent de qualitat de vida. Una vegada la subjecció no suposa un problema, el tracte és l'indicador referent.

L'equip líder també serà el responsable de tot el relacionat amb la implantació del programa, la promoció de la cultura de la mobilitat i del bon tracte individualitzat. Ha de transmetre l'inici d'aquest gran canvi a les famílies o representants legals de les persones cuidades i ha d'anar vencent la rigidesa al canvi que pugui haver-hi dintre de l'organització. Tant les famílies com la resta de l'organització també reben formació en sensibilització. Per tant, totes les persones que pertanyen a l'organització estan implicades en el programa, és a dir, les persones cuidades, les seves famílies o representants legals, i tots i cadascun dels treballadors del centre.

Primerament es fa un diagnòstic del centre i es detecten les àrees de millora necessàries per poder implantar el programa en la totalitat. Per tal d'evitar l'ús de subjeccions es revisaran les alternatives adequades tenint en compte cada cas de forma individualitzada. Es va creant una organització de treball en el context d'una recerca d'equilibri entre la seguretat de la persona i la seva llibertat, i en què es dissenyen les tasques del dia a dia en funció de les persones cuidades i les seves necessitats.

L'eina principal del nou model és el mètode de vigilància, que implica un nou protocol de caigudes, no caigudes i agressions. Per poder dissenyar-lo és necessari detectar els moments del dia i llocs on es produeixen més caigudes i alteracions de conductes. El mètode de vigilància tracta de donar solució als moments de risc per tal de reduir-los, i en aquest sentit s'organitza el centre i s'estableixen zones comunes segons el risc de caiguda o d'alteració de conducta dels residents.

L'equip d'atenció ja no utilitzarà la subjecció com a indicació per a la prevenció de caigudes ni d'alteracions del comportament, i pren consciència de les alternatives enfront

de la subjecció. En un primer moment es revisen i controlen les subjeccions existents, sense retirar-les, i a continuació es comencen a gestionar casos i eliminar subjeccions. Cal destacar que a l'inici a la residència i al centre de dia Grupo 5 Sant Joan la prevalença d'ús de subjeccions restrictives era del 14%, en un centre de 120 places residencials i 20 de centre de dia, de les quals el 85% són ocupades per persones dependents. Actualment aquesta xifra ha minvat a tan sols el 1,6% en un any des que es va començar a aplicar el programa Libera-Care.

El nou model queda integrat dintre del sistema de qualitat de la gestió de l'organització, i afavoreix el desenvolupament de la responsabilitat social i d'un model de gestió més ètic. Totes les persones de l'organització creixen com a professionals reforçant els valors propis del programa, mitjançant el lideratge transformacional aportat per l'equip i una direcció per valors. La gestió de l'organització es focalitza en la persona cuidada, mitjançant plans d'atenció individualitzats. L'objectiu és satisfer les necessitats, preferències i els drets de cada persona, prioritzant la seva qualitat de vida. El nou model es fonamenta en la prevenció, les capacitats de les persones i la rehabilitació dels dèficits.

A partir del primer moment i per tal de conèixer millor les persones cuidades, es creen unes fitxes d'atenció centrada en la persona, i així s'integra l'observació com a eina per entendre els seus comportaments. Es tindran en compte altres aspectes de la persona com: la imatge personal, el patró nutricional, el patró d'eliminació, el patró d'activitat física, el patró de la son, el patró cognitiu i comportamental, la història de vida, la sexualitat, els valors i les creences, petites coses del dia a dia, etc. La malaltia o la discapacitat i les seves manifestacions són un sumatori del comportament, seguint el model enriquit de demència de Tom Kitwood (1997):

Manifestació comportamental de la malaltia = dany orgànic + salut i estat físic
+ biografia i història de vida + personalitat + psicologia social

A partir de l'aplicació i posada en pràctica del nou model s'intenta transmetre una forma de cuidar més digna, que respecti els drets de les persones cuidades, a partir del respecte de l'experiència de vida de la persona i evitant l'ús de subjeccions.

Referències bibliogràfiques

- Briones, M. A. i Rodríguez, B. (2017). Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 52 (2), 93-101. Recuperat de <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2016.02.005>
- Broker, D. (2013). *Atención centrada en la persona con demencia. Mejorando los recursos*. Barcelona: Octaedro Psicoterapias.
- Burgueño, A. (2008). *Atar para cuidar. Uso de sujeciones físicas y químicas en personas mayores dependientes que reciben cuidados prolongados*. Recuperat de: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/DB50F783-BEE9-494D-A661-7F7A50AC6302/107054/usodesujecionesenpersonasmayores1.pdf>
- Corbella, J. (2017.) La obligación de la vigilancia de los enfermos ingresados en centros sanitarios. Comunicació del XXIV Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Recuperat de <http://www.aeds.org/congreso/congresos-aeds/ponencias/Josep%20Corbella%20i%20Duch.pdf>
- Galán, C. M., Trinidad, D., Ramos, P. et al (2008). Uso de sujeciones físicas en una población anciana ingresada en residencias públicas. *Revista Española de Geriátria y Gerontología social*, 43(4), 208-213.
- Kitwood, T. (2003). *Repensant la demència: pels drets de la persona*. Barcelona: Eumo editorial.
- Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears. BOIB 89. Recuperat de: https://www.caib.es/sites/institutestudisautonomic/ca/n/llei_42009_d11_de_juny_de_serveis_socials_de_les_illes_balears_-67067/
- Ramos, P., López, J. A., Maíllo, H. i Paz, J. M., (2015) Sujeciones mecánicas y farmacológicas en servicios y centros geriátricos y gerontológicos. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 50 (1),35-38. Recuperat de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.09.006>
- Ribera, J. M. (2015). Dignidad de la persona mayor. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 50, 195-199.
- Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. *Informes Portal Mayores*, 106.

Rodríguez, P. (2011) El modelo de atención integral centrada en la persona es un cambio de paradigma que requiere un proceso complejo. *Periódico Nosotros los Mayores*. Recuperat de: http://www.fundacionpilares.org/docs/entre_atencion_integral_1.pdf

SEGG (2014). *Documento consenso sobre sujeciones mecánicas y farmacológicas*. Recuperat de: https://www.segg.es/media/descargas/Documento_de_Consenso_sobre_Sujeciones.pdf

SEGG (2011). *Guía práctica del buen trato a las personas mayores*. Recuperat de: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/SEGG.%20GUIA%20BUEN%20TRATO%20A%20PERSONAS%20MAYORES.pdf>

Tortosa, M. A., Granell, R., Fuenmayor, A. i Martínez, M. (2016). Efectos de un programa de eliminación de sujeciones sobre personas mayores con demencia en residencias. *Revista Española de Gerontología*, 51(1), 5-10. Recuperat de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2015.06.006>

Urrutia, A. (2015). *Modelo de cuidado centrado en la persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación*. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid.

Urrutia, A. (2017). *Norma Libera-Care: Sistema de Gestión de la Calidad de Vida en el Cuidado*. Guernika: Fundación Cuidados Dignos.

Autors

JULIÀ BARCELÓ SANSÓ

Vilafranca de Bonany (1989). És graduat en Treball Social, màster d'Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família i expert universitari en Geriatria i Gerontologia per la Universitat de les Illes Balears. Va començar la seva labor professional com a director del Centre de Dia d'Artà. Des de 2016 és treballador social de la residència Grupo 5 Sant Joan.

CATALINA ELENA BIBILONI JUAN

Santa Eugènia (1983). És diplomada en Fisioteràpia i experta universitària en Geriatria i Gerontologia per la Universitat de les Illes Balears. Va començar la seva carrera com a fisioterapeuta a la Residència de Montuïri i Sant Joan i el 2015 va adquirir la responsabilitat de coordinadora tècnica de Grupo 5 Mallorca.

ISABEL M. PASCUAL SUREDA

Son Macià (1982). Llicenciada en Ciències Polítiques i de l'Administració i en Sociologia per la Universitat Complutense de Madrid. Màster superior en Investigació per la Universitat Nacional a Distància i Postgrau en Direcció i Gestió d'Empreses (àmbit sanitari) per la Universitat Alfonso X el Sabio. És professora-tutora en el Grau de Ciències Jurídiques i Ciències Polítiques a la UNED des de 2011, i directora de la residència i centre de dia Grupo 5 Sant Joan des de 2014.

**L'ELIMINACIÓ DE MESURES DE
SUBJECCIÓ AL GERIÀTRIC DE FERRERIES
GESTIONAT PER L'INTRESS**

L'eliminació de mesures de subjecció al geriàtric de Ferreries gestionat per l'Intress

Lydia Sánchez Prieto

Carmen Orte Socias

M. Teresa Coll Janer

Catalina Pons Mesquida

Lluís Ballester Brage

Resum

Als darrers anys, cada vegada, proliferen més intervencions destinades a cuidar de la persona gran sense necessitat de l'ús de subjeccions (físiques o químiques). Les investigacions apunten que l'ús de subjeccions no sempre assegura que la persona gran no caigui, i a més a més, impliquen un conjunt de repercussions negatives cap a la persona, com podria ser la pèrdua d'autonomia personal, sentiments negatius (ràbia, frustració, impotència, tristesa, etc.), afectació psicològica i/o cognitiva, deterioració funcional, entre altres. A la vegada, s'ha de plantejar fins a quin punt una subjecció no és una forma de vulneració dels drets fonamentals de la persona al limitar la seva llibertat.

Per avaluar aquest aspecte, aquest estudi analitza el nombre de caigudes dels usuaris del centre residencial de Ferreries (gestionat per Intress), així com les condicions associades a les caigudes es puguin produir. Són usuaris que mai han estat subjectes, o bé, que s'han sotmès a un procés de retirada de subjeccions. A la vegada, l'avaluació és complementada amb una font d'informació externa: satisfacció i opinió dels familiars sobre la situació – usuaris lliures de subjeccions-.

Entre els principals resultats de l'estudi s'indica que és reduït el nombre de caigudes per usuari, i que les repercussions associades són lleus (un 62,5% no tenen conseqüències i un 31,3% pateixen contusions lleus). També es constaten millores notables segons la valoració dels familiars: es converteixen en persones més actives (94,2%), incrementant les relacions socials, millorant l'estat d'ànim, realitzant més activitats d'autocura i participant més en les activitats del centre. Per tant, els resultants avalen aquesta iniciativa desenvolupada al centre residencial pel grup Intress i aposten per l'ús de mesures alternatives basades en plans individualitzats centrats en l'usuari, com podria ser: la reeducació de la marxa, l'ús d'ajudes dinàmiques i tècniques, la modificació ambiental o un augment de la supervisió de la persona.

Resumen

En los últimos años, cada vez, proliferan más intervenciones destinadas a cuidar de la persona mayor sin necesidad del uso de sujeciones (físicas o químicas). Las investigaciones apuntan que el uso de sujeciones no siempre asegura que la persona mayor no caiga, y además, implican un conjunto de repercusiones negativas hacia la persona, como podría ser la pérdida de la autonomía personal, sentimientos negativos (rabia, frustración, impotencia, tristeza, etc.), afectación psicológica y/o cognitiva, deterioro funcional, entre otras. Al mismo tiempo, se debe de plantear hasta qué punto una sujeción no es una forma de vulneración de los derechos fundamentales de la personal al limitar su libertad.

Para evaluar este aspecto, este estudio analiza el número de caídas de los usuarios del centro residencia de Ferreries (gestionado por Intress), así como las condiciones asociadas a las caídas que se puedan producir. Son usuarios que nunca han estado sujetos, o bien, que se han sometido a una proceso de retirada de sujeciones. Al mismo tiempo, la evaluación es completada con una fuente de información externa: satisfacción y opinión de los familiares sobre la situación –usuarios libres de sujeciones–.

Entre los principales resultados del estudio se indica que es reducido el número de caídas por usuario, y que las repercusiones asociadas son leves (un 62,5% no tienen consecuencias y un 31,3% sufren contusiones leves). También se contrastan mejoras notables según la valoración de los familiares: se convierten en personas más activas (94,2%), incrementando las relaciones sociales, mejorando el estado de ánimo, realizando más actividades de autocuidado y participando más en las actividades del centro. Por tanto, los resultados avalan esta iniciativa desarrollada en el centro residencial por el grupo Intress y apuestan por el uso de medidas alternativas basadas en planes individualizados centrados en el usuario, como podría ser: la reeducación de la marcha, el uso de ayudas dinámicas o técnicas, la modificación ambiental o un aumento de la supervisión de la persona.

1. Les mesures de subjecció

En els últims anys, la controvèrsia sobre l'ús de subjeccions s'ha accentuat. En concret, una subjecció física o mecànica consisteix en l'ús de materials per restringir o limitar els moviments d'una persona amb la finalitat de prevenir activitats que puguin ocasionar un risc de lesió (Briones-Peralta i Rodríguez-Martín, 2017). Més específicament, la subjecció física es defineix com «qualsevol acció o procediment que impedeix el moviment lliure del cos d'una persona a una posició d'elecció i/o accés normalitzat al seu cos mitjançant l'ús de qualsevol mètode que ell/ella no pugui controlar fàcilment» (Bleijlevens, Wagner, Capezuti i Hamers, 2016). Les mesures més freqüents de subjecció són les barreres, els cinturons, els dispositius casolans i les armilles (Fariña-López, 2011; Fariña-López, Estévez-Guerra, González, Hernández i Crego, 2013).

El debat emergeix en qüestionar-se de cada vegada més si la limitació és **beneficiosa** per a l'usuari. Hi ha dues postures argumentades. D'una banda, es justifiquen les subjeccions com a mitjà de millora de l'equilibri, de prevenció de lesions i caigudes i, fins i tot, per evitar una deambulació inadequada. Per tant, aquests efectes podrien millorar l'estat de salut, i d'igual manera, millorar la satisfacció dels usuaris (Villacieros, Steegman, Mejías i Bermejo, 2013).

En canvi, d'altra banda, també se subratllen algunes **repercussions** rellevants quan s'apliquen les restriccions, com infeccions, incontinències, disminució de l'apetit, deterioració funcional aguda, problemes psicològics, agressivitat, atròfia i feblesa muscular, malestar i, fins i tot, mortalitat, si apareixen complicacions (Briones-Peralta i Rodríguez-Martín, 2017; Tortosa, Granell, Fuenmayor i Martínez, 2016; Villacieros et al., 2013). De Bellis et al. (2013) afegeixen que les complicacions poden comportar un major deteriorament del llenguatge, de la memòria, del judici, de la percepció visual, en definitiva, de la capacitat cognitiva, però, sobretot, hi ha una pèrdua d'autonomia i de dignitat que també han de ser contemplats i valorats. Fariña-López (2011) subratlla el risc d'asfíxia mecànica (pot ocórrer que una subjecció mal col·locada ocasioni pressió al coll, al tòrax o a la part superior de l'abdomen, cosa que pot dificultar l'entrada d'aire) o de mort sobtada. D'igual manera, ocorre amb les subjeccions químiques, que també poden comportar desavantatges rellevants per a la persona major (Tortosa et al., 2016). D'altra banda, De Bellis et al. (2013) incideixen que les conseqüències negatives són també per als familiars —que, amb freqüència, senten malestar en veure la persona estimada lligada— i per al personal d'atenció directa —que experimenta, amb freqüència, sentiments de culpabilitat. Així es recull també en el document de Bigwood i Crowe (2008), en què es relata com, malgrat veure's obligats a haver de respondre subjectant els pacients, els professionals d'atenció sanitària solen relatar que són vivències negatives i que prefereixen evitar-ho.

Fins i tot, estudis com el de Tortosa et al. (2016) verifiquen que la retirada de subjeccions produeix millorances en el nombre de caigudes, no obstant això, les diferències respecte del grup de control no són significatives. En qualsevol cas, sí se subratlla que la retirada de subjeccions no empitjora el nombre de caigudes produïdes. D'igual manera, els autors emfatitzen que les conseqüències de les caigudes milloren lleument després de la retirada. Altres estudis donen suport a aquest procediment i asseguren que milloren l'autonomia del pacient, perquè afavoreix que siguin capaços de desenvolupar per ells mateixos un major nombre d'Activitats de la Vida Diària (AVD) (De Bellis et al., 2013).

A l'anterior, cal afegir que les restriccions físiques i químiques són valorades per múltiples organismes com una forma de vulneració dels drets fonamentals i que s'associen amb **implicacions morals, ètiques, socials i jurídiques** (Briones-Peralta i Rodríguez-Martín, 2017). Villacieros et al. (2013) destaquen que, des del punt de vista ètic, es consideren una vulneració del principi d'autonomia perquè limiten la llibertat d'una persona. Aquesta privació de llibertat només es podria justificar si es vinculen amb el principi de beneficència, és a dir, si tenen un benefici per a la persona. No obstant això, es qüestiona si realment les subjeccions aconsegueixen el seu objectiu principal: evitar les caigudes (Hamers i Huizing, 2005). Fariña-López et al. (2013) recorden que les persones grans continuen caient malgrat les subjeccions i Mion et al. (2010) verifiquen que les subjeccions, en múltiples situacions, resulten ineficaces. Alguns autors assenyalen que més que beneficiar l'usuari, acaben encobrint deficiències que han de ser solucionades, com dèficits en les competències

professionals, problemàtiques logístiques o conflictes amb familiars (Burgueño i Heras, 2017; Hamers i Huizing, 2005; Villacieros et al., 2013). Per exemple, quan es produeix una falta de personal, l'atenció al pacient serà més fàcil si s'usen les restriccions. De fet, com assenyala Fariña-López (2011), la majoria de les caigudes es produeixen durant la nit o a primera hora del matí, coincidint amb el moment quan hi ha menys personal.

En el que tots els professionals coincideixen és que les pràctiques han de **ser prescrites per un metge i consensuades per un equip interdisciplinari de professionals**. A més, han de justificar-se a partir d'un pla d'atenció individualitzat que expliqui el procediment que s'ha de seguir i el balanç de beneficis i desavantatges que les acompanyen. També s'ha de tenir en compte que, com indica la Llei 41/2002 de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient, es necessita el consentiment de l'afectat o de les persones vinculades a ell, i si no es té aquest consentiment, s'ha de comunicar al jutjat la decisió de subjectar-lo (Fariña-López et al., 2013). Encara així, la realitat de múltiples institucions i centres és que l'opinió del professional sanitari, en concret, d'infermeria sobre si és necessari l'ús de subjeccions, és determinant perquè s'iniciï el procediment. Amb freqüència, la decisió de la restricció física és complexa, influenciada no solament per la incertesa de la falta de guies clíniques i d'evidències, sinó també per factors institucionals (Mion et al., 2010). Per tant, serà rellevant que aquesta presa de decisions estigui consolidada. Com expliquen Villacieros et al. (2013) s'ha d'eliminar la subjectivitat que es troba implicada en el procés d'atenció i, per a això, és recomanable l'ús d'instruments psicomètrics. En general, l'actitud dels professionals també és ambigua. Fariña-López et al. (2013) exposen que, encara que la majoria de professionals presenten actituds contràries a l'ús de restriccions, valoren que, en situacions delicades, poden arribar a ser necessàries. Mion et al. (2010) confirmen que, en ocasions, el criteri determinant per aplicar les subjeccions és el comportament del pacient —i no tant l'evolució de la simptomatologia—, i coincideixen que, amb molta freqüència, la presa de decisió recau sobre els infermers.

Per tant, es tracta d'una pràctica comuna? Les prevalències són diverses. Hamers i Huizing (2005) indiquen que, entre 1999 i 2004, l'aplicació de restriccions s'establia entre el 41% i el 64% dels casos en centres residencials, i entre el 33% i el 68%, en hospitals. De Bellis et al. (2013), a partir d'una revisió de diferents estudis, indiquen que la prevalença es mou entre el 12% i el 56%, amb una mitjana del 33%. De la mateixa manera, els autors destaquen també l'anàlisi dels **factors de risc** que es vinculen a les subjeccions, com seria la deterioració cognitiva, persones en situació de discapacitat, persones en situació de dependència, historial de caigudes, problemàtiques conductuals (conductes disruptives, d'agitació, desorientació i/o deambulació). D'altra banda, també destaquen que, com pot veure's en la taula 1, tant l'actitud dels professionals d'atenció sanitària, el nombre de professionals segons la ràtio de residents o els criteris i la normativa de la institució, suposen altres factors de risc que s'han de considerar.

Taula 1 | *Factors de risc per a les subjeccions*

1. Més gran d'edat (>86 anys)
2. Malalties o patologies
- Demència
- Accident cerebrovascular
- Càncer
- Depressió
3. Situació de discapacitat o de dependència
- Física o motora
- Psíquica o mental
- Sensitiva
- Intel·lectual
4. Medicació
- Antipsicòtics
- Opiacis
- Polifarmàcia
5. Història de caigudes prèvies
6. Factores socials
- Aïllament
- Criteris i normativa de la institució
7. Problemàtica comportamental
- Disruptiva
- Confusió
- Agitació
- Deambulació
- Desorientació
8. Personal
- Actituds davant l'ús de subjeccions
- Baix nombre de professionals per ràtio de resident

Font: De Bellis et al. (2013)

Alguns països encapçalen l'eliminació de subjeccions, com és el cas d'Alemanya, Àustria, Països Baixos i Dinamarca (Villacieros et al., 2013). Al nostre país, continua sent un repte. Sí predominen algunes propostes i aplicacions d'eliminació de subjeccions en centres residencials de diverses comunitats autònomes (Navarra, País Basc i Catalunya) (Tortosa et al., 2016; Villacieros et al., 2013). Però també, es produeix una percepció que la retirada de subjeccions comporta tot un seguit de despeses i de recursos personals, que no sempre és correcta. La realitat és que sí implicarà un procés adaptatiu rellevant centrat en canvis actitudinals i de patró de cures de

l'usuari. Per poder aconseguir-ho, s'hauria d'apostar per formacions especialitzades que englobessin i aconseguissin a tot l'equip de professionals. De fet, en l'estudi de Fariña-López et al. (2013), els professionals destacaven que la seva formació era insuficient i reconeixien que tenien pocs coneixements per tractar i abordar algunes problemàtiques que apareixien amb regularitat als centres. Només un 32% dels participants en l'estudi reconeixien que hi havia alternatives a la restricció física. Els autors també destacaven que aquells professionals que tenien pocs coneixements sobre el procediment, també presentaven actituds més favorables a la seva aplicació. Per tant, Hamers i Huizing (2005) subratllen que es tracta d'un canvi de paradigma en tot l'equip de sanitaris, en el qual s'han de proporcionar cures sense restriccions i s'ha d'apostar per qualitat en aquesta atenció. A més, l'aplicació o la retirada de subjeccions, així com la formació, han d'establir-se com un criteri de valoració vinculat a nivells de qualitat dels centres residencials (De Bellis et al., 2013).

2. Procés d'eliminació de subjeccions als centres residencials gestionats per l'Intress

A l'Intress, fa 13 anys, es va plantejar la necessitat de no utilitzar subjeccions per tal de millorar el benestar dels usuaris dels serveis i de les seves famílies, però s'havien d'oferir suficients garanties de seguretat. Es va constatar que no es poden eliminar subjeccions sense que hi hagi un canvi profund en la cultura del centre en relació amb els procediments, els protocols, la filosofia, canvis en la forma de pensar i cuidar.

Per dur-ho a terme es van marcar uns objectius; formar els equips de treballadors dels centres i serveis a fi de conscienciar-los i sensibilitzar-los per la recerca d'alternatives, eliminar els efectes negatius de les subjeccions i implicar les famílies en tot el procés.

Quan a l'Intress es va començar a treballar en centres i serveis de persones grans, es va plantejar com havia de ser l'atenció i, des del primer moment, es va tenir clar que es volia donar un servei de qualitat i que això passava per tenir en compte la persona a partir de la seva història de vida, que havia de ser respectada i acompanyada en el seu procés, sempre tenint en compte el respecte a la seva dignitat i els seus drets fonamentals com a principi ètic.

Era un moment en què no es parlava del model ACP com a tal, però sí es parlava de valors, entre ells, el de respecte cap a les persones grans. Es tenia clar que s'havia de treballar per aconseguir una bona qualitat de vida i el benestar dels usuaris a partir d'un tracte digne.

Malgrat aquests plantejaments, no es va estar exempt de la mala pràctica en la utilització de subjeccions i el cert és que es veia com una «bona pràctica» que garantia la seguretat de les persones ateses. Amb la més bona intenció del món, s'utilitzaven les subjeccions

per evitar caigudes i garantir la seguretat de la persona i es deia que, donat que s'era professional, no s'utilitzarien llençols per subjectar, com era habitual en aquella època i se cercaren sistemes de subjecció que fossin «dignes». Amb el temps, es va veure que aquella pràctica no tenia res de digna i que no afavoria realment el benestar de la persona, perquè en poc temps es produïa una pèrdua progressiva de les seves capacitats fisiològiques i psíquiques, a més dels riscos que suposava la mateixa subjecció, sense aconseguir l'objectiu principal de reducció del nombre de caigudes i de caigudes amb lesions greus.

Confusos i preocupats per aquest tema, es van començar a qüestionar moltes coses i s'inicià una recerca dels plantejaments que hi havia sobre aquest tema en altres indrets. Va ser l'any 2005 que es va conèixer el metge Antonio Burgueño, de CEOMA, que deia ben a les clares que aquest tema d'ús de subjeccions era una mala pràctica. Després, en una jornada que l'Intress va organitzar, va ser convidat per parlar d'aquest tema i aquell va ser el dia d'inflexió que generà el canvi. Un grup de treballadores, després d'haver-lo escoltat, quan va arribar al servei, va plantejar a la directora que s'havia de començar a treballar per eliminar les subjeccions i argumentaren que no tenia sentit aplicar el model d'atenció centrat en la persona i continuar amb aquesta mala praxis. Així va ser com es va iniciar un camí sense retorn per canviar la nostra pràctica.

Tot l'esforç que s'havia fet abans per convèncer les famílies de les bondats de les subjeccions es va invertir per demostrar tot el contrari amb dades i resultats d'estudis que avalaven la nova proposta. Les famílies van fer costat en tot moment i començarem a caminar plegats per donar continuïtat a la millora de les nostres atencions en el foment de l'autonomia i autoestima de les persones grans, tot prenent consciència que la mobilitat és clau perquè conservin les seves funcions. És necessari ser permissius amb la mobilitat i fins i tot estimular-la per preservar l'autonomia de la persona, afavorir la seva autoestima per l'eliminació dels efectes negatius que, a nivell psicològic, pot generar l'ús crònic de subjeccions. Per aconseguir un centre lliure de subjeccions és molt necessària la implicació de les famílies i que es puguin assumir certs riscos controlats.

A partir d'aquí, es va posar en marxa un programa d'eliminació de contencions a través d'una recerca constant d'alternatives individualitzades i personalitzades, sense abandonar la seguretat de la persona dependent, a fi de satisfer les seves necessitats de mobilitat i reduir el risc de caigudes i lesions, emparats per diferents estudis que demostren que el fet de no utilitzar contencions no fa que augmentin el nombre de caigudes, es mantenen i fins i tot disminueixen o són de menys gravetat.

El procés d'implantació, acompanyats per CEOMA, va passar per distintes fases:

- Fase inicial: formació, diagnòstic inicial, sistematització de la informació, valoració i implicació de totes les persones involucrades.

- Fase d'implantació: estudi de casos, valoracions d'alternatives, planificació de les intervencions, desenvolupament de pautes d'intervenció, implantació de nous protocols de caigudes.
- Fase d'avaluació: avaluació, mesura de resultats i diagnòstic final.

Temporalització: el temps aproximat de tot el procés és de dos anys. El primer és d'implantació i el segon per assegurar la bona pràctica.

El fet de no aplicar subjeccions ha produït la satisfacció de les famílies que han confiat en l'equip per al desenvolupament del programa i que han valorat l'actuació com un pas més de qualitat en les intervencions, a més d'un afany de millorar el benestar de les persones ateses. Això ha donat com a resultat que les famílies han dipositat la total confiança en la forma de treballar.

3. Metodologia

3.1. Mètode i mostra

Es fa un estudi descriptiu i exploratori, transversal, que comprèn l'exploració de dades de l'any 2017. L'estudi es complementa amb la recollida de dades de dues fonts: a) base de dades del programa Aegerus —sistema d'informació per a residències assistides i sociosanitàries—, i b) entrevistes als familiars dels usuaris. Així, la informació de la mostra s'obté de la realitat —introduïda pels professionals sanitaris—, i dels familiars. Els resultats quantitatius obtinguts s'analitzen a partir del programa estadístic SPSS.

D'una banda, la mostra obtinguda a partir de la base de dades estava composta per 19 usuaris del centre residencial Intress de Ferreries (Illes Balears). Les variables seleccionades per a l'anàlisi van ser: nombre de caigudes, causes de la caiguda (factors extrínsecs i intrínsecs), diagnòstic, tractament que rebien, conseqüències després de la caiguda, mesures preventives assumides, activitat que es feia i relat del professional sanitari. En total, es van registrar 16 caigudes, corresponents a 8 usuaris, sobre les quals es va realitzar l'anàlisi de dades.

Com s'explicava anteriorment, es va complementar el registre d'informació obtingut amb les valoracions de familiars per valorar la qualitat de vida obtinguda segons fonts externes. En concret, es van dur a terme 17 entrevistes semiestructurades¹ als familiars d'usuari del geriàtric i s'obtingué informació específica de cada usuari. La informació s'obté sobre les

¹ Dos familiars no varen poder contestar les entrevistes.

preguntes d'una mostra d'edat mitjana de 87,65 anys, amb una desviació de 8,31. S'ha de destacar que la majoria de la mostra sobre la qual es qüestionava eren dones, el 70,6% del total. Més específicament, fins a un 47,1% eren dones de 85 o més anys (vegeu la taula 2).

Taula 2 | *Sexe i edats dels usuaris del centre residencial*

	Entre 65 i 74 anys	Entre 75 i 84 anys	85 o més anys	Total
Home	5,9%	5,9%	17,6%	29,4%
Dona	5,9%	17,6%	47,1%	70,6%
Total	11,8%	23,5%	64,7%	100,0%

Font: Elaboració pròpia

3.2. Instruments

Per a la recollida d'informació, es va desenvolupar un instrument d'avaluació (entrevista) dirigit als familiars, amb dues tipologies de resposta diferenciades:

- a) Ítems de resposta tancada —respostes dicotòmiques i escala Likert—, orientats a l'anàlisi de la relació entre l'entrevistat i l'usuari, i a la valoració de la qualitat de vida de la persona gran percebuda per l'entrevistat.
- b) Preguntes de resposta oberta, amb la finalitat d'aprofundir en les valoracions dels entrevistats sobre les mesures de subjecció.

D'altra banda, el programa de gestió per a residències assistides i sociosanitàries Aegerus permetia la recollida d'informació de diversos professionals i mitjançant ítems de resposta tancats i oberts, que actuava com a registre observacional.

4. Resultats

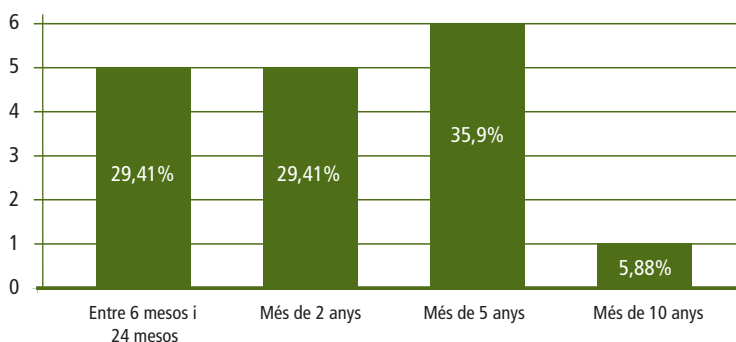
4.1. Exploració de les condicions vinculades a les caigudes

A continuació, es fa una anàlisi focalitzada en les 16 caigudes produïdes durant el passat any. L'edat mitjana de les persones que van caure era de 87,88 anys (tenien edats compreses entre 80 i 95 anys). Predominaven les caigudes de les persones de sexe femení (62,5% dels casos). Quant al seu estat de salut, un 62,5% patia deterioració cognitiva, un 12,5% malalties del sistema nerviós i un 12,5% malalties cardiovasculars. A més, un 50% prenia ansiolítics diàriament i un 37,5% hipotensores com a tractament per a la patologia.

Per tant, les caigudes es van produir en un grup d'edat avançat i amb diagnòstics de malalties rellevants.

El temps d'estada al centre residencial era considerable, cosa que possibilitava una obtenció de dades consistent i basada en interaccions de llarga durada. Un 35,29% feia més de 5 anys que era al centre, un 29,41% més de 2 anys, un altre 29,41% entre 6 mesos i 2 anys i un 5,88% més de 10 anys (vegeu el gràfic 1).

Gràfic 1 | Temps de permanència al centre residencial



Font: Elaboració pròpia

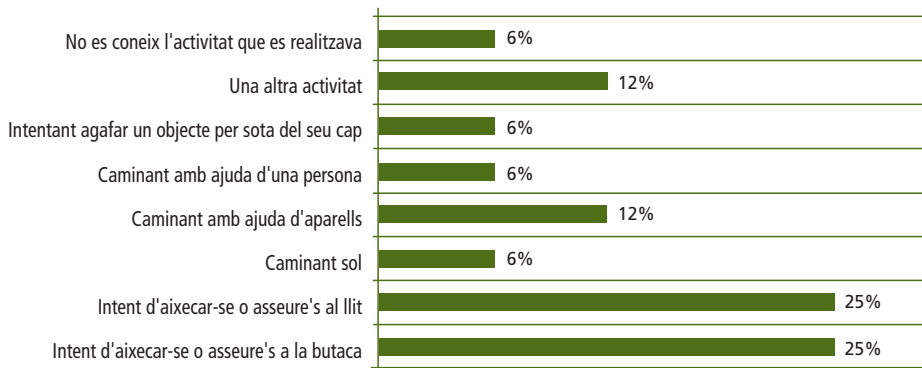
Els factors que van precipitar la caiguda representen un de les principals variables que cal examinar. Els factors intrínsecs van ser la principal causa, i la inestabilitat motora de la persona, en un 68,8% de les caigudes, va ser el motiu. Un estat d'ànim agitat o nerviós també les va ocasionar (18,8%). Quant als factors extrínsecs, s'ha de destacar que cap de les 16 caigudes va ser provocada per la falta de subjecció o de barreres. En canvi, sí es van deure al fet que el trespòl estigués relliscós o que presentés irregularitats (18,8% de les caigudes) (vegeu la taula 3). Efectivament, els motius coincideixen amb les variables assenyalades pels professionals com a principals motius de caiguda. Així, les característiques del sòl, les dificultats en l'equilibri i caigudes per desorientació són els tres elements emfatitzats.

Taula 3 | Factors que varen provocar la caiguda

Factor extrínsec	Percentatge	Factor intrínsec	Percentatge
Calçat insegur	0%	Agitat	18,8%
Falta de barreres	0%	Desorientat	6,3%
Falta de subjecció	0%	Inestabilitat motora	68,8%
Sòl relliscós	12,5%	Problemes de visió	0%
Sòl irregular	6,3%	Problemes causats per patologies	6,3%

De la mateixa manera, les activitats que van afavorir les caigudes van ser vàries; intentar aixecar-se o asseure's en una cadira (25%), intentar aixecar-se o asseure's en un llit (25%), caminar amb l'ajuda d'aparells (12,5%), caminar sol (6,25%), caminar amb l'ajuda d'una altra persona (6,25%), intentar agafar un objecte que estava elevat (6,25%), entre d'altres (vegeu el gràfic 2).

Gràfic 2 | *Activitats que es realitzaven quan es va patir la caiguda*



Font: Elaboració pròpia

Malgrat haver eliminat les subjeccions, el centre residencial sí que va adoptar una sèrie de mesures com a estratègies preventives. Quant a la prevenció vinculada a les caigudes des de la cadira, es proporciona a les persones grans diferents tipus de falques/coixins, canvis d'ubicació (per tal de tenir més vigilància) i canvis del tipus de cadira. Vinculades a la deambulació pel centre es treballa l'estabilitat motora amb el fisioterapeuta, per tal de reforçar l'equilibri, i l'ús de diferents tipus de caminadors, segons l'estat físic del resident. Finalment, vinculades al llit, les mesures adoptades són els sensors de llit, els sensors de moviment, els canvis d'ubicació del llit (més apropat al bany), els llums (pilots) al bany per dirigir el resident a la nit. S'ha de destacar que es proporcionaven mesures alternatives a les subjeccions, quan es produïen les caigudes. Tal com es pot observar a la taula 4, es tendia a incrementar la supervisió i el control de l'usuari després de la caiguda i es vigilava que no es produís immediatament —en el 31,3% de les situacions. Però també s'apostava per afavorir la modificació ambiental com a eina vàlida, és a dir, millorar l'estímul ambiental que havia propiciat la pèrdua d'equilibri (després de quatre de les caigudes). La revisió farmacològica (i la seva modificació, si era necessària) (6,3%), la reeducació de la marxa potenciant l'equilibri (12,5%) i la potenciació de les extremitats inferiors (12,5%) es van establir com a intervencions

personalitzades en aquestes situacions. No obstant això, el centre residencial també comptava amb altres actuacions preventives; s'optà per les mesures que podien resultar més adequades per a cada persona. Són molt importants els ajusts organitzatius per garantir una adequada vigilància a les àrees comuns i respondre a les necessitats bàsiques que poden tenir els residents.

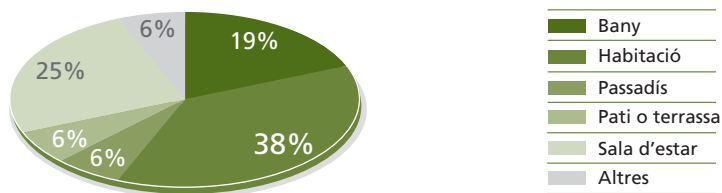
Taula 4 | *Mesures de prevenció després de la caiguda*

Mesures	Percentatge	Mesures	Percentatge
Revisió o canvi farmacològic	6,3%	Valoració del protocol de subjeccions	0%
Reeducació de la marxa	12,5%	Ús d'ajudes dinàmiques	0%
Potenciació de les extremitats inferiors	12,5%	Derivació a especialista	0%
Passejos per la planta	0%	Control/supervisió	31,3%
Modificació ambiental	25%	Múltiples intervencions	12,5%

Font: Elaboració pròpia

Respecte del lloc, les caigudes es van produir en diferents llocs del centre residencial (vegeu el gràfic 3), principalment al bany (el 18,75% de les caigudes), a l'habitació (el 37,5%) i a la sala d'estar (el 25%).

Gràfic 3 | *Lloc on es varen produir les caigudes*



Font: Elaboració pròpia

S'ha de destacar que cap de les caigudes no van ocasionar conseqüències greus. Encara que després d'una caiguda, sí es va produir una ferida que va necessitar sutura, la resta van provocar contusions o blau (el 31,3% de les caigudes). El 62,5% de les caigudes no van tenir conseqüències. Una de les conseqüències més greus de les caigudes són la fractura de maluc i no n'hi va haver cap.

4.2. Valoració dels familiars sobre les mesures de subjecció i els nivells de qualitat de vida

Quant als entrevistats, tots mantenien una relació de parentiu amb els usuaris. Concretament, la majoria eren fills o filles dels usuaris (un 70,6%), seguit d'un 23,5% que eren nebots o nebodes. La resta eren germans o germanes.

A més, fins a un 64,7% havien atès les persones grans abans que ingressessin al centre residencial. Més específicament, un 58,8% dels entrevistadors que havien estat cuidadors informals eren fills de les persones que es trobaven als centres residències, de manera que hi havia un vincle entre la relació de parentiu i la cura de la persona. En canvi, eren els nebots o les nebodes els que indicaven en menor mesura que havien cuidat dels seus oncles o ties (un 17,6%) (*vegeu la taula 5*). La relació de parentiu i la cura són variables rellevants perquè afavoriran una recollida de dades més aproximada a la realitat. De fet, dels familiars que havien cuidat a les persones grans, un 29,7% l'havia fet durant més de dos anys i un 23,5% entre sis mesos i dos anys. Així, un percentatge rellevant dels entrevistats havia assumit relacions de cura perllongades.

A més, s'ha d'incidir que fins a un 64,7% de les persones grans se'ls havia reconegut algun nivell de dependència durant el temps que van ser cuidats pels seus familiars. En concret, un 35,3% de la mostra d'usuaris la tenia reconeguda des de feia més de dos anys, un 17,6% feia entre un mes i sis mesos i un 11,8% feia entre sis mesos i dos anys.²

Taula 5 | *Relació de parentiu i cura informal de la persona gran*

	No va cuidar la persona gran	Va cuidar la persona gran	Total
Pare o mare	11,8%	58,8%	70,6%
Germà o germana	5,9%	0%	5,9%
Tio o tia	17,6%	5,9%	23,5%
TOTAL	35,3%	64,7%	100,0%

Font: Elaboració pròpia

Abans de l'entrada al centre residencial, la majoria (fins a un 76,5% dels usuaris) havia patit episodis de caigudes; al domicili mentre vivien sols, a cura dels seus fills o familiars, en altres residències, a l'hospital després d'una intervenció quirúrgica, etc. No obstant això, de les xifres prèvies, s'identificava que un 29,4% havia estat subjectat anteriorment i que, malgrat aquestes subjeccions, havia acabat patint una caiguda. Els familiars explicaven

² Ha de tenir-se en compte, que podien donar-se casos en els quals no s'havia sol·licitat l'ajuda a persones en situació de dependència o que encara no havien estat valorades.

que les experiències associades a subjeccions havien resultat negatives i que, finalment, les subjeccions no havien estat necessàriament mesures preventives de les caigudes:

*"Va caure a l'hospital després d'una intervenció quirúrgica. Va resultar una experiència molt negativa perquè es va posar molt nerviós i vàrem acabar demanant l'alta mèdica (D1)".*³

"En un altre centre residencial, mentre portava subjecció física, va intentar sortir del llit i va acabar caient. No vam comprendre la subjecció si, finalment, va acabar caient igual (D6)".

A més, es van experimentar diverses conseqüències després de les caigudes, com fractures de maluc (dues persones), de braç (dues persones), cops i contusions (sis persones), ferides (una persona). Altres també relataven que malgrat haver caigut no havien sofert cap conseqüència o que les seqüeles havien estat molt lleus. No obstant això, per a alguns entrevistats les conseqüències directes de les caigudes no eren tan greus com l'afectació en l'estat de l'ànim o com altres seqüeles que podrien aparèixer a causa de la mesura aplicada.

"Li espantava estar lligada al llit, i el resultat pitjor va ser que, al poc temps, va deixar de caminar. Penso que també li va afectar negativament la subjecció farmacològica (D11)".

"A causa d'estar subjecta, la meua mare va començar a sentir-se molt deprimida i apàtica (D6)".

En canvi, tots els entrevistats van verificar que estaven satisfets que els seus familiars no tinguessin subjeccions actualment. Les valoracions de la retirada de subjeccions físiques i farmacològiques van ser molt positives. De fet, quan es va qüestionar sobre què pensaven que ocorreria si als seus familiars se'ls apliquessin subjeccions o se'ls en tornessin a aplicar, les respostes van ser clares i determinants:

"Les subjeccions atemptarien contra el benestar d'ella. Mai ha estat subjecta, però si ho estigués estaria ansiosa i deprimida (D7)".

"És important tenir llibertat, si no es posaria molt agressiu i tibant (H7)".

"Seria la pitjor opció. Ell vol sortir i caminar quan vol. Suposo que si se li apliquessin les subjeccions reaccionaria malament (hi hauria crits i insults als cuidadors) (D12)".

³ Es van codificar les entrevistes mitjançant etiquetes per respectar la confidencialitat de cada usuari.

A l'anterior, alguns usuaris sumaven els efectes positius obtinguts després de la retirada de les subjeccions:

"Ara està més activa, es comunica millor. Abans (quan estava subjecta) es posava agressiva (D11)".

"Al no estar lligada sofreix menys. Estic molt satisfet. Per al meu familiar, estar sense subjeccions, és el tracte més humà (D9)".

L'anàlisi que realitzen els entrevistats sobre **la qualitat de vida** dels usuaris sense subjeccions també llançava un conjunt de conclusions sobre el fet de no estar subjectes. Per començar, un percentatge dels entrevistats exposava que estava "en desacord" amb el fet que el seu familiar **no hagués caigut o que hagués disminuït el risc de caiguda** —un 17,6% dels entrevistats. Però un 53,1% estava "d'acord" que podria ser que el risc de caiguda fos reduït, o almenys, així ho havien experimentat. S'ha d'incidir que un 82,4% estava "totalment d'acord" que les caigudes **no els havien provocat fractures ni conseqüències greus**.

A més, el balanç era més positiu quan se'ls preguntava per altres variables vinculades amb qualitat de vida (vegeu la taula 6). Un 94,2% reconeixia que els seus familiars es **movien més** o que estaven **menys temps al llit** des que no tenien subjeccions, mentre que un entrevistat exposava que no hi havia canvis perquè el seu familiar sempre havia estat autònom i sense problemes de mobilitat. Un 76,4% també deia que els seus familiars **caminaven més** des de la retirada de la mesura. D'igual manera, també estaven "totalment d'acord" que es promovien i es desenvolupaven **més activitats d'autocura** per part de les persones grans, com vestir-se, rentar-se, pentinar-se, etc. En la mateixa línia, un 94,2% valorava que els seus familiars estaven **més actius o que eren més dinàmics** des que se'ls havien retirat les subjeccions.

Els beneficis semblen no associar-se únicament amb aspectes físics, sinó també emocionals (vegeu la taula 6). Quan se'ls qüestionava sobre **l'estat d'ànim**, un 88,2% coincidia, "totalment d'acord", que l'estat d'ànim havia millorat. La resta d'entrevistats, un 11,8%, estava "d'acord" en la millorança de l'estat d'ànim. La mateixa valoració s'emetia sobre el fet que s'incrementava **la relació amb altres usuaris i professionals del centre** i que millorava la qualitat de les relacions interpersonals (88,2%).

No obstant això, només un 29,4% indicava que el seu familiar **participava en més activitats** al centre i va resultar l'indicador en què menys influïa la no aplicació de subjeccions.

Taula 6 | *Valoració dels familiars sobre els canvis produïts després de retirar les subjeccions*

Valoració del familiar	Totalment d'acord	D'acord	Ni d'acord, ni en desacord	En desacord	Totalment en desacord
No ha caigut o disminueix el risc de caiguda	35,3%	17,6%	29,4%	17,6%	0%
Es mou més o està menys temps al llit	82,4%	11,8%	5,9%	0%	0%
Realitza més activitats d'autocura	64,7%	5,9%	5,9%	5,9%	17,6%
Camina més	52,9%	23,5%	5,9%	0%	11,8%
Es relaciona més amb altres usuaris i professionals	70,6%	17,6%	0%	5,9%	5,9%
És més actiu i més dinàmic	82,4%	11,8%	5,9%	0%	0%
Té un millor estat d'ànim	88,2%	11,8%	0%	0%	0%
Participa en més activitats al centre residencial	17,6%	11,8%	41,2%	5,9%	17,6%
No ha patit fractures o conseqüències greus per caigudes	82,4%	5,9%	0%	0%	11,8%

Font: Elaboració pròpia

5. Conclusions

Les múltiples repercussions vinculades amb les mesures de subjecció exigeixen valorar altres formes o estratègies de prevenció de les caigudes. A més, emergeixen diferents tipologies de repercussions. En destaquen les que adquireixen un caràcter psicològic o emocional, perquè influeixen negativament en el benestar emocional de la persona. Sentiments i emocions d'inutilitat, ràbia, frustració, impotència, així com la pèrdua de l'autonomia personal, són resultat de situacions en què les persones veuen compromesa la seva llibertat de moviment. A més, es veuen sotmesos a haver de necessitar professionals per poder dur a terme les AVD, tot i conservar les capacitats cognitives amb freqüència. Com els resultats evidenciaven, els familiars no són favorables tampoc a aquestes mesures perquè consideren que les persones tindran desavantatges massa impactants en el seu benestar personal. O perquè, fins i tot havent estat subjectes (un 76,5% de la mostra), havien experimentat alguna caiguda (29,4% dels casos). Per tot plegat, alguns familiars es qüestionaven la utilitat de la subjecció i tots insistien en la satisfacció de no haver d'utilitzar les subjeccions actualment. De fet, a pesar que es van produir setze caigudes, un 62,5% no van tenir conseqüències i un 31,3% van sofrir contusions o blaus. En cap cas,

es van identificar fractures o lesions greus, tot tenint en compte que les persones grans tenien edats superiors als 80 anys, i un gran percentatge presentava malalties rellevants o es trobava en situació de dependència.

En canvi, sí es constaten millores notables dels usuaris segons l'anàlisi realitzada pels seus familiars. Convertir-se en persones més actives —fins a un 94,2% dels casos—, dinàmiques, realitzar més activitats d'autocura, caminar més, relacionar-se amb altres persones o millorar el seu estat de l'ànim —tots els usuaris— eren aspectes que es reconeixien per part dels familiars després d'haver optat per altres formes de prevenció de caigudes. Dins de la gamma de **possibles mesures alternatives** el geriàtric de Ferreries gestionat per l'Intress suggeria tota una bateria de recursos, entre els quals destacaven reeducació de la marxa tot potenciant l'equilibri i les extremitats inferiors, revisió de la farmacologia, modificació ambiental, increment de la supervisió de la persona i ús d'ajudes dinàmiques i ajudes tècniques (sensors de moviment, sensors de llit) entre d'altres. Autors com Mion et al. (2010) destaquen l'avaluació de riscos i el tractament d'aquests riscos com una actuació alternativa necessària. D'altra banda, també destaquen l'abordatge directe de trastorns, patologies i simptomatologies que puguin potenciar el risc de caigudes, com, per exemple, la síndrome confusional. Per tant, a partir de la valoració personalitzada de la persona, es podria seleccionar quina mesura seria més adequada per evitar possibles caigudes.

Indiscutiblement, l'ús d'estratègies alternatives ha de ser valorat com una línia d'intervenció freqüent, que ha de promoure situacions més favorables i centrades en la persona gran. Les propostes destacades es dirigeixen a desenvolupar plans individualitzats per a cada usuari, canvis de les polítiques assistencials o de les intervencions multicomponents (Briones-Peralta i Rodríguez-Martín, 2017). Cal destacar, per tant, que **la formació de professionals** sobre la retirada de subjeccions és un requisit fonamental per garantir l'èxit de l'actuació. Briones-Peralta i Rodríguez-Martín (2017) ressalten que les formacions eficaces són aquelles que es dirigeixen a tot el personal del centre, familiars i cuidadors, i destaquen que les dirigides únicament a les infermeres no han aconseguit obtenir resultats significatius. Per tant, s'ha de prioritzar l'educació aplicada des d'una mirada multidisciplinària, basada en plans personalitzats i que fomenti possibles coordinacions beneficioses per a l'usuari. El procés de formació ha d'incloure: a) programa formatiu, b) manual d'aplicació o de retirada de les subjeccions i c) orientació sobre dubtes i qüestions diverses als professionals sanitaris (De Bellis et al., 2013). No obstant això, aquesta formació no ha d'englobar únicament el procés d'aplicació del protocol, sinó també ha de contemplar altres aspectes com els valors ètics i el benestar emocional de la persona gran (Tortosa et al., 2016).

En qualsevol cas, el procés de retirada s'ha d'avaluar i emparar per la **legislació**. **Cal crear un marc d'actuació i d'orientació** (Briones-Peralta i Rodríguez-Martín, 2017; Hamers i Huizing, 2005). De fet, la legislació ha de contemplar i intervenir sobre les barreres que

dificulten el nou model d'actuació, com instal·lacions inadequades, falta de personal o sobrecàrrega laboral (De Bellis et al., 2013). Per tant, i sintetitzant les propostes futures, es pot assenyalar que són diverses les estratègies determinants que han de ser prioritàries en el procés d'adaptació: a) normativa i legislació que empari el procés d'adaptació, b) mesures alternatives a les subjeccions i c) formació dels professionals d'atenció directa sobre els usuaris.

Referències bibliogràfiques

Bigwood, S. i Crowe, M. (2008). 'It's part of the job, but it spoils the job': A phenomenological study of physical restraint. *International journal of mental health nursing*, 17(3), 215-222.

Bleijlevens, M. H., Wagner, L. M., Capezuti, E. i Hamers, J. P. (2016). Physical restraints: Consensus of a research definition using a modified delphi technique. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(11), 2307-2310.

Briones-Peralta, M. Á. i Rodríguez-Martín, B. (2017). Efectividad de las intervenciones dirigidas a reducir las sujeciones físicas en personas mayores de 65 años institucionalizadas: una revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 52(2), 93-101.

Burgueño, A. A. i Heras, C. (2017). Centros libres de sujeciones físicas: un estándar de oro de calidad. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría*, 31(3).

De Bellis, A., Mosel, K., Curren, D., Prendergast, J., Harrington, A. i Muir-Cochrane, E. (2013). Education on physical restraint reduction in dementia care: a review of the literature. *Dementia*, 12(1), 93-110.

Fariña-López, E. (2011). Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista Española De Geriatría y Gerontología*, 46(1), 36-42.

Fariña-López, E., Estévez-Guerra, G. J., González, E. N., Hernández, D. D. G. P. i Crego, M. G. (2013). Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 48(5), 209-215.

Hamers, J. P. i Huizing, A. R. (2005). Why do we use physical restraints in the elderly?. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 38(1), 19-25.

Mion, L. C., Sandhu, S. K., Khan, R. H., Ludwick, R., Claridge, J. A., Pile, J. ... i Winchell, J. (2010). Effect of situational and clinical variables on the likelihood of physicians ordering physical restraints. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(7), 1279-1288.

Tortosa, M. Á., Granell, R., Fuenmayor, A. i Martínez, M. (2016). Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 51(1), 5-10.

Villacieros, M., Steegman, L., Mejías, M. L. i Bermejo, J. C. (2013). Diseño y validación de una escala de actitudes de los profesionales asistenciales hacia la liberación del uso de sujeciones en personas dependientes. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 36, 3, 407-418.

Autors

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia. Màster en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família per la UIB i Màster en Intervenció Multidisciplinària per Trastorns de la Conducta Alimentària, Trastorns de la Personalitat i Trastorns Emocionals per la Universitat de València. Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran. És estudiant de doctorat en Ciències de l'Educació i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la Universitat de les Illes Balears. 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. Les seves línies principals de recerca són els programes de prevenció basats en l'evidència, tècniques i estratègies d'intervenció psicològica i trastorns de la conducta alimentària.

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Té quatre quinquennis de docència reconeguts i quatre sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. És la investigadora principal en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES), de la UIB. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-1998 i l'ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears. És la directora de la International Summer Senior University. Des de juny de 2018 és la Directora General del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) del Govern d'Espanya.

M. 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.

CATALINA PONS MESQUIDA

Directora de la Residència Geriàtrica i Centre de dia de Ferreries. Llicenciada en pedagogia terapèutica per la UIB. 1997-2006. Coordinadora de projectes socials a Caritas Diocesana de Menorca. 2006 fins a dia d'avui, directora de la Residència Geriàtrica i Centre de Dia de Ferreries gestionat per Intress. Durant aquests deu anys de gestió de la residència s'ha format especialment en mediació, comunicació, relacions i habilitats socials, resolució de conflictes i en el model d'atenció gerontològica centrat en la persona.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la (1960). Diplomant en Treball Social, doctor en Filosofia per la UIB i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor titular d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Ha estat director (1990-1996) de la Unitat de Planificació i Estudis dels Serveis Socials del Consell de Mallorca. Fou, també, el primer director de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (2002-2003). És autor, entre d'altres, de l'obra *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos* (1999), i coautor, entre d'altres llibres, *d'Epistemología de las ciencias sociales y de la educación* (2012), *Iniciación al análisis de datos en la investigación educativa* (2013), *Métodos y técnicas de investigación educativa* (2014), *Le Programme de compétences familiales: l'adaptation du SFP en Espagne* (2015). Ha estat director de l'ICE de la Universitat de les Illes Balears. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES).

**LA IMPORTÀNCIA DE LA HISTÒRIA DE
VIDA EN ELS PROCESSOS D'ENVELLIMENT I
CONSUM DE SUBSTÀNCIES**

La importància de la història de vida en els processos d'envelliment i consum de substàncies

Antoni Albert Moratinos Jaume

Onofre Alba Martí

Rosario Pozo Gordaliza

Resum

A mesura que la població envelleix, les persones es converteixen en un grup cada vegada més significatiu que mereix atenció especial per part de tots, no només respecte als impactes individuals de salut física, psíquica i emocional, sinó també a les dinàmiques familiars i en última instància a la necessitat d'adaptar totes aquestes noves necessitats a les polítiques socials (Pérez Díaz, J. 2003). En aquest capítol parlarem del repte pendent dels processos d'envelliment i consum de substàncies. Per a això, i continuant amb la feina iniciada l'any passat mitjançant la història de vida d'Anne i Joan (noms ficticis), aprofundirem en el fenomen de l'envelliment quan hi ha problemes de consum de substàncies a les Illes Balears incidint en el repte pendent i futur de la reducció de riscos i millores en la qualitat de vida de persones grans en processos d'envelliment i consum de substàncies.

Resumen

A medida que la población envejece, las personas se convierten en un grupo cada vez más significativo que merece especial atención por parte de todos, no sólo respecto a los impactos individuales de salud física, psíquica y emocional, sino también a las dinámicas familiares y en última instancia a la necesidad de adaptar todas estas nuevas necesidades a las políticas sociales (Pérez Díaz, J. 2003). En este capítulo hablaremos del reto pendiente de los procesos de envejecimiento y el consumo de sustancias. Para ello, y continuando con el trabajo iniciado el año pasado mediante la historia de vida de Anne y Joan (nombres ficticios), profundizaremos en el fenómeno del envejecimiento cuando existen problemas de consumo de sustancias en las Illes Balears incidiendo en el reto pendiente y futuro de la reducción de riesgos y mejoras en la calidad de vida de personas mayores en procesos de envejecimiento y consumo de sustancias.

1. Per què és important considerar el consum de substàncies en persones de més de 55 anys?

La prevalença del consum de substàncies entre els adults grans és difícil d'estimar perquè els criteris de diagnòstic actuals podrien no ser apropiats per a aquesta població (Arndt i Schultz, 2015). La inexistència d'estudis basats en l'evidència dificulta la correcta avaluació i interpretació dels indicadors (Koechl, Unger i Fischer, 2012). A més, segons De Bruçq i Vital (2008), a causa de les seves característiques socials hi ha barreres que dificulten la valoració de la problemàtica per part de la societat. Tot i aquesta realitat i la dificultat manifesta en la seva detecció, 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 persones més grans de 50 anys havia crescut de manera significativa des de mitjans de la dècada dels noranta. A més, aquest consum estaria 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. Aquestes xifres poden quedar curtes, segons el nou criteri del DSM-5 pel que fa als trastorns relacionats amb substàncies (TRS), el qual elimina els criteris d'abús i dependència i els uneix, i només calen dos símptomes per fer el diagnòstic de TRS. Segons l'ONU (2011), 700 milions de persones tindran més de 60 anys. La previsió per al 2050 apunta que més d'una persona de cada cinc tindrà 60 anys o més. És per això que podem afirmar que les drogodependències en persones grans o envellides és un tema de futur (i també de present), ja que les projeccions actuals estimen que el nombre d'adults grans amb consum de substàncies problemàtic augmentarà considerablement en un futur pròxim (Wu i Blazer, 2011). A més i segons *Substance use in Canada* (2018):

- Hi ha percepcions distorsionades sobre el fet que persones grans puguin consumir substàncies des d'una perspectiva d'investigació, manca evidència específica i disponible.
- Els adults grans sí que fan servir substàncies: amb prescripció mèdica i sense, tant legalment com il·legalment.
- Els adults grans, més que qualsevol altre grup d'edat, tenen un risc més gran d'experimentar riscos associats amb aquest consum.
- La qualitat de vida de les persones grans pot millorar significativament si s'aborda l'ús problemàtic de substàncies.
- Abordar el problema de l'ús de substàncies en adults grans ha demostrat que és difícil per diverses raons: presenta símptomes de deteriorament, aïllament social, reducció de les xarxes d'amics i familiars, i manca de recursos adequats a les seves necessitats.
- A més, els adults són reticents fins i tot a abordar el tema de les substàncies amb familiars o cuidadors.

2. Què aporten les trajectòries de vida a la comprensió del fenomen del consum i els processos d'envelliment?

L'estudi següent parteix d'un treball de camp elaborat l'any anterior, on es publicà un primer treball amb resultats inicials sobre el fenomen. En aquest segon treball, n'hem volgut ampliar la comprensió presentant algunes de les històries de vida més significatives

que ens ajudaran a aprofundir en la problemàtica. El nostre objectiu inicial va ser explorar i conèixer la realitat de la població gran immersa en processos de tractament per abús o dependència de drogues a les Illes Balears mitjançant la narració de la seva història de vida en veu pròpia. Les persones entrevistades descriuen amb les seves paraules les situacions d'estigma i invisibilització de la problemàtica en termes generals.

S'assenyala que s'ha evidenciat a través de les entrevistes realitzades als professionals que la població de més de 55 anys atesa a les unitats de conductes addictives (UCA) augmenta. Es recorda que la mostra utilitzada en aquest treball de camp fou formada a partir de set històries de vida. Seguint un pla estratègic, s'adverteix el lector que al llarg del treball se seleccionaren els resultats de dues històries de vida representatives en el marc analític d'interès per examinar, amb l'objectiu de conèixer en profunditat a partir dels seus propis relats, el fenomen de l'envelliment quan existeixen problemes de consum de substàncies a les Illes Balears. Per això, incidirem en el repte pendent i futur de la reducció de riscos i millores en la qualitat de vida de persones grans en processos d'envelliment i consum de substàncies. Cada vegada més, la població atesa a les UCA va envellint. Un dels factors clau són els tractaments farmacològics de deshabitació com els PMM (programes de manteniment de metadona), que milloren la qualitat de vida i la supervivència dels consumidors, alhora que, en molts casos, esdevenen tractaments crònics. També cal recordar que la dependència a substàncies és considerada com una malaltia crònica i recidivant per l'OMS. Això suposa que la relació de les persones amb les substàncies pot perdurar al llarg del cicle vital de les persones consumidores.

És per això que a continuació presentem, per a una part, la història de vida d'Anne, una dona jubilada de 69 anys, alemanya, amb estudis mitjans i de classe mitjana treballadora. D'altra banda, s'hi inclou la història de vida de Joan, ferrer de professió, a l'atur, i de 62 anys.

Els seus relats resulten molt interessants, ja que no es troben dins dels circuits de marginació i exclusió social, sinó que podrien ser un familiar nostre, una veïna o una persona gran que ens trobem arreu. La seva història resulta especialment interessant perquè podria ser qualsevol ciutadà immers en un procés d'envelliment i problemes de consum. Malgrat que cada història és única i irrepetible, hem considerat oportú treballar des de la història de vida en profunditat per treballar els patrons descriptius de les seves vivències en els processos d'envelliment i consum. La utilització d'històries de vida com a mètode d'investigació i instrument de reflexió i anàlisi és imprescindible si volem millorar la comprensió del fenomen per aplicar polítiques últimes que promoguin el benestar de la gent gran de casa nostra.

2.1. Històries de vida i de consum

A continuació, presentem fragments de les entrevistes i històries de vida dutes a terme en què es descriuen la importància de la història de vida contextualitzada i que donen suport a la revisió de la literatura disponible.

Fragment de la història de vida en què es descriu l'inici del consum a edat primerenca:

A 12 anys ja consumia tabac i alcohol.

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriu l'alcohol inserit en la cultura popular:

A casa dels meus pares sempre hi havia alcohol. Després de la guerra, era el millor que tenien per oferir i, si venia algun convidat o si rebien qualque client, li deien: «voleu beure una copa, una cervesa?» Per això, l'alcohol sempre era a casa. Festes familiars i bé, «prova un poc de ponche», i pensava que era per als nins, per als joves, no semblava perillós. «Un poc de maduixa amb cava» o «algun xopet de nata d'un licor». Així vaig començar... Almenys m'agradava. I a poc a poc n'anava tastant més, d'amagat perquè sabia on eren les coses, i després les trobades amb els amics, un pic a ca un amic, i llavors, ja està.

Cap a 18, 19 anys seguia bevent. I llavors als 21 encara més, ho necessitava [...]. Als 21 anys vaig anar a viure sola i, és clar, em podia comprar el que volia. En bars, en cafeteries. I m'era igual el que bevia i, si en un bar et trobes amb amics, un gintònic, que és de moda el gintònic. I, un, dos, tres... I si no hi havia ginebra, un vodka, i si no hi havia vodka, un brandi amb aigua... Bevia diàriament a partir dels 21 anys. Feia feina i estudiava molt. Llavors tenia poques hores per dormir i als matins prenia amfetamines, amfetamines, amfetamines... perquè havia d'agafar el cotxe per anar a estudiar, tornar d'estudiar i treballar. A la feina, a vegades, m'encarregaven coses importants. Sovint les feia amb una amiga meva. Bé, tu portes unes botelles de ginebra, una botella de ginebra, algunes tòniques, i les beurem juntes. Jo amagava l'alcohol.

Fragment de la història de vida de Joan en què es descriu l'alcohol inserit en la cultura popular:

Jo em vaig criar en una finca agrícola i ma mare i mon pare se'n cuidaven, d'aquesta finca. Vaig començar a beure als 17 o 18 anys, però això que proves una copa. I el consum ja més gros va ser als 25-30 anys. Jo bevia, però en aquell moment no m'afectava en la vida normal, fins que vaig tenir uns quaranta i tants anys. Quan jo feia feina de ferrer era encarregat en una empresa. Duia vint homes darrere, jo, i em cuidava dels vint homes i de tothom, i tenia una feina que em produïa bastant d'estrès. Mentre vàrem

ser l'amo i jo tot sol dins l'empresa anava, tot molt bé. Després varen entrar-hi els seus fills i, quan varen entrar, les coses van anar per altres camins. Es volien cuidar del taller i no sabien fer feina, i aquí va ser quan vaig tenir el consum una mica més gros.

Bé, sí, al voltant de 50 anys. També he de dir que tinc dos germans. Al meu germà gran, quan jo tenia 27 anys i ell en tenia 29, li va agafar esquizofrènia i vaig anar darrere d'ell 20 anys, cuidant més d'ell que de jo. Al final va morir amb 49 anys. Jo en tenia 47. I això també em va marcar bastant, perquè tenia molta feina. Jo al taller feia 11 hores de feina diàries i, a més d'això, tenia el problema del meu germà. Tenia crisis de tant en tant. Ho passem més malament els que hi anem darrere que els que ho pateixen.

2.2. Programes preventius i de tractament

Malgrat tot, cap dels entrevistats no va participar en un 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 manca d'iniciatives de prevenció i la probabilitat d'addicció o consums problemàtics de drogues. Fent referència al tractament, en una de les històries de vida es destaca la rellevància del tractament psicoeducatiu, concretament l'estratègia de la teràpia de grup:

Fragment de la història de vida de Joan en què es descriu el tractament.

És una teràpia de grup i, la veritat, va molt bé. Exposes els teus problemes i, a partir d'aquí, jo tinc un problema. El diu o te'l treuen demanant coses. I crec que sí no treus tot el que duus dedins no te'n surts.

Segons Koechl, Unger i Fischer (2012), una de les claus per al tractament de la drogodependència en la població més gran és la implementació d'un enfocament no farmacològic i psicoeducatiu. Des d'aquesta perspectiva es considera fonamental en el treball sobre l'actuació en dos factors de risc: la reducció dels medicaments prescrits i la millora de l'aïllament social.

Per una altra banda, cal destacar la progressiva psicopatologització de certes conductes (com ho demostra el DSM-5) i l'excessiva medicalització en el seu abordatge, la qual cosa fa que el consum de psicofàrmacs sovint sigui un element quotidià en la vida de les persones grans, i que hi hagi risc en el manteniment i l'aparició d'un TRS.

Fent referència a la dificultat per diagnosticar la drogodependència en aquest grup d'edat, la següent declaració d'Anne coincideix amb el supòsit que sostenen De Bruçq i Vital (2008), els quals consideren que el metge o la metgessa és la persona amb més oportunitats per detectar la problemàtica.

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriuen programes preventius i de tractament:

Bé, sempre tenia molta confiança amb el metge de capçalera del poble, i jo sabia que ell sabia de tractaments per a l'alcohol. I em va dir: «Intenta amb ABEX.» És un grup d'autoajuda. Encara segueixo a ABEX. I d'allà, abans de començar en el grup, em varen enviar al doctor X, especialista en drogues, i em va dir: «Podies per exemple... [dormir?] tres, quatre dies seguits, ja per desintoxicar el cos, i la ment també.» I llavors em va receptar l'Antabuse i vaig tornar a ABEX per assistir al grup dues vegades a la setmana i m'anava bé. Després vaig deixar l'Antabuse i vaig estar 14 anys sense beure. Sense tocar res.

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriuen programes preventius i de tractament:

Com s'ha dit anteriorment, hi ha diverses barreres que dificulten la prevenció i el diagnòstic d'aquesta problemàtica. Sembla que seria ideal estructurar un sistema coordinat que integrés l'àrea mèdica, la psicològica i la xarxa de serveis de la gent gran (SAMHSA, 2012), per sistematitzar l'atenció sobre aquells casos amb més factors de risc, com la retirada, el període posterior a un accident, la depressió, la desnutrició, el període posterior a una hospitalització, etc. (De Bruçq i Vital, 2008).

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriu el consum abusiu, violències i aïllament social:

Això em va durar un any i mig. Llavors, el metge m'envia una altra vegada al CAD, i tot bé. Un any i mig; un altre pic vaig començar. Aquí, una cervesa. Ja em vaig comprar més coses per tenir a casa. Al taller amagava alguns brics de vi. M'era indiferent la qualitat. A vegades m'enduïa la botella de vi del restaurant. Ells se'n varen assabentar; em llevaren les claus del restaurant. El 31 de gener m'havien d'operar del peu i vaig pensar que, ingressada i després a casa, no podria comprar alcohol i me'n vaig comprar bastant. I el meu marit el va trobar tot. I em va llançar algunes llaunes a la cara. Sempre em deia que es divorciaria, que no podia viure així amb jo. Els meus fills em depreciaren, ja no em deixaven estar amb els nins...

Aquest mateix any la metgessa del CAD em va oferir ingressar a l'UPRA. Ja hi vaig estar l'any passat allà però, com que hi fan feina bastants amics del meu marit o dels meus fills, vaig dir: «Pfff..., no convé ni per a la família ni per al negoci.» I la metgessa em va dir: «Intenta-ho de nou.» I precisament aquests amics o s'havien retirat o feien feina en altres llocs. I vaig ingressar-hi una setmana. M'ha anat molt, molt, molt bé.

2.3. Ingressos per desintoxicació

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriuen els ingressos per desintoxicació:

I tot bé, i tots allà amb el mateix problema. A vegades penses «vaya tipos». Som iguals; bevem, hi ingressam un altre cop. Allà teníem l'habitació, menjar, dutxa, passejàvem. I t'has de relacionar amb la gent. Estàs allà pel mateix problema.

2.4. Escalades de consum en la història o trajectòria vital

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriuen les escalades de consum en la trajectòria vital:

Vaig començar amb l'alcohol combinat amb amfetamina als 12 anys de manera esporàdica i als 19 anys el consum era diari [...]. Vaig iniciar el tractament als 40 anys amb diverses recaigudes i tinguí un període d'abstinència d'uns 14 anys. I posteriorment vaig recaure quant tenia 55 anys.

[...] Posteriorment vaig tenir diversos ingressos reiterats en centres de desintoxicació alcohòlica i altres substàncies, com les amfetamines.

2.5. Envellir, consum i significats

En la literatura hi ha evidència científica que relaciona el consum d'alcohol i l'acceleració de l'envel·liment i el deteriorament físic i intel·lectual a causa de les complicacions somàtiques, neurològiques, psiquiàtriques i socials. A més, s'afirma que les persones grans són més propenses a convertir-se en drogodependents a causa de les seves característiques fisiològiques. L'envel·liment altera la resposta del cos a les substàncies modificant la taxa d'absorció, la distribució i l'excreció del producte (De Bruçq i Vital, 2008).

En la història d'Anne es relaten les sensacions de la persona en relació amb el deteriorament físic i intel·lectual:

No ajuda en res per envellir. Primer, l'aspecte que una ja té és pitjor. Veus altra gent de la mateixa edat... [¿?] Mira quina cara tens, mira quin cos tens. Deprimeix molt, perquè en veus altres que no beuen o només una copeta de vi als dinars. Com a alcohòlic tens un aspecte més envellit i també et falla la memòria. Però a vegades jo vaig pensar: «Veiem si és per l'alcohol o per l'edat. Per què et falla més la memòria?», o per orientar-me.

Amb l'edat i l'alcohol hi ha un poc més d'embull dins el cap, a la feina, en tot. També falla la concentració; ja no llegeixo tant com abans. Abans llegia molt.

2.6. Etapes significatives en la seva vida

Fragment de la història de vida en què es descriuen les etapes significatives en la seva vida:

Hi ha etapes que sí i etapes que no. Jo crec que les etapes en què ets més feliç i normal tenen a veure amb l'alcohol. I és clar, és un cercle viciós; quan tens tantes coses negatives que t'envolten, més depressions, més beure alcohol i, és clar, tot el negatiu està relacionat amb l'alcohol. La mort de la meva mare. Un any després, mon pare va emmalaltir greument. Durant sis anys havia de cuidar-lo també. El restaurant, modista, nins i mon pare malalt. En aquests sis anys i mig vaig beure molt. Potser per matar el dolor...

2.7. Consum per escapar de la realitat

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriu el consum per escapar de la realitat:

Per escapar, per fer-me sentir millor, més cansada per no estar tan preocupada... Això... desconnectar.

2.8. Tractaments en processos d'envelliment i la importància dels cuidadors i l'acompanyament

Segons els autors Raja, Tarbuck i Wagle (2012), es fa necessària la importància de l'especialització per part dels professionals, donada l'existència de diferències clau entre la població més gran i la població jove, especialment en la cura de la població més gran que està en tractament, ja que no té la mateixa problemàtica que la resta de grups (i, com hem assenyalat anteriorment, no s'haurien de tractar igual els col·lectius que són diferents i que, per tant, tenen necessitats diferents).

És necessari adequar recursos assistencials i l'oferta de programes per cobrir i donar respostes a les necessitats específiques que presenta el col·lectiu de persones grans. En aquesta direcció, també cal adequar els programes preventius.

2.9. Estigma social del consum

L'estigma social relacionat amb la drogodependència dificulta molt negativament la vida social de l'individu i concretament és un factor que obstaculitza la prevenció i l'atenció de la problemàtica. L'estigma és una construcció social, que classifica els éssers humans i en condiona la participació social, excloent-ne generalment els col·lectius més febles, com és el cas dels toxicòmans (Rubio, 2001). I sembla que aquest supòsit s'agreuja en el cas de la gent gran.

Segons Koechl, Unger i Fischer (2012), aquest col·lectiu presenta diverses dificultats per buscar ajuda a problemes, com l'ansietat oculta de la situació legal o per la vergonya de presentar una addicció en una edat avançada. D'altra banda, fent referència a l'impacte de la variable gènere en aquest procés, un estudi d'Alonso-Castillo, Álvarez-Bermúdez, López-García, Rodríguez-Aguilar, Alonso-Castillo i Angélica-Armendáriz (2009) assenyala que les dones amb problemes d'abús d'alcohol desafien el rol tradicional femení i provoquen una càrrega social molt forta, ja que perden la respectabilitat social en moltes àrees de la vida, provoquen estats emocionals negatius i fomenten la baixa autoestima.

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriu l'estigma social del consum:

És clar que aquí no et diuen: «Ets alcohòlica, vella, bevedora», no, aquí et diuen: «Tu estàs malalta, nosaltres t'ajudarem.» I és clar, amb la vellesa, una és més sabia. Ara ja ho reconeixes i et [...] i no em molesta...

Davant aquesta realitat, es considera vital la incorporació de mesures preventives basades en evidències i treballar amb la població general per fer visible la problemàtica i canviar la percepció social, doblement estigmatitzant si es tracta d'homes grans de 55 anys, consumidors o exconsumidors en tractament, i triplement estigmatitzant si es tracta de dones grans, consumidores o exconsumidores en tractament. Així, la incorporació de la perspectiva de gènere en les polítiques de salut pública és essencial per al tractament de la dependència, ja que la variable gènere i l'edat tenen una consideració molt significativa (Koechl, Unger i Fischer, 2012).

2.10. Jubilació, consum, soledat i aïllament social

La jubilació pot convertir-se en un període crític del cicle vital, especialment quan els individus entenen aquesta etapa com un descans total, que deriva, moltes de les vegades, en la generació de l'avorriment continu i el sentiment de la inutilitat, a part de la possible aparició d'un factor de risc de gran poder: la solitud.

La soledat és una amenaça sobre la qual l'ésser humà respon amb nivells alts d'estrès i presenta un impacte negatiu de tipus fisiològic i psicològic (Hawkley i Cacioppo, 2003). A més, aquest factor està relacionat amb taxes de depressió més altes (Colla, Bukka, Harrington i Murphy, 2006).

Fragment de la història de vida en què es descriu la soledat, el consum i l'aïllament social:

Perquè la jubilació no ajuda en res a aquestes coses. Ajuda a tenir depressions. Ja no et necessiten. Tants d'anys amb el cinturó estret, tants d'anys fent feina com una somera, i ja no et necessiten. No m'ho esperava, però ara, a poc a poc va millorant.

Entre les persones alcohòliques grans és freqüent la negació de l'ajut i de l'acceptació del problema de consum. En una revisió d'articles de revistes geriàtriques relacionats amb aquesta problemàtica, s'exposa que un dels factors pels quals les famílies no exterioritzen la problemàtica és per por de sentir vergonya o estigma social (Rosen, Engel, Hunsaker, Engel, Detlefsen i Reynolds, 2013).

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriu la soledat, el consum i l'aïllament social:

Tenim un veïnat que sabem que ha anat al CAD i que ha estat a l'UPRA a psiquiatria i això. Jo parlo amb ell com a veïnada, però no sobre els seus problemes. El meu marit parla amb ell per saber si són problemes similars o diferents. Els únics que coneix que estan en tractament són els del grup d'ABEX i quan vaig estar a l'UPRA vaig conèixer gent.

2.11. Impacte dels consums en la seva vida

Tot i que no és el cas de la nostra protagonista, un tema que va sortir sovint en les converses eren els diners. Alguns entrevistats es trobaven econòmicament empobrits i fent treballs en la clandestinitat, com la venda de substàncies o la neteja de cases per obtenir més ingressos econòmics per subvencionar el consum.

Pel que fa a les conseqüències de l'addició, tots els entrevistats es van mostrar conscients i eren capaços de delinear els efectes que el consum ha tingut en la qualitat de les seves vides, tant físics com mentals. Alguns van dir que se sentien molt més cansats i febles que altres, però no es pot atribuir tot al consum, causa de la seva edat (envelliment). No obstant això, tots els canvis experimentats eren negatius.

2.12. Riscos associats al consum i percebuts

Fragments de la història de vida d'Anne en què es descriuen els riscos associats al consum i percebuts:

Vaig tenir un accident de cotxe fa dos anys i mig, però no vaig beure. Venia del dentista sense anestèsia. Tornava de Palma i no me'n recordo. Potser haver begut tant d'alcohol va influir en l'accident.

Fragments de la història de vida de Joan en què es descriuen els riscos associats al consum i percebuts:

A més dels problemes cerebrals, digestius i de memòria experimentats, molts van notar que els canvis d'humor associats a l'addició tenien efectes greus en les relacions familiars i socials. Alguns van observar que havien perdut molta gent durant les seves vides pel consum o perquè els que els envoltaven no volien estar associats a la gent que consumia. De fet, un tema comú entre tots els entrevistats era el distanciament dels familiars com a font de dolor en les seves vides. Per a una dona, la motivació per abandonar el consum era el fet de voler tornar a acostar-se a la seva família, específicament als seus nets. La família i els cuidadors juguen un paper molt important en el procés de l'addicció, tant al principi com en el procés del tractament.

Fragments de la història de vida d'Anne en què es descriuen els riscos associats al consum i percebuts:

En la família, en general, l'alcohol no crea un bon ambient. Crea agressions. Amb el temps, els altres passen de tu.

2.13. Consum d'alcohol en soledat

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 s'estan plantejant situacions més noves pel que fa a drogues il·legals, com el cànnabis, la cocaïna o l'heroïna.

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriu la soledat:

No, no, no. No he gastat molt en alcohol [...] perquè jo mai he sortit. Sempre he begut a casa sola.

2.14. Deteriorament de la salut física, mental i emocional

El consum prolongat al llarg de la vida, concretament d'alcohol, produeix un deteriorament cerebral, de funcions i capacitats (Harper, 2009), com la pèrdua de memòria. D'altra banda, és comuna la presència de la falta de motivació, els problemes familiars, la retirada de la família i els amics (SAMHSA, 2016). Encara que també hi ha evidència de la relació del consum amb el deteriorament físic, en els casos exposats es fa referència a problemàtiques de naturalesa psicològica, com la depressió i l'aïllament social.

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriu la salut física, mental i emocional:

Bé, sense l'alcohol... L'alcohol potencia les depressions. Quan ja duus un parell de copes, és igual, tot és igual. Et fiques en un forat que... Arribes avall i més avall. Però sortir-ne és difícil.

Fragment de la història de vida de Joan en què es descriu la salut física, mental i emocional:

Físicament no m'ha afectat molt. Menys del maluc, em trobo bé físicament, però no està relacionat amb l'alcohol. Emocionalment, he tingut problemes amb la família, amb la meva dona. Quan bevia estava abatut, no tenia ganes de fer res i no pensava de cara endavant, no. També vaig sentir tristesa i soledat. També em va afectar en les relacions socials i familiars amb la meva dona, la meva filla i la gent que t'envolta.

2.15. Un risc de suïcidi o de mort més elevat

La taxa de suïcidi consumat és desproporcionadament alta en la població d'adults grans, especialment en homes. El trastorn per ús i abús de substàncies està molt relacionat amb el trastorn psiquiàtric associat amb el suïcidi consumat en la població d'adults grans, després de la depressió (Blow, Brockmann i Barry, 2004).

En la història de vida de Joan, es declara el plantejament del suïcidi com a fruit dels problemes familiars i socials derivats de la drogodependència:

Quan en consumeixes molt, tens problemes amb la família, amb els amics, a la feina. Ara fa un any que no bec i tinc ganes de fer coses, tinc il·lusió i abans no en tenia. Fins i tot, vaig pensar una vegada en el suïcidi, però me'n vaig sortir. No sé com; me'n vaig sortir tot sol.

Un estudi recent de Suècia va examinar la mortalitat associada a l'abús de drogues i va trobar que l'índex de risc de mortalitat (és a dir, el risc comparatiu de mort) és 11,3 vegades més gran per als toxicòmans que per a aquells sense antecedents d'abús de drogues, i substancialment més alt per causes no mèdiques que mèdiques (Kendler et al., 2017).

2.16. Canvis vitals i aïllament social

Alguns estudis han evidenciat que la desocupació està associada a un consum més alt de substàncies entre adults grans (Bryant i Kim, 2012). Per a altres la jubilació pot ser clau en la pèrdua de xarxa social i, per tant, el consum de substàncies (Kuerbis i Sacco, 2012). L'aïllament social és un factor de risc d'abús de substàncies. Aquesta solitud augmenta amb el pas del temps i particularment en l'edat adulta (Perissionotto, Stijacic i Covinski, 2012).

Fragment de la història de vida d'Anne en què es descriu l'aïllament social en el consum:

Mai he sortit de festes. No cant, no ball. Amb l'alcohol encara t'exclous més, t'aïlles més de la gent. Tampoc som de tertúlies, ni de riure... no és la meva vida. Em costa riure. I tinc molt pocs amics, i més a la meva edat.

Pels vells no és fàcil viure. És difícil. I es moren els amics, ja quasi no en tinc. Poques ganes de confiar i de riure.

3. Anotacions finals

Hi ha la creença comuna que l'ús de substàncies és un problema que afecta només els joves. No obstant això, augmenta l'evidència que permet suggerir que un nombre creixent dels adults grans en molts països estan experimentant problemes relacionats amb el consum de substàncies. A mesura que la població envella, les persones s'estan convertint en un grup cada vegada més significatiu que mereix especial atenció per part de tots, no només pel que fa als impactes individuals de salut física, psíquica i emocional, sinó també a les dinàmiques familiars i en última instància a la necessitat d'adaptar totes aquestes noves necessitats a les polítiques socials (Pérez Díaz, 2003). El nostre objectiu amb aquest article era continuar el treball iniciat l'any passat mitjançant la història de vida d'Anne i Tomeu aprofundint en el fenomen de l'envelliment i els problemes de consum de substàncies a les Illes Balears, atès que la història de vida ofereix la possibilitat de comprendre els processos narratius, descriptius i emocionals de les persones que narren en primera persona la seva història.

Per això, considerem que la detecció de consum de substàncies abusives en persones grans és clau i advoquem perquè les noves polítiques socials desenvolupin protocols de detecció, atenció i tractament per a aquestes persones per tal de millorar-ne la qualitat de vida en aquestes etapes, ja que 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 s'estan plantejant situacions més noves pel que fa a drogues il·legals, com el cànnabis, la cocaïna o l'heroïna. Els cuidadors tenen una funció clau, així com els serveis mèdics o d'atenció socio sanitària. Cal aprofundir en la temàtica amb nous estudis que puguin aportar dades de la problemàtica que ens ocupa tant quantitatives com qualitatives, 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 d'aquestes persones, pel que fa al tractament d'aquest sector de la població. El primer pas és reconèixer la possibilitat d'aquest consum en aquesta etapa vital (Taylor i Grossberg, 2012). És per això que hi ha una clara necessitat de programes específics que donin suport als adults de més de 55 anys. Si bé l'alcohol és la principal substància consumida, també hi ha un consum emergent de substàncies sense recepta o supervisió mèdica (com els opiàcids i les benzodiazepines), a més de l'ús creixent de drogues il·lícites, que són qüestions emergents que s'han d'abordar. Així mateix, cal visibilitzar i combatre l'estigma del consum de substàncies en aquestes etapes. Reduir l'aïllament social i reforçar els llaços afectius resulta clau però, a més, fem una crida especial a escoltar de la mateixa gent gran els significats que atribueixen als processos de consum en les seves vides, només tenint en compte els impactes en la seva vida i quotidianitat, així com les múltiples resistències que desenvolupen.

Referències bibliogràfiques

Alonso-Castillo, M. M., Álvarez-Bermúdez, J., López-García, K. S., Rodríguez-Aguilar, L., Alonso-Castillo, M. T. i Angélica-Armendáriz, N. (2009). Factores de riesgo personales, psicosociales y consumo de alcohol en mujeres adultas. *Investigación en Enfermería, Imagen y Desarrollo*, 11(1), 97-114. Recuperat de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4047645/>

Arndt, A., i Schultz, S. K. (2015). Epidemiology and demography of alcohol and older persons. A I. Crome, T. Wu, R. Roa, i P. Crome (Eds.). *Substance use and older people*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Blow, F. C., Brockmann, L. M. i Barry, K. L. (2004). Role of alcohol in late-life suicide. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28.

Bryant, A. N. i Kim, G. (2012). Racial/ethnic differences in prevalence and correlates of binge drinking among older adults. *Aging & Mental Health*, 16(2), 208-17. doi: 10.1080/13607863.2011.615735

Colla, J., Buka, S., Harrington, D. i Murphy J. M. (2006). Depression and modernization: a cross-cultural study of women. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(4), 271-279. doi: 10.1007/s00127-006-0032-8

De Brucq, H., i Vital, I. (2008). Addictions and aging. *Psychology and NeuroPsychiatric du vieillissement*, 6(3). 177-182.

Harper, C. (2009). The neuropathology of alcohol-related brain damage. *Alcohol & Alcoholism*, 44(2)136-140.

Hawkey, L. C. i Cacioppo, J. T. (2003). Loneliness and pathways to disease. *Brain, Behavior and Immunity*, 17(1), 98-105. doi: 10.1016/S0889-1591(02)00073-9

Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K., i Sundquist, J. (2017). Drug abuse-associated mortality across the lifespan: a population-based longitudinal cohort and co-relative analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(7), 877-886.

Koechl, B., Unger, A. i Fischer, G. (2012). Age-related aspects of addiction. *Gerontology*, 58(6), 540-544. doi:10.1159/000339095

Kuerbis, A. i Sacco, P. (2012). The impact of retirement on the drinking patterns of older adults: a review. *Addictive Behaviors*, 37(5), 587-95. doi:10.1016/j.addbeh.2012.01.022

OEDT (2008). Drogas en el punto de mira. Consumo de sustancias en adultos mayores: un problema olvidado. Recuperat de: http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/286/Dif10es_63621.pdf

ONU (2011). *Informe de Naciones Unidas sobre envejecimiento*.

Pérez Díaz, J. (2003). Feminización de la vejez y estado del bienestar en España. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, (104): 91-121.

Perissinotto, C. M., Stijacic, I. i Covinsky K. E. (2012). Loneliness in Older Persons. A Predictor of Functional Decline and Death. *Arch Intern Med*, 172(14): 1078–1084. doi:10.1001/archinternmed.2012.1993

Raja, 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. doi: 10.1108/17459261211263451

Rosen, D., Engel, R. J., Hunsaker, A. E., Engel, Y., Detlefsen, E. G. i Reynolds, C. F. (2013). Just say know: an examination of substance use disorders among older adults in gerontological and substance abuse journals. *Soc Work Public Health*. 28:377–87.

Rubio, J. (2001). Proceso de construcción de un estigma: la exclusión social de la drogadicción. *Nómadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 4(2). Consultat a: <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/37999/36760>

SAMHSA. (2012). *Older Americans Behavioral Health. Prescription and Medication Misuse and Abuse Among Older Adults* (Issue Brief No. 5). Consultat a: <https://www.acl.gov/sites/default/files/programs/2016-11/Issue%20Brief%205%20Prescription%20Med%20Misuse%20Abuse.pdf>

Substance Use in Canada (2018). Improving Quality of Life: Substance Use and Aging. Editors Alastair J. Flint, Zul Merali and Franco J. Vaccarino.

Taylor, M. H. i Grossberg, G. T. (2012). The growing problem of illicit substance abuse in the elderly: a review. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 14(4), 1–16.

Wu, L. T. i Blazer, D. G. (2011). Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review. *Journal of Aging and Health*, 23(3), 481–504. doi:10.1177/0898264310386224

Autors

ANTONI 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.

ONOFRE ALBA MARTÍ

Mancor de la Vall (1994). Graduat en Educació Social a la Universitat de les Illes Balears i estudiant del Màster de Polítiques d'Igualtat i Prevenció de la Violència de Gènere. Ha treballat dins l'àmbit del sistema de protecció del menor.

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 contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears.