

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2020



CARMEN ORTE SOCIAS

Directora

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

ANUARI DE L'ENVELLIMENT.
ILLES BALEARS **2020**



Universitat
de les Illes Balears



G CONSELLERIA
O AFERS SOCIALS
I ESPORTS
B
/



IMAS
Departament de
Drets Socials
Consell de Mallorca



Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2020

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

Consell de Direcció

Directora:

Dra. Carmen Orte Socias

Directores adjuntes:

Dra. Marga Vives Barceló i Sra. Lidia Sánchez-Prieto

Secretari:

Dr. Liberto Macías González

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

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

Dr. Pere Antoni Borràs Rotger

- * © del text: els autors 2020
- * © de l'edició: Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i Universitat de les Illes Balears
- * Disseny, maquetació i impressió: amadip.esment
- * ISSN: 2174-7997
- * Dipòsit legal: PM-2908-2008

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

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

*Dra. Carmen Orte Socias, Dra. Marga Vives Barceló i Sra. Lidia 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 d’Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears Fina Santiago Rodríguez	
Pròleg del conseller executiu del Departament de Drets Socials i president de l’Institut Mallorquí d’Afers Socials Javier de Juan Martín	
<hr/>	
INTRODUCCIÓ	
PERSONES GRANS I CENTRES RESIDENCIALS: UNA REFLEXIÓ A TRAVÉS DE LA PREMSA DURANT LA PANDÈMIA DE LA COVID-19	15
Direcció de l’Anuari de l’envelliment. Illes Balears 2020	
<hr/>	
LA PRIMERA ONADA DE LA COVID-19 A LES ILLES BALEARS: REFLEXIONS GENERALS, ANÀLISI DE DADES I REPERCUSSIONS SOBRE LA TERCERA EDAT	33
Ferran Dídac Lluch i Dubon	
<hr/>	
COM AFECTA LA PANDÈMIA DE LA COVID-19 LA SALUT MENTAL DE LA GENT GRAN	93
Isabel Flórez Fernández	
<hr/>	
ENVELLIMENT ACTIU, PARTICIPACIÓ I CURA MÚTUA: TENDÈNCIES I REPTES QUE ENS PLANTEJA LA COVID-19	111
Belén Pascual Barrio i Maria Antònia Gomila Grau	
<hr/>	
ATENDRE A CASA, UNA DE LES ALTERNATIVES EN L’ATENCIÓ DE LES PERSONES GRANS DURANT LA PANDÈMIA	125
Sofía Alonso Bigler	
<hr/>	
ELS CASALS I LA PANDÈMIA DE LA COVID-19: PRESERVAR LA QUALITAT DE VIDA DE LES PERSONES GRANS MITJANÇANT ELS RECURSOS DE PROMOCIÓ DE L’AU- TONOMIA PERSONAL	141
Maria Teresa Coll Janer, Carmen Orte Socias, Belén Vaquer Arjonilla, Lidia Sánchez-Prieto, Natalia Reinares Gagnetten, Margalida Ferrando Llobera, Coloma Reynés Cunill i Maria del Roser Fiol Salvà	
<hr/>	
LA CASA SACERDOTAL DE MALLORCA EN EL TEMPS DE LA PANDÈMIA	163
Teodor Suau i Puig	
<hr/>	
EL DOLOR EN LA GENT GRAN	183
Ana María González Roldán, Joan Llorenç Terrasa Navarro, Priscila Aquino dos Santos Lima i Pedro J. Montoya Jiménez	
<hr/>	

DOLOR EN LES PERSONES MAJORS, UNA VISIÓ DES DE LES CURES PAL·LIATIVES 201
Joan Santamaria Semis, Antoni Gabriel Amengual Vich, Jaume Julià Vadell i
Emilia García Sánchez

ATENCIÓ AL PACIENT AMB FRACTURA DE MALUC EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVELL 221
Maria Magdalena Femenias Sureda, Pilar Salvà D'Agosto, Pere Calafell Mas i
Javier Murillas Angoití

QUÈ HE DE SABER PER CUIDAR LA SALUT DE L'ESQUENA? 239
Carolina Sitges Quirós, Nuria María García Dopico, Joan Llorenç Terrasa Navarro
i Christine Winterholler

LA GENT GRAN I EL SON: AMICS O ENEMICS 267
Mónica de la Peña Bravo

INTOXICACIONS A LA TERCERA EDAT 285
Jordi Puiguriquer Ferrando i Sílvia Miralles Corrales

ESTRATÈGIES PER ENDARRERIR L'ENVELLIMENT CEREBRAL: COMBATRE L'ESTRÈS OXIDATIU I LA NEUROINFLAMACIÓ 299
Susana Esteban Valdés, David Moranta Mesquida, Margalida Rosa Ramis Escudero,
Manuel Jiménez García, Antoni Miralles Socias, Sílvia Tejada Gavela i
Fiorella Sarubbo

TRACTAMENT NO FARMACOLÒGIC DE LA MALALTIA D'ALZHEIMER. PROJECTE D'INVESTIGACIÓ: ASSAIG CLÍNIC PER AVALUAR LA POSSIBLE EFICÀCIA DE L'ESTIMULACIÓ COGNITIVA I D'UN SUPLEMENT NUTRICIONAL EN PACIENTS AMB MALALTIA D'ALZHEIMER 319
Joan García Caldentey, Carles García Caldentey, Catalina M. Llompарт Mateu i
Antonio J. García Trujillo

UNA ALTRA VISIÓ DE L'ENVELLIMENT ACTIU: HABILITACIÓ DELS ENTORNS I DEPENDÈNCIA 339
Miquel Àngel Capó-Juan

PROMOCIÓ DE L'ENVELLIMENT SALUDABLE EN ELS TREBALLADORS 353
M. Teófila Vicente-Herrero, Juan Carlos Rueda Garrido i
Asunción M. Fernández Rodríguez

LES TECNOLOGIES DE LA RELACIÓ, LA INFORMACIÓ I LA COMUNICACIÓ (TRIC) I LA GENT GRAN Josep Lluís Oliver Torelló, Noemi Gelabert Mures i Albert Cabellos Vidal	375
LA MIRADA A LES PERSONES GRANS DE LES ILLES BALEARS DES DE LA PREMSA DIGITAL Maria Valero de Vicente i Marga Vives Barceló	393
MARÍA ZAMBRANO I LA COMPRENSIÓ DE LES NECESSITATS Antoni Joan Colom Cañellas i Lluís Ballester Brage	409
LES INICIATIVES SOCIOEDUCATIVES PER A LES PERSONES GRANS MILLOREN LA SEVA PERCEPCIÓ DE QUALITAT DE VIDA Liberto Macías González	427
L'AVALUACIÓ D'UN PROGRAMA INTERGENERACIONAL A EDUCACIÓ PRIMÀRIA. PROPOSTES PER A L'AVALUACIÓ A PARTIR DE LES LLIÇONS APRESES EN EL PROJECTE SACHI2 Viktòria Quesada Serra, Marga Vives Barceló, Belén Pascual Barrio, Maria Antònia Gomila Grau , Joan Amer Fernández, Rosario Pozo Gordaliza i Carmen Orte Socias	445
MALLORCA SENSE FAM AMB LA GENT GRAN. AJUDA SOLIDÀRIA EN ALIMENTS A DOMICILI Joan Martorell Caimari	465

PRESENTACIONES

Fina Santiago Rodríguez
*Consellera d'Afers Socials i Esports del
Govern de les Illes Balears*

L'Anuari de l'Envel·liment del curs acadèmic 2019-2020 recull una part dels pensaments, les recerques, les experiències, els debats i les propostes principals en l'àmbit de la qualitat de vida de la gent gran de les Illes Balears. Al llarg dels anys, l'Anuari permet resseguir la memòria rellevant de la variada activitat desenvolupada a les Illes Balears en aquest àmbit.

Les pàgines que segueixen posen en relleu que, aquest curs, s'han assolit fites interessants que han tingut o tindran impacte amb relació a alguns reptes socio-sanitaris oberts, com ara el tractament no farmacològic de la malaltia d'Alzheimer, l'envelliment cerebral, les fractures de maluc o l'abordatge del dolor en persones grans —aquest darrer tema, amb dues aportacions—, per esmentar només alguns treballs. Sabem que les aportacions rellevants, les aportacions basades en les evidències que aporten les recerques més rigoroses, es publiquen en revistes científiques de difícil accés, de manera que l'Anuari compleix una funció de transmissió de coneixement que s'ha d'agrair.

En l'àmbit de les intervencions i els programes, el desplegament d'una oferta renovada i singular ha estat fonamental a l'hora de fer créixer la innovació en les actuacions. En aquest sentit, les noves propostes, de marcat caràcter preventiu i orientades a l'envelliment actiu, han palesat les virtuts d'una intervenció molt rica en opcions i el dinamisme extraordinari dels professionals i els seus equips. En són exemple el projecte intergeneracional SACHI2, l'atenció a domicili amb distribució d'aliments, la promoció de l'envelliment saludable de treballadors o l'habilitació dels entorns en situacions de dependència.

D'altra banda, amb la resta d'articles, l'Anuari posa a l'abast de la comunitat i de qui hi estigui interessat (professionals, tercer sector, alumnat de cicles formatius o de la Universitat) la divulgació de coneixements diversos, relacionats amb tecnologies de pantalla (TRIC), alteracions del son, la prevenció d'intoxicacions i altres qüestions rellevants. El compromís de l'Anuari de contribuir a la millora de la qualitat de vida entre les persones grans també ha estat cabdal a l'hora de fomentar la col·laboració de nous agents de recerca, el desenvolupament d'experiències i la innovació, implicant-hi professionals de tradicions disciplinàries diverses, equips, administracions de tots els nivells i sectors, així com la iniciativa social. Una vegada més, s'han aconseguit un conjunt d'aportacions que mostren aquesta diversitat d'interessos i de realitats.

El 13 de març, la situació d'excepcionalitat a causa de la pandèmia de la COVID-19 va obligar tots els serveis i programes a adaptar l'activitat. Així com en altres àmbits una part de l'activitat es va traslladar a l'entorn virtual, en el nostre sector no ho vàrem ni plantejar. Es va continuar treballant cara a cara, fent front a les necessitats. Malgrat les dificultats, la implicació de la comunitat professional i de la iniciativa social ha estat exemplar a l'hora de mantenir l'activitat. Gràcies a l'esforç i a la perseverança de tots

els col·lectius implicats, i primer de tot de les persones grans, a les Illes Balears, com a altres bandes, l'activitat ha continuat i s'ha garantit el funcionament dels serveis i els programes, en un context incert i canviant.

Com no podia ser d'altra manera, la comunitat de professionals (sanitaris, professionals del treball social i l'educació social, personal de serveis residencials, personal administratiu, etc.) ha respost amb generositat i voluntat de servei a l'emergència socio sanitària i, en la mesura de les seves possibilitats, ha contribuït a pal·liar-ne els efectes mitjançant l'acció social i sanitària. Els diversos articles sobre la COVID-19 revisen diferents qüestions en relació amb aquesta experiència complexa que hem viscut i continuem patint. Sens dubte, ens ajudaran, als qui hem de prendre decisions cada dia i a tota la societat interessada, a plantejar el que feim.

Una vegada més, gràcies a totes les persones que han volgut fer les seves aportacions. Continuem compartint reptes i la feina de fer donar vida als anys.

Javier de Juan Martín
*Conseller executiu del Departament de Drets Socials i
president de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS)*

L'any 2020 està posant a prova la capacitat d'adaptació de la ciutadania en general i de les administracions en particular, especialment en l'àmbit dels serveis socials. La covid-19 copeja especialment els col·lectius de persones més vulnerables, com la gent gran, i l'IMAS ha donat respostes ràpides i ha impulsat iniciatives noves per contenir la pandèmia.

Des del Consell de Mallorca hem treballat dur per adaptar en tot moment els protocols d'actuació de les residències a la conjuntura sanitària, fent un incís especial en la prevenció. En aquest sentit, des de l'IMAS hem posat en marxa un pla de cribratges massius per monitorar les 44 residències de gent gran de Mallorca i conèixer la situació de cada centre abans, fins i tot, d'arribar-ne a percebre els primers símptomes.

Poder tenir una radiografia de l'expansió del virus ens ha permès ser més eficients en la creació de dos circuits ben diferenciats durant aquesta crisi sanitària: un per a la gent gran contagiada i un altre per a la gent gran que no s'ha vist afectada pel virus. Per garantir un bon aïllament dels que han donat positiu i evitar-ne la propagació, des de l'IMAS hem habilitat espais exclusius per a persones amb la covid-19 que no necessiten ser hospitalitzades, com la residència Sa Riera. En tres setmanes varem aconseguir obrir aquest centre, amb capacitat per a 156 persones, adreçat a persones usuàries de tota la xarxa assistencial de l'illa i que gestionarem des del Consell de Mallorca mentre duri la pandèmia. També habilitarem la planta 9 de la residència La Bonanova per a persones usuàries que havien donat negatiu d'altres centres o per a persones que havien de menester un ingrés social d'emergència.

Per salvaguardar el màxim possible el benestar de la nostra gent gran, hem modificat els protocols d'actuació dels centres residencials segons ha anat evolucionant la crisi sanitària. Això ens ha fet prendre decisions difícils, com la de restringir les visites dels familiars o suspendre els tallers i les sortides dels residents en èpoques en què el virus ha estat més agressiu. Canviar les rutines diàries i els hàbits ha estat dur per a ells i per a nosaltres, però a la vegada indispensable per preservar-ne la salut i per a la de les residències en general, ja que són una porta d'entrada molt vulnerable davant el virus.

Aquests fets ens han refermat –potser encara un poc més, si era possible– en la nostra aposta per implementar un canvi de model en l'atenció a la gent gran: un servei d'atenció integral a domicili (SAID) centrat en la persona, que permeti a la gent gran depenent envellir a ca seva.

En l'Anuari de 2019 ja us anunciava que un dels nostres objectius de la legislatura era fer créixer aquest Servei Integral d'Atenció a Domicili per tot Mallorca. En aquesta edició puc confirmar que l'IMAS ja ha consolidat el SAID, amb la previsió de duplicar

les persones usuàries que rebran una atenció integral, individualitzada, especialitzada i de qualitat als domicilis propis.

Des de l'IMAS estam convençuts que aquest canvi de model és necessari. Manté les persones en el seu entorn, no les separa de les famílies ni dels amics, i amb unes cures adaptades a les necessitats de cadascú. Però, a més, la pandèmia ha constatat que és un sistema d'atenció més protector que el residencial quan es tracta d'evitar la propagació de malalties contagioses. En aquesta edició de l'anuari trobareu un article en què professionals de l'àrea de gent gran de l'IMAS us exposen amb major detall les característiques i l'evolució d'aquest model d'atenció integral a domicili i la nostra aposta per un canvi de servei més personalitzat.

Per acabar, voldria fer una menció especial a la importància d'evitar les situacions de soledat de la gent gran. Una de les primeres iniciatives que vàrem dur a terme quan es va decretar l'estat d'alarma va ser habilitar un telèfon d'emergència social per donar resposta a qualsevol consulta referent als serveis socials, així com per atendre la gent gran que pogués sentir-se sola o pogués patir situacions d'abús, de negligència o de maltractament. A més, i encara que la situació va obligar a suspendre els tallers d'estimulació cognitiva, el personal tècnic de l'IMAS que els impartia va mantenir el contacte telefònic amb les prop de 2.000 persones que feien aquests cursos arreu de l'illa.

En definitiva, si cada any la lectura de *l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears* és una lectura enriquidora per a tot el personal professional d'aquest l'àmbit, com a conseller de Drets Socials del Consell de Mallorca i president de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) pens que l'Anuari 2020 que teniu ara a les vostres mans ho serà encara més, donada la situació complexa que estam vivint. La meva enhorabona més sincera a totes les persones que han fet possible l'edició d'aquest volum i, en especial, a la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB, per la seva tasca de coordinació.

INTRODUCCIÓ

Persones grans i centres residencials: una reflexió a través de la premsa durant la pandèmia de la COVID-19

1. Introducció

La COVID-19 a Espanya s'inicia amb casos aïllats. El 31 de gener de 2020 apareix el primer contagi (un turista alemany a l'illa de La Gomera), seguit el 10 de febrer pel segon contagi (un turista britànic a l'illa de Mallorca), i és a partir del 24 de febrer quan emergeixen els nous casos de contagi a Madrid, Catalunya i València (Hermi i García, 2020). Tot i que es tenien notícies d'altres països com la Xina, Corea i Itàlia, no érem conscients de les dimensions, i de la virulència, de la situació que estava a punt d'arribar. L'11 de març, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) declarà la situació com a pandèmia, emfatitzant la necessitat de protecció del col·lectiu dels més grans, en ser considerat un grup de risc. Com assenyalen aquests mateixos autors, una de les primeres conseqüències ha estat l'elevat nombre de defuncions de persones d'edat avançada que vivien en residències, tant públiques com privades. Aquestes conseqüències es reflecteixen en les dades recollides per Radiotelevisió Espanyola (RTVE), procedents del Ministeri de Sanitat i de les conselleries de les diferents comunitats autònomes, així com d'altres institucions, com la Universitat Carlos III o Help Age International, on s'observa que a Espanya el 87,6% de les persones mortes tenien més de 70 anys, i destaca que la meitat vivien en centres residencials per a persones grans. En data del 23 de maig, 19.008 persones grans havien mort en alguna residència a causa de la COVID-19 o amb símptomes compatibles amb la malaltia.

Els titulars de la premsa en aquells dies, després de la declaració de l'OMS, eren: «**Nuevo foco de coronavirus en una residencia...**», «**Abandonados en la residencia...**», «**El daño del coronavirus en las residencias de mayores será imposible de conocer**»: exemples de notícies que es varen poder llegir entre el 19 i el 23 de març de 2020 — alguns dies després d'haver-se decretat l'estat d'alarma al nostre país. El mes de maig de 2020, els titulars eren «**Una veintena de juzgados ya investigan en residencias de ancianos y Fiscalía suma más de 130 diligencias**» o «**Más de 16.400 mayores usuarios de residencias han fallecido en España en el marco de la pandemia del COVID-19**» (Europa Press, 06/05/20), quantitat de contagis i defuncions que ha continuat augmentant amb el pas de les setmanes i els mesos, deixant en evidència les mesures de seguiment i control dels possibles contagis en aquests centres.

El present treball és una revisió de notícies que s'han anat publicant en diferents mitjans de comunicació escrits i digitals, sobre els centres residencials per a persones grans des de l'aparició de la COVID-19, que, precisament, per la cruesa dels titulars exposats a l'inici, pretén analitzar la situació que la pandèmia ha provocat als centres residencials i com ha estat plasmada i mostrada als ciutadans a través dels mitjans.

El col·lectiu de les persones grans es va definir en l'estat d'alarma com un grup vulnerable, no sols en aquella situació sinó que durant el confinament aquesta qualificació

s'ha fet més visible, desgraciadament. Les primeres informacions relatives a la infecció pel virus de la COVID-19 ja alertaven sobre la incidència esperada en el col·lectiu de la gent gran. Segons informacions del Ministeri de Sanitat, i seguint les indicacions de l'OMS, es consideraren com a principals grups vulnerables (12 de març) les «persones més grans de 60 anys, amb hipertensió arterial, diabetis, malalties cardiovasculars, malalties pulmonars cròniques, càncer, immunodeficiències», entre algunes afeccions més. Els **diferents mitjans de comunicació** es referien de manera prioritària sobretot a les persones grans, incloent les que poguessin patir algunes afeccions prèvies. Els primers casos de defuncions que s'anaven produint al nostre país semblaven complir aquestes premisses. El primer mort tenia 69 anys i li varen diagnosticar neumònia, al segon cas, de 82 anys, li varen diagnosticar neumònia i patia malalties cròniques, i d'aquesta manera els diaris anaven descrivint les defuncions dels més grans d'una manera detallada, fins que varen començar a morir persones d'altres grups d'edat, persones més joves. En un inici, aquests més joves també tenien problemes previs de salut, però més endavant en varen morir sense patologies prèvies. En aquesta mateixa línia inicial, varen continuar les notícies aportant dades sobre l'elevat nombre de persones grans que vivien en residències afectades per la COVID-19, i la situació de desbordament en la qual es trobaven, a partir del dia 17 de març (*El País, El Mundo, Europa Press i Público*). Després del titular «**El 87% de fallecidos con coronavirus tiene más de 70 años**», s'amplia la notícia:

El virus afecta de manera muy evidente a los más mayores: provoca un 20% de fallecimientos en la franja de 70 años y a partir de 80, muere un 67% de contagiados. El mayor porcentaje de ingresados en UCIS está entre las personas de entre 70 y 79 años, sin embargo hay más fallecidos de más de 80. (Europa Press, 23/03/20).

Centrant la mirada en les residències, el 5 de març es dona a conèixer que una dona de 99 anys, que vivia en un centre residencial, mor a causa de la COVID-19 i es converteix en la tercera víctima mortal del virus. Les alarmes ja estan disparades. Es pot observar que cada dia es recullen a les pàgines dels diferents diaris titulars igualment esgarrifosos, i no un, sinó diversos (articles d'opinió, cartes al director...), que interpel·len sobre què es fa o què no s'ha fet per no poder assegurar la cobertura de les necessitats de protecció d'aquest col·lectiu, considerat com a vulnerable per les institucions públiques. El dia 11 de març l'OMS comunica que «**El COVID-19 ya es una "pandemia" global: "Estamos profundamente preocupados"**» (*El Mundo, 11/03/20*), a partir d'aquest moment tot es precipita, les notícies relacionades amb el coronavirus inunden les xarxes i edicions digitals dels diaris «**La OMS avisa "La pandemia se está acelerando"**» (*El Mundo, 24/03/20*). Fins que arriba un dia en el qual el virus es troba dins les residències i les xifres comencen a augmentar d'una manera exponencial. Com abordar una situació d'aquestes dimensions? La resposta no resulta senzilla; si ho fos, no hauriem arribat a aquesta situació. Les residències per a persones grans són la seva llar, però la pregunta és: en aquesta situació,

estan les residències adaptades a les necessitats dels usuaris? Una resposta que potser la forma en què s'entén, i com s'ha dissenyat fins ara, un centre residencial per a persones grans no és la més adequada o, en qualsevol cas, és evident que caldria fer una reflexió sobre aquesta qüestió, en relació amb una situació de pandèmia com la que ens ocupa.

Organismes internacionals específics en els seus objectius per a la població més gran, com ara HelpAge International, varen publicar una sèrie de guies amb mesures d'actuació i recomanacions a seguir per a la prevenció i detecció. En el cas de les residències, s'exposaven una sèrie de pautes de conducta, com actuar dins la residència, com havia de ser la interacció amb l'exterior, com actuar davant algun contagi, entre altres pautes. L'OMS, a la vegada, continuava insistint a garantir la protecció de les persones grans enfront de la COVID-19 sense estar aïllades, estigmatitzades, en definitiva, deixades en una situació de major vulnerabilitat.

El Ministeri de Sanitat va publicar un document amb recomanacions per a residències de gent gran i centres sociosanitaris per actuar davant la COVID-19, altres entitats com la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia (SEGG) també varen incorporar aquestes recomanacions, perquè poguessin arribar al màxim de centres residencials de persones grans, així com als centres sociosanitaris. Altres espais i entitats, fent-se ressò de la importància del coneixement i la difusió d'aquest tipus de mesures, també a les respectives pàgines web varen publicar diversa documentació, com és el cas de <geriatricarea.com>, <dependencia.com> o <65ymas.com>, tots espais web destinats a població d'edat avançada.

2. Objectiu

El principal objectiu de l'estudi és analitzar el tracte que donen els **mitjans de comunicació** (premsa) escrits i digitals sobre el tema de la COVID-19 als centres residencials. Es fa una radiografia de com s'ha anat enfocant aquesta realitat amb el pas de la pandèmia i la seva evolució al nostre país.

A partir de la situació descrita en les notícies de **premsa**, tant nacionals com regionals o locals, pretenem reflexionar sobre algunes maneres de fer, de gestionar, de treballar, d'atendre, de sentir, de comunicar la situació respecte de la pandèmia de la COVID-19 i les persones grans. Aquest desafortunat viatge que ens ha tocat fer hauria de ser utilitzat com un aprenentatge i, una vegada passi i s'aconsegueixi arribar a la normalitat, que segurament no serà la mateixa que abans de la pandèmia, hauríem de poder fer els canvis oportuns i necessaris per a una gestió en la qual es prioritzi l'atenció a les persones grans residents, i que aquesta atenció es presti amb total garantia de respecte als drets humans.

3. Metodologia

S'ha utilitzat una metodologia qualitativa, de tipus exploratori. La recollida de dades s'ha realitzat als diaris següents: *El País*, *El Mundo*, *Diario de Mallorca*, *Última Hora*, *Público* i *Europa Press*.

El període de revisió abasta del 5 de març al 7 de maig per a l'àmbit nacional, i del 18 de març al 7 de maig per a l'àmbit de les Illes Balears.

L'equació de recerca que s'ha utilitzat en els sis **mitjans** analitzats ha estat la mateixa: «**coronavirus y residencias de ancianos**». S'ha utilitzat el terme de «residencias de ancianos» pel fet que els mitjans de comunicació utilitzen de manera generalitzada la paraula «anciano» en les seves notícies, i la denominació de «residencias de o para personas mayores» obtenia molt pocs resultats.

Els resultats de la cerca varen ser els següents (483 notícies):

- *El País*: 60 notícies.
- *El Mundo*: 63 notícies.
- *Diario de Mallorca*: 69 notícies.
- *Última Hora*: 35 notícies.
- *Público*: 39 notícies.
- *Europa Press*: 217 notícies.¹

Les notícies que s'han seleccionat són aquelles que han obtingut alguna coincidència amb l'equació de cerca, sigui en el títol o subtítols posteriors, així com en alguna part del cos de la notícia.

4. Resultats: Anàlisi de les notícies recollides en la premsa seleccionada

L'estructura es basa en la recollida de dades i reflexions sobre el tema comentat a partir de la seva revisió i anàlisi. L'anàlisi de les dades s'ha estructurat en els vuit apartats següents:

4.1. Evolució dels contagis als centres de persones grans

En un primer apartat es recullen totes aquelles notícies que s'ocupen de fer el seguiment del nombre de contagis i defuncions que es van produint tant en clubs i centres

¹ El motiu de l'alt volum d'aquesta cerca pot provenir del fet que es tracta d'una agència de notícies i recopila les entrades de diversos mitjans.

de dia com en residències de les diverses comunitats autònomes, aquestes darreres, tant públiques com privades. De notícies que fan referència als clubs i centres de dia, només n'apareixen dues, ja que aquest tipus de centres es varen començar a tancar uns dies abans de la declaració de l'estat d'alarma: **«Madrid planea cerrar los centros de día y de mayores tras la muerte de una anciana y el contagio de 9 personas en una residencia»** (*El Mundo*, 06/03/20). No és el cas dels centres residencials, que, en ser institucions de convivència, sobretot per a persones dependents, es mantenen amb el funcionament ordinari. Amb el transcurs dels dies s'observa com el nombre de contagis i defuncions en aquests centres va augmentant, i comencen a aportar-se dades concretes en residències. Dels primers titulars, **«Una fallecida y al menos una decena de casos de Covid-19 en una residencia de mayores de Madrid»** (*El País*, 06/03/20), **«Al menos 19 muertos en una residencia de mayores de Madrid por el brote de coronavirus»** (*El País*, 17/03/20), als titulars que es llegien setmanes després **«Más de 9.000 ancianos han muerto con coronavirus en las residencias de ancianos»** (*Público*, 11/04/20), o **«Las autonomías suman más de 11.300 muertos en las residencias de mayores»** (*El Mundo*, 16/04/20). Com es pot observar per les xifres, fins i tot arribam al mes de maig amb titulars com: **«Más de 16.400 mayores usuarios de residencias han fallecido en España en el marco de la pandemia del COVID-19»** (*Europa Press*, 06/05/20), i s'incrementa el nombre de morts. Centrant-nos en el cas de les Illes Balears, un dels primers titulars que trobam és **«El IMAS limita las visitas a los centros de mayores por el coronavirus»** (*Diario de Mallorca*, 10/03/20); amb aquesta mesura es pretenia aïllar els usuaris davant les notícies que estaven arribant des de Madrid. Nou dies més tard es poden llegir les primeres notícies de contagis en una residència: **«Dos positivos de coronavirus y 38 personas aisladas en residencias de discapacitados de Baleares»** (*Diario de Mallorca* i *Última Hora*, 19/03/20). Amb el pas dels dies la situació s'anava complicant: **«El Covid-19 se cobra 4 vidas en las residencias y 27 usuarios y 3 empleados están infectados»** (*Diario de Mallorca*, 25/03/20), encara que es destaca igualment que en aquesta mateixa residència hi ha 56 «negatius» i es faran 120 proves als treballadors. Els casos positius van augmentant a mesura que avancen els dies, però no amb les xifres tan altes d'altres comunitats autònomes. Ja al mes d'abril els titulars s'anaven ennegrint: **«36 fallecidos por coronavirus en residencias de Baleares»** (*Diario de Mallorca*, 14/04/20); **«El 70% de los nuevos contagios son de residencias de mayores»** (*Diario de Mallorca*, 18/04/20). Passades algunes setmanes, el nombre de contagis i pèrdues continuava pujant, encara que a un ritme una mica més alentit. Ens trobàvem amb un contrast de titulars, per exemple, aquest: **«Los usuarios de las residencias curados superan a los muertos en Baleares»** (*Última Hora*, 01/05/20), o aquest altre: **«Sin contagios en las residencias de la tercera edad del Consell en la última semana»** (*Diario de Mallorca*, 03/05/20). Però, d'altra banda, es continuaven llegint titulars com **«El 7,2% de residentes en geriátricos se han visto afectados por el virus»** (*Diario de Mallorca*, 08/05/20). És més, del total de morts (209), 88 són de residències (un 42%), segons dades recollides per RTVE procedents del Ministeri de Sanitat.

4.2. Identificar-se amb les víctimes

En revisar i analitzar les notícies aparegudes en els diversos diaris, no solament ens hem centrat en les notícies com a tals sinó que s'han inclòs reportatges, articles d'opinió, cartes al director, tribunes, etc. La incorporació de diferents fonts ha facilitat que s'agrupin i es puguin englobar en un altre bloc, aquell que posa nom i cognoms, així com cara, a les víctimes. Després de veure les xifres, fixar-se en casos específics possibilita «conèixer-los més de prop». Aproximar-se a la persona afavoreix la identificació personal: que associïs la situació als teus pares, avis, veïns, amics, etc. Un exemple el tenim en «**Las vidas apagadas por la pandemia. EL PAÍS pone nombre y apellidos a cinco víctimas del coronavirus en las peores semanas de la historia reciente de España**» (*El País*, 22/03/20). El diari va presentar sis persones, tres homes i tres dones, amb edats compreses entre 59 i 94 anys. Diferents perfils i diferents situacions amb un mateix punt en comú, es varen contagiar d'alguna manera i varen sentir aquesta solitud que es viu en una situació d'aïllament. Un altre exemple el tenim aquí: «**Los mayores también te lo piden: ¡Quédate en casa!**» (*Público.es*, 19/03/20). En aquest cas són les mateixes persones grans, residents, les que graven un vídeo en què demanen responsabilitat als ciutadans. Cal protegir-se, per tu, per ells, diuen els seus missatges. Amb el pas de les setmanes es van publicant, a més de notícies, tota classe de textos que exposen, reflexionen, que treuen a debat el tema de les persones grans com a individus i des de la perspectiva dels drets que han d'assistir-los. En aquesta línia apareix el titular següent: «**Extermini criminal d'ancians en les residències privades**» (*Diario de Mallorca*, 19/04/20), on s'ofereixen dades per a la reflexió i denúncia de la situació que es produeix en algunes residències. Fins i tot algunes persones grans, ajudades pels seus familiars, varen decidir partir de la residència on vivien per no córrer la mateixa sort que alguns dels seus companys. És el cas següent: «**Don Rafael huyó para que no le llegara la hora. Un hombre de 89 años abandona una residencia de ancianos al saber que muchos compañeros habían muerto**» (*El País*, 25/03/20), així com «**"Fugadas" de las residencias del coronavirus: "Aquello era horrible, todo el día sola entre cuatro paredes"**» (*El Mundo*, 22/04/20), en aquest cas «**Carmen y Sofía, 79 y 85 años, han logrado salir de dos de los asilos más castigados por la pandemia**», fugint d'aquesta manera d'un focus de contagi.

4.3. Les famílies

La solitud que produeix el contagi, la malaltia, la separació, el confinament..., s'amplia a tots els contextos. La persona afectada es troba aïllada a la seva casa, a la seva habitació, a l'hospital, però la resta d'afins també ho estan i sense possibilitat de poder comunicar-se, veure'ls acompanyar-los, plorar-los «**Se había muerto y nadie me dijo que tenía el virus**» (*El País*, 06/03/20), fins i tot davant l'aparició d'aquestes notícies vàrem llegir titulars com «**Papá, hoy no vayas al centro, que está infectado**»

(*El País*, 06/03/20), fent referència al centre de dia on acudia aquest senyor on ningú no els havia avisat de res. Arriba el moment d'aguditzar l'enginy i intentar cercar els mecanismes per comunicar-se amb els éssers estimats i comprovar l'estat en què es troben: «**Videollamadas, WhatsApps, vídeos y fotos: la ventana de los mayores en residencias para estar con sus familias**» (*Europa Press*, 21/03/20). La família ja està una mica més tranquil·la, ha pogut contactar amb el seu familiar, encara que no tots han tingut la mateixa sort. Les famílies alerten que alguna cosa no va bé als centres on resideixen els seus **familiars necessitats de cures**. Tornen a encendre's les alarmes: «**Me niego a pensar que he metido a mi madre en el peor sitio posible y puede que ya no la vea más**» (*El País*, 21/03/20). En aquestes frases es pot apreciar l'angoixa de les famílies pel futur dels seus parents més grans: «**Familiares alertan de que las residencias "no protegen adecuadamente" a los mayores**» (*Europa Press*, 23/03/20). La incertesa, el fet de no saber què passa, provoca un estat d'indefensió en la família. Un altre dels aspectes que hem pogut llegir durant aquests dies: «**La hija de una anciana fallecida en La Zubia: "¿Son abuelos y los tenemos que dejar morir?"**» (*El Mundo*, 24/03/20); la filla exposa que no va poder acomiadar-se de la seva mare i les llàgrimes les va haver de plorar cap a dins. Un altre exemple el trobam en: «**¿No te habían llamado? Una residencia de mayores, desbordada por la pandemia, no tiene tiempo de telefonar a los familiares de los internos que mueren en sus instalaciones**» (*El País*, 26/03/20); en un apartat dins una notícia del dia 01/04/20 (Público.es) podem llegir «**"Maltrato" de la dirección a los familiares**» aquests es queixen de la poca informació que obtenen sobre els seus familiars residents, així com «**Logra tras 20 días escuchar a su madre tras ir "in situ" a la residencia, saturada por "falta de personal"**» (*Europa Press*, 01/04/20). Quant als titulars apareguts vinculats al nostre entorn més pròxim, podem llegir «**Mi madre tiene coronavirus y en la residencia no nos dan información**» (Última Hora, 13/04/20) és la denúncia d'alguns familiars, que es queixen de la falta d'informació i de la incertesa que els provoca el fet de no tenir notícies dels seus familiars, «**Familias de usuarios en residencias: "Decían que estaba todo perfecto cuando ya había varios infectados"**» (*Diario de Mallorca*, 15/04/20) denuncien les mentides, ocultació de contagis i la falta de mesures de protecció entre els interns. Aquesta falta de mitjans i de material de protecció ens serveix com a introducció al bloc temàtic següent.

4.4. Els professionals d'atenció directa

Tan important com rebre una atenció adequada és que la persona que exerceix les cures també les dugui a terme de manera adequada, de manera professional. La Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia (SEGG), preocupada pel treball que ha de fer-se tant en les residències de persones grans com en els centres sociosanitaris, sol·licita un pla urgent: «**Geriatras urgen a poner en marcha un plan de actuación contra el coronavirus único para residencias de mayores**» (*Europa Press*, 19/03/20) amb la intenció de poder controlar l'epidèmia. Les residències s'han vist superades

i descontrolades, la falta de material de protecció, la falta de personal, la falta d'informació, la poca coordinació i organització han donat titulars com aquests: «**Los cuidadores de personas mayores: mal pagados, sobrecargados y ahora, en pánico por el coronavirus**» (*El País*, 18/03/20), després del titular «**Abandonados en la residencia: "Yo veo a este señor llorando y debería tener asistencia en un hospital"**» podem llegir els subtítols següents:

- «**Ambulancias que no atienden: "En el 112 me contestaron de mala gana que no pueden ayudarnos"**».
- «**Cuidadores que desertan: "Necesitamos ayuda. Estamos desbordados"**».
- «**Falta de protección: trabajadores con guantes de cocina**».
- «**Familiares asustados: "Me niego a pensar que he metido a mi madre en el peor sitio posible"**» (*El País*, 20/03/20)

Sens dubte els professionals han estat, i estan, a l'altura de les circumstàncies. Estan en primera línia i, encara que no disposen de les mesures i el material suficient, o necessari, com es descrivia en aquest article, «**Cuidadoras de residencias y atención a domicilio trabajan sin mascarillas**» (*El Mundo*, 18/03/20), no dubten a complir amb el seu deure, amb la seva obligació, que és la de cuidar els residents: «**Encerrados en la residencia con sus abuelos**» (*El País*, 26/03/20) i «**Encerrados en la residencia para salvar a sus ancianos: "No vamos a permitir que se mueran"**» (*El Mundo*, 06/04/20), d'aquesta manera demostren la seva vocació i, com s'ha esmentat abans, la seva professionalitat, ja que en diverses residències els treballadors s'han confinat amb els residents, per protegir-los dels contagis que puguin provenir de l'exterior dels centres. Per tant, han de reconèixer-los el treball que duen a terme, així com reivindicar que les necessitats de personal siguin cobertes per poder proporcionar un tracte adequat a les persones grans residents: «**Un juzgado investiga a una residencia que se quedó con dos auxiliares para 31 ancianos**» (*El País*, 27/03/20).

Als mitjans de les Balears ens trobam amb els exemples següents: «**Denuncian la falta de mascarillas y trajes de protección en las residencias del Consell**». Aquesta desprotecció ha donat aquests titulars: «**Mueren dos trabajadores de residencias de ancianos por coronavirus, según CSIF**» (*El Mundo*, 30/03/20), així com «**El personal sanitario de las residencias de ancianos está desbordado y saturado**» (Última Hora, 4/05/20), o «**El 60% de los casos activos en Baleares son de sanitarios o residencias**» (Última Hora, 05/05/20).

A part dels professionals, auxiliars, sanitaris, i altres perfils que es troben desenvolupant funcions importants dins les residències, en les notícies que han anat apareixent durant aquestes setmanes analitzades també ha quedat reflectit en els titulars un altre tipus

de professionals que han ajudat en el control i en el dia a dia d'aquesta situació, per exemple «**Policía Nacional y Guardia Civil visitan residencias de ancianos de Baleares**» (*Diario de Mallorca*, 24/03/20), «**Bomberos de Madrid desinfectaron hasta anteayer 17 residencias**» (*Europa Press*, 31/03/20), així com diverses entitats i ONG «**Open Arms realiza test en residencias de ancianos de Cataluña**» (*Diario de Mallorca*, 15/04/20). Les forces de seguretat han mantingut un contacte continu amb altres entitats per protegir les residències: «**Colaboración con residencias y farmacias**» (*Diario de Mallorca*, 2/05/20), que fins i tot s'estén als treballadors dels centres residencials: «**La Policía Nacional rinde homenaje a los trabajadores de las residencias de ancianos**» (*Diario de Mallorca*, 25/03/20).

4.5. Les residències de persones grans. Un servei públic o un negoci rendible?

De manera paral·lela a les diverses notícies que apareixien en la premsa i que anaven mostrant les xifres de morts, a les residències s'obria el debat de la gestió d'aquests centres. Qui gestiona millor?, l'Administració pública?, les entitats privades?, el sistema de concert? Segons Abellán, Aceituno i Ramiro (2019), el percentatge en la gestió dels centres residencials és d'un 72,8% en mans d'empreses privades —inversors francesos i britànics majoritàriament— i un 27,2% en mans de les administracions públiques. En el cas de les nostres illes, és d'un 59% i un 41% respectivament. Després d'aquesta situació, s'haurà d'obrir el debat sobre la qüestió. Algunes notícies sobre aquest tema les podem llegir als exemples següents: «**Esta crisis ha destapado algo que pone en cuestión todo el modelo de gestión de la atención de las personas mayores**» (*El País*, 25/03/20), on es parla de persones grans abandonades en condicions de salubritat deplorables i es qüestiona la gestió i la mala praxi d'alguns centres. És el cas del titular següent: «**Aparcamientos de ancianos S.A.**» (*El País*, 29/03/20), en el qual podem llegir que multinacionals i fons voltor controlen el 75% de les places, així com que el negoci mou almenys 4.500 milions d'euros anuals. Fins i tot es pot dir que és un negoci a l'alça, amb avantatges tant en l'explotació dels centres com en la devolució de la inversió amb baixos tipus d'interès. Encara que els mateixos responsables de la gestió privada la defensen, com és el cas del president de la Federació Empresarial de la Dependència (FED), «**Empresarios de la Dependencia: "Los protocolos de las residencias responden a estándares de calidad"**» (*Europa Press*, 09/04/20), en una entrevista en el marc de l'expansió de la COVID-19 als centres residencials de persones d'edat avançada, amb el pas de les setmanes s'inicia un debat sobre l'estructura i el funcionament d'una residència, i apareixen notícies com «**Las residencias de ancianos están preparadas para cuidar, no para curar**» (*El Mundo*, 20/04/20), on un professional d'una asseguradora és entrevistat, així com «**Agujero negro**» (*El País*, 25/03/20), on es posa en qüestió el model de gestió en l'atenció a les persones grans. És un debat que ha de quedar obert i s'ha de treballar, revisar i tornar a tractar, pel fet que alguns centres residencials privats han hagut de ser tutelats pels governs de les diferents comunitats autònomes per

garantir un tracte adequat als residents, **«Las residencias privadas de la tercera edad quedan bajo la autoridad del Govern»** (*Diario de Mallorca*, 25/03/20), pel fet que s'hi han trobat moltes persones grans en condicions precàries: **«Ancianos “contagiados” y “en muy malas condiciones”: recorrido por las residencias con mayor letalidad»** (*El Mundo*, 24/04/20), per exemple, a Madrid el 73,35% de les persones grans mortes (7 de cada 10) vivien en una residència. Però s'ha de tenir present que el problema amb el qual s'han trobat les residències de persones grans no ha estat arran de la pandèmia, sinó que ja ve de molt enrere, i que, si es vol resoldre, l'anàlisi ha de fer-se partint del passat: **«La alarma ya existía en las residencias de mayores antes del coronavirus»** (*El País*, 21/03/20), el que ha fet la pandèmia ha estat deixar al descobert totes les manques del servei d'atenció als més grans, sobretot en les residències privades, on, segons sembla, preval la intenció d'obtenir beneficis (cal no oblidar que per a algunes empreses aquest no deixa de ser un negoci) sobre el servei d'atenció a la persona. Encara que també s'han trobat notícies una mica menys negatives, com ara **«La buena nueva de la Bonanova: Apenas un 0,9% de contagios de un total de 716 personas»** (*Diario de Mallorca*, 09/04/20); es varen registrar només 3 positius entre els seus residents.

4.6. La variable «edat»

És un tema de reflexió important, sobretot des del moment en què alguns països europeus, dels denominats del nord, posaren sobre la taula el debat sobre si, en cas d'haver de triar entre dues persones, cal tenir en compte els anys de vida que li queden a la persona, debat que al nostre país no s'havia arribat a plantejar, o no havia tingut molta repercussió. A partir d'aquestes paraules pronunciades en una reunió dels representants de la Unió Europea, alguna cosa va començar a canviar aquí també. En el subtítol d'una notícia del dia 26 de març es podia llegir **«Un grupo de 22 geriatras valora cada caso. Se basan en los años de vida útil: son descartados de tratamiento quienes presentan demencias avanzadas, grandes dependientes y enfermos terminales»** (*El País*). El factor edat s'estava plantejant també dins les nostres fronteres, encara que, en continuar llegint, es posa l'accent en el fet que no hi ha un límit d'edat per decidir. Alguns responsables de residències de persones grans comenten que, en telefonar a una ambulància i comunicar que la cridaven des d'una residència, ja es feien a la idea i l'ambulància no arribava mai. Diversos articles d'opinió han anat apareixent per tractar el tema, com per exemple **«Tener setenta años –o más– en España»** o **«Una de las lecciones es que habrá que revisar qué hacemos para cuidar a nuestros mayores»** (*Europa Press*, 21/03/20 i 25/03/20). Aquests arguments ens han de fer reflexionar, aquí, a Espanya, el segon país més longeu, sobre el fet que la percepció de l'imaginari col·lectiu potser és que les persones grans estan ben tractades, però, com en la majoria dels casos, la realitat fa tocar de peus a terra. A mesura que van passant els dies, llegim titulars com **«Los hospitales dan preferencia a la gente con más esperanza de vida frente a los mayores»** (*El Mundo*, 29/03/20) o fins i tot

«**Faustino, 89 años y enfermo del corazón: paciente desahuciado por el protocolo**» (*El Mundo*, 01/04/20). Quan varen començar a arribar notícies del mateix estil d'altres països europeus, tots pensàrem en algun moment «però què diuen, què pretenen»... Organitzacions al nostre país i organismes internacionals també varen reaccionar: «**Entidades vinculadas a la gente mayor piden una atención completa al colectivo**» (*Europa Press*, 24/03/20), vint entitats vinculades a la defensa dels drets dels grans varen elaborar un manifest per demanar una atenció completa i eficient en aquesta situació d'emergència sanitària; des de l'ONU, a través d'una experta en drets humans, es podia llegir el següent: «**Una experta de la ONU considera "inaceptable" el abandono de mayores en asilos por el coronavirus**» (*Europa Press*, 28/03/20); al cos de la notícia podem llegir que són alarmants els informes de persones grans abandonades en asils o de cadàvers sense reclam a les mateixes institucions. El mateix col·lectiu de persones grans considera, i així ho manifesten, que «**Mayores avisan ante el coronavirus: "Se está estigmatizando a la persona mayor cuando hay que darle gracias"**» (*Europa Press*, 28/03/20). Cal no oblidar que majoritàriament el col·lectiu de les persones grans ha contribuït a pal·liar, o minimitzar dins les seves possibilitats, els efectes negatius de la crisi econòmica, mantenint amb les seves pensions els fills, néts i altres familiars (Alfama, Cruells i Ezquerria, 2014). Després de llegir titulars com «**Los hospitales dan preferencia a la gente con más esperanza de vida frente a los mayores**» (*El Mundo*, 29/03/20), «**Un mundo sin abuelos**» (*El Mundo*, 5/04/20) o fins i tot «**Las autoridades belgas recomiendan que los ancianos contagiados más delicados no vayan al hospital**» (*Última Hora*, 01/04/20), es pot observar quin tipus de mesures, dràstiques i dures, s'han anat adoptant. Aquestes mesures no han estat sanitàries en tots els casos, sinó que s'ha tingut en compte un altre tipus de variables i s'ha produït, d'aquesta manera, una discriminació per qüestió de l'edat, la qual cosa es coneix com a edatisme.

4.7. La superació de la COVID-19 en persones d'edat avançada

Encara que la majoria de notícies se centren en els contagis, infeccions i defuncions, també hem pogut llegir titulars que mostren que el col·lectiu més vulnerable, al qual s'ha repetit constantment que pertany a un grup en risc, el dels més grans, també s'ha recuperat i ha superat la malaltia: «**Margarita Zuazaga, de 91 años: "Ya no tengo ese dichoso virus"**» (*Diario de Mallorca*, 18/04/20); aquesta dona fou la primera pacient de l'Hospital Joan March que va superar la malaltia. Fins i tot la doctora que la va atendre va assenyalar que «és una esperança per als altres», ara, a casa, comenta que espera poder celebrar el 92 aniversari al costat dels seus 17 néts. Més titulars que mostren que el col·lectiu més vulnerable també pot ser fort contra el virus podrien ser «**Los últimos 10 ancianos ingresados abandonan el hotel medicalizado en San Juan (Sevilla) tras superar el Covid-19**» (*Europa Press*, 03/05/20). Encara que no n'assenyala les edats, la notícia afirma que tots eren residents de residències de persones grans de Sevilla, o també «**Extremadura registra 415 muertes de mayores en residencias y 474 curados**

de coronavirus» (*Europa Press*, 06/05/20), sens dubte a causa d'una bona feina de les residències i de tots els seus professionals.

4.8. Solidaritat enfront d'insolidaritat

L'aspecte de la solidaritat dels ciutadans, d'empreses, etc., cap als més grans ha estat present durant algun temps en els titulars de la premsa: **«Reale Seguros destina 2,7 millones para ayudar a mitigar el impacto del coronavirus en los grupos más vulnerables»** (*El Mundo*, 27/03/20); **«8.000 torrijas se reparten entre las residencias de ancianos de la Comunidad de Madrid»** (*Público.es*, 08/04/20) coincidint amb la Setmana Santa o **«La empresa española que fabricó el vestuario de "Chernobyl" lo dona todo a hospitales y residencias»** (*El Mundo*, 09/04/20) i reconverteix els seus tallers per fabricar bates, màscares i tota classe de material de protecció; també podem destacar **«Los empleados de Normon donan más de 13.500 kilogramos de comida al banco de alimentos de Madrid»** (*Europa Press*, 04/05/20) els empleats d'aquest laboratori varen poder col·laborar amb aportacions mitjançant una activitat de micromecenatge solidari. També hem pogut observar la presència de la insolidaritat humana, que ha deixat palès fins on és capaç d'arribar l'ésser humà: **«Alertan a la policía de una posible estafa que pide donaciones para residencias de mayores»** (*Diario de Mallorca*, 26/03/20) i es mobilitzen les forces de seguretat davant aquesta amenaça. També s'ha pogut comprovar un altre tipus d'insolidaritat social, com per exemple **«Un grupo de vecinos apedrea las ambulancias que trasladan a ancianos con coronavirus»** (*Última Hora*, 26/03/20), o **«La Línea se planta ante el intento de los traficantes de boicotear el traslado de un grupo de mayores enfermos»** (*El País*, 26/03/20). Foren detinguts sis membres d'una banda de traficants de tabac per tirar pedres a un autobús amb persones grans malaltes de la COVID-19. Però la part positiva sempre ha de superar la negativa, i aquest fet es va poder comprovar amb titulars com aquests: **«Los mayores de la residencia de Pollença publican un video para concienciar a la población»** (*Diario de Mallorca*, 18/03/20) o **«Una joven canta a los trabajadores del Llar d'Ancians de Palma»** (*Diario de Mallorca*, 08/04/20), retent aquest homenatge musical a tota la plantilla de professionals. Destaca també la labor de tots els col·lectius de professionals que han aportat la seva ajuda en la desinfecció, tractaments, transports i trasllats, i molts etcèteres durant el pic més alt d'aquesta pandèmia.

A part dels aspectes comentats fins al moment, es varen publicar una sèrie de notícies i titulars que no s'han inclòs en cap dels apartats anteriors. Observam dos blocs de notícies, un amb titulars que estaven relacionats amb aspectes relatius a denúncies interposades per sindicats, policia, fiscalia, entre altres agents, i un altre bloc de titulars amb notícies que feien referència a contingut polític, en les quals es recollien els comentaris, explicacions, arguments i crítiques de membres dels diferents partits polítics. S'ha considerat que el contingut no era rellevant per al tema en qüestió, però

una part de les notícies són relatives a aquests dos àmbits. Un exemple de cadascun podria ser: «**La Fiscalía pide a todas las residencias su número de muertos para analizar si hay responsabilidad legal**» (*El Mundo*, 20/03/20) i «**Iglesias acusa a Vox de “utilizar la muerte” de ancianos en residencias para “hacer política”: “Es miserable”**» (*Público*, 21/04/20). Com es pot observar, aquest tipus de titulars els hem deixat a un costat i hem donat protagonisme als diversos temes analitzats anteriorment.

5. Conclusions

Després de l'anàlisi de la premsa seleccionats, s'observa que la importància informativa del tema de la incidència de la COVID-19 en les residències de persones grans anava augmentant, tant en notícies de contagis com del nombre de morts, dificultats dels familiars per contactar amb els residents, notícies en què la Fiscalia cada vegada obria més expedients; unes altres en les quals s'explicava que cada vegada més entitats en defensa de les persones grans elevaven les seves veus o que entitats de tota índole sol·licitaven a les institucions que se salvaguardassin els drets de les persones més grans que vivien en les residències. Observant aquest fet, vàrem voler alçar la mirada i revisar, quins titulars podríem destacar d'altres mitjans de comunicació que no s'havien tingut en compte anteriorment i que, per la seva importància i rellevància, havien de ser tractats. Un dels titulars que ens va cridar l'atenció va ser el següent: «**Así se condenó a los ancianos: “No se permite ingresar pacientes de residencias al hospital”**» (*El Confidencial*, 18/05/20), «**Los dejaron morir solos: Más Madrid y PSOE cargan contra Ayuso por el protocolo que impedía derivaciones de residencias a hospitales**» (*Infolibre*, 27/05/20). En setmanes anteriors, havíem pogut llegir als diaris o veure a la televisió els líders europeus, sobretot del nord d'Europa, fent comentaris en aquesta línia, i aquí ens dúiem les mans al cap i pensàvem que el tema era tan greu que resultava impossible donar-hi crèdit. No obstant això, al cap d'algunes setmanes vàrem llegir aquest tipus de notícies, encara que als Estats Units també va aparèixer aquest mateix tema: «**Los abuelos deberían sacrificarse y dejarse morir para salvar la economía, dice: Dan Patrick, Vicegobernador de Texas**» (*Radio Milagro*, 24/03/20), titular tan increïble com escruixidor, i la notícia continuava dient «**No podemos perder el país. Estamos asistiendo a un colapso económico**». A part de la total discriminació per edat que s'ha produït a les residències de persones grans, com han posat de manifest algunes entitats de referència en el col·lectiu dels més grans, com per exemple la Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats d'Espanya (UDP) i la Confederació Espanyola d'Organitzacions de Majors (CEOMA), en el següent titular, «**UDP y CEOMA piden al Defensor del Pueblo defender los derechos de las personas mayores en las residencias**» (*geriatricarea.com*, mayo/20), per què demanen la defensa dels drets de les persones grans que viuen a les residències?, què passa en aquests centres? «**Los residentes, al no tener contacto con nadie, no quieren comer, no quieren beber, sólo quieren dormir, no hacer nada,**

se dejan ir» (Listin Diario, 25/05/20); «Una cuarta parte de los ancianos en residencias dan positivo por covid-19» (El País, 26/05/20); «Coronavirus en España. Las muertes en geriátricos ya son el 70% del total y crecen las demandas contra las residencias» (Infobae, 29/05/20); «Las visitas de Médicos Sin Fronteras a 500 residencias: “vimos a ancianos deshidratados y muriendo solos”» (Kaosenlared, 31/05/20).

Com es pot observar, s'ha viscut una situació terrible, en la qual, fins i tot el Consell d'Europa s'ha pronunciat sobre aquest tema, **«El Consejo de Europa: las residencias de ancianos privadas antepusieron el lucro a la calidad»** (Infobae, 20/05/20), introduint un dels aspectes analitzats en aquest treball, la comercialització de les persones grans dels centres residencials. Les residències de persones grans són majoritàriament de gestió privada, el 72,8% de totes les places residencials a Espanya, segons Abellán, Aceituno i Ramiro (2019). Ha arribat el moment de repensar aquesta situació i proposar un canvi, **«La urgente necesidad de un cambio de modelo en el cuidado de las gente mayor»** (Diario de Mallorca, 27/05/20), fins i tot ja s'ha pogut llegir una proposició no de llei sobre aquest tema: **«Podemos propone una gestión pública de las residencias y “aparta” a las empresas»** (lainformacion.com, 29/05/20). També és destacable alguna carta al director: **«El coronavirus ha destapado las carencias en las residencias de mayores»** (hispanidad.com, 06/07/20), on l'autor exposa que s'han produït errades en la gestió de la pandèmia per part dels centres residencials, dels responsables i de les administracions públiques, i s'ha evidenciat la vulnerabilitat d'aquest tipus de centres deguda, per una banda, a la manca de mitjans adequats i, per una altra, a la situació de col·lapse sanitari que es va produir en un moment determinat.

De la mateixa manera, el doctor Juan Manuel Martínez, president de CEOMA, en una entrevista a Europa Press, **«Personas mayores piden un sistema informático que conecte al médico de la residencia con la Atención Primaria»** (Europa Press i Diario de La Mancha, 11/07/20), proposa tres fases per afrontar una possible segona onada del virus. Aquestes fases serien les següents: 1. tenir un sistema informàtic que pugui connectar el metge de la residència amb el metge oficial d'atenció primària; 2. que el Sistema Nacional de Salut designi un metge per al centre de persones grans, en funció de la seva capacitat, d'aquesta manera el metge serà el seu metge oficial públic d'atenció primària, i 3. canviar el model **«des del punt de vista d'anar cap a unitats de convivència»** d'entre 10 i 12 places, el més similar a un domicili. No s'ha de llevar importància al tema de les ràtios, a l'article **«Residencias de mayores, la tormenta perfecta en la crisis de la COVID-19»** (theconversation.com, 09/07/20) el doctor Villalobos exposa que les ràtios recomanades per l'OMS, de 5 places per a cada 100 persones més grans de 65 anys, no es compleixen i se situen molt per davall de la recomanació de l'OMS. Assenyala que l'any 2019 les residències privades tenien una ràtio de 2,93, i les públiques, una ràtio d'1,09. Són valors per davall del 5. Les administracions públiques mitjançant el concert (amb les privades) augmenten un 48,1% el seu nombre de places, arribant a una ràtio de 2,5, encara molt lluny de la

ràtio recomanada. Per tant, si no es compleixen les ràtios, com poden assegurar una atenció adequada a la persona, i sobretot en moments difícils i complicats com els que hem viscut? A la web <65ymas.com> hem pogut llegir testimoniatges de famílies com el que segueix: «*Saqué a mis padres de la residencia y los médicos me han dicho que les he salvado la vida*» (01/06/20), testimoniatge esperançador alhora que trencador. En aquests moments d'acostament a la «nova normalitat» que ningú no sap com serà, també llegim que «*Grupo Albertia prepara sus centros para las esperadas visitas de familiares*» (*geriatricarea*, maig/20), esperant i desitjant que aquesta situació que hem viscut no es torni a repetir.

Per acabar, i amb la finalitat d'oferir elements de reflexió, es plantegen algunes qüestions que haurien de dirigir les futures línies de recerca per, d'aquesta manera, poder obrir el debat sobre alguns aspectes que consideram interessants i que poden ajudar a millorar la situació que s'ha viscut en aquests darrers mesos:

- Repensar el **model d'atenció a la persona gran**. Residència sí, però diferent del model actual, ha de ser més familiar, respectant la intimitat de cada persona, ha de ser una llar.
- És important que les residències disposin d'un **sistema de coordinació** entre el centre residencial i el centre d'atenció primària. Aquesta combinació mixta podria facilitar l'atenció a la persona gran d'una manera més adequada.
- Canviar de **model de gestió**. Com s'ha pogut observar, el model de privatització no obeeix a un millor servei d'atenció a la persona gran i de qualitat.
- La **família** és important: el contacte que manté amb la persona gran resident, les activitats que puguin compartir junts, la preparació per a les pèrdues i el dol.
- Les residències estan **molt invisibilitzades**. Són institucions desconegudes, amb poca incidència a l'exterior. Aquest tema ha de canviar, perquè amb la situació assenyalada a partir de la COVID-19 s'ha donat a conèixer una realitat fora del paisatge quotidià de la població.

Com a darrer punt, voldríem recomanar que es tornin a reprendre les mesures de prevenció per a futurs rebrots, atès que en el moment de tancar l'article ja tornaven a aparèixer als mitjans de comunicació notícies que a les residències de persones grans havien aparegut alguns residents amb contagis. S'ha d'afavorir la reflexió i el desenvolupament de mesures que ens ajudin a protegir les persones que resideixen en aquests centres.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A., Aceituno, M. P. i Ramiro, D. (2019). *Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019*. Madrid: Informes Envejecimiento en Red, 24, 24 p. [data de publicació: 31/10/2019].

Alfama, E., Cruells, M. i Ezquerro, S. (2014). Envejecimiento y crisis: Impactos de la crisis económica en las personas mayores en el Estado español. A *VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014*, document de treball 5.9. Fundación FOESA.

Hermi, M. i García, M. B. (2020) El Covid-19 en España y sus primeras consecuencias. *Espaço e Economia. Revista Brasileira de Geografia Económica*, (17). <https://doi.org/10.4000/espacoeconomia.10142>

Pàgines web consultades:

Blog coronavirus positivo. <https://blogs.publico.es/coronavirus-positivo/2020/05/31/retos-y-desafios-en-el-proceso-de-desescalada-las-residencias-de-personas-mayores/>

Dependencia.info. <https://dependencia.info/noticia/3338/actualidad/nuevo-protocolo-sobre-prevencion-del-coronavirus-en-centros-sociosanitarios-y-residencias.html>

Diario de Mallorca. <https://www.diariodemallorca.es/>

El País. <https://elpais.com/>

El Mundo. <https://www.elmundo.es/>

Europa Press. <https://www.europapress.es/>

Geriatricarea. <https://www.geriatricarea.com/2020/03/07/recomendaciones-del-ministerio-de-sanidad-para-el-prevenir-el-contagio-del-covid-19-en-residencias-de-mayores-y-centros-sociosanitarios/>

Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social. <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/home.htm>

Público. <https://www.publico.es/>

Revista 65 y más. https://www.65ymas.com/sociedad/medidas-tomando-espana-proteger-mayores_13496_102.html

Última Hora. <https://www.ultimahora.es/>

**LA PRIMERA ONADA DE LA
COVID-19 A LES ILLES BALEARS:
REFLEXIONS GENERALS,
ANÀLISI DE DADES I REPERCUSSIONS
SOBRE LA TERCERA EDAT**

La primera onada de la COVID-19 a les Illes Balears: reflexions generals, anàlisi de dades i repercussions sobre la tercera edat

Ferran Dídac Lluch i Dubon

Resum

El 2020, com el 1918 al segle passat, romandrà a la memòria col·lectiva com l'any en què una pandèmia vírica colpejà, violentament i inesperadament, tota la humanitat.

Una pandèmia que va sorprendre una societat, sobretot els països amb més desenvolupament econòmic i tecnològic, acostumada a viure en un entorn que li garantia elevades esperances de vida, en creixement continuat i sense ensurts sanitaris.

Aquesta situació canvià radicalment en pocs mesos. Al mes de gener arribaren les primeres notícies d'una nova malaltia que afectava una llunyana regió xinesa. Semblava, aleshores, que no havia d'arribar mai, i ens explicaren que es tractava d'un nou coronavirus que segurament podria causar poques conseqüències més que un refredat comú o una grip lleu. Al mes de febrer, es detectaren problemes sanitaris al nord d'Itàlia (abans se n'havien detectat tres casos importats) i, tot i que el risc sanitari semblava molt més proper i real, atesa la xifra creixent d'ingressos hospitalaris i el greu estat de molts d'afectats (i les primeres defuncions), encara es confiava en la possibilitat de gestió i control dels primers casos que es detectessin a l'Estat espanyol. Malgrat tot, encara s'actuava com si el virus no fos capaç de generar un embat epidèmic significatiu. Així, sense que fos detectat, el virus es difongué per Europa i per l'Estat espanyol, i, quan les autoritats sanitàries se n'adonaren, ja hi havia difusió comunitària. Això provocà la declaració de l'estat d'alarma, que es perllongà des de l'anunci el 14 de març fins a l'inici de la nova normalitat el dia 21 de juny. Durant aquest període, hi hagué una fortíssima tensió i pressió sobre el sistema sanitari, es decretà el confinament sistemàtic de tota la població i començà una paralització de l'economia mai experimentada en tota la història de la humanitat.

Aquest virus ha afectat amb una intensitat particular les persones de més edat de la nostra societat; no tan sols s'han detectat moltes persones infectades en aquests grups d'edat, sinó unes taxes d'afectació especialment intenses que han determinat una xifra important d'ingressos hospitalaris en planta i en UCI, així com uns nombres elevats de defuncions. Així mateix, la situació ha esdevingut especialment greu en els establiments residencials geriàtrics, que han viscut la COVID-19 amb una intensitat i una problemàtica excepcionals. També els col·lectius assistencials, el personal sanitari i sociosanitari, han estat colpejats per elevades taxes de contagi.

Després de l'onada epidèmica patida per l'Estat espanyol i les Illes Balears, s'ha entrat en l'anomenada «nova normalitat», un període de vigilància sanitària i de mesures de control que s'hauran de modular en funció dels contagis detectats i en què mesures com la higiene de mans, la distància social i l'ús de la màscara han esdevingut fets habituals de la vida quotidiana. Els rebrots ja s'han reproduït, i a final de juliol distints

Estats han prohibit o restringit els viatges o han posat novament en quarantena els viatgers d'algunes regions o de la totalitat de l'Estat espanyol. De tot això en parlarem al llarg d'aquest article.

Resumen

El 2020, como el 1918 en el siglo pasado, permanecerá en la memoria colectiva como el año en que una pandemia vírica sacudió, violenta e inesperadamente, toda la humanidad.

Una pandemia que sorprendió a una sociedad, sobre todo en los países con unas tasas de mayor desarrollo económico y tecnológico, acostumbrada a vivir en un entorno que le garantizaba una elevada esperanza de vida, en continuo crecimiento y sin sorpresas sanitarias negativas.

Esta situación cambió radicalmente en pocos meses. En el mes de enero llegaron las primeras noticias de una nueva enfermedad que afectaba a una lejana región china. Parecía, entonces, que no llegaría jamás, y se nos explicó que se trataba de un nuevo coronavirus que parecía que podría causar pocas consecuencias más que un resfriado común o una gripe leve. En el mes de febrero, se detectaron problemas sanitarios en el norte de Italia (antes se habían detectado tres casos importados allí) y, a pesar de que el riesgo sanitario parecía mucho más próximo y real, dada la cifra creciente de ingresos hospitalarios y el grave estado de muchos afectados (y las primeras defunciones), todavía se confiaba en la posibilidad de gestionar y controlar los primeros casos que se detectasen en el Estado español. A pesar de todo, todavía se actuaba como si el virus no fuese capaz de generar un embate epidémico significativo. Así, sin que fuese detectado, el virus se difundió por Europa y por el Estado español, y, cuando las autoridades sanitarias lo detectaron, ya había difusión comunitaria. Ello provocó la declaración del estado de alarma, que se prolongó desde su anuncio el 14 de marzo hasta el inicio de la nueva normalidad el día 21 de junio. Durante este periodo se experimentó una fortísima tensión y presión sobre el sistema sanitario y se produjo el confinamiento sistemático de toda la población y una paralización de la economía jamás experimentada en toda la historia de la humanidad.

Este virus ha afectado con una intensidad particular a las personas de más edad de nuestra sociedad, detectándose no solo muchos infectados en estos grupos de edad, sino unas tasas de afectación excepcionalmente intensas que han determinado una cifra importante de ingresos hospitalarios en planta y en UCI, así como una cifra elevada de defunciones. Además, la situación ha sido especialmente grave en los establecimientos residenciales geriátricos, que han vivido la COVID-19 con una intensidad y una problemática importantes. También los colectivos asistenciales, el personal sanitario y sociosanitario, han presentado unas altas tasas de contagio.

Después de la ola epidémica sufrida por el Estado español y las Islas Baleares, se ha entrado en la denominada «nueva normalidad», un período de vigilancia sanitaria y de medidas de control que se tendrán que modular en función de los contagios detectados y en el cual medidas como la higiene de manos, la distancia social y el uso de la mascarilla se han convertido en habituales de la vida cotidiana. Los rebrotes ya se han producido, y, a finales de julio, distintos estados han prohibido o restringido los viajes o han puesto nuevamente en cuarentena a los viajeros de algunas regiones o de la totalidad del Estado español. De todo ello hablaremos a lo largo de este artículo.

1. Algunes reflexions sobre la pandèmia i el comptatge de casos de COVID-19

Vivim en un món interconnectat que ens permet accedir, gairebé a temps real, a les informacions de qualsevol punt del món. Aquest és un fet innegable. Però aquesta unió digital no vol dir que el món funcioni de manera unívoca, que tothom que tingui accés a Internet visqui la mateixa realitat. De fet, no és ni de bon tros així. No té res a veure la situació d'un país africà amb la de Nova York, tot i que en aparença pugui tenir més impacte l'epidèmia a Nova York que en una gran part dels països africans. Tampoc no té molt a veure la situació d'un ciutadà de Nova York o de la resta dels Estats Units amb la dels països europeus, o la que ens és més propera: la d'Espanya. La situació socioeconòmica és molt distinta a cada país; i les mesures que es poden prendre, també. No és el mateix viure en un Estat on hi ha mecanismes de protecció social, en què la gent pot percebre ajudes de desocupació i on hi ha una bona assistència sanitària, que viure en Estats on no hi ha dret a la sanitat universal (EUA), ni recursos ni mecanismes de protecció social, ni tampoc capacitat sanitària per atendre les necessitats sanitàries habituals. En molts d'indrets del món no és, simplement, possible posar mesures estrictes d'aïllament social i de confinament, ja que la gent, si no treballa, no cobra i no té res per menjar. En molts d'indrets no tenen recursos tecnològics ni econòmics per dedicar-se a fer proves als malalts, ni tenen equips de protecció individual per al personal sanitari, i menys encara per a la població general. És evident que en molts llocs no tenen capacitat per mantenir unes estadístiques fiables dels efectes de la pandèmia actual. Val a dir, però, que en aquests països, sense que ningú no en faci el mínim cas, moren centenars de milers de persones cada any per malalties que a la nostra societat es podrien combatre sense que els mitjans de comunicació no en facin gairebé mai referència. Per tant, hem d'entendre que, en alguns casos, la nova malaltia no significa cap novetat per a ells: només una nova modalitat de defunció a la qual enfrontar-se.

Tot i això, assistim a intents de comptabilitzar a escala mundial els efectes de la pandèmia. Hi ha aplicacions que ofereixen, aparentment en temps real, el recompte

de casos i defuncions arreu del món i una comparació o classificació entre països, com si es tractés d'una competició esportiva. Unes dades amb moltes mancances i relativa fiabilitat condicionades, a més, pels canvis de criteri en el comptatge dels mateixos organismes al llarg del temps, però les úniques de què disposem.

Què succeeix, però, amb les dades més properes? Ens centrarem en el que ha succeït a l'Estat espanyol, bàsicament.

Quan es produeix una defunció, s'ha de fer constar la causa de la mort. Així s'ha fet d'ençà de l'existència dels registres civils. Això, però, que sembla molt senzill, no ho és tant. Jo record, analitzant llibres dels registre de principi del segle XX, que una causa de mort freqüent era «aturada cardiorespiratòria», i és una causa de pes. Tothom és mort si el cor deixa de bategar i deixa de respirar. Però quina en va ser la causa? El mateix succeeix avui en dia. En alguns casos és evident: el pacient es trobava en una fase terminal diagnosticada d'una malaltia prèvia (p. ex., un tipus concret de càncer, una malaltia degenerativa...), però, fins i tot en aquests casos, què passa si la mort ha succeït durant el moment epidèmic? La resposta és que, de vegades, a efectes estadístics, no es pot saber. I no es pot saber perquè es comptabilitzen els casos en què s'han fet tests, en què s'ha sotmès el pacient (si encara era viu) o el difunt (si era *post mortem*) a proves per determinar la causa de la mort. Això, en moments àlgids d'una fase epidèmica, en què els serveis sanitaris són desbordats per les necessitats assistencials diàries i en què manquen material i recursos personals per dedicar a les investigacions *post mortem*, expliquen que hi pugui haver subregistres.

Ara bé, hi ha unes altres tècniques, molt senzilles, que ens permeten oferir una visió quantitativa diferent però complementària de la realitat. Aquesta tècnica resulta simplement de la comparació de la mitjana de defuncions esperada amb la que realment es produeix. És aquest un mètode infal·libre? No, tampoc no ho és. No garanteix que les diferències de mortalitat siguin en un 100% atribuïbles a l'epidèmia declarada, però, si més no, indicaria un màxim dels efectes causats. Així, al final del període analitzat, disposaríem d'unes estadístiques de casos de defuncions «oficials» i d'unes dades de morts totals (que aquestes sí que es coneixen amb precisió als països desenvolupats), que es poden comparar amb les sèries de dades d'anys anteriors. Així, es pot disposar d'un interval entre els «mínims» oficials i les dades màximes deduïdes de les sèries de mortalitat general. A l'Estat espanyol hi ha un sistema de vigilància de la mortalitat diària (MoMo) de l'Institut Carlos III que ens permet comparar la mortalitat «esperable» en situacions normals amb la mortalitat registrada. Així, en determinats moments, s'ha conclòs que la mortalitat per COVID-19 seria molt superior a la dels registres oficials, basada en casos confirmats mitjançant proves. Jo diria que són fonts de dades complementàries i que les dues són vàlides per determinar l'abast dels efectes de la COVID-19.

Dit això, també m'agradaria destacar que els diferents «recomptes» de les defuncions causades per l'epidèmia són el resultat de la capacitat dels serveis sanitaris per dur a terme aquestes proves i que venen, al seu torn, marcades per la capacitat dels recursos humans, la disponibilitat d'equips tècnics i d'altres subministraments i que no és un intent, com a vegades es diu, de manipular la realitat.

I què podem dir de les altres informacions disponibles? Bé, disposem d'informació sobre ingressos hospitalaris generals, d'UCI i d'altres hospitalàries, i de casos de coronavirus.

Les dades d'ingressos hospitalaris, generals i d'UCI per la malaltia epidèmica actual són molt fiables, atès que en aquests casos s'han fet les proves per detectar la malaltia a l'hospital amb les tècniques més precises per determinar-ne la causa. El mateix podem dir de les dades d'altres per curació o per defunció d'aquests pacients.

I què hem de dir dels casos? Si les xifres de defuncions generals (les hospitalàries són en principi ben determinades, però sempre hi podria haver algun cas de defunció d'un pacient per una altra causa que hagués mort contagiats per coronavirus a l'hospital però sense que li haguessin fet la prova, malgrat que es podria discutir quina n'havia estat la causa) s'han de manejar amb certa precaució, les dels casos encara s'han de prendre amb moltes més precaucions. De fet, els que ens diuen que hi ha són els que s'han detectat. És a dir, són els casos dels quals s'han fet tests. Vol dir que són totes les persones que s'han infectat a l'àrea afectada? No hi fan ni a prop. Hi ha molts més casos que els detectats que han tingut contacte amb el virus. En molts la malaltia ha cursat de manera totalment asimptomàtica, però han estat vectors actius de contagi; d'altres han tingut símptomes, més o menys intensos, però han passat la malaltia sense arribar a ser hospitalitzats ni els han fet el test. De fet, no hi havia capacitat tècnica ni recursos materials (ni n'hi ha) per fer-los les proves, ni molt menys a tota la població.

I per què és important conèixer el percentatge de població infectada total? Perquè el percentatge de població que ha patit la malaltia, o que hi ha estat en contacte, presenta un cert grau d'immunitat contra el virus (tot i que encara planteja moltes incògnites sobre els terminis en què una persona que ja ha estat contagiada pot tornar a contagiar-se i, quan hi hagi una vacuna disponible, quina serà la periodicitat amb què s'haurà de subministrar per garantir la immunitat).

Una realitat que, d'una altra banda, ha colpejat una societat que pensava que una epidèmia a gran escala, una pandèmia mundial, ja no es tornaria a produir mai més en la història de la humanitat. Una realitat, però, que ens ha sacsejat d'una manera inesperada i sense precedents recents. I ens ha colpejat particularment per la globalització. Els mercats han esdevingut mundials, i la producció de molts de països s'ha traslladat a altres indrets on la mà d'obra era més econòmica o, per exemple, les

condicions fiscals i productives eren més interessants per a les empreses. Molts països han vist com era difícil, gairebé impossible, obtenir els equips de protecció individual per fer front a la pandèmia; obtenir tests per saber si un malalt amb símptomes presentava la malaltia o ja l'havia passada; accedir a certs medicaments que, tal volta, poguessin millorar la situació de pacients en estat greu, o equips de respiració assistida per als que tenien els pulmons tan afectats que no podien viure sense aquesta ajuda externa. I aquesta producció no era possible implementar-la, a curt termini, als països d'origen, tant per problemes de manca d'estructura especialitzada inicial com de matèries primeres per produir-la, ja que també la producció es feia en altres indrets del món. Aquesta situació ha fet que molts Estats es puguin plantejar la necessitat de mantenir una estructura productiva estratègica amb algunes d'aquestes classes de material, amb capacitat per respondre a la massiva demanda que pugui haver-hi (tot i les dificultats que això representaria).

I en aquest mercat també s'han detectat errors i problemes, és cert: ha resultat que alguns productes comprats no complien els protocols exigits ni complien les funcions per a les quals s'havien comprat. Això ha succeït tant amb equips de protecció individual com amb proves de detecció del coronavirus. També s'han detectat intents especulatius d'empreses que volien acumular materials per vendre'ls més cars, atès l'increment de preus provocat per la forta demanda puntual (p. ex., és sabut que els preus de les màscares quirúrgiques han arribat a multiplicar-se per dos i per tres durant els moments àlgids de l'epidèmia a Europa), i el Ministeri de Sanitat espanyol ha hagut de controlar els preus de venda al públic d'alguns productes com guants, solucions hidroalcohòliques per desinfectar o les mateixes màscares. I, fins i tot, en alguns casos s'han produït robatoris puntuals o massius d'alguns d'aquests materials. Els problemes d'estoc han fet que les ordres d'obligació d'ús de la màscara (general o en entorns on no es podia assegurar la distància de protecció interpersonal) hagin hagut d'adoptar-se quan el subministrament dels col·lectius de més risc i d'importància estratègica (p. ex., personal sanitari i sociosanitari, forces de seguretat...) estava totalment garantit i que, a més, hi havia prou disponibilitat al mercat per dotar tota la població d'aquests recursos.

També hem assistit a la insolidaritat internacional, en què països que sí que produïen alguns d'aquests béns sanitaris en prohibien l'exportació per preveure futures necessitats nacionals, o que segrestaven béns adquirits per altres països quan les mercaderies feien escala als seus territoris.

Contràriament, hem assistit a fenòmens de signe contrari, com quan el genoma del virus ha estat distribuït, i laboratoris de tot el món intenten trobar tant medicaments que siguin eficaços per tractar els malalts com la vacuna que previndrà el desenvolupament de la malaltia.

2. COVID-19: la causa, els símptomes i les conseqüències

Aquest breu epígraf només vol recordar alguns aspectes fonamentals per entendre la causa de la COVID-19, tenir presents alguns dels seus símptomes i les conseqüències que se'n poden derivar.

La COVID-19 és una malaltia causada per un nou virus que afecta els humans: el SARS-CoV-2, un coronavirus que sembla que s'ha transmès a l'ésser humà des d'alguna espècie animal (estudis de la Universitat nord-americana de Duke assenyalen que possiblement es tracta del virus d'una ratapinyada que passà al pangolí, i que des d'aquest es transmeté a les persones).

Aquest nou virus presenta una taxa de contagiositat elevada, fins i tot en pacients totalment asimptomàtics, i representa, per a moltes persones, sobretot d'edats avançades i particularment si es troben en entorns institucionalitzats, un perill per a la salut, amb complicacions que poden causar la mort en un percentatge important de casos.

El SARS-CoV-2 provoca uns símptomes comuns com febre, tos seca, cansament, dificultat per respirar i opressió al pit; però també congestió nasal, mal de cap, conjuntivitis, diarrea, pèrdua del gust i de l'olfacte i, en ocasions, erupcions cutànies o canvis de color en els dits de les mans o els peus.

Per això, en fases inicials o en casos lleus, és fàcil de confondre amb altres infeccions víriques; en bastants casos, moltes persones han estat infectades però no saben cert si han patit o no la malaltia, perquè no els han fet la prova. També hi ha els que han estat en contacte amb el virus però que han romàs asimptomàtics.

El 80% dels pacients es recuperen sense necessitat d'anar a l'hospital, però la resta necessiten hospitalització i, en els casos més greus, ingrés a les UCI. Les persones que pateixen hipertensió arterial, problemes cardíacs o pulmonars, diabetis o càncer, principalment, tenen més probabilitats que s'agreugi la infecció per COVID-19.

Les complicacions més greus inclouen processos inflamatoris, fibrosis pulmonars, insuficiències renals i embòlies fins que, en alguns casos, es produeixen fallades multiorgàniques i la defunció dels pacients.

Després de l'estada a les UCI, les recuperacions són llargues, i les seqüeles poden ser, en determinats casos, més o menys permanents.

3. La COVID-19 a l'Estat espanyol: les declaracions de l'estat d'alarma i les fases de desescalada

3.1. L'estat d'alarma

Després d'unes setmanes en què la COVID-19 no semblava preocupar en excés ni les autoritats ni la població, el ràpid avanç dels casos, la ràpida transmissió comunitària i la pressió sobre els hospitals i les UCI determinaren l'adopció de mesures de control radicals: la declaració de l'estat d'alarma i el confinament domiciliari de la població, amb autorització només per sortir per cobrir les necessitats vitals bàsiques (comprar, adquirir productes farmacèutics...) o per treure les mascotes a fer les seves necessitats. Una situació mai vista abans i que impactà directament sobre la vida econòmica i social de tots els habitants de l'Estat espanyol, de l'arxipèlag balear i, molt especialment, en els grups de més risc (persones grans), que veieren reduït durant mesos el seu hàbitat a les quatre parets de les llars, sense poder mantenir contacte amb amics i membres familiars, per evitar un contagi víric que podia posar la seva salut en un risc greu.

Primera declaració: Reial decret 463/2020, de 14 de març, de declaració de l'estat d'alarma en tot el territori nacional per a la gestió de la crisi sanitària ocasionada per la COVID-19, modificat pel Reial decret 465/2020, de 17 de març

L'estat d'alarma va sorprendre la població. Molts es llençaren a comprar aliments i productes de primera necessitat, com si s'haguessin d'acabar els subministraments. Les escenes recordaven una mica les imatges dels territoris dels Estats Units abans de l'arribada d'un huracà. Com a curiositat, la gent va comprar paper de vàter de manera massiva i s'esgotà temporalment de molts supermercats. Circularen molts de mems sobre aquesta circumstància.

L'activitat econòmica gairebé es paralitzà, alhora que la gent deixava de circular pels carrers; una imatge mai vista a les ciutats. El soroll ambiental, sense trànsit als carrers i sense navegació aèria, desapareix, i a les ciutats s'escolten novament els sons de la natura, durant molt de temps oblidats.

En les fases de més restricció, prospera, de la mateixa manera, la fauna marina; lliure d'interferències, s'acosta lliurement a les voreres. Així, els albiraments de dofins i altres animals marins prop de la costa esdevenen freqüents.

Primera pròrroga de l'estat d'alarma. Reial decret 476/2020, de 27 de març

Es prorroga l'estat d'alarma fins a les 00 hores de dia 12 d'abril de 2020, en les mateixes condicions establertes en el Reial decret 463/2020, de 14 de març, modificat pel Reial decret 465/2020, de 17 de març.

Durant aquesta primera pròrroga, a més, es publica el Reial decret llei 10/2020, de 29 de març, que pretén reduir encara més la mobilitat, com efectivament succeí, regulant un permís retribuït obligatori i recuperable per als que treballessin per compte d'altres en empreses o entitats del sector públic o privat que no haguessin vist paralitzada l'activitat per la declaració de l'estat d'alarma. Només se n'excloueren les persones de tasques essencials, les que podien desenvolupar les funcions o prestacions de serveis mitjançant el teletreball, o de baixa, o sotmeses a ERTO i que, en tot cas, també havien de complir les estrictes mesures de mobilitat imposades.

Així, entre finals de març i Pasqua, es registrà el període de menys mobilitat i contacte social de tota la fase epidèmica a l'Estat espanyol.

Segona pròrroga de l'estat d'alarma. Reial decret 487/2020, de 10 de abril, que prorroga l'estat d'alarma fins a les 00 hores del dia 26 d'abril

Dijous Sant (9 d'abril) acabà el període que havia decretat el Govern de dies de descans obligatoris i recuperables per a determinades activitats productives no essencials (construcció, indústries no essencials...). A la pràctica, va suposar el retorn a l'activitat de molts de treballadors el 13 d'abril a les comunitats on no era festiu, i, a les nostres illes, el 14 d'abril. Es notà un important increment de mobilitat, de vehicles i persones, i el soroll ambiental es recuperà, com a mínim, parcialment, durant una part del dia. El trànsit continuava sent molt menor i, a les hores nocturnes, pràcticament inexistent. El Govern estatal insistia que no es tractava d'un desconfinament sinó del final d'una mesura extra de control. El confinament, en realitat, però, continuava.

Tercera pròrroga. Reial decret 492/2020, de 24 d'abril, que prorroga l'estat d'alarma fins a les 00 hores del dia 10 de maig

Es mantenen les condicions anteriors de mobilitat i desplaçaments, el BOE publica simultàniament (25/04/2020) l'Ordre SND/370/2020, de 25 d'abril, que introdueix una sèrie de mesures per alleujar la població infantil de les condicions de confinament domiciliari que ha hagut de suportar d'ençà la declaració de l'estat d'alarma el 14 de març.

A partir de diumenge 26 d'abril es permet que els menors de 14 anys, acompanyats d'un adult responsable amb qui conviugin (cuidador, germà gran...) puguin sortir al carrer una hora diària, amb certes condicions. Els grups màxims permesos són d'un adult i tres menors, respectant la distància mínima de 2 metres amb tercers. La sortida s'ha de fer entre les 9 del matí i les 9 del vespre, i la distància de desplaçament no pot ser de més d'1 km del domicili. Podran portar jocs, bicicletes, patinets o pilotes, entre d'altres, però no els podran compartir, ni tampoc jugar conjuntament amb altres menors. No es podran fer servir els parcs infantils públics, que es troben clausurats des de l'inici de l'estat d'alarma, ni tampoc les zones comunes comunitàries, per evitar el risc de contagis. Dia 29 de

maig, almenys a Palma, s'obren els parcs públics, per facilitar els passejos, encara que les àrees de jocs infantils romanen tancades. La màscara només és una recomanació, sempre que es pugui mantenir la distància social o no es tracti de zones molt transitades. Es recomana evitar les hores punta de desplaçaments per reduir la possibilitat de contagis.

S'ha demanat, fonamentalment, que la població continuï fent servir el sentit comú, per tal que aquestes mesures no impliquin un increment en el nombre de contagis i, alhora, perquè millori la situació dels menors confinats, privats de contactes socials (familiars, amics, escola...).

Es pot afirmar que es produïren sistemàtics incompliments generals de la norma, ja que els desplaçaments foren principalment de grups familiars sencers (pare, mare i fills) i que, en molts casos, s'apreciaren també els desplaçaments de grups conformats per distints nuclis familiars (diversos adults i fills respectius). Així mateix, no tothom va respectar la distància social (converses de persones de nuclis distints parlant entre elles, infants jugant plegats...).

Aprofitant el volum més important de desplaçaments també es podia detectar la circulació de persones no autoritzades: algunes parelles, binomis d'amics o persones que individualment passejaven. Així mateix, sense que s'hagués avançat en el desconfinament, també es veien adults i persones grans prenent el sol als bancs públics. L'apel·lació a la responsabilitat personal és necessària, però implementar una mesura com aquesta calia més supervisió si no volien que tornessin a revifar els contagis. I, sincerament, el control no es produí; segurament perquè en les fases anteriors les forces de seguretat havien fet esforços extraordinaris i no s'havien previst mesures intenses de control en aquest moment. La realitat fou, però, que no es detectà, en aquesta fase, un increment significatiu de casos, ja que els contactes socials no eren, malgrat tot, tan importants com els permesos en les fases de desescalada i nova normalitat.

Personalment, considero que els nuclis de convivència s'haurien d'haver tractat de manera unitària, com a unitat de desconfinament (tenint en compte especificitats derivades de convivència amb persones grans), però que la vigilància hauria d'haver estat més intensa: no és bo que es posin mesures que no es compleixen i que no passi res; en cas contrari, cal esperar més incompliments quan es posin mesures posteriors.

Quarta pròrroga de l'estat d'alarma. Reial decret 514/2020, de 8 de maig, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat fins a les 00 hores del 24 de maig de 2020

El Ple del Congrés, com ja havia fet en tres ocasions anteriors, autoritza, dimecres, 6 de maig, en sessió plenària, una quarta pròrroga de l'estat d'alarma fins a les 00 hores del 24 de maig, d'acord amb la sol·licitud aprovada pel Consell de Ministres.

Quinta pròrroga. Reial decret 537/2020, de 22 de maig, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat pel Reial decret 463/2020, de 14 de març, i el prorroga fins a les 00 hores del 7 de juny de 2020

Aquesta pròrroga estableix algunes novetats, com l'existència d'una única autoritat delegada per a la gestió de la crisi sanitària que recau en el ministre de Sanitat, Salvador Illa; més protagonisme de les comunitats autònomes, ja que el Govern podrà acordar, de manera conjunta, la modificació, ampliació o restricció d'actuacions i limitacions de circulació per adaptar-les a les realitats de cada zona. En els territoris en fase 2, les administracions educatives podran reprendre activitats presencials no universitàries, d'acord amb la prevenció de la salut i com considerin oportú. També s'aixeca la suspensió de terminis administratius l'1 de juny, i de terminis processals el 4 de juny.

A títol personal, puc dir que, a partir de l'1 de juny, molts de treballadors públics de la Comunitat Autònoma han retornat a les jornades presencials, amb més mesures de prevenció: separació de llocs de treball, màscares, disponibilitat de gel hidroalcohòlic..., i s'han pres mesures per reduir la concentració de personal (una ruta d'entrada i una de sortida independents, flexibilització horària, manteniment del teletreball quan és possible, tractament preferencial a treballadors en situació de risc...). Alguns treballadors públics, ateses les circumstàncies personals (no tractar-se de grups de risc) i per l'entorn i la classe de feina que fan, han continuat amb les seves tasques laborals presencials, com en el meu propi cas.

Sisena i darrera pròrroga. Reial decret 555/2020, de 5 de juny, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat pel Reial decret 463/2020, de 14 de març, en què es declara l'estat d'alarma per a la gestió de la situació de crisi sanitària ocasionada per la COVID-19

Aquesta és la darrera pròrroga de l'estat d'alarma decretat a mitjan mes de març.

Durant aquesta pròrroga, la novetat més gran és que l'autoritat competent delegada per a l'exercici de les funcions derivades de l'estat d'alarma, a més del Ministeri de Sanitat, sota la superior direcció del president del Govern i d'acord amb el principi de cooperació amb les comunitats autònomes, serà qui ostentarà la presidència de la comunitat autònoma pel que fa a l'adopció, supressió, modulació i execució de les mesures de la fase III del pla de desescalada, menys per a les mesures de llibertat de circulació superiors a l'àmbit de la seva unitat territorial. Així mateix, d'acord amb els criteris epidemiològics establerts, seran també els presidents de les comunitats autònomes els qui podran declarar, en l'àmbit de tot el seu territori o d'una part (illa, província, sector...), la superació de la fase III i l'entrada a la nova normalitat.

Així mateix, les comunitats autònomes en fase II o posteriors podran flexibilitzar les mesures de contenció i iniciar processos presencials en l'àmbit educatiu no universitari i de la formació.

3.2. Les fases de retorn a la nova normalitat: flexibilització de les restriccions imposades per l'estat d'alarma

Un dels reptes i, alhora, dels principals al·licients d'aquest article, és comentar els fets a mesura que es produeixen, i no fer una revisió de les coses que han esdevingut fa més o menys temps.

La flexibilització de les restriccions imposades per l'estat d'alarma serà progressiva i diferencial territorialment. Així, mentre que la declaració s'aplica de manera uniforme a tot l'Estat espanyol, les fases de flexibilització s'implementaran en àrees geogràfiques independents (províncies i illes, inicialment. Seria possible considerar altres àrees o divisions geogràfiques, a petició de les comunitats autònomes).

Quant a les fases de flexibilització, s'han dissenyat 4 fases, de la 0 fins a la 3, amb una durada aproximada de 15 dies cada una, sempre que els indicadors tècnics dissenyats pel Ministeri de Sanitat siguin positius. Hi ha tres grups d'indicadors: epidemiològics i de capacitats sanitàries, índex de mobilitat i indicadors econòmics i socials.

Els fonamentals, evidentment, són els del primer bloc, atès que mesuren la detecció de casos i la capacitat de resposta sanitària, no tan sols en consum d'estades hospitalàries generals i d'UCI, sinó també la capacitat de detecció i resposta ràpida dels casos. L'apartat següent us presenta la bateria d'indicadors considerats.

3.2.1. Indicadors epidemiològics i de capacitats sanitàries

El Ministeri de Sanitat ha establert una sèrie de paràmetres d'anàlisi per valorar la situació epidèmica en cada zona de salut i permetre o denegar el pas de fase. Aquests paràmetres, classificats en tres grans categories, són:

a- Paràmetres per valorar la transmissió

- a.1 Valoració de l' R_t , que és el nombre de reproducció en funció del temps. L' R_0 , nombre reproductiu o taxa d'infecció, és el valor calculat que estableix el potencial d'infecció d'un individu. Així, un R_0 de tres vol dir que una persona pot contagiar altres tres individus. Quan la taxa és superior a un, es considera que la malaltia es pot difondre de manera exponencial. Com més gran sigui, més aviat s'expandirà.

- a.2 Nombre de casos confirmats per PCR durant la darrera setmana, des de l'inici dels símptomes
- a.3 Incidència acumulada en els darrers set dies.
- a.4 Percentatge de casos possibles o sospitosos amb la prova PCR feta.
- a.5 Taxa de positivitat dels casos sospitosos.

b. Paràmetres per valorar la gravetat

- b.1 Xifra d'hospitalitzats en els darrers 7 dies i percentatge d'ocupació hospitalària.
- b.2 Casos a les UCI en els darrers 7 dies i percentatge d'ocupació.
- b.3 Defuncions en els darrers 7 dies.
- b.4 Letalitat en el període.

c- Paràmetres per valorar la capacitat de detecció i resposta

- c.1 Nombre de llits de cures intensives per cada 10.000 habitants.
- c.2 Llits d'aguts per cada 10.000 habitants.
- c.3 Capacitat de l'atenció primària per a diagnosticar els casos sospitosos.
- c.4 Protocols i capacitat seguiment dels contactes dels positius.
- c.5 Sistema de vigilància per monitoritzar diàriament els casos i la notificació individualitzada en atenció primària i hospitalària.
- c.6 Protocol per assegurar el maneig de les residències de gent gran.

El Ministeri de Sanitat ha començat a publicar els informes a finals del mes de maig, principalment per respondre les demandes de transparència i les pressions polítiques i socials davant el procés asimètric de desescalada a l'Estat espanyol.

3.2.2 Les fases de desescalada

Fase 0. Fase de preparació

La data d'inici d'aquesta fase es preveia per a dilluns 4 de maig, però el president del Govern, Pedro Sánchez, havia anunciat que, a partir del dissabte 2, els adults podrien sortir a fer esport individual o a passejar.

Finalment, s'optà per establir franges horàries per gaudir de les mesures d'obertura. Aquestes franges horàries no s'aplicaren als municipis de menys de 5.000 habitants.

Així, tot l'Estat espanyol entrà en la Fase 0 dia 4 de maig, menys les illes de Formentera (Illes Balears), La Graciosa, La Gomera i El Hierro (Illes Canàries), que entraren directament en la fase 1, ja que presentaven una situació sanitària caracteritzada per una molt baixa o pràcticament nul·la incidència de l'epidèmia.

En la fase 0, anomenada de preparació per a la desescalada, es permeteren una sèrie d'activitats, a banda de les ja permeses anteriorment (certes activitats laborals, sortides per a activitats indispensables (alimentació, farmàcia, cura de dependents...), passejos de col·lectius específics (menors de 14 anys o amb dificultats específiques com, per exemple, autisme), atenció als animals de granja comercials i per a l'autoconsum...

En l'àmbit personal, es permeteren els passejos i l'esport individual de persones adultes, i l'atenció d'horts per a autoconsum en el municipi de residència o proper.

En l'àmbit social, s'incorporà el personal del sector no incorporat anteriorment.

El comerç minorista i de serveis personals iniciaren l'activitat amb cita prèvia (p. ex., perruqueries, tot i que alguns atenien sense comanda prèvia), per tenir una atenció individual i extremant les mesures de protecció.

Bars i restaurants pogueren obrir perquè els clients s'emportessin les comandes, però el consum als locals i les terrasses romangué prohibit.

Es permeté l'obertura d'arxius.

En l'àmbit de l'esport, iniciaren el retorn als entrenaments individuals els esportistes professionals i federats; l'entrenament bàsic de les lligues professionals i l'esport sense contacte.

Fase 1. Fase inicial

En l'àmbit personal, suposa més flexibilització en l'ús del vehicle familiar, que pogué ser ocupat per tots els membres convivents, o la participació en vetlles, respectant les normes de protecció i distància, i amb limitacions d'assistents.

Es produí una reactivació progressiva dels serveis personals d'atenció social (teràpies individuals, atenció domiciliària...), d'acord amb les recomanacions sanitàries.

En àmbits universitaris i laboratoris d'investigació, s'iniciaren tasques de desinfecció per al posterior inici de tasques administratives i preparatòries docents, i s'obriren laboratoris. A partir d'aquesta fase, s'obre la possibilitat de dur a terme activitats

formatives, seminaris..., amb un màxim de persones i mantenint les distàncies de dos metres.

Es produí l'obertura generalitzada dels petits comerços que no tenien la categoria de centre o parc comercial (no afectava aquells que, com que es tractaven de serveis bàsics, ja estaven oberts). La capacitat continuava limitada i s'havia de mantenir la distància de seguretat. Així mateix, s'instauraren horaris d'atenció preferent per als més grans de 65 anys, com a mesura de protecció d'un col·lectiu tan sensible.

S'obrí la possibilitat d'autoritzar mercats exteriors, però amb una concentració menor de llocs de venda i amb un control estricte de la distància de seguretat.

Val a dir que, almenys en algun cas a les Illes Balears durant l'estat d'alarma, es va permetre la instal·lació de mercats exteriors de verdures i altres productes (p. ex., Pere Garau a Palma) en què no es complien les mesures de seguretat sanitària, per a una activitat que sembla reservada per a la fase 1 de la desescalada. Actualment, ja en fase de la nova normalitat, hi havia establert un perímetre de distància als llocs de venda; es prohibia el contacte amb els productes exposats i hi havia control efectiu de la capacitat a l'interior del mercat i de l'àrea de venda del peix, amb separació de les rutes d'ingrés i sortida.

Quant als bars i els restaurants, pogueren obrir utilitzant l'espai reservat a terrasses, fins a un màxim del 30% pel que fa a taules/superfície.

Els hotels i allotjaments turístics podien obrir, sense habilitar els espais comuns; amb restriccions a la restauració i amb mesures de desinfecció i protecció sanitàries.

Val a dir que les distintes fases només oferien possibilitats d'obertura, i que eren els gestors i els propietaris els que, d'acord amb les seves previsions de negoci, decidien obrir o ajornar l'obertura del comerç o servei. Moltes empreses, com sabem, han optat per no obrir els seus negocis (cadena hotelera, establiments comercials d'estiu, alguns establiments d'oferta complementària...), i no tan sols durant les distintes fases de la desescalada, sinó també durant el període de nova normalitat, tot esperant que, durant el 2021, es normalitzin les circumstàncies sanitàries i econòmiques.

Es permeteren les activitats agrícoles i pesqueres que mantenien restriccions anteriors.

Es reactivaren moltes activitats culturals i d'oci, però amb un estricte control de la capacitat o les activitats permeses. Reobriren les biblioteques i es permeteren les activitats i els actes culturals interiors (menys de 30 persones) i exteriors (menys de 200, assegudes i amb distància). Així mateix, el turisme actiu i de natura es podia reiniciar en petits grups, així com també la producció audiovisual i de cinema i sèries.

En l'esport professional, podien obrir els centres d'alt rendiment, amb mesures de separació i control, i s'iniciaren els entrenaments de les lligues professionals.

En l'esport no professional, podien obrir les instal·lacions esportives a l'aire lliure sense públic per practicar esport sense contacte: tennis, atletisme... O activitats físiques individuals amb cita prèvia sense contacte físic ni ús de vestidors.

Els BOIB de 20 de maig publica l'ordre de 19 de maig que regula l'ús de màscara i en fa l'ús obligatori en aquells espais públics on no es puguin mantenir les distàncies socials de dos metres, i n'estableix unes poques excepcions (dificultats respiratòries o contraindicacions mèdiques, activitats incompatibles amb l'ús —p. ex., beure o menjar—, incapacitat, necessitat...).

Fase 2. Fase intermèdia

Seguint la desescalada asimètrica entre regions, iniciaren la fase 2 el 18 de maig les petites illes de La Gomera, El Hierro i La Graciosa, a les Illes Canàries, i Formentera, a les Illes Balears. Mentrestant, la major part del territori romanien en fase 1 a excepció de la Comunitat de Madrid, l'àrea metropolitana de Barcelona i moltes àrees de Castella i Lleó, que no passaren de la fase 1, tot i que amb algunes mesures de flexibilització (obertura de comerços de menys de 400 m amb control d'espai, possibilitat d'anar a cercar menjar preparat, obertura de museus i les esglésies al 33% de capacitat, préstecs de biblioteques, transports de mitjana i llarga distància al 30%...). Val a dir que, a diferència d'altres països amb més cultura democràtica, a l'Estat espanyol, l'extrema dreta ha mantingut una actitud populista d'atac i crítica permanent a les actuacions del Govern, sense que hagi aportat cap proposta efectiva ni durant la crisi sanitària ni en les fases de desescalada o durant l'anomenada nova normalitat. També altres partits de l'oposició han oblidat, en alguns moments, la responsabilitat col·lectiva de tothom durant la COVID-19 i, en particular, d'aquells que tenen la missió de representar la ciutadania a les institucions polítiques i administratives, i han utilitzat la situació sanitària com una arma política.

La impressió general que vaig experimentar és que la gent anava desescalant un poc fins on els permetien, en un intent de recuperar l'antiga normalitat i que, a més, tenien certes dificultats per entendre què podien o no podien fer, en realitat. Segurament, hauria estat molt més pràctic insistir en les directrius concretes que afectessin més a la vida quotidiana de cada zona concreta i no tant en el comentari general de les fases que, tanmateix, i atesa l'asimetria territorial de desescalada, moltes vegades no eren d'aplicació per a gran part dels receptors. Així, quin sentit tenia explicar a tots els mitjans nacionals (televisió, premsa escrita...) què es podia fer a la fase 2, que només afectava quatre petites illes de les Canàries i les Balears, mentre la resta de l'Estat es trobava a les fases 0 i 1?

Això no obstant, també és cert que una part important de la ciutadania era conscient de les necessitats de la distància social, i hi posava de la seva part per evitar la propagació de la COVID-19.

Les Illes Balears entraren, a excepció de Formentera, que ho va fer de manera avançada, en aquesta fase el 25 de maig, com la part de l'Estat que es trobava en fase 1, i les àrees que encara estaven en fase 0 passaren a la 1 (Comunitat de Madrid, àrees de Barcelona i Castella i Lleó).

Els efectes més evidents foren la reobertura de centres comercials i tota classe de comerços i negocis, evidentment, amb les mesures de prevenció i distància social oportunes. A més, es permeté anar a les platges, com a activitat d'oci i no només com a pràctica esportiva, i prendre el sol i romandre a la platja, però els para-sols i les gandules hagueren d'espaiar-se per permetre de mantenir les distàncies interpersonals i separar els grups que acudissin plegats a la platja (un màxim de 15 persones). Els centres escolars podien reobrir, amb grans mesures de prevenció. Les Illes Balears varen optar (fases 2 i 3) per acabar el curs per via telemàtica, amb caràcter general. Només en els darrers cursos de titulació, i mitjançant cita prèvia, feren tutories presencials, d'acord amb les necessitats personals, els alumnes de 6è de primària, 4t d'ESO, 2n de batxillerat, 2n curs de grau mitjà, 2n curs de grau superior i darrer curs dels ensenyaments de règim especial.

Altres mesures de la fase 2 foren la possibilitat de visitar i passejar amb residents de centres de tercera edat o discapacitats que, com sabem, han patit especialment els efectes de coronavirus; també incrementar la capacitat de les terrasses fins al 50% a bars i restaurants, i l'obertura parcial a l'interior de la sala. Les autoescoles reiniciaren les activitats amb un aforament controlat (màxim $\frac{1}{3}$ de les aules) i les classes pràctiques s'havien de fer amb màscara. Els parcs naturals també començaren a permetre les visites, també amb una ocupació màxima controlada ($\frac{1}{5}$), i s'ampliaren els grups de turisme actiu.

Assistírem en aquest moment a una acceleració en el procés de desescalada, potser en part per la inestable situació política, per la greu situació econòmica i per la pressió internacional que desescalava també amb rapidesa. De fet, es parlà, per primer cop, de la possibilitat de reduir el temps entre fases (abans es parlava d'un mínim de 15 dies en cada fase) d'acord amb els paràmetres sanitaris, i també es començaren a oferir dates concretes per permetre activitats tan importants com la turística. Dia 25, un consell interministerial aprovà una mesura clau per reactivar el turisme internacional: a partir de l'1 de juliol s'aixecaria la quarantena per als turistes estrangers. Les companyies aèries i els majoristes de viatges començaren llavors a planificar la represa de l'activitat, i les reserves hoteleres es tornaren a posar en marxa, tot i que, com és lògic amb unes

dades molt llunyanes a les d'un any estàndard. Evidentment, s'anuncià que l'objectiu bàsic era reobrir l'activitat i garantir, simultàniament, les condicions sanitàries.

A partir del dimecres 27 de maig, a tots aquells territoris que es trobaven en la fase 2 del procés de desescalada, se suprimiren les limitacions horàries dels desplaçaments dels infants, així com de la pràctica de l'activitat física no professional. Així mateix, es donà potestat als municipis per ordenar l'accés i el temps de permanència a les platges, i per vetllar a fi que hi hagués dos metres de distància entre persones i un màxim d'ocupació de 4m²/persona.

De tota manera, es produeix l'avanç en les fases de desescalada sense que sembli del tot garantida la realització de proves a tots els sospitosos. Un article d'El País de 26 de maig diu que les comunitats autònomes han passat a la fase 1 fent menys del 50% de proves als sospitosos, i que només La Rioja és capaç de diagnosticar-ne el 100% en atenció primària. També ens adverteix el mateix mitjà del ball de xifres de Sanitat: així, el nombre total de víctimes se situa en 26.834, gairebé 2.000 menys de les comptabilitzades el diumenge anterior. Ja hem comentat la dificultat de disposar d'una única font de dades vàlides i de la modificació dels criteris de comptatge dels casos al llarg de l'onada epidèmica. Malgrat tot, el que hauríem de tenir clar és que les distintes dades disponibles i les posteriors revisions que es fan responen a criteris tècnics i pretenen simplement adequar les dades a la realitat objectiva de l'epidèmia i no a cap intent per reduir artificialment la xifra de casos detectats de COVID-19.

En aquesta fase, l'ús de màscares quirúrgiques quan no es pot mantenir la distància social i les mesures de desinfecció i neteja han esdevingut una normalitat quotidiana. Alguns comerços fan obligatori l'ús de màscares en els seus recintes (recordem que és obligatori quan no es pot mantenir la distància social recomanable de 2 metres) i d'altres fan obligatori l'ús, com a mínim, de guants (p. ex., supermercats), mentre que els treballadors porten guants i màscares, i, els caixers, mampares de protecció.

Fase 3. Fase avançada

Progressiva i diferencial, per territoris, d'acord amb paràmetres tècnics.

Dia 1 de juny, les petites illes de La Gomera, El Hierro i La Graciosa, a les Illes Canàries, i Formentera, a les Illes Balears entraren a la fase final i avançada de desconfinament, d'acord amb l'Ordre SND/458/2020 sobre la flexibilització de determinades restriccions de la fase 3, publicada en el BOE dissabte 30 de maig de 2020. La resta de les illes Balears romangueren a la fase 2 fins dia 8 de juny, en què la fase 3 es generalitzà a totes. Més de la meitat de l'Estat entrà en aquesta fase, la darrera abans de l'arribada de l'anomenada «nova normalitat»; mentre romanien a la fase 2 bona part de Castella

i Lleó, Madrid, la Comunitat Valenciana, Ceuta i importants zones de Catalunya (Barcelona, Girona, la meitat de Lleida i una petita part de Tarragona).

En la fase 3, es flexibilitzaren determinades mesures que suposaven més ocupacions d'activitats ja permeses i l'inici d'algunes altres, sempre que es complissin els requisits sanitaris i de distància social. Ja no hi havia franges horàries de mobilitat per edat i es permeten reunions de fins a 20 persones (bars, cases, platges, carrers...). També es podien fer grups de 20 persones a les platges amb dos metres de distància respecte d'altres.

Es permeté la lliure mobilitat entre illes amb el 100% d'ocupació, amb l'objectiu de reactivar el transport aeri i marítim.

Els centres educatius no universitaris podien obrir les portes als alumnes en horari flexible segons el centre (de 9 a 13 hores i de 15 a 19 hores), per a activitats de tutoria i reforç, amb cita prèvia i amb mesures higièniques i de distància social.

Així, p. ex., també pogueren obrir tots els establiments comercials i professionals, independentment de la seva dimensió d'exposició i venda, amb un aforament màxim del 50%. En els centres comercials, l'ocupació dels locals permesa fou del 50% i del 40% en espais comuns. En bars i restaurants es permet el consum en barra i en les taules interiors sempre que hi hagi un mínim de dos metres entre taules o agrupacions de taules (75% d'aforament) i un 75% d'ocupació de les terrasses. En els hotels i allotjaments turístics es permeté l'ocupació dels espais comuns fins a un 60% de la seva capacitat. Els guies turístics podien conduir grups de fins a 20 persones sense fulletons ni audioguies. En aquest mateix sentit, molts de bars i restaurants han introduït en les fases finals de la desescalada, i en la fase de nova normalitat, les cartes virtuals accessibles mitjançant codis QR, que permeten no haver de tocar les cartes de manera física i poder consultar-les a través dels *smartphones*. Nogensmenys, alguns ofereixen la possibilitat de lectura clàssica de les cartes i menús amb suports físics, però obliguen a la desinfecció de mans a l'entrada dels locals.

Es permeteren els congressos i les reunions de fins a 80 persones, amb distància i equips de protecció.

Així mateix, es permeté la reobertura d'establiments de cases d'apostes i jocs d'atzar amb un màxim del 50% d'ocupació, amb les mesures sanitàries previstes.

Quant a les instal·lacions esportives i gimnasos, se n'incrementà l'aforament fins al 60%, amb un màxim de 20 persones, sense contacte físic. No calia ja cita prèvia, i es podien usar els vestidors i les dutxes.

Algunes disciplines professionals iniciaren les competicions sense públic, i els equips professionals entraren en la fase d'entrenament total (mitjà per a lligues no professionals federades).

Els museus i les biblioteques podien obrir amb un 50% de la capacitat. Així mateix, es podien obrir albergs i hostals infantils i juvenils en grups màxims de 60 persones, distribuïdes en grups màxims de 10 per monitor.

Els mercats a l'aire lliure pogueren funcionar amb el 50% de llocs permesos oberts.

En els parcs naturals s'eliminà el límit d'aforament i es permetien les visites en grups màxims de 20 persones.

Zoològics i aquaris podien obrir amb un 50% de la capacitat.

Els llocs de culte ampliaren la capacitat fins al 75%, i s'amplià el volum d'assistents a casaments (150 persones a l'aire lliure i 75 en interior) i a funerals-velles (50 en exterior i 25 en interior).

Els centres recreatius turístics i d'oci nocturn continuaren tancats. Val a dir que molts d'establiments d'oci nocturn, ja durant la fase de nova normalitat, o bé no han obert per criteris empresarials o bé, atès l'incompliment de les mesures sanitàries o pel perill de contagi que han demostrat, han rebut mesures de clausura total o temporal, en espera de reduir les taxes de contagi que, com posteriorment comentarem, s'han produït d'ençà de la suavització de les mesures de control i l'increment de la mobilitat i reunió, sobretot per part dels grups més joves de la societat.

4. La nova normalitat

4.1. La nova normalitat: una situació d'epidèmia latent en què es produiran restriccions, d'acord amb l'evolució dels indicadors sanitaris

Un cop acabades les fases de desescalada de l'estat d'alarma epidèmic, ens trobem davant la situació de l'anomenada «nova normalitat», que es regula pel Reial decret llei 21/2020, de 9 de juny, de mesures urgents de prevenció, contenció i coordinació per fer front a la crisi sanitària ocasionada pel COVID-19, publicat en el BOE el dimecres 10 de juny.

En aquesta fase, automàticament, entrà tot l'Estat un cop finalitzat l'estat d'alarma que es perllongà fins a la mitjanit de dia 21 de juny de 2020. Galícia va demanar avançar l'entrada en aquesta fase abans, i ho va fer, efectivament, el dilluns dia 15 de juny de 2020. Contrà-

riament, algunes comunitats autònomes entraren directament en aquesta fase, com Madrid, Barcelona, Lleida i les províncies de Castella i Lleó: Àvila, Segòvia, Sòria i Salamanca des de la fase 2, mentre que la resta de l'Estat ho va fer des de la fase 3.

Aquesta data de 15 de juny també aporta una novetat destacable per a les Illes Balears: es permet, experimentalment, l'arribada de fins a 10.900 turistes alemanys sense fer quarantena, sempre que les Balears es mantinguin en fase 3 i la taxa d'infecció per COVID-19 a set dies sigui inferior a 9/100.000. De moment, hi ha 47 vols programats: 38 a Palma, 8 a Eivissa i un a Menorca. Els turistes han de romandre-hi 5 vespres i deixar constància d'on pernocten. Així mateix, en arribar han d'emplenar un qüestionari de salut, se'ls prendrà la temperatura i se'n farà el seguiment. La Comissió Europea ha demanat que el 15 de juny deixen d'existir els controls fronterers interns. Això no obstant, Espanya els manté, mentre d'altres països com Itàlia ja permeten la circulació pels països de l'espai de Schengen; Àustria ho fa amb els veïnats i Espanya només permet, de moment, el corredor Alemanya-Balears.

En tot cas, és palès que amb el nom de «nova normalitat», en realitat, ens trobem en una nova fase de control epidèmic, a fi de prevenir nous rebrots, a partir d'un control exhaustiu de la informació epidemiològica de nous casos; adopció de mesures d'higiene, separació social i ús de mesures de prevenció (màscares), més tota una sèrie de preceptes adreçats a estar preparats per afrontar amb èxit una situació d'incertesa. Un cop superada la fase d'onada epidèmica, i abans que es trobi la vacuna efectiva de la COVID-19 que, no obstant això, ja remet a Europa, el virus encara està en ascens a escala global. L'estudi de seroprevalença fet a l'Estat espanyol que presentem tot seguit no convida precisament a l'optimisme, ja que un percentatge molt baix de la població presentaria anticossos i, per tant, hi ha un baix nivell d'immunitat comunitària que permeti controlar o reduir significativament l'expansió de nous brots vírics.

La nova normalitat tampoc ha de ser entesa com una situació estàtica. De fet, la variació en els paràmetres sanitaris i la vigilància de les activitats que posin en risc la salut pública determinaran la presa de mesures de control, com el tancament de certs establiments, horaris restringits a bars i restaurants, i totes les mesures que considerin necessàries, a fi de mantenir controlada la transmissió del virus que, no ho podem oblidar, encara és una amenaça per a la salut de tots els ciutadans a escala global.

4.2. L'estudi de seroprevalença fet a l'Estat espanyol: l'onada epidèmica passada no permet assolir la immunització comunitària

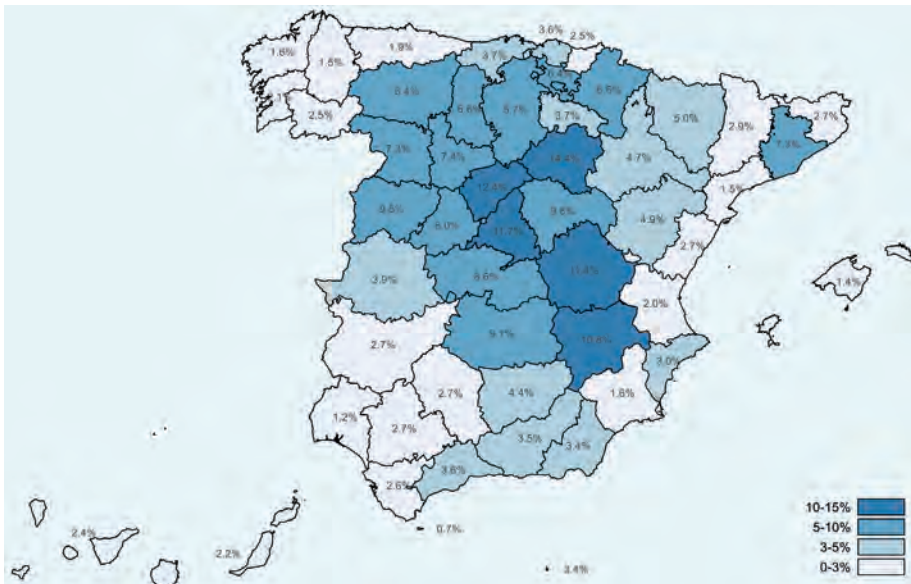
Un dels aspectes que més interessaven, un cop passats els moments culminants de l'onada epidèmica iniciada el més de febrer a l'Estat espanyol, era conèixer el nivell d'immunitat comunitària que hi havia, tot sabent que una part de la població havia passat la infecció de manera més o menys asimptomàtica i sense que li haguessin pogut practicar cap PCR per confirmar-la o descartar-la.

L'estudi, fet en tres rondes, donà com a resultat que el percentatge de persones amb anticossos al conjunt de l'Estat espanyol era molt baix, de devers el 5% de la població i, per tant, es descarta la immunitat de grup, que hauria fet difícil la transmissió del virus i també noves onades epidèmiques.

Hi ha, així mateix, una gran variabilitat geogràfica. Mentre algunes zones en superen el 10%, inclosa la comunitat de Madrid, fortament colpejada per l'onada de principis d'any, d'altres no assoleixen ni el 2% de la població, com seria precisament el cas de les Illes Balears.

L'estudi, que hem ressenyat a les fonts, arriba a una sèrie de conclusions: augmenta la detecció entre els que han tingut una PCR positiva dues setmanes abans de participar en l'estudi, i també entre els que han tingut més símptomes; particularment, els que han patit pèrdua de gust i olfacte; que també augmenta entre els qui han tingut contacte amb persones amb COVID-19, bàsicament entre els convivents; que hi ha més prevalença entre el personal sanitari o que treballa en centres sociosanitaris, o que hi ha una relació directa entre la dimensió de la població i el nivell d'anticossos detectat, entre d'altres. Tot i això, encara queden molts d'aspectes que s'han d'analitzar, com ara la immunització cel·lular, no analitzada en aquest estudi i que sembla que és rellevant en la COVID-19.

Anticossos IgG anti-SARS-CoV-2 en la tercera ronda (8-22 de juny). Resultats del test ràpid



Font: Estudi nacional de seroepidemiologia de la infecció SARS-COV-2 a l'Estat espanyol. Ministeri de Sanitat i Instituto Carlos III

A efectes pràctics, la conclusió principal és que, vista la poca immunització comunitària i la presència d'infeccions asimptomàtiques, presents com sabem entre nosaltres, s'han de mantenir les conegudes recomanacions de salut pública de distància social, ús de màscara i rentat de mans freqüent.

4.3 La situació a final de juliol de 2020

Quan acabem d'escriure aquest article, entre la tercera i la quarta setmana del mes de juliol, ens trobem de ple en l'anomenada «nova normalitat». Una nova normalitat que, com el seu nom indica, ens mostra una situació que és atípica i molt diferent d'allò que consideràvem «normal» fa només uns mesos. A diferència d'altres estius, bona part dels establiments hotelers i molts d'oferta complementària romanen tancats i molts de treballadors es troben en situació d'ERTO. La imatge pels carrers també és atípica. A les Illes, acostumats a un índex de pressió humana molt elevat als estius, amb zones en què es duplica o multiplica per diverses vegades la població resident, la imatge és de cert buit demogràfic. Es nota menys aflluència pels carrers i comerços, particularment en les zones turístiques. La circulació és més fluïda i no es veuen tants de vehicles de lloguer. El trànsit aerí és molt menor que altres estius. Tot i això, es nota una certa reactivació, i el soroll dels avions, que havia desaparegut, s'ha tornat a recuperar (amb menys freqüència, això sí). La situació econòmica és de gran incertesa, sobretot perquè l'evolució de la pandèmia és incerta i no se sap si el rebrot que periòdicament es detecten acabaran provocant noves onades epidèmiques de més o menys extensió en els territoris que ja n'ha patit un primer embat. Afortunadament, la Unió Europea ha actuat i ha aprovat, no sense discussions i llargues negociacions, uns paquets de mesures econòmiques (ajudes financeres en forma de crèdits i donacions directes) que suposen un alleujament per als països (com Espanya i Itàlia) que han patit de manera particular els efectes de la COVID-19 i que depenen, en bona mesura, de l'activitat turística internacional. En aquests moments, encara no es coneix amb certesa quan es disposarà d'una vacuna segura i de qualitat que permeti retornar, aquest cop sí, a la normalitat sanitària i socioeconòmica que coneixíem fa només uns mesos i que pensàvem que mai no podria canviar de manera tan ràpida i substancial.

El contacte directe entre les persones ha canviat. Alguns es donen el colze; d'altres, ni això. Per no esmentar les cares de recel i de certa por quan ens acostem a un vianant pel carrer o dins un comerç.

I no obstant la situació, molts joves (i no tan joves) incompleixen les mesures de protecció i distància social. Aquest cap de setmana passat s'han produït concentracions de turistes estrangers en àrees d'oci nocturn a s'Arenal de Palma (carrers de la cervesa i *del jamón*) i a Magaluf (Punta Balena), entre d'altres llocs de les Illes.

Per tot això, i per l'existència de nous rebrots arreu de l'Estat espanyol i a altres indrets d'Europa, el Govern de les Illes Balears ha pres diverses mesures i avisa que, vistes les circumstàncies, no quedarà més remei que augmentar les restriccions, com succeeix en altres zones on es torna a detectar una xifra important de contagis.

La mesura més dràstica ha estat la de tancar per decret tots els establiments de les zones conflictives esmentades. A més, a les zones indicades en el decret contra el turisme d'excessos —Magaluf a Calvià, Platja de Palma a Mallorca i West End a Eivissa—, a partir del 15 de juliol només es permetrà obrir les terrasses. També es prohibeix servir begudes en recipients de més de 0,6 litres, i les canyetes de plàstic de més de 30 centímetres, que conviden al consum compartit. Així mateix, s'incrementaran els controls i la vigilància a fi que es mantinguin les mesures d'aforament, màscara i distància de seguretat. El Govern pretén evitar, a les totes, la transmissió comunitària i els rebrots significatius de casos que podrien significar no tan sols el cop definitiu a la tímida recuperació turística actual sinó a hipotecar-ne la pròxima.

A més a més, amb algunes excepcions (fer esport, tocar un instrument de vent, nedar, dificultats respiratòries...) s'ha imposat l'obligatorietat de portar la màscara pel carrer, a banda de dins establiments comercials i altres indrets on no es pugui garantir la distància de seguretat. Aquesta mesura ha estat adoptada pel Govern de les Illes Balears i publicada al BOIB dia 13 de juliol de 2020, i ja són diverses les comunitats autònomes que han adoptat la mateixa mesura. Els contagis tornen situar-se a l'Estat espanyol en els nivells del mes de maig, i preocupen especialment la situació de Catalunya i Aragó, on s'han pres mesures molt més estrictes equivalents a retrocessos de les fases de desescalada. Així, s'ha limitat la mobilitat de la població i l'accés a determinats comerços, entre d'altres. En dues setmanes, la incidència de casos s'ha triplicat i se situa, dia 20 de juliol de 2020, en els 27,39 casos/100.000 habitants; a principis de juliol, era només de 8,76/100.000, amb uns mínims de 7,74 casos/100.000 habitants a finals de juny. L'inici de la desescalada, l'increment de la mobilitat, els contactes socials recuperats i la manca de responsabilitat individual d'alguns ha fet que s'hagi produït un ràpid increment del nombre de casos, que ha estat especialment significatiu durant la darrera setmana. És prioritari recuperar el control en aquestes àrees, ja que hi ha el perill real de reproducció de les situacions viscudes durant el primer confinament general. I no són les úniques àrees afectades; hi ha centenars de brots detectats arreu de l'Estat espanyol, i, com a mínim a algunes zones, ja hi ha transmissió comunitària. Les autoritats sanitàries apel·len a la responsabilitat col·lectiva i, en algunes zones com Catalunya, ja s'ha amenaçat novament amb el confinament. S'han pres, com veurem posteriorment, mesures que impliquen la prohibició de determinades activitats i l'establiment d'horaris restringits en altres.

La situació ha fet que alguns països europeus hagin pres la decisió de recomanar que no es visitin determinades zones de l'Estat espanyol, recomanar que no s'hi viat-

gi o posar en quarantena tots aquells que entrin en els seus territoris des d'Espanya. Aquesta és una circumstància extremadament greu, ja que ens trobem a les portes del mes d'agost, el mes de màxima ocupació turística, i que pot causar un gran impacte sobre les minses previsions de negoci de moltes empreses que confiaven a obtenir els ingressos suficients per mantenir les empreses durant aquest mes i el que queda de temporada. Així, el Regne Unit ha decidit que imposarà una quarantena de 14 dies a tots els viatgers procedents de l'Estat espanyol a partir de les primeres hores del 26 de juliol. La ministra espanyola d'Afers Exteriors intenta negociar que les Illes Balears i les Illes Canàries, d'acord amb uns paràmetres sanitaris actuals, siguin excloses de l'obligació de quarantena. Divendres 24, fou Noruega qui anuncià que imposaria 10 dies de quarantena a tots els viatgers que arribessin al seu territori procedents de l'Estat espanyol, i que aquesta mesura començaria a vigir dia 25 de juliol. França, per la seva banda, també adoptà una posició de prevenció i recomanà públicament que els ciutadans francesos no viatgessin a Catalunya a causa del risc de contagi; una notícia molt dolenta per a una comunitat que té els francesos entre els principals clients turístics. Bèlgica ja fa uns dies que ha prohibit els viatges no essencials a les zones de Lleida i Osca. Ha establert 14 dies de quarantena i un test obligatori a tothom que arribi al país d'aquestes zones; a partir del 24 de juliol, ha ampliat la quarantena als turistes que tornin de les comunitats autònomes d'Aragó, Catalunya, Extremadura, La Rioja i el País Basc.

En àmbit europeu, també preocupa la situació a l'àrea balcànica, mentre la pandèmia colpeja amb força els països d'Amèrica del Nord, sobretot els Estats Units, on la política de Donald Trump ha estat nefasta en aquest sentit. A molts països de Sud-amèrica, com el Brasil, ha passat que el president, Bolsonaro, seguint l'estela del president nord-americà, s'ha negat a prendre mesures dràstiques de control i, fins i tot ell, n'ha resultat contagiats, com també succeï amb el líder de la Gran Bretanya, Boris Johnson. Aquests líders, amb el pretext de no afectar l'economia, no han pres les mesures adients de control, les han retardat o les han suprimit quan encara la transmissió era molt elevada, i això ha fet que els casos fossin molt superiors als que es registrarien amb mesures més estrictes. També colpeja de manera significativa un dels països més poblats del món i on l'accés a la sanitat és molt problemàtic: l'Índia.

L'afectació de l'economia ha estat molt gran i repercutirà especialment als països i les regions més dependents del turisme, com és el cas de l'Estat espanyol i, particularment, de les Illes Balears.

4.4. La situació actual, en dades

Us oferim, al final de l'article, diversos enllaços on podeu trobar la informació actualitzada tant a escala mundial com estatal o regional, ja que els comentaris que hem fet van referits a la darrera dada disponible en el moment de redactar l'article.

Segons les dades disponibles de 20 de juliol de 2020, ofertes per l'OMS, els casos confirmats de COVID-19 ja superen els 14.340.000 en tot el món, i la xifra de contagis diaris confirmats supera els 220.000; unes xifres que palesen que, a escala global, el ritme de la pandèmia s'intensifica i que la situació en molts països és de creixement epidèmic. La xifra de defuncions confirmades acumulades supera ja les 600.000 persones, amb una xifra actual d'èxits que és de devers 5.000 persones/dia o més.

La situació, per tant, no està controlada. Ni prop fer-hi. Mentre no hi hagi un tractament efectiu i una vacuna eficaç, la situació és d'alerta permanent i de tractar d'evitar focus descontrolats que puguin determinar noves situacions de restriccions dràstiques de mobilitat i contacte social que tan negatives són per a les persones i l'economia. Algunes dades inicials de la fase experimental de vacunació són molt positives, com la d'Oxford, que sembla que genera immunització d'anticossos i en els limfòcits T, sense generar efectes secundaris, però encara manca un temps fins que pugui ser aprovada i després produïda de manera massiva. Un laboratori xinès també n'ha experimentat amb una amb èxit, i ha anunciat que podria iniciar-se'n la vacunació a la Xina a finals de 2020, però encara és prest per confirmar aquesta notícia.

A escala de gran regió, la més afectada és la d'Amèrica, tant del nord com del sud, amb més de 7.500.000 casos. Aquesta situació es deu, en bona mesura, al fet que països tan poblats com els Estats Units d'Amèrica i el Brasil no han adoptat les mesures de control suficients, i els casos s'han disparat. Així, els Estats Units d'Amèrica s'acosten als 3.700.000 casos de COVID-19 confirmats; el Brasil, als 2.100.000. També, com és lògic, és la regió que presenta una xifra superior de defuncions, que freguen les 310.000. D'aquestes, prop de 140.000 s'han registrat als Estats Units i devers unes 80.000 al Brasil.

Europa ocuparia la segona posició entre les regions sanitàries establertes per l'OMS, superant els 3.000.000 de casos confirmats i les 207.000 defuncions per la pandèmia. Entre els països més afectats d'Europa ens trobem, en terme de defuncions, el Regne Unit amb 45.300; Itàlia amb 35.000; França amb 30.000 i Espanya amb més de 24.000 casos.

Tot seguit se situarien l'àrea est del Mediterrani i el Sud-est asiàtic, amb devers 1.400.000 casos, respectivament. I ja molt lluny, Àfrica, amb prop de 600.000 casos, dels quals 364.328 corresponen a Sud-Àfrica i els altres, a l'Oest del Pacífic, amb unes 250.000 persones contagiades.

Val a dir que el ritme a cada regió no ha estat el mateix. S'inicià a la zona del Sud-est asiàtic, a finals de 2019; principalment a la Xina, d'on sembla procedir el virus. Concretament, de l'àrea més afectada de Wuhan, i d'allà s'estengué cap a Europa, sobretot a partir de la segona meitat de febrer, on les mesures adoptades de seguiment

resultaren ineficaces tant pel desconeixement i els efectes del virus com pel fet que havia arribat abans que s'activessin els primers mecanismes de control i ja s'estava produint transmissió comunitària descontrolada que determinà fortes mesures d'aïllament social i el confinament general de la població, per primera vegada en la història de la humanitat. En el mes de març, el virus es començà a fer notori en el continent americà; s'intensificà el procés epidèmic a partir de l'abril i ha anat creixent de llavors ençà, fins a situar aquesta àrea com la més afectada del món.

Àfrica, tot i que té en conjunt pocs casos registrats, probablement per ser una de les regions amb més subregistre, presenta actualment una ràpida corba de creixement. Els contagis inicials detectats creixeren lentament d'ençà el mes de març, però s'han incrementat de manera significativa d'ençà el mes de juny; ha començat una fase d'acceleració de casos i defuncions per COVID-19.

A banda d'això, cal recordar que en les àrees europees, on la situació semblava controlada (o a prop de controlar-se), preocupen, i molt, els nous focus que apareixen un cop suavitzades les mesures de distància social i la reobertura de bona part de l'activitat econòmica, molt tocada per la pandèmia. I també preocupa, a mig termini, la situació post-vacances estivals, amb la recuperació de l'activitat econòmica habitual en els principals nuclis urbans i el retorn a les aules, que en molts de països s'ha previst com a presencial, pel potencial risc d'un increment exponencial dels contagis. Alguns parlen d'una segona onada a principis de tardor; d'altres en parlen ja ara, i així qualifiquen la situació que es viu a les zones més afectades de l'Estat espanyol a finals de juliol.

Cal recordar, en tot cas, que parlem de dades oficials confirmades i que, per tant, no vol dir que coincideixin amb la realitat pandèmica, que ens oferiria, sens dubte dades més elevades en cas que s'hi destinessin més mitjans a la detecció i la confirmació de casos actius i de les causes de defunció, sobretot en les àrees on no es disposa de mitjans per destinar a la detecció i al tractament dels malalts, ni tampoc a les mesures preventives bàsiques recomanades. També en països com el nostre cal recordar que, en el moment àlgid de l'epidèmia, per manca de proves de detecció i de recursos humans i tècnics, es produïren subregistres importants tant en la xifra real d'afectats com en la de defuncions per COVID-19 que serien bastant més elevades si s'atengués a càlculs de desviació de les defuncions estadísticament esperables i les produïdes en realitat.

Pel que fa a la situació de l'Estat espanyol, s'ha de dir que és, en aquests moments, preocupant. La incidència dels casos s'ha triplicat en tres setmanes, i actualment la incidència és de 27,4 casos/100.000, segons dades referides a 18 de juliol. De fet, l'OMS en destaca el ritme de creixement durant les dues darreres setmanes, i la situen com la més significativa dels països importants de la UE. El ritme de creixement, així mateix, presenta proporcions geomètriques en els casos d'Aragó, on en menys d'una setmana

s'han gairebé quadruplicat, passant de 46,3/100.000 habitants dia 13 de juliol a 160,1 dia 18 de juliol. La situació també és preocupant a Catalunya, especialment a Lleida, i també a l'àrea metropolitana de Barcelona, on s'ha arribat a una incidència de 84,5 casos/100.000 amb un ràpid creixement. Navarra i Euskadi, amb 60,2 i 35,5 casos/100.000 habitants, se situen a continuació com les comunitats autònomes amb més incidència de casos de COVID-19. De fet, és la incidència en aquestes comunitats el que explica l'alta taxa global de l'Estat, ja que, contràriament, n'hi ha d'altres on els casos detectats són molt reduïts. La reacció de les autoritats sanitàries de les zones més afectades ha estat la d'intentar reduir els contactes socials (la mobilitat, la capacitat de determinats negocis, implantar cites prèvies...) i augmentar la xifra de persones dedicades a rastrejar els contactes que han tingut els contagiats, a fi d'evitar l'expansió vírica.

Catalunya, el cap de setmana de Sant Jaume, ha començat a aplicar la mesura de tancament de totes les discoteques, sales de festa i llocs d'oci nocturn similars a tot el seu territori, i ha imposat el tancament de bars i restaurants a la mitjanit a les àrees amb índexs de contagi de COVID-19 més elevats, per intentar reduir-ne la taxa de contagi.

No obstant aquestes mesures, ja hem comentat que països del nostre entorn, han començat a aplicar polítiques de quarantena, de prohibició de viatjar a les àrees més afectades de l'Estat espanyol o de recomanació de no viatjar a determinades àrees, amb l'increment de l'impacte que sobre el turisme pot tenir, a pocs dies d'entrar en el mes d'agost.

5. La COVID-19 a les Illes Balears: situació actual i anàlisi de les principals variables demogràfiques i sanitàries

5.1. La situació actual a les Illes Balears: els casos actius

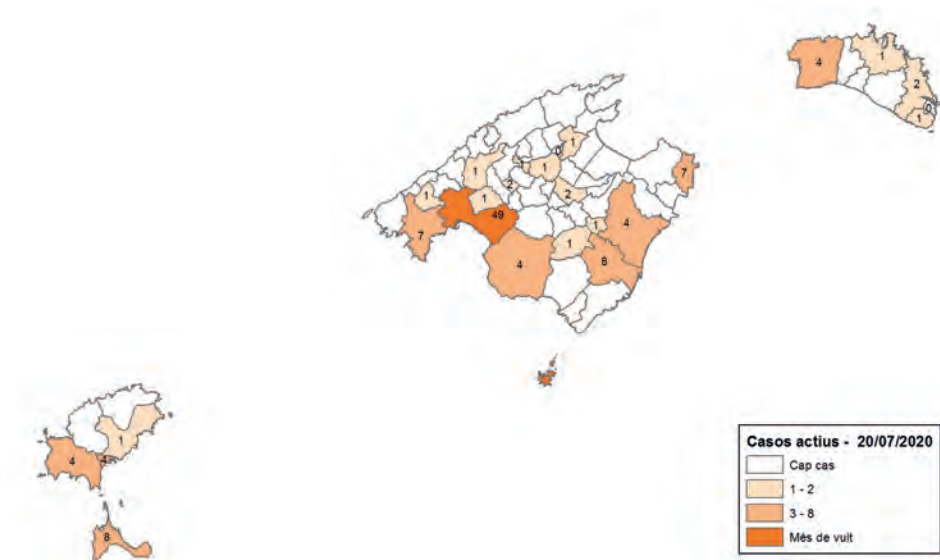
Les dades d'aquest epígraf i d'altres de posteriors procedeixen de la pàgina web (*dashboard*) amb dades del Servei d'Epidemiologia de la Conselleria de Sanitat i Consum del GOIB, com també de l'informe número 13 sobre la COVID-19 elaborat pel mateix servei. Convé posar la font i la data, ja que no hem d'oblidar que encara vivim en una situació pandèmica global i que les dades poden variar, bé perquè utilitzem una altra font, bé perquè les dades siguin referides a una altra data i posteriors revisions en puguin modificar les xifres.

No obstant això, les dades disponibles ens serveixen per copsar la situació en un moment concret i, sobretot, valorar-la respecte d'altres moments precedents; fins i tot, intentar valorar-la de cara a una projecció de futur.

Actualment, la situació a les Illes Balears es pot qualificar com a prou bona. Malgrat això, després de l'estat d'alarma s'han incrementat lleugerament les xifres de contagis i, com hem comentat, s'han detectat comportaments incompatibles amb les circumstàncies actuals que han determinat el tancament de zones de turisme de gatera o la generalització de l'ús obligatori de la màscara en espais públics, entre d'altres.

El cas és que actualment hi ha 116 casos actius detectats (sempre hem de pensar que hi ha casos asimptomàtics susceptibles de contagiar altres persones); 91 dels quals a l'illa de Mallorca, 9 a Eivissa, 8 a Menorca i 8 a Formentera. Cal destacar la xifra actual de casos de Formentera, que durant l'estat d'alarma havia presentat una incidència baixíssima que va fer que passés de fase, juntament amb altres illes de les Canàries, abans d'altres territoris. Aquesta dada és un bon indicador per veure que no es pot baixar la guàrdia i que s'han d'aplicar les mesures recomanades per les autoritats públiques a fi d'evitar rebrots significatius i processos descontrolats de transmissió comunitària. La darrera actualització, feta mentre redactem aquestes línies, fa que els casos actius de Formentera a 21 de juliol augmentin fins als 9. Com a dada comparativa, fins al 20 de juliol, Formentera només havia registrat una única defunció i 6 altes, d'ençà de l'inici de l'arribada de la COVID-19 a l'arxipèlag.

Casos actius de COVID-19 per municipis. 20/07/2020



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del web de la COVID-19. Conselleria de Sanitat i Consum

Segons informacions publicades al diari Última Hora, dia 21 de juliol hi havia 20 persones ingressades per COVID-19 als hospitals de les Illes, dels quals tres estaven

en UCI per la gravetat de la seva situació. Segons dades del Servei d'Epidemiologia (informe número 13), amb dades de dia 21 de juliol de 2020, en els darrers 14 dies s'han detectat 81 casos, entre simptomàtics i asimptomàtics, a les Illes; 59 a Mallorca, 9 a Menorca, 6 a Eivissa i 7 a Formentera, que elevarien els casos totals acumulats, entre simptomàtics i asimptomàtics, a 2.713. Com és lògic, atès que actualment s'han incrementat el nombre de proves efectuades, des de l'1 de maig, es detecten més casos asimptomàtics (269, un 59%) que simptomàtics (189, un 41%). Mentrestant, si analitzem tot el període acumulat, la relació és de signe contrari: asimptomàtics (458, un 17% del total) i simptomàtics (2.255, un 83%).

Val a dir també que bona part d'aquest article s'ha elaborat a partir de l'estudi dels casos simptomàtics confirmats, les estadístiques dels quals publica el Servei d'Epidemiologia.

El mapa adjunt mostra la distribució territorial dels municipis afectats i, tot i que és difícil establir uns patrons generals amb unes dades tan reduïdes, podem dir que els municipis amb més població i amb infraestructures turístiques obertes són els que concentren més casos de coronavirus, com Palma i els municipis de la badia (Calvià i Lluçmajor), Felanitx, Manacor i Capdepera, a Mallorca; Eivissa capital i Sant Josep de sa Talaia, a l'illa d'Eivissa; Ciutadella, a Menorca; i Formentera, com ja hem comentat.

Val a dir que aquesta situació pot canviar en qualsevol moment, i que l'arribada d'un nucli familiar positiu o de distints pacients portadors pot fer canviar de manera significativa la situació, sobretot en un moment en què s'han intensificat els fluxos de població provinents, alguns d'ells, d'indrets on encara hi ha taxes de contagi prou significatives, d'àrees peninsulars o de països estrangers.

Tot seguit, un cop presentada quina és la situació actual, entrarem a valorar de manera quantitativa la COVID-19 a les Illes Balears, i també presentarem algunes reflexions qualitatives, a partir de l'anàlisi de distintes variables.

5.2. Els casos detectats totals registrats a l'arxipèlag balear

Els casos confirmats superen els 2.300. Concretament, les dades de 20 de juliol ens parlaven de 2.323 casos confirmats per PCR i les de dia 21, de 2.328, un fet que indicaria que s'han detectat 5 casos més de COVID-19 en un dia.

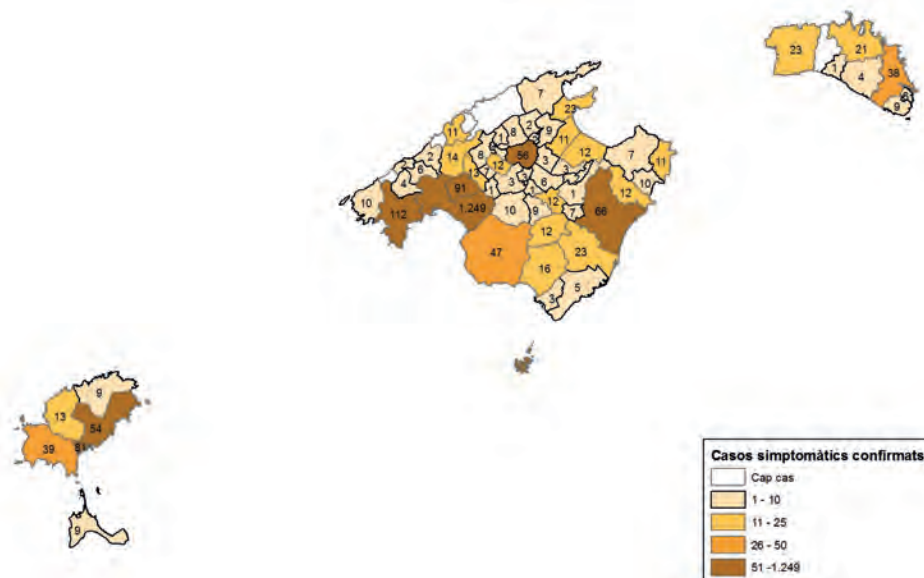
Si ens fixem en l'informe número 13 de vigilància epidemiològica (VE), amb dades actualitzades a 21 de juliol, les de casos confirmats totals pujarien fins als 2.713, dels quals serien confirmats simptomàtics 2.255. Els simptomàtics confirmats serien majoritàriament de transmissió comunitària interna (2.188), mentre que 29 serien casos que arribaren contagiats des d'altres països i 38 des d'altres comunitats autònomes.

Mallorca, amb 1.948 casos simptomàtics confirmats (dades acumulades dia 21 de juliol de 2020) ha registrat el 86% dels casos de l'arxipèlag; Eivissa, amb 196 casos, prop del 9%; Menorca, amb 102, prop del 5%; i Formentera, amb només 9 casos, suposa un percentatge residual.

La distribució dels casos en l'àmbit municipal ha presentat una gran diversitat de situacions. Així, trobem des de municipis on no s'ha registrat cap contagi confirmat, com seria el cas d'Estellencs, Deià, Fornalutx i Escorca a l'illa de Mallorca, petits municipis situats a la Serra de Tramuntana; i Ferreries, a l'illa de Menorca, fins a aquells que n'han registrat distintes desenes, com ara Manacor, Inca o Lluçmajor a l'illa de Mallorca; Maó, es Mercadal i Ciutadella a l'illa de Menorca, i Santa Eulària des Riu, Eivissa capital i Sant Josep de sa Talaia, a l'illa d'Eivissa, tot arribant als màxims enregistrats al terme municipal de Palma, amb 1.249 casos, sense oblidar els municipis que en superen els 100, com Calvià (112), o que s'hi apropen, com Marratxí (91).

Evidentment, aspectes com la concentració demogràfica, derivats del pes de la població resident i de les concentracions funcionals, que atreuen diàriament població per treballar o per consumir béns i serveis, n'explicarien les diferències, així com també la presència de centres sanitaris i sociosanitaris i residències geriàtriques que, com sabem, han concentrat un bon nombre de casos detectats entre el personal que hi treballa o, en el seu cas, hi resideix.

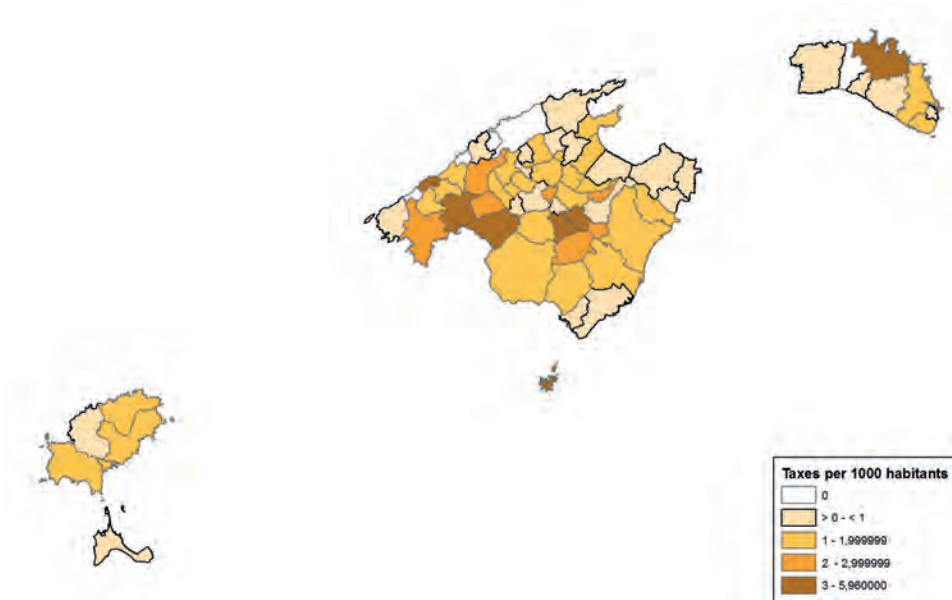
Casos simptomàtics confirmats de COVID-19 per municipis. 21/07/2020



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Així, les capitals insulars i comarcals de Mallorca, com també els municipis del que podem anomenar àrea metropolitana de Palma, constituïda per municipis propers que s'han convertit, pràcticament en ciutats dormitori de treballadors de la capital, són els que presenten una incidència més elevada en el nombre de casos.

Taxes dels casos simptomàtics confirmats de COVID-19 per municipis. 21/07/2020



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Pel que fa a les taxes, s'ha de dir que, tot i que s'utilitzen per fer comparatives independentment de les poblacions considerades, hem de tenir present que moltes vegades alguns casos poden fer que es disparin les taxes de municipis que tenen molt poca població i que, quan les dades són relativament reduïdes, hi pot haver un cert component aleatori que faci que, només per l'existència d'alguns casos, trobem municipis amb taxes 0, com en el cas d'Estellencs, situats devora un municipi com Banyalbufar, que surt amb una elevada taxa de casos només per haver-se'n detectat dos, quan la tipologia de les poblacions i dels municipis és bastant similar. En qualsevol cas, la taxa màxima, segons dades de 21 de juliol, s'hauria assolit al terme municipal de Sant Joan, a Mallorca, que amb 12 casos presenta una taxa de 6 per cada 1.000 infectats per COVID-19, seguit pels municipis des Mercadal (21 casos i 4,17 per 1.000), Banyalbufar (2 casos i 3,88 per 1.000), Montuiri (9 casos i 3,09 per 1.000) i Palma (1.249 casos i un 3 per cada miler d'infectats). En alguns casos, podem cercar explicació per la magnitud i la concentració urbana i demogràfica, com en el cas de Palma; en altres,

podríem considerar la presència d'un centre geriàtric en una població relativament petita, com seria en el cas des Mercadal. En altres casos, seria el cas de la dispersió aleatòria de dades de què hem parlat abans o de factors que s'haurien d'intentar estudiar amb més profunditat. En general, podem donar com a vàlids els factors generals que hem detectat en analitzar els casos en valors absoluts i recordar que, sempre que analitzem dades relatives, mai no podem perdre de vista els valors absoluts i fer-ne l'anàlisi conjunta, sobretot a les Illes Balears, on hi ha entitats demogràficament tan grans que condicionen la globalitat de les xifres, no només de l'illa sinó de tot l'arxipèlag.

Un aspecte especialment interessant és calcular la incidència general del virus entre la població classificada per edat i sexe, per intentar descobrir si hi ha diferències d'acord amb aquestes variables.

Taula 1 | *Resum de casos de COVID-19 simptomàtics confirmats a les Illes Balears i taxes per 100.000 habitants per grup d'edat i sexe*

Grup d'edat	Casos			Taxes/100.000 habitants		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
0 - 9	14	8	6	12,4	13,8	11,0
10 - 19	42	22	20	35,6	36,2	34,9
20 - 29	190	66	124	141,6	98,0	185,6
30 - 39	275	114	161	151,1	123,9	178,9
40 - 49	372	181	191	184,3	172,8	196,7
50 - 59	380	180	195	236,7	228,9	244,7
60 - 69	300	185	142	263,4	285,9	242,2
70 - 79	314	167	147	406,4	464,8	355,7
80 - 89	241	103	138	598,4	660,8	559
90 i més	127	37	90	1.405,8	1.439,7	1.392,3
Total	2.255	1.041	1.214	196,2	181,8	210,5

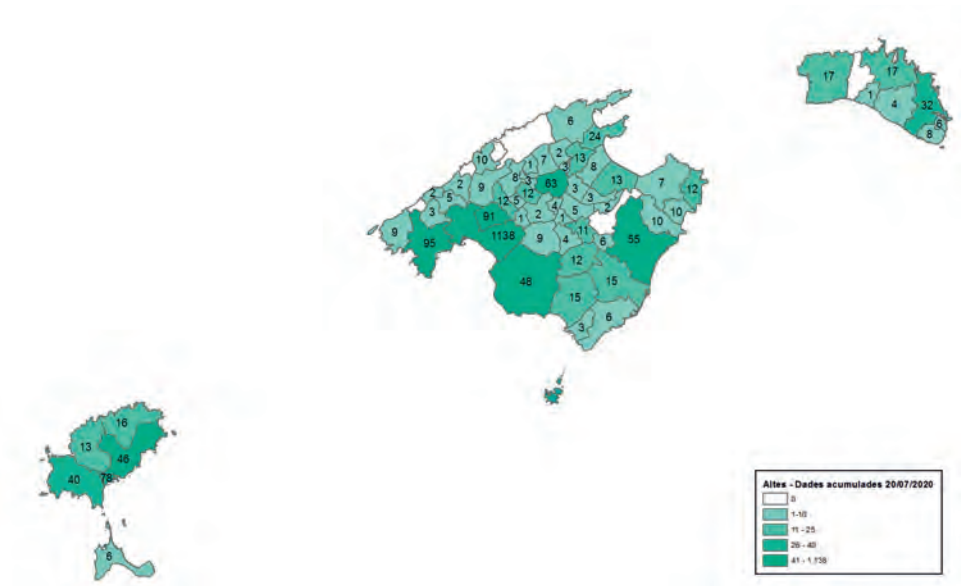
Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Posteriorment, dedicarem uns paràgrafs a analitzar la incidència per sexe i edat, però és evident que resulta important veure com hi ha una clara relació entre casos detectats confirmats i l'edat. Així, a mesura que pugem en la piràmide d'edats, les taxes s'incrementen, primer de manera lenta, i augmenten molt aviat en els grups superiors. Tant és així, que la taxa d'infectats de 90 i més anys és 140 vegades superior a la del grup d'edat més jove (0-9).

No només hi ha un augment molt clar de l'afectació per edat, sinó, com veurem posteriorment, també hi ha un increment significatiu de les complicacions derivades que impliquen més percentatges d'ingrés a les UCI i, com a conseqüència, unes xifres d'èxits proporcionalment més elevades.

Tot i això, també hem de tenir present que analitzem casos confirmats simptomàtics i que, per tant, s'exclouen els casos asimptomàtics no detectats, possiblement més freqüents entre les poblacions més joves i que, aparentment, en termes estadístics es mostren més resistents envers l'atac de la COVID.

Altes de casos de COVID-19 per municipis. 20/07/2020



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del web de la COVID. Conselleria de Sanitat i Consum

Les altes permeten conèixer, si les comparem amb les dades totals de casos simptomàtics confirmats, la taxa de curació de la COVID-19. Així, podem afirmar que devers el 90% dels casos simptomàtics confirmats acaben finalment en una situació d'alta. Val a dir que, durant l'estat d'alarma, les dades de pacients curats fou una de les bones notícies que s'esperava diàriament escoltar pels mitjans de comunicació quan Fernando Simón (acompanyat per càrrecs d'altres departaments ministerials) resumia l'estat diari de l'epidèmia a l'Estat espanyol. Després d'una fase inicial, en què cada cop hi havia més casos detectats i les defuncions anaven augmentant, arribà un moment en què, lentament, les altes s'apropaven als nous casos, fins que els superaren. Se superà la primera onada epidèmica i s'entrà en la nova normalitat sanitària, de vigilància permanent i de detecció ràpida dels nous rebrotos que es poguessin produir.

5.3. Les defuncions registrades i la letalitat de la COVID-19 a les Illes Balears

Les defuncions comptabilitzades a 21 de juliol, segons el web informatiu del Servei Epidemiològic i confirmades a l'informe epidemiològic número 13 són, en el conjunt de l'arxipèlag, de 230. La distribució insular és la següent: 204 defuncions a Mallorca (la darrera defunció es produí dia 17/07), 13 a Eivissa (darrera defunció, el 26/04), 12 a Menorca (darrera defunció, el 26/05) i una única defunció a Formentera (darrera defunció, el 22/04).

Es mantenen les xifres del dia anterior, ja que no s'han registrat, afortunadament, més defuncions.

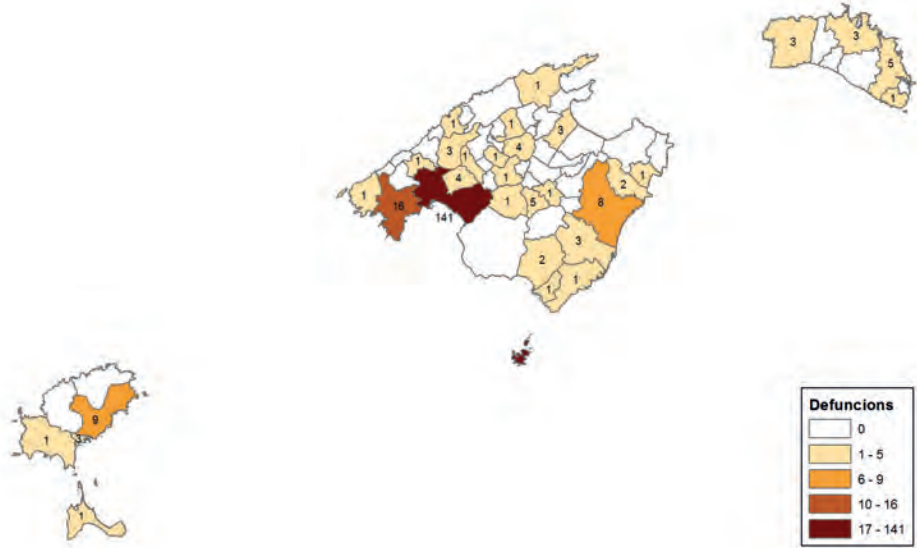
El mapa municipal de defuncions adjunt, tot i que referit al dia 20 de juliol, no presenta canvis respecte a les dades globals referides al dia 21, perquè no s'ha comptabilitzat cap nova defunció en aquest breu interval.

De l'anàlisi de les dades municipals podem destacar alguns aspectes rellevants:

1. Les defuncions per COVID-19 registrades al terme municipal de Palma suposen el 60% de totes les defuncions per aquesta causa de l'arxipèlag i el 70% de totes les produïdes a l'illa de Mallorca. Aquestes xifres es troben molt per sobre del pes demogràfic del municipi respecte de la població de l'illa de Mallorca (46,44%) i respecte de la població total de l'arxipèlag (36,20%). S'ha demostrat que hi ha certa relació entre la concentració de la població de la incidència del virus. Palma, com a província de serveis insulars (i de tot l'arxipèlag en alguns ítems), disposa d'una important concentració de serveis d'atenció socio sanitària i de la tercera edat que han estat particularment colpejats per l'embat epidèmic.
2. Calvià, el segon terme municipal quant a població de l'arxipèlag, també presenta una incidència significativa de defuncions, amb uns valors molt propers als de la capital (poc menys de 32 defuncions per 100.000 habitants, quan Palma arriba a les prop de 34/100.000 habitants).
3. Santa Eulària des Riu i Manacor, amb 9 casos (taxa de 24/100.000 habitants) i 8 casos (taxa del 18/100.000 habitants), també mostren unes xifres destacables.
4. La resta dels municipis presenta menors xifres absolutes de defunció fins arribar, en molts de municipis, a no assolir cap defunció per COVID-19 registrada, com serien, per exemple, els casos de molts de municipis de la Serra de Tramuntana (Estellencs, Banyalbufar, Valldemossa, Deià, Fornalutx i Escorca), del Pla (Petra, Ariany, Costitx...) o del Llevant (Artà i Capdepera), per citar-ne alguns de Mallorca;

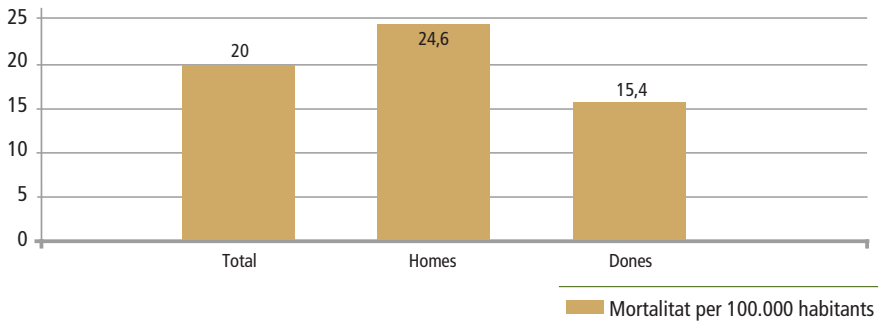
Ferrerries, es Migjorn Gran i Alaior, a Menorca; i Sant Antoni de Portmany i Sant Joan de Labritja, a l'illa d'Eivissa.

Defuncions per COVID-19 per municipis. 20/07/2020



Font: Elaboració pròpia a partir de les dades del web de la COVID. Conselleria de Sanitat i Consum

Gràfic 1 | Taxes de mortalitat per 100.000 habitants. Casos simptomàtics confirmats COVID-19. Illes Balears. 21/07/2020



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 12. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

La letalitat dels casos confirmats simptomàtics, d'acord amb les informacions de l'informe número 13 de VE, assoliria el 10% dels casos (230 defuncions el dia 21 de juliol), una xifra prou elevada i que mostra el risc que implica aquesta infecció per a les persones.

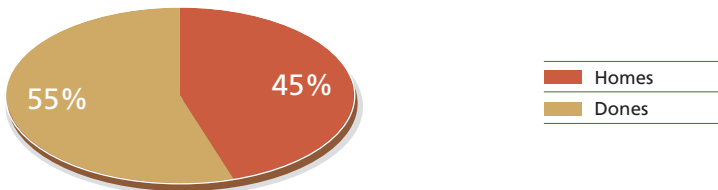
Cal, però, referir les dades de defuncions al conjunt de la població per saber quina incidència total de defuncions ha causat, fins a aquests moments, la COVID-19. Així, 20 persones de cada 100.000 han mort a les Balears com a conseqüència d'aquesta pandèmia causada per aquest nou virus. Les diferències per sexe són prou significatives, assolint la taxa entre els homes un 24,6/100.000, mentre que les dones presenten una taxa marcadament inferior del 15,4.

5.4. La variable de sexe i la COVID-19 a les Illes Balears

La variable de sexe és molt important, no tan sols en molts d'estudis que cerquen demostrar bretxes o discriminacions de gènere, sinó també en el camp de l'estudi sanitari, ja que moltes vegades els distints sexes poden presentar diferències davant d'una mateixa malaltia o, fins i tot, presentar simptomatologies diferents per a una mateixa patologia.

En aquest cas, només volem destacar que, tot i que no hi ha molta diferència entre sexes quant a la possibilitat d'emmalaltir de la COVID-19 (almenys que s'hagi demostrat a hores d'ara), el que sí és cert és que la letalitat és més elevada entre els homes.

Gràfic 2 | *Distribució percentual per sexe del total de casos acumulats de COVID-19. Illes Balears. 20/07/2020*

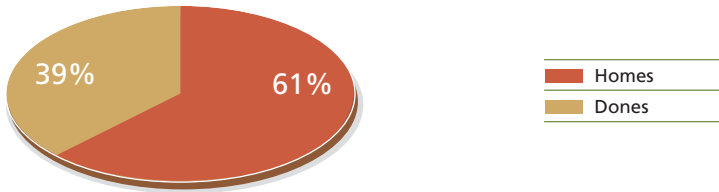


Font: Conselleria de Sanitat i Consum. Web de dades de la COVID.

Com a altres temes, encara es troba sota investigació científica i seran estudis posteriors que hauran de cercar-ne l'explicació exacta. Actualment, hi ha alguns autors que apunten a un cert component genètic o hormonal (distints per sexe, lògicament), mentre que altres apunten més aviat a determinats hàbits més prevalents entre els

homes, sobretot en els grups de més edat (tabaquisme, consum d'alcohol...) i de patologies prèvies més prevalents per raó de sexe.

Gràfic 3 | *Distribució percentual per sexe del total de defuncions per COVID-19. Illes Balears. 20/07/2020*

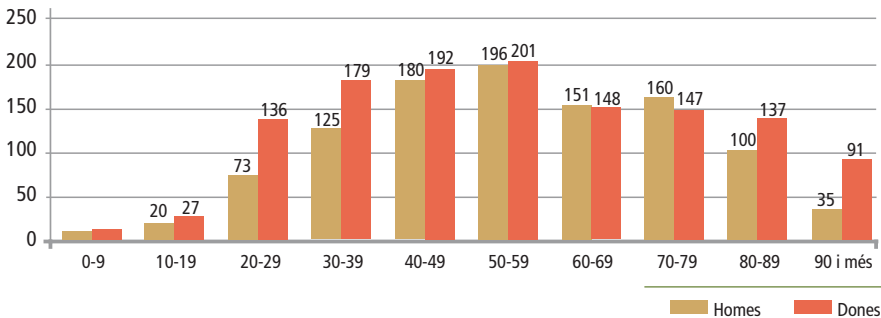


Font: Conselleria de Sanitat i Consum. Web de dades de la COVID

De la comparació de les gràfiques anteriors, es desprèn de manera clara que els homes presenten una taxa de mortalitat per COVID-19 més elevada que les dones, sigui quina en sigui la causa explicativa final (genètica, hormonal, d'hàbits de salut...).

5.5. La variable d'edat: la gran incidència de la COVID-19 en la tercera edat

Gràfic 4 | *Casos acumulats per grup d'edat i sexe per COVID-19. Illes Balears. 20/07/2020*



Font: Conselleria de Sanitat i Consum. Web de dades de la COVID

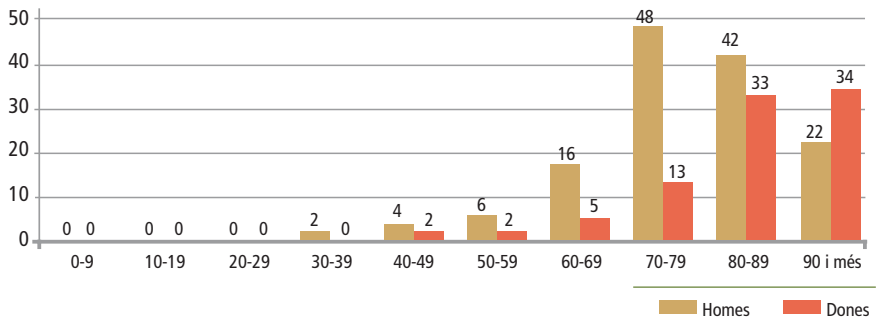
La variable d'edat esdevé una variable fonamental quan parlem de la COVID-19. No només per la xifra d'afectats que hi ha hagut entre els membres de la tercera edat, sinó també perquè ha fet mal de manera molt significativa a les persones que habitaven en residències per a persones grans i en altres centres sociosanitaris, i perquè, hi ha

una relació de proporcionalitat molt directa entre l'edat de la persona malalta de COVID-19 simptomàtica, les necessitats d'assistència especialitzada i els ingressos a les UCI i, evidentment, la probabilitat de defunció.

El gràfic de distribució dels casos acumulats de COVID-19 per grup d'edat i sexe ens mostra tota la distribució que hi ha hagut d'acord amb aquestes variables. Així, tot i que hi ha determinats grups d'edats mitjanes en què hi ha hagut més casos, el col·lectiu de més de 60 anys suposa una part significativa dels casos totals. Així, prop del 42% dels casos totals a les Illes Balears, i gairebé la mateixa proporció per sexe, tenen més de 60 anys.

Com hem dit, però, no només ens interessa destacar la importància de l'edat, com a factor de risc de patir la malaltia, sinó que de l'estudi de les dades s'extreu que el risc rau sobretot en la letalitat que aquesta infecció causa a mesura que pugem en la piràmide d'edat.

Gràfic 5 | Defuncions registrades per grup d'edat i sexe per COVID-19. Illes Balears. 20/07/2020



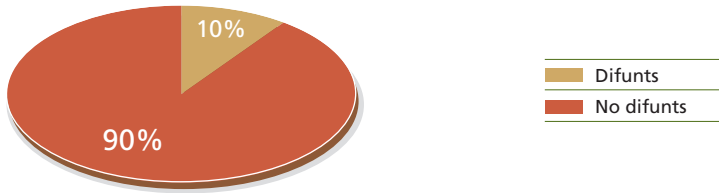
Font: Conselleria de Sanitat i Consum. Web de dades de la COVID

El gràfic de defuncions registrades per grup d'edat i sexe és molt il·lustratiu. Així, les defuncions són absents en els grups d'edat molt joves, i també molt escasses, fins arribar als 60-69 anys, on ja presenten unes xifres més elevades que augmenten ràpidament en els grups d'edat superiors.

És evident que aquest gràfic, comparant-lo amb el del nombre de casos, apunta cap a una sobremortalitat claríssima a mesura que augmenta l'edat dels malalts. Aquest gràfic també permet fer visible el que hem comentat en l'epígraf anterior: hi ha una mortalitat significativament més elevada entre els homes, com podem apreciar en tots els grups d'edat, i només en el grup d'edat més avançat (90 i més anys) hi ha més dones

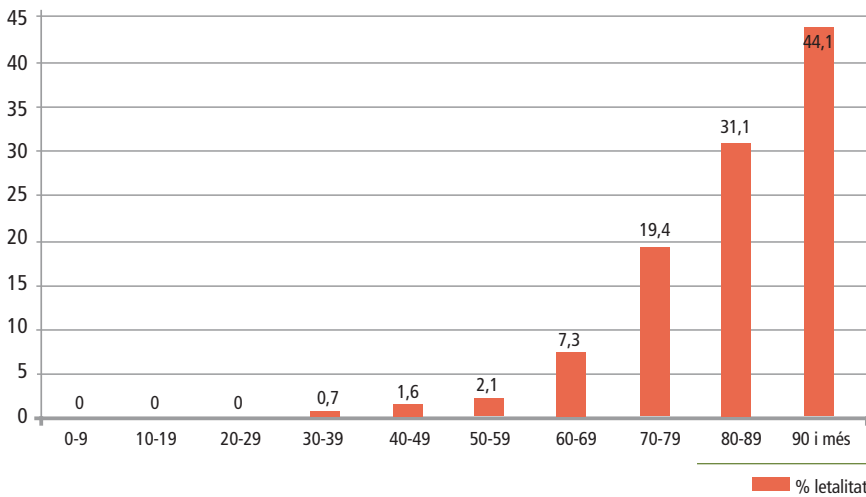
mortes que homes, però aquest fet és conseqüència de la major xifra de dones en els grups d'edat més avançades, per les diferències d'esperança de vida.

Gràfic 6 | Percentatge de letalitat de la COVID-19 sobre els casos simptomàtics detectats



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Gràfic 7 | Taxa de letalitat per grups d'edat. Casos COVID-19 confirmats simptomàtics. 21/07/2020



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

L'informe de vigilància epidemiològica de la COVID-19 de la Conselleria de Sanitat i Consum ens n'ofereix la taxa calculada. Així, mentre que fins als 60 anys les probabilitats de defunció se situen per sota del 2,1% (prenent la xifra màxima de l'interval

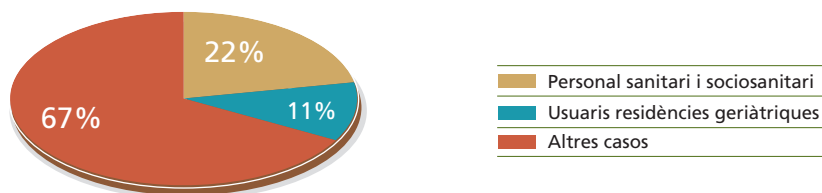
50-59), a partir dels 60 anys, la xifra puja fins al 7,3%; a un de cada 5 si es tenen entre 70 i 79 anys; d'un terç si es tenen entre els 80 i els 89 anys, i de més de 4 de cada 10 si el malalt té més de 90 anys. Unes xifres que són, per tant, esgarrifosament elevades i que conviden les persones d'aquests grups d'edat a extremar les precaucions i que també les hagin d'extremar tots els qui hi cohabiten o que treballen en els centres on resideixen.

5.6. Els col·lectius més afectats per la COVID-19 a les Illes Balears: els treballadors dels centres sanitaris i sociosanitaris, i els usuaris de les residències geriàtriques

Durant l'epidèmia s'ha parlat de distints col·lectius particularment afectats. Un ha estat el del personal de centres sanitaris i sociosanitaris que, segons les circumstàncies de convivència en àmbits laborals tancats i amb forta presència del virus, han fet que presentin elevades xifres d'afectats. En total, 497 persones d'aquest col·lectiu han presentat casos simptomàtics confirmats; un nombre que suposaria el 22% dels casos totals comptabilitzats. Els 497 casos totals s'han distribuït de la manera següent: 351 en centres sanitaris (70,6%), 144 en centres sanitaris (29%) i 2 (0,4%) en altres centres. L'inici dels símptomes del darrer cas és ben recent, del 15 de juliol de 2020. En conjunt, els casos simptomàtics confirmats comptabilitzats en aquesta categoria s'apropen a una quarta part de tots els registrats a les Illes Balears (22%)

L'altre ha estat la població de la tercera edat i, particularment, els usuaris de les residències geriàtriques, que han patit en primera persona els efectes de l'embat epidèmic. En total s'han registrat 243 casos simptomàtics d'aquesta categoria, que suposen un 11% dels casos simptomàtics confirmats a les Illes Balears. La data d'inici dels símptomes de l'últim cas detectat es remunta a fa més d'un mes (07/06/2020).

Gràfic 8 | *Distribució dels casos COVID-19 confirmats simptomàtics per principals categories d'afectats. 21/07/2020*

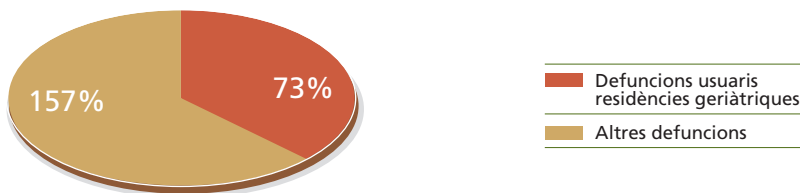


Però el que destaca particularment és la xifra de defuncions registrada entre els usuaris de residències geriàtriques, sobre el total de defuncions per COVID-19. Això no fa més que destacar no només la letalitat del virus en els grups de més edat, sinó l'especial letalitat registrada en aquestes institucions. Així, el darrer cas de defunció per COVID-19 es produí a l'arxipèlag dia 23 de maig de 2020. Les morts d'usuaris de residències geriàtriques arriben fins a les 73. Això suposa un 32% sobre el total de defuncions totals registrades a les Illes Balears i posa de relleu els efectes particularment greus que ha tingut la pandèmia sobre el col·lectiu de la tercera edat i, especialment, els residents en aquestes institucions.

Si comparem les dades de defuncions amb les dades de casos confirmats simptomàtics d'aquest col·lectiu (243), podem concloure l'elevada letalitat suportada per aquests malalts, de devers el 30%.

En definitiva, els residents en centres geriàtrics han suposat devers una tercera part de les defuncions de COVID-19 registrades a les Illes, atesa l'elevada letalitat el virus ha tingut en aquest col·lectiu (gairebé el terç dels simptomàtics confirmats ha mort).

Gràfic 9 | *Importància de les defuncions registrades a les residències geriàtriques sobre el total. COVID-19- 21/07/2020*

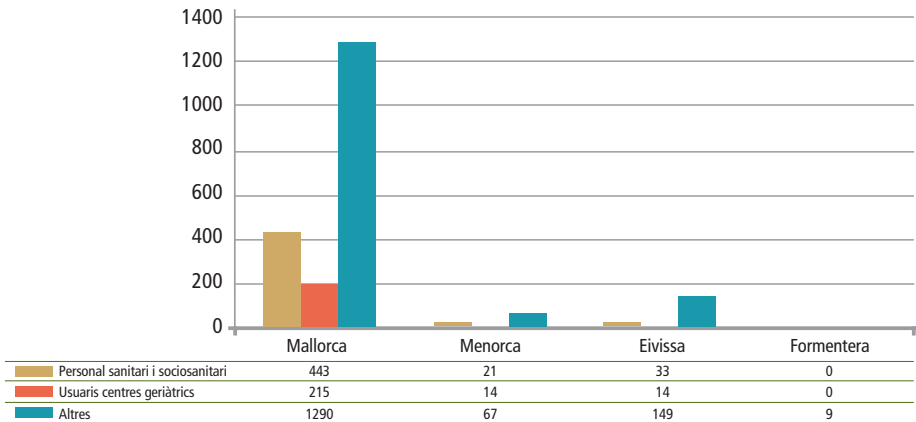


Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Durant els moments de més intensitat epidèmica (març i abril), alguns d'aquests centres, com la residència Elena, Son Ametler, Oasis i DomusVi a Palma, hagueren de ser intervinguts i alguns també tancats. Hi hagué casos en què tots o bona part dels usuaris d'aquests centres i un percentatge destacable de treballadors s'havien infectat. Sembla, en tot cas, que l'afectació ha estat substancialment més significativa en les residències privades, i que això pot ser conseqüència, almenys en part, d'unes ràtios d'ocupació més elevades i d'unes plantilles molt més ajustades, amb uns salaris baixos i menys capacitat general de resposta davant la situació epidèmica produïda.

En tot cas, una de les coses sobre les quals ben segur ens ha de fer reflexionar la crisi de la COVID-19 és el model d'atenció de la població geriàtrica, que ha demostrat que funcionava sense protocols clars per evitar el greu efecte d'una epidèmia vírica com la que ens ocupa i, que, possiblement, caldrà plantejar-se la reorganització de les condicions generals d'aquests centres a fi d'assegurar que no hi torna a haver contagis massius en el futur (p. ex., habitacions individuals, àrees aïllades, equips de protecció individual i de desinfecció per a tots els treballadors i usuaris, protocols d'aïllament i regulació de visites en cas de detecció de malalties infeccioses de transmissió comunitària, etc.).

Gràfic 10 | Casos de COVID-19 confirmats simptomàtics per principals categories d'afectats i illa. 21/07/2020



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

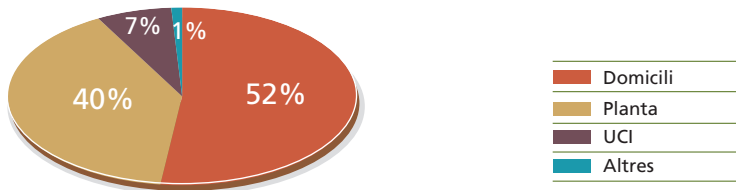
5.7. Tractament rebut pels malalts de la COVID-19 a les Illes Balears

Un dels temes que interessa analitzar és on han hagut de rebre tractament els pacients de COVID-19. Com sabem ara, uns dels problemes que causa la COVID-19, en un percentatge significatiu de casos, és la necessitat de rebre assistència hospitalària i, d'aquests, també una xifra prou elevada, ha de ser ingressat a l'UCI perquè necessita respiració assistida i altres teràpies per ajudar a superar la infecció, cosa que, com sabem, no s'ha aconseguit en molts de casos perquè no hi ha un tractament que s'hagi demostrat realment eficaç davant aquesta malaltia. Precisament fou la necessitat de respiradors que alarmà durant la fase inicial de l'epidèmia, ja que, en les zones més afectades, la demanda podia arribar a superar la disponibilitat d'equips, a banda que,

mirant les circumstàncies, no se'n podien adquirir en el mercat internacional per la demanda multinacional existent i les mateixes restriccions d'exportació dels països fabricants.

No fou la situació de les Balears, però, en zones més afectades, la saturació de les UCI i dels hospitals determinà la implantació de criteris de tractament, que passaven per una avaluació de les possibilitats de supervivència dels pacients davant la necessitat de decidir a qui assignar un recurs disponible. Un d'aquests criteris fou l'edat, a banda d'altres circumstàncies de salut individuals que es poguessin considerar. Aquests criteris expliquen, almenys en part, les elevades taxes de defunció registrades en els centres geriàtrics.

Gràfic 11 | Àmbit de tractament dels malalts de COVID-19.
Dades acumulades 17/07/2020



Font: Conselleria de Sanitat i Consum. Web de dades de la COVID. Dades acumulades fins 17/07/2020

Sigui com sigui, dels malalts de COVID-19, la meitat (si fa no fa) presentaren simptomatologia prou lleu com per poder ser tractats al seu domicili.

En segon lloc, 4 de cada 10 malalts hagueren de rebre assistència especialitzada en un centre hospitalari.

I, finalment, devers el 7% dels malalts veieren seriosament compromesa la seva salut, fins al punt d'ingressar en les unitats de més control: les unitats de cures intensives. I, a més, amb unes estades que s'han perllongat en determinats casos durant molts de dies i, fins i tot, setmanes, com hem pogut veure per la televisió.

Fent un petit incís, malgrat que no tenim xifres concretes, i d'acord amb les informacions que van apareixent esporàdicament, pendents d'estudis científics globals, s'ha de dir que, un cop superada la COVID-19, molts malalts s'enfronten a un període de convalescència més o menys llarg, i que alguns presentaran (o poden presentar) seqüeles a llarg termini (afectacions pulmonars, renals, pancreàtiques... Val a dir que,

tot i que s'ha avançat molt en el coneixement de la COVID-19, molts són encara els aspectes que s'han d'analitzar.

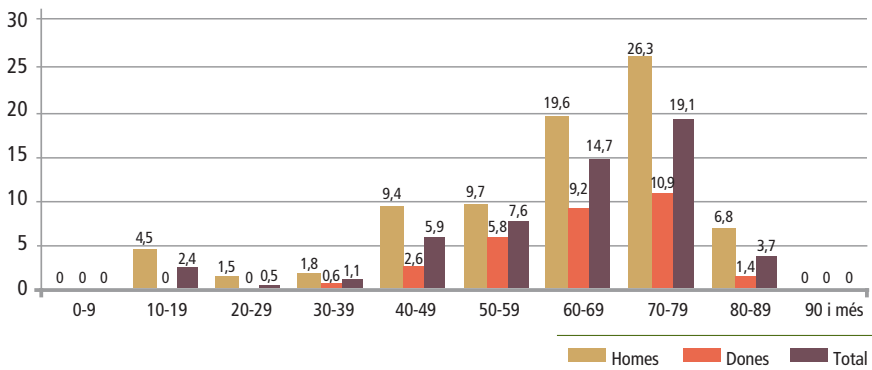
L'informe de seguiment de la COVID-19, publicat periòdicament pel Servei d'Epidemiologia, ens ofereix el percentatge ingressos en UCI per grups d'edat i sexe sobre el total de casos simptomàtics confirmats per grup i sexe. D'aquestes dades podem treure unes conclusions molt evidents: 1. Hi ha una relació clara entre edat i l'agreujament de la situació de salut causada pel coronavirus que condueix a més ingressos a UCI, en principi, i a un augment percentual de les defuncions, com ja hem vist en epígrafs anteriors.

2. La proporció d'ingressos és més elevada entre els homes que entre les dones, ja que és evident que la COVID-19 afecta de manera més greu el sexe masculí i aquesta situació es dona en tots els grups d'edat, des de població púber i adolescent fins a població d'edat molt avançada.

3. Aquest gràfic ens fa canviar la idea que moltes persones tenen que els ingressos a UCI són exclusius de persones d'edat avançada i, tot i que és cert que amb l'edat hi ha més probabilitats que la infecció s'agreugi i que s'arribi al punt d'haver d'ingressar en cures intensives, també és cert que persones joves o molt joves han hagut de necessitar aquest tractament.

4. És significatiu que a partir de 80 anys baixa significativament l'ingrés en UCI, i també la manca d'ingressos de persones de més de 90 anys.

Gràfic 12 | Percentatge de casos que han necessitat ingrés en UCI, per grups d'edat i sexe. Casos COVID-19 confirmats simptomàtics. 21/07/2020

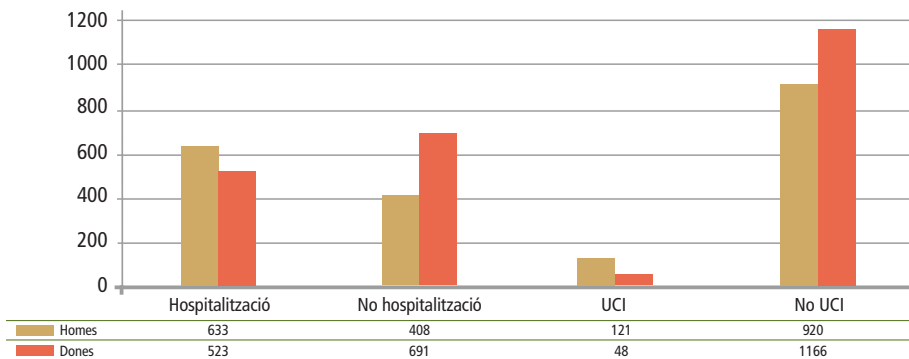


Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

El Servei d'Epidemiologia ens mostra de manera molt clara i gràfica que entre els pacients simptomàtics confirmats hi ha una clara bretxa de gènere, negativa en aquest cas per als homes, tant pel que fa a hospitalitzacions com a estades en UCI. Pel que fa a les hospitalitzacions, 523 dones simptomàtiques confirmades han estat hospitalitzades, xifra que suposa un 43% dels casos femenins confirmats, mentre que els homes hospitalitzats han estat 633: més del 61% dels pacients simptomàtics confirmats masculins. La diferència és molt significativa i la proporció d'hospitalitzats i no hospitalitzats s'inverteix, segons el sexe que considerem; aquesta relació és molt negativa per als homes, que han patit un percentatge considerablement més important d'ingressos. Tant és així, que hi ha molts més homes que han necessitat un ingrés hospitalari per superar la infecció vírica que els pacients simptomàtics masculins confirmats que han pogut recuperar-se de manera extrahospitalària.

Una situació similar la trobem quan analitzem els casos simptomàtics confirmats que han necessitat l'ingrés a les unitats de cures intensives. Així, de les 1.214 dones confirmades simptomàtiques per COVID-19, només 48 (un 4% del total) han necessitat ingressar en les unitats de cures intensives; mentre que els ingressos en UCI entre els homes han pujat a 121 casos (un 12% dels casos masculins).

Gràfic 13 | *Casos simptomàtics confirmats de COVID-19, segons si han hagut de ser hospitalitzats o ingressats en UCI, per sexe. 21/07/2020*



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

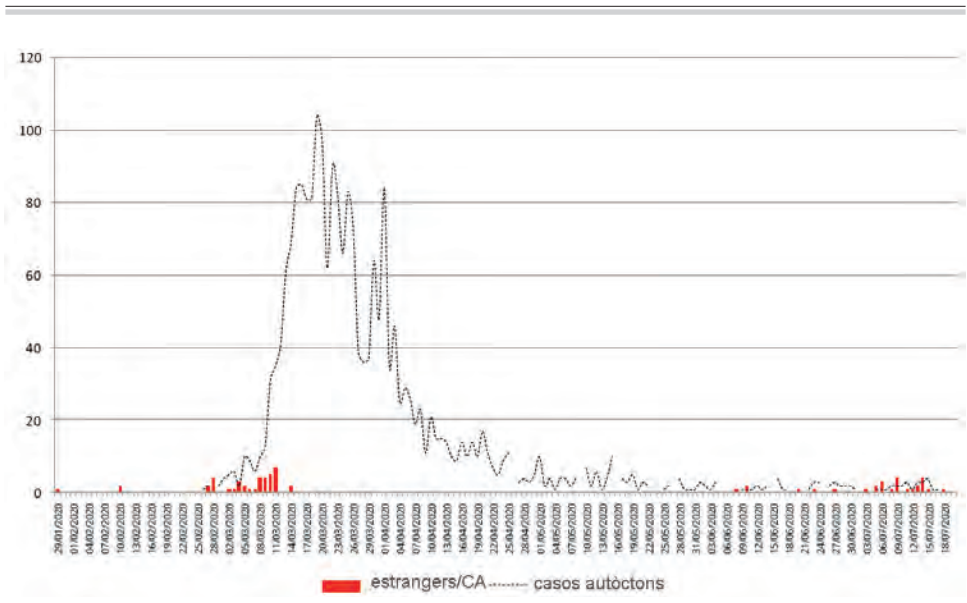
En definitiva, vistes les estadístiques de què disposem, la variable de sexe és determinant per valorar la possibilitat que el procés causat per la COVID-19 generi problemàtiques importants que determinin l'ingrés en un centre hospitalari, en primer terme, i el pas a

teràpies intensives. Els homes, segons distintes circumstàncies que hauran de valorar-se i que són probablement multifactorials (patologies derivades d'hàbits de vida, factors genètics i hormonals, patologies prèvies...), presenten més probabilitats de presentar complicacions de la COVID-19 que determinen també més necessitats assistencials, ja siguin ingressos en planta o teràpies respiratòries i mèdiques pròpies de les UCI.

5.8. Les corbes epidèmiques de la COVID-19 a les Illes Balears

No podíem deixar aquest article sense mostrar, a través d'alguns dels gràfics que ens ofereix el Servei d'Epidemiologia de la Conselleria de Salut i Consum del GOIB en el seu informe epidemiològic, l'evolució de la situació epidèmica que hem viscut i que vivim a causa del SARS-CoV-2. I dic que vivim perquè convé que recordem que allò que anomenaven «nova normalitat», que és ara, és una situació de convivència amb el virus que ens obliga a estar permanentment vigilants i a observar les mesures recomanades per intentar evitar que els nous brots epidèmics que es detecten (i es continuaran detectant) no es converteixin en punts descontrolats que provoquin situacions com les que conduïren a la declaració de l'estat general d'alarma i al confinament de la població.

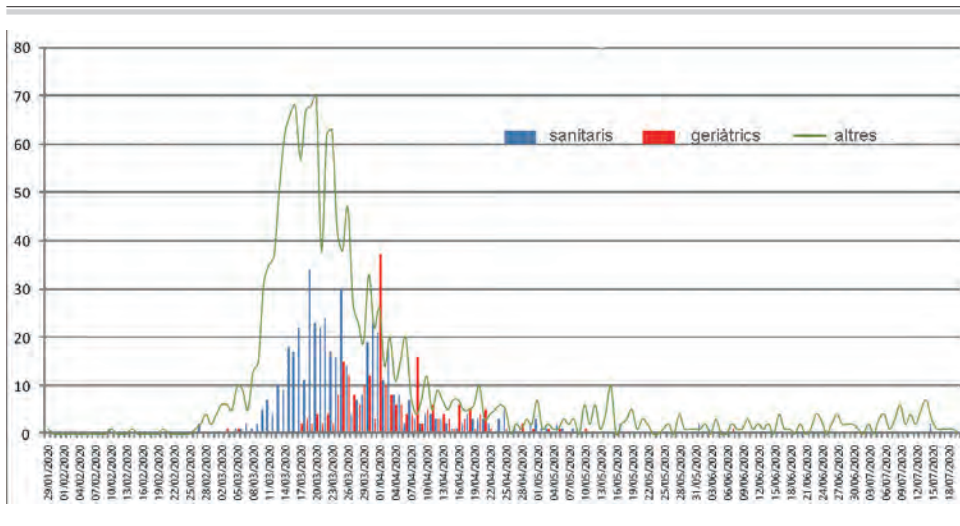
Gràfic 14 | *Casos simptomàtics confirmats per data d'inici dels símptomes. 21/07/2020*



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

La situació canvià a final de febrer i sobretot a l'inici de març, en què es registrà una progressió geomètrica en la xifra de casos detectats i una gran pressió sobre el sistema sanitari, que hagué de destinar tots els recursos disponibles a atendre el brot epidèmic i reduir les activitats assistencials destinades a altres pacients. Lentament, s'ha anat recuperant després dels moments àlgids viscuts sobretot als mesos de març, abril i, en menor mesura, el maig.

Gràfic 15 | *Casos simptomàtics confirmats per data d'inici dels símptomes i classe de personal afectat. 21/07/2020*



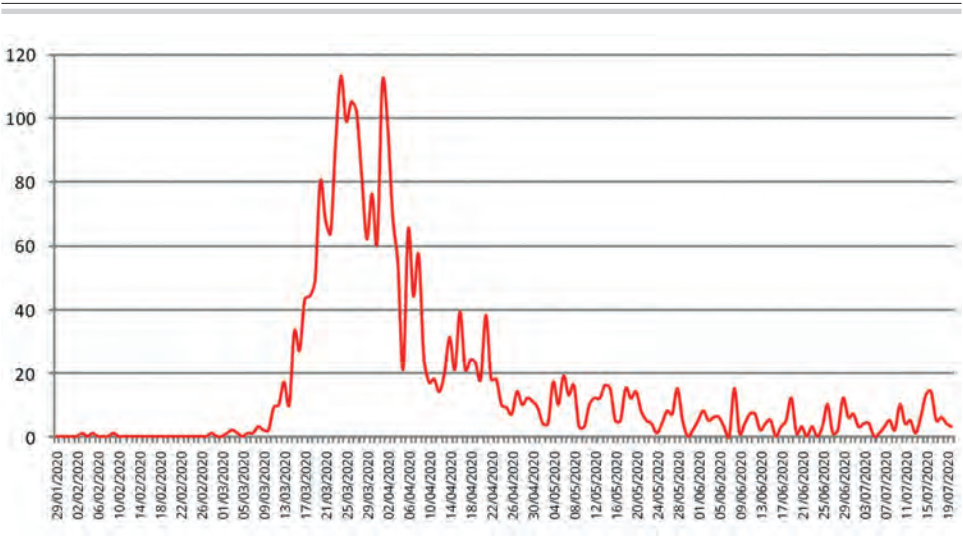
Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

Troben especialment interessant el gràfic que ens mostra els casos confirmats per classe de personal afectat —que hem pres directament de l'informe epidemiològic perquè no tenim accés a les dades originals desagregades—, ja que ens mostra el dramatisme viscut a l'inici de l'onada epidèmica de final d'hivern i principi de primavera del 2020. Una quantitat molt important de professionals dels centres sanitaris i sociosanitaris s'infectaren pel desconeixement de l'abast i els efectes del virus i la manca d'equips de protecció, protocols específics i mitjans de desinfecció adequats, entre d'altres factors. Així mateix, s'aprecia com el virus colpejà amb gran virulència els usuaris de les residències geriàtriques, sobretot entre mitjan març i mitjan abril. Tampoc els centres geriàtrics no estaven preparats quant a materials de protecció i desinfecció, protocols d'actuació i formació del personal, entre d'altres elements. Cal recordar que, en aquells moments, els països fabricants acumulaven materials (respiradors, màscares, guants, EPI, gel hidroalcohòlic...) i en nacionalitzaven les produccions, i els països competien

en els mercats internacionals per poder-ne importar. Aquesta situació es perllongà i explica, almenys en part, la xifra tan elevada de contagis entre el personal sanitari i assistencial.

Sembla evident, però, que la situació actual, com a mínim en aquest sentit, ha millorat de manera considerable, i els serveis sanitaris i sociosanitaris disposen de reserves materials per fer front a la tasca diària amb el virus, així com de protocols d'actuació. El mateix podríem dir dels centres geriàtrics, que, com a mínim, s'han dotat de certa capacitat de reacció davant l'amenaça de noves revifades epidèmiques, com ara l'increment del control sobre les visites, la desinfecció de mercaderies i qualsevol element que entri als recintes, uns protocols estrictes d'higiene del personal, etc.

Gràfic 16 | *Casos confirmats per data de diagnòstic del laboratori.*
21/07/2020



Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

El gràfic permet veure que la corba de contagi de l'anomenada «primera onada epidèmica» fa temps que ha quedat enrere, però és cert que es continuen detectant nous casos i que, d'ençà de l'obertura de les Illes cap a l'exterior, han augmentat els casos importats procedents de l'estranger i altres comunitats autònomes, tot i que el virus encara era (i és) present a l'arxipèlag.

Aquestes circumstàncies ens conviden a ser prudents, a seguir totes les recomanacions sanitàries i a tenir especial cura en cas d'entrar en els grups de més risc, entre els quals, com ha quedat demostrat a l'article, es troba de manera molt destacada el col·lectiu de la tercera edat.

5.9. Els brots epidèmics detectats

De brots epidèmics, definits com «el conjunt de tres o més casos en què hi ha un nexa de contacte en períodes compatibles amb el període d'incubació de la malaltia», n'hi ha hagut de diversos.

Data	Casos	Asimptomàtics	Simptomàtics	Hospita-litzats	Morts	Origen	Àmbit	Illa
16/03/2020	6	0	6	2	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
04/05/2020	7	0	7	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
12/05/2020	3	0	3	2	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
18/05/2020	13	10	3	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
21/05/2020	3	3	0	0	0	Illes Balears	Laboral	Mallorca
02/06/2020	4	3	1	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
04/06/2020	7	5	2	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
11/06/2020	9	5	4	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
13/06/2020	4	2	2	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
18/06/2020	4	2	2	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
20/06/2020	5	4	1	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
22/06/2020	4	3	1	0	0	Illes Balears	Familiar	Mallorca
23/06/2020	10	7	3	0	0	Illes Balears	Familiar	Pitiüses
03/07/2020	4	2	2	1	0	Alemanya	Laboral	Mallorca
05/07/2020	3	1	2	0	0	Bolívia	Comunitari	Mallorca
06/07/2020	3	1	2	0	0	Múrcia	Familiar	Menorca
07/07/2020	3	0	3	0	0	Catalunya	Familiar	Mallorca
09/07/2020	6	6	0	0	0	Extremadura	Familiar	Mallorca
11/07/2020	3	0	3	1	0	Illes Balears	Familiar	Menorca
11/07/2020	8	3	5	0	0	Illes Balears	Laboral	Pitiüses
14/07/2020	4	3	1	0	0	Illes Balears	Domiciliari	Mallorca

Font: Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

En total, s'han detectat, segons dades actualitzades el dia 21 de juliol de 2020, 21 brots acumulats, que han implicat 113 casos; dels quals 53 foren simptomàtics i

60 asimptomàtics. Els brots generaren necessitat d'hospitalització en 6 casos i no causaren cap defunció.

Destaca que l'àmbit de contagi és principalment el familiar, i a molta distància hi ha els contagis en l'àmbit laboral, comunitari i domiciliari sense nexa familiar.

Així mateix, d'ençà de l'obertura de les Illes al trànsit de passatgers amb altres comunitats autònomes i l'estranger, s'han detectat brots epidèmics generats per casos exteriors, sobretot d'altres comunitats autònomes (Múrcia, Extremadura i Catalunya) i també de l'estranger (Bolívia i Alemanya).

En tot cas, la ràpida detecció d'aquests brots ha permès, almenys de moment, que els focus siguin relativament poc nombrosos i que no s'hagin produït xifres elevades d'expansió dels contagis.

La situació actual, de fort descens de la xifra de viatgers i de l'activitat turística en general, afavorida per la situació epidèmica global, sembla que pot contribuir, des de l'aspecte sanitari, que es redueixin les possibilitats de contagi per importació de focus exteriors.

Tot i així, cal destacar la feina dels professionals sanitaris en les tasques no només de tractament dels malalts de la COVID-19 sinó també de detecció primerenca i seguiment dels casos, un instrument sens dubte imprescindible per afrontar amb èxit l'etapa prèvia a la trobada d'una vacuna eficaç que es pugui estendre a un conjunt ampli de la població.

6. Conclusions

- La COVID-19 ha generat, de manera totalment inesperada, una pandèmia a escala global que, lluny de trobar-se en fase de control, està en una situació de progressió a final de juliol de 2020.
- Des dels inicis, a final de 2019, a la regió xinesa de Wuhan, el virus responsable, el SARS-CoV-2, un coronavirus que s'ha transmès des d'un animal salvatge a l'ésser humà, s'estengué sense control i sense que fos detectat, primer per Europa i després per altres àrees del planeta (continent americà, Àfrica...), on actualment se situen els punts més problemàtics quant a infeccions i defuncions (sobretot, als EUA i al Brasil).
- Sense una vacuna eficaç, l'anomenada «nova normalitat» és un període de vigilància permanent en què les mesures de distància social, higiene de mans i ús

de la màscara s'han de mantenir a fi que els rebrots que es detecten no impliquin nous processos epidèmics descontrolats com els que hem viscut a l'Estat espanyol, i que obligaren a declarar l'estat d'alarma des de mitjan març fins a la tercera setmana del mes de juny.

- La COVID-19 no només ha suposat un greu problema de salut pública, sinó un impacte econòmic brutal sobre l'economia mundial, sense que encara se'n puguin determinar les conseqüències a mig termini; dependran, en bona part, de les possibles onades epidèmiques posteriors i del temps que es tardi a descobrir, produir i aplicar una vacuna efectiva per a bona part de la població.
- L'impacte econòmic ha estat especialment intens en els països com Espanya, Itàlia o França, que tenen una economia que depèn, de manera considerable, del sector turístic. El mateix es pot dir de les regions com l'arxipèlag balear, amb un sector terciari fortament caracteritzat pel pes de la indústria turística.
- Des d'un punt de vista sanitari, la COVID-19 ha tensat fins a l'extrem el sistema sanitari de molts dels països i, particularment, d'aquells que, com l'Estat espanyol, hi havien hagut de destinar menys recursos, ateses les polítiques de control pressupostari que la Unió Europea havia aplicat a canvi de l'ajuda financera rebuda després de la gran crisi financera global de 2008.
- Tot i que una part dels infectats són asimptomàtics, un percentatge considerable de malalts de la COVID-19 necessiten assistència hospitalària, i una altra part necessita ingressar a l'UCI per rebre ventilació assistida i altres procediments intensius.
- Hi ha una relació molt directa entre l'edat i la probabilitat que els malalts simptomàtics de COVID-19 vegin greument compromès el seu estat de salut. A partir de 60 anys, les probabilitats de patir una afectació greu de salut per efecte de la COVID-19 es disparen exponencialment, així com la probabilitat de defunció.
- Les dades mostren que el sexe també és un element que incideix directament en la probabilitat de patir efectes més greus de la COVID-19 i d'experimentar unes taxes de letalitat més elevades. Així, la COVID-19 presenta efectes més greus en els homes que entre les dones. L'explicació es podria trobar en factors genètics o hormonals, d'hàbits tòxics més freqüents entre els homes (com el tabaquisme o el consum d'alcohol) o una prevalença més elevada de determinades afeccions (hipertensió, diabetis...). Encara hi ha molts aspectes de la COVID-19 que no són prou coneguts i que s'investiguen, com la probabilitat que pugui afectar les persones d'un determinat grup sanguini més que les d'altres.

- En els moments epidèmics àlgids de la COVID-19 a les Illes Balears (març i abril), dos grups n'han estat particularment afectats. D'una banda, el personal sanitari i sociosanitari i, de l'altra, les persones de la tercera edat residents en centres per a persones grans. Mentre que en el primer grup la xifra d'infectats ha estat particularment elevada, entre el segon grup no només la xifra d'infectats ha estat molt destacable, sinó que entre els malalts s'ha registrat un elevat índex de mortalitat. De les 230 defuncions confirmades per COVID-19 a l'arxipèlag, 73 han estat d'usuaris de residències geriàtriques. La manca de coneixements inicials sobre la malaltia, la inexistència de protocols específics i la manca de recursos materials imprescindibles (equips de protecció individual com màscares, guants, EPI, desinfectants...) i la impossibilitat d'adquirir-los per la gran demanda generada internacionalment expliquen, almenys en part, aquesta situació. Cal esperar que hi hagi prou dotació de recursos materials i tècnics, a banda que l'experiència acumulada pel personal sanitari i assistencial serveixi per fer front amb més garanties i menys impacte les noves onades epidèmiques, en cas que se'n produeixin en el futur.
- La gran incidència d'infectats i les defuncions registrades als centres geriàtrics de les Illes Balears han de servir per implantar-hi protocols i dotar-los de mitjans personals i materials suficients, a fi d'evitar situacions similars en el futur.
- El coneixement de les greus repercussions de la COVID-19 en el col·lectiu de la tercera edat ha de servir per mantenir, en la fase de l'anomenada «nova normalitat», la vigilància i les mesures d'higiene, precaució i distància social recomanades no tan sols entre els membres d'aquest col·lectiu sinó en tota la societat. Hem de ser conscients que tothom pot convertir-se en vector de contagi i provocar greus situacions de salut entre les persones de més edat.
- Tot i que és certa la relació directament proporcional entre edat i probabilitat de patir una afecció greu derivada de la COVID-19, també és cert que s'han registrat casos d'afectacions greus de salut entre població relativament jove i, fins i tot, alguna defunció.
- La situació actual, en què s'han detectat múltiples focus de COVID-19 i àrees en què torna a haver-hi transmissió comunitària a l'Estat espanyol, ha de servir per mantenir la tensió i prendre les mesures personals per evitar la possibilitat que es produeixin situacions com les viscudes a les Illes als mesos de març i abril, tot esperant que els científics trobin una vacuna eficaç i segura tan aviat com sigui possible.
- Per acabar, vull transmetre un missatge positiu: crec que no hi ha dubte que aviat disposarem d'una o més vacunes efectives que permetran que aquesta pandèmia

quedi, en un termini relativament curt, com una experiència molt dolorosa i impactant però, al cap i a la fi, un episodi puntual de la història de la humanitat. Una experiència que ha servit a moltes persones per valorar els aspectes més importants i transcendents de la vida. I que també ha servit per valorar el sacrifici, l'entrega i el treball envers els altres que moltes persones efectuen de manera habitual a la societat: el personal sanitari i els treballadors públics en general, i el voluntariat i la solidaritat de moltes persones que, de manera desinteressada, s'han implicat per ajudar els veïnats o altres persones que patien dificultats especials durant l'epidèmia.

Referències bibliogràfiques

1. Fonts de dades

1.1. Dades mundials

Web informatiu de l'Organització Mundial de la Salut. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard

<https://covid19.who.int/>

Web informatiu amb dades mundials de la Universitat Johns Hopkins

<https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd-40299423467b48e9ecf6>

1.2. Dades de l'Estat espanyol

Pàgina general sobre la COVID del Ministeri de Sanitat

<https://cnecovid.isciii.es/>

Web sobre la COVID del Ministeri de Sanitat

<https://cnecovid.isciii.es/covid19/>

Sistema de vigilància de la mortalitat diària (MoMo). Instituto Carlos III. Ministeri de Ciència i Innovació. Govern d'Espanya

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/MoMo/Paginas/MoMo.aspx>

Estudi nacional de seroepidemiologia de la infecció per SARS-CoV-2 a Espanya (ENE-COVID)

<https://www.msbs.gob.es/ciudadanos/ene-covid/home.htm>

1.3. Dades de les Illes Balears

Web informatiu sobre la COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB. Casos actius i resum de dades

<https://covid19ib.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/c1cde29b86bd431287fd4225bb4193a4>

Informe de vigilància epidemiològica número 13. COVID-19. Servei d'Epidemiologia. Conselleria de Sanitat i Consum. GOIB

https://www.caib.es/sites/epidemiologia/ca/coronavirus_2019-ncov/

2. Reials decrets

Reial decret 463/2020, de 14 de març, de declaració de l'estat d'alarma en tot el territori nacional per a la gestió de la crisi sanitària ocasionada pel COVID-19, modificada pel Reial decret 465/2020, de 17 de març.

Reial decret 476/2020, de 27 de març, de pròrroga de l'estat d'alarma fins a les 00 hores del dia 12 d'abril.

Reial decret 487/2020, de 10 de abril de 2020, que prorroga l'estat d'alarma fins a les 00 hores del dia 26 d'abril.

Reial decret 492/2020, de 24 d'abril, que prorroga l'estat d'alarma fins a les 00 hores del dia 10 de maig de 2020.

Reial decret 514/2020, de 8 de maig, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat fins a les 00 hores del 24 de maig de 2020.

Reial decret 537/2020, de 22 de maig, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat pel Reial decret 463/2020, de 14 de març, fins a les 00 hores del 7 de juny de 2020.

Reial decret 555/2020, de 5 de juny, pel qual es prorroga l'estat d'alarma declarat pel Reial decret 463/2020, de 14 de març, en què es declara l'estat d'alarma per a la gestió de la situació de crisi sanitària ocasionada per la COVID-19.

3. Altres fonts

Secció d'*El País* dedicada al coronavirus

<https://elpais.com/sociedad/crisis-del-coronavirus/?rel=friso-portada>

Dossier dedicat a la pandèmia de la COVID-19. *Ara Balears*. Dissabte, 23 de maig de 2020. Secció de Salut

<https://www.arabalears.cat/salut/>

Conferència del doctor Reina. Cap del Servei de Virologia. Hospital Son Espases. 6 de febrer de 2020

<https://www.youtube.com/watch?v=Tx76vbfJHRQ>

Entrevista. Juan Ayllón. Director de l'Àrea de Medicina Preventiva i Salut Pública. Universitat de Burgos. 4 de febrer de 2020

<https://www.youtube.com/watch?v=AhJpNEfIFYo>

Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó, (1965). Geògraf. Ha publicat diversos llibres i articles sobre la geografia i la demografia de les Illes Balears. Entre els llibres destaquen *L'epidèmia de grip de l'any 1918 a les Illes Balears*, El Tall (1991, 219 pp.); *Geografia de les illes Balears*, Lleonard Muntaner Editor (1997, 337 pp.) i la recent *Geografia de les illes Balears. Física i ambiental*, Lleonard Muntaner Editor (2018, 548 pp.). Durant alguns anys, ha estat coautor del capítol de sanitat de *l'Informe econòmic i social*, de Sa Nostra, i del capítol sobre demografia de la *Memòria econòmica i social* del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. En el camp de l'envelliment, destaquen —a banda d'altres— els articles publicats a *l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*: «Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural» (Anuari 2010, 17-74); «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears» (Anuari 2011, 21-77); «La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística» (Anuari 2012, 49-76); «Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears» (Anuari 2013, 103-141); «Els impactes ocults de la crisi econòmica en la tercera edat» (Anuari 2014, 153-182); «Recuperar la llengua del cor: el coneixement i l'ús de la llengua catalana de la població de 65 i més anys a les Illes Balears» (Anuari 2015, 25-62); «Un perfil aproximat de la població de la tercera edat a les Illes Balears. Indicadors estadístics bàsics» (Anuari 2016, 31-94) i «Una aproximació al patró actual de la mortalitat general i de la tercera edat a les Illes Balears» (Anuari 2017, pp. 49-81) i «Eutanàsia: el dret a decidir el moment de morir» (Anuari 2019, pp. 431-461). En el camp de la narrativa ha publicat *Contes contemporanis (1.0)*, Lleonard Muntaner Editor, 2015, 160 pp.

**COM AFECTA LA PANDÈMIA
DE LA COVID-19 LA SALUT MENTAL
DE LA GENT GRAN**

Com afecta la pandèmia de la COVID-19 la salut mental de la gent gran

Isabel Flórez Fernández

Resum

El virus SARS-CoV-2 s'ha estès de manera que ha arribat a provocar una situació de pandèmia i un estat d'alerta sanitària la mesura de prevenció principal del qual ha estat l'aïllament social. La població anciana ha estat la més castigada tant pel que fa al nombre d'afectats com pel nombre de defuncions. Tot això ha tingut repercussió no només en la seva salut física, sinó també en l'emocional, atès que el grup de les persones grans és un dels més vulnerables.

En estudis elaborats durant aquests mesos es recull que la pandèmia de COVID-19 s'ha associat a un increment de simptomatologia d'ansietat, depressió i de trastorns del son i d'estrès posttraumàtic. S'han reconegut variables facilitadores, com l'adequada informació i el bon suport ambiental, i d'altres que incrementaven el malestar emocional. Entre aquestes destaquen l'aïllament social i la quarantena, mesures que són necessàries per evitar els contagis, però que tenen un cost per a la salut. També cal tenir en compte l'increment de les taxes de suïcidi que s'ha donat en altres situacions de pandèmia i la necessitat de desenvolupar mesures de prevenció. Entre els ancians, una de les poblacions de més risc, els que ja tenen trastorns mentals previs són els més vulnerables.

Per tot això, és necessari un abordatge integral, en el qual el suport psicosocial ha d'anar de la mà dels mitjans de comunicació per donar informació adequada i clara, i sempre tenint presents les seves limitacions en l'ús de les eines telemàtiques.

Resumen

El virus SARS-CoV-2 se ha extendido hasta provocar una situación de pandemia y un estado de alerta sanitaria cuya medida de prevención principal ha sido el aislamiento social. La población anciana ha sido la más castigada tanto en cuanto a número de afectados como en el de fallecimientos. Todo ello ha tenido repercusión no solo en su salud física, sino también en la emocional, ya que el grupo de los mayores es uno de los más vulnerables.

En estudios realizados durante estos meses se recoge que la pandemia de COVID-19 se ha asociado a un incremento de sintomatología de ansiedad, depresión, sueño y de trastorno de estrés postraumático. Se han reconocido variables facilitadoras como la adecuada información y el buen apoyo ambiental, y otras que incrementaban el malestar emocional. Entre ellas destacan el aislamiento social y la cuarentena, medidas que son necesarias para evitar contagios, pero que tienen su coste en cuanto a la salud. También hay que tener en cuenta el incremento de las tasas de suicidio que se ha dado en otras situaciones de pandemia y la necesidad de desarrollar medidas de prevención.

Entre los ancianos, una de las poblaciones de más riesgo, los que ya tienen trastornos mentales previos son los más vulnerables.

Por todo ello es necesario un abordaje integral, en el que el apoyo psicosocial debe ir de la mano de los medios de comunicación para dar información adecuada y clara, y siempre teniendo presentes las limitaciones de los mayores para el uso telemático.

1. Introducció

La població de les Illes Balears s'ha vist afectada des del mes de març de 2020 per una situació d'alerta sanitària. La pandèmia pel virus SARS-CoV-2 (COVID-19) ha tingut un profund efecte en tots els aspectes de la salut, inclosos els físics i els mentals.

En qualsevol pandèmia és d'esperar que les persones puguin sentir-se estressades i preocupades. Les respostes habituals solen ser: por d'emmalaltir i morir, evitar anar als serveis sanitaris per temor a infectar-se mentre s'és atès, por de ser posat en quarantena, impotència de poder protegir els familiars i temor a perdre'ls a causa del virus, angoixa per separar-se dels éssers estimats, sentiments de desesperança, avorriment, solitud i tristesa.

El col·lectiu en què l'afectació ha estat major és el de la gent gran. Ells són els que representen el major nombre de morts i d'afectats per la malaltia. A Espanya, que és un país amb una esperança de vida llarga, 83,19 anys el 2018 (85,85 en dones i 80,46 en homes) (INE, 2018), el nombre d'afectats ha estat molt alt, i el mateix ha passat a les Illes Balears.

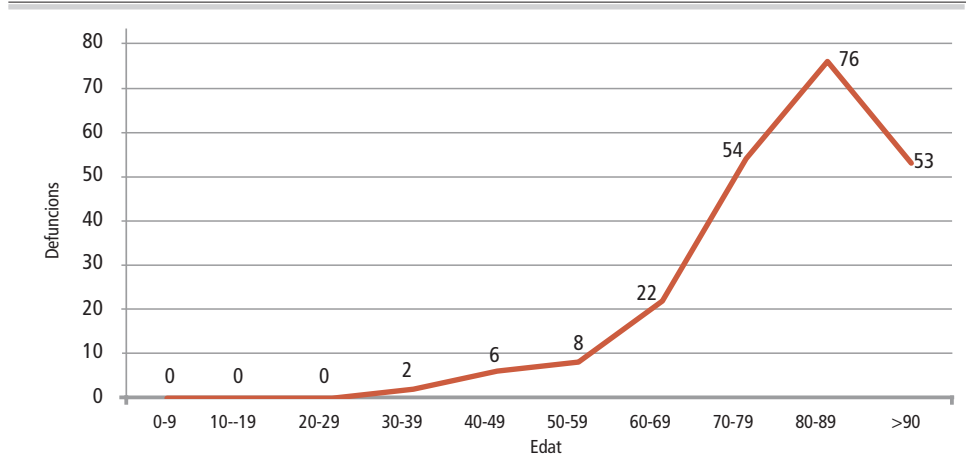
Fins al dia 20 de maig del 2020, a les Illes Balears s'han confirmat 2.123 casos, entre els quals hi ha hagut 221 morts (10%). Un 55,1% dels casos s'ha donat entre persones més grans de 60 anys, amb un predomini entre els usuaris de les residències, que han representat un 11,5% del total dels casos. El 92,76% de les defuncions s'ha produït entre els més grans de 60 anys (Conselleria Salut i Consum. Govern de les Illes Balears, 2020).

Des dels primers dies, els mitjans de comunicació informaven del nombre de morts, moltes vegades minimitzant la importància dels fets perquè les morts solien produir-se en grups vulnerables. Però què passava quan qui estava a l'altre costat del televisor formava part d'aquesta població sensible a la COVID-19?

En la gent gran coincidia no solament que tinguessin un pitjor pronòstic de la malaltia, associat en moltes ocasions a comorbiditats mèdiques, sinó que a causa del desbordament del sistema sanitari les restriccions a intervencions mèdiques més

intensives, com la utilització de respiradors, venien matisades per criteris d'inclusió relacionats amb l'edat i no únicament amb la funcionalitat.

Gràfic 1 | Defuncions per grup d'edat. Acumulat el 20/5/2020



Font: Conselleria de Salut i Consum. GOIB

Com afecta el fet de conèixer que un dels companys del centre de la tercera edat, amb el qual solia jugar-se al bingo, ha mort? I com se sent la persona que està a la residència sabent que ningú no hi vol anar a treballar, que no pot rebre visites dels seus familiars i que han de venir les unitats militars d'emergència a fer desinfeccions perquè tothom té por?

I no parlem de les situacions en què la memòria ja falla i costa reconèixer els que ens acompanyen en el dia a dia. Com explicar-se el fet d'haver d'estar apartat de tots? Com reconèixer a ningú si tots porten una mascareta? «No entenc res, però bo no deu ser».

Per intentar reflexionar sobre algunes d'aquestes preguntes aquest article pretén revisar la bibliografia relacionada amb els problemes de salut mental en les persones grans associats a la pandèmia de la COVID-19.

2. Salut mental en població major

Per determinar l'impacte que un fenomen com la pandèmia de la COVID-19 pot tenir en el col·lectiu de població de gent gran a les Illes Balears és necessari conèixer l'estat previ de salut mental d'aquesta població. Les persones majors amb alteracions psiquiàtriques constitueixen un grup molt nombrós.

La prevalença de trastorn mental en els ancians s'estima al voltant d'un 12%, xifra que s'incrementa un 40-50%, si anem a la població hospitalitzada per motius mèdics.

Taula 1 | *Prevalença de trastorn mental entre ancians*

Demències	65-69 anys: 0,6-3,7% > 90: 25,2-75%
Depressions	3,1-27%
Ansietat	20%
T somatomorf	20%
Símptomes psicòtics	75-85 anys: 5%

Font: Riedel-Heller et al., 2006, i Subramaniam et al., 2016.

Entre la població gran atesa en centres d'Atenció Primària d'Espanya s'ha trobat que un 47,4% dels subjectes avaluats presentaven un o més trastorns psiquiàtrics. Els de més prevalença eren els trastorns depressius, amb un 33,8%, seguits dels somatomorfs (24,4%) i d'ansietat (14,3%) (Vives et al., 2013).

Entre ells va haver-hi una gran comorbiditat psiquiàtrica (6,3%) i mèdica (43%). La probabilitat més alta de tenir algun trastorn afectiu es va donar entre aquells que percebien que la seva salut era dolenta. De la mateixa manera també va haver-hi major freqüència de diagnòstic psiquiàtric entre els que tenien aïllament social i vivència en solitud.

3. Efecte de la pandèmia de la COVID-19 sobre la salut mental

Per conèixer l'efecte que pot provocar la pandèmia de COVID es pren de model l'epidèmia del SARS de 2003, que va causar més de 8.000 infectats i 800 morts al món (en 26 països); tot i haver estat controlada en vuit mesos, es va produir un increment del desenvolupament de la síndrome d'estrès posttraumàtic en la població de les zones afectades. Altres epidèmies que s'han relacionat amb l'increment de problemes de salut mental, inclosos la depressió i l'abús de substàncies, han estat el MERS, H1N1 i l'ebola.

La pandèmia de la COVID-19, que fins al 15 de maig havia afectat més de cinc milions de persones i havia provocat més de 300.000 morts, quines afectacions té sobre la salut mental?

No només durant l'estat d'alerta sanitària hi ha hagut estrès, sinó que els dies previs ja es van viure sota la creixent amenaça d'epidèmia: s'hagueren d'interrompre tots els

plans i viatges, s'inicià un aïllament social bruscat, amb sobrecàrrega d'informació en els mitjans i tot això conduí a una atmosfera capaç de provocar ansietat i depressió. Así en una enquesta feta a la Xina durant els primers dies, el 54% dels avaluats van qualificar el brot de la COVID-19 com un impacte psicològic negatiu moderat o greu (Wang et al., 2020).

En un dels primers estudis fets a la província de Liaoning, Xina, entre gener i febrer de 2020, es va utilitzar una enquesta en línia, a través d'una plataforma de xarxes socials (Zhang i Ma, 2020). Mitjançant l'escala d'impacte d'esdeveniments (IES), es van recollir els impactes negatius en la salut mental. Del total dels 263 participants la puntuació mitjana va reflectir un impacte estressant lleu i per al 7,6% dels participants va tenir un impacte greu. D'altra banda, el 52,1% dels participants es va sentir horroritzat i aprensiu a causa de la pandèmia. El que més va ajudar a la majoria dels participants (57,8-77,9%) va ser sentir un major suport d'amics i familiars i sentir-se cuidat.

En un altre estudi més ampli entre ciutadans xinesos es van avaluar 4.872 participants de 31 províncies emprant la versió xinesa de l'índex de benestar OMS-Cinc (OMS-5) per a la depressió i la versió xinesa de l'escala de trastorn d'ansietat generalitzada (GAD-7) per a l'ansietat, i també la utilització de xarxes socials. La prevalença de depressió durant l'esclat de la COVID-19 va ser del 48,3%, d'ansietat el 22,6% i la combinació de depressió i ansietat el 19,4%. Més del 80% dels participants van informar que van estar exposats amb freqüència a les xarxes socials, la qual cosa es va associar positivament amb altes probabilitats d'ansietat i de trastorn mixt ansiós-depressiu, en comparació amb qui havia tingut menys exposició (Gao et al., 2020).

Buscant la prevalença de trastorns més específics (Liu et al., 2020) es va voler conèixer el nivell d'estrès posttraumàtic (PTSS) i de la qualitat del son en la població de Wuhan. La prevalença de PTSS, avaluada amb la llista de verificació del TEPT per a DSM-5 (PCL-5) en les àrees més afectades de la Xina un mes després del brot de la COVID-19, va ser del 7%. Les dones van informar d'un PTSS significativament superior que els homes, i destacaven els dominis de reexperimentació, alteracions en la cognició o/i estat d'ànim d'hiperexcitació. Aquells que van tenir una millor qualitat del son o menys freqüència de despertar primerenc van presentar un menor nivell de PTSS.

Els símptomes no només es van donar als moments inicials, sinó que es van mantenir en el temps, com va confirmar l'estudi de Wang (2020) que va seguir la població (1.738 persones) durant un període d'un mes. Les dades de l'avaluació inicial (estrès moderat-sever en un 8,1%, ansietat en un 28,8% i depressió en un 16,5%) es van mantenir sense canvis significatius passades les quatre setmanes i el mateix va ocórrer amb els de TEPT.

Quant a la salut mental a la fase inicial, les variables relacionades amb un millor pronòstic van ser: posseir informació de salut actualitzada i precisa (com per exemple saber la situació del brot en l'àmbit local) i també de mesures de protecció (higiene de mans, ús d'una mascareta). No obstant això, al cap de quatre setmanes, els factors protectors van passar a ser: tenir un alt nivell de confiança en els metges, la percepció de tenir una alta probabilitat de supervivència o bé un baix risc de contreure la COVID-19.

També hi ha dades a Europa, com les descrites a l'estudi fet a Dinamarca, que van permetre comparar els resultats obtinguts amb l'escala de benestar de l'OMS 5 (en 2.458 persones) amb les dades prèvies de la població danesa que havia estat estudiada el 2016. Es va trobar que el benestar psicològic de la població danesa en general es va veure afectat negativament per la pandèmia de la COVID-19, sobretot entre aquelles persones amb una edat compresa entre els 60 i els 80 anys (Sønderskov et al., 2020), i que una variable que estava molt relacionada amb nivells superiors d'ansietat i depressió va ser el mitjà pel qual s'obtenia la informació (pitjor a través de la ràdio i millor en televisió).

Altres variables associades a l'empitjorament del benestar psicològic durant la pandèmia han estat la probabilitat de contreure la malaltia (per exemple viure a prop de l'epicentre), ser un ancià i tenir altres problemes associats com dificultats econòmiques (Yang i Ma, 2020).

Abans ja se sabia que les persones grans són més vulnerables a l'impacte dels desastres naturals. Així, després de l'huracà Charley es va observar un empitjorament de l'estat de la salut en almenys un terç d'aquest col·lectiu amb una malaltia mèdica. També es va estudiar l'associació entre l'edat i l'impacte psicològic dels desastres naturals. Per dur-ho a terme es va fer un seguiment, durant quinze mesos, a una població després del terratrèmol de Sihan i es va trobar que entre els ancians supervivents hi havia nivells més elevats de PTSD i patologia psiquiàtrica en comparació amb la població d'adults joves (Jia et al., 2010).

Entre la població xinesa anciana s'han reconegut les següents variables que els han fet més vulnerables (Wang et al., 2020).

1. Fallades en la informació: els adults grans han tingut menys accés a la informació precisa sobre com es comporta el brot de COVID-19. El fet de no tenir informació ha pogut ocasionar-los preocupacions excessives.
2. L'abandonament de totes les activitats socials, incloses les sortides per a l'autoprotecció, cosa que en alguns casos els ha fet passar a una situació de dependència.

3. Solitud: els ancians que habitaven en residències van deixar de ser visitats pels seus familiars i algunes persones grans que vivien soles, que no tenen parents pròxims o bé que han perdut els seus empleats domèstics, s'han quedat totalment soles.
4. Defuncions de persones properes, en solitud, sense funerals, sense possibilitat d'elaboració del dol.
5. Trastorn mental previ. Les persones amb problemes de salut mental preexistents a vegades han empitjorat el seu quadre de base. Així, algunes persones amb psicosis s'han tornat més desconfiades mentre es trobaven en quarantena; unes altres amb depressió i ansietat s'han sentit més estressades i deprimides. Una altra cosa que ha pogut tenir relació és que durant el temps del confinament l'atenció de salut mental s'ha modificat. D'una banda, s'ha passat en gran part a la teleassistència i també s'ha limitat l'accés als serveis clínics per falta de transport, tot això ha pogut conduir a un menor compliment dels tractaments habituals. Tenint en compte que les persones grans amb antecedents de trastorn mental no estaven tan preparades per al seguiment telemàtic, la COVID-19 pot haver-les posat en risc de recaiguda (Yang et al., 2020).

4. Aïllament social i solitud

Els intents de protegir les persones més grans de 70 anys i de cuidar el sistema sanitari, que podia arribar a col·lapsar-se, han portat els estats a imposar mesures radicals que, com a principal conseqüència, han provocat l'aïllament social durant un llarg període de temps.

Aquesta mesura que pot ser molt eficaç per evitar els contagis no està exempta de riscos. És ben conegut que l'aïllament social entre adults ancians s'associa a un augment del risc de problemes cardiovasculars, autoimmunitaris, cognitius i de salut mental (Gerst-Emerson i Jayawardhana, 2015). S'ha arribat a descriure fins i tot una menor resposta immunitària als virus, per la qual cosa les persones són més susceptibles a les infeccions. De la mateixa manera s'ha demostrat que la pèrdua de les relacions socials té implicacions en la disminució de la cognició, l'estat d'ànim i, per l'increment de les concentracions de cortisol que provoca, empitjorament del funcionament immunitari, interrupció del son i augment del pes corporal. Les persones que se senten soles o aïllades tenen més probabilitats de desenvolupar símptomes de depressió.

Santini va evidenciar que la desconexió social augmentava el risc de depressió i ansietat (Santini et al., 2020). Entre els 3.005 adults estudiats d'entre 57 i 85 anys, va trobar que aquells que presentaven una major desconexió social i major aïllament

percebut, puntuaven més alt a les escales de depressió i ansietat. El mateix succeïa a l'inrevés: els que estaven deprimits o ansiosos tenien major percepció d'aïllament.

Les mesures d'aïllament són, per descomptat, efectives per evitar la transmissió de la COVID-19, però han de ser controlades en el temps per no crear un increment de la morbiditat associada als trastorns afectius. Aquest efecte és major entre la població marginal o amb desavantatge social (Armitage i Nellums, 2020).

5. Quarantena

La paraula quarantena es va utilitzar per primera vegada a Venècia, l'any 1127, per a la lepra, i es va usar àmpliament com a resposta a la pesta negra, encara que no va ser fins tres-cents anys després que el Regne Unit va començar a imposar la quarantena com a resposta a la pesta.

Recentment es van imposar quarantenes en diferents àrees de la Xina i el Canadà l'any 2003 durant el brot de la síndrome respiratòria aguda greu (SRAS), i en poblats sencers en molts països de l'Àfrica occidental durant el brot d'ebola de 2014. No obstant això, a Espanya la mesura de quarantena feia molt de temps que no s'havia decretat.

Des dels primers moments de l'aparició del brot d'una malaltia, l'ansietat de la comunitat va augmentant, sobretot després de la primera mort i quan el nombre de casos nous comença a créixer. És probable que el decret de la quarantena faci incrementar això substancialment, per moltes raons (Rubin i Wessely, 2020). En primer lloc, establir la quarantena com a mesura per si mateixa, ja mostra que les autoritats creuen que la situació és greu i que pot empitjorar. En segon lloc, la quarantena significa una pèrdua de control i llibertat, la qual cosa augmentarà si les famílies se separen. En tercer lloc, no s'ha de subestimar l'impacte dels rumors. L'absència de missatges clars fa augmentar la por i fomenta en les persones cercar informació en fonts poc fiables. Per a alguns l'efecte acumulatiu d'aquests impactes pot ser greu.

En la metanàlisi de Samantha Brooks sobre els efectes psicològics de les quarantenes més recents, es revisen les provocades pel SARS (11 estudis), l'ebola (5), la pandèmia d'influença H1N1 de 2009 i de 2010 (3), la síndrome respiratòria de l'Orient Mitjà (2) i la influença equina (1) (Kbrooks Phda et al., n. d.). Associada a les quarantenes hi ha una alta prevalença d'angoixa, símptomes psicològics generals, trastorns emocionals, depressió, estrès, irritabilitat, insomni, ira i esgotament emocional.

Les variables relacionades amb la quarantena i la seva repercussió en la salut mental són:

- Durada de la quarantena: com més llarga, pitjor salut mental i increment dels símptomes d'estrès posttraumàtic, conductes d'evitació i enuig. Les persones en quarantena durant més de deu dies van mostrar símptomes d'estrès posttraumàtic significativament més alts que aquelles en quarantena de menor durada.
- Pèrdua de la rutina habitual i el contacte social i físic reduït, que causaven avorriment, frustració...
- Dificultats per obtenir els subministraments bàsics d'alimentació, begudes o bé de medicaments.
- Estigma com el que han viscut alguns ancians a Espanya que van patir rebuig en ser traslladats.

L'impacte psicològic de la quarantena és ampli, substancial i pot ser de llarga durada. Això no suggereix que la quarantena no s'hagi de fer servir, sinó que s'ha de gestionar amb cura i prenent precaucions per garantir que aquesta mesura sigui el més tolerable possible. Així, es recomana durant la quarantena una bona comunicació i explicar a les persones el que està passant, quant temps es preveu que durarà; proporcionar activitats significatives perquè realitzin mentre s'estigui en quarantena i assegurar els subministraments bàsics. Si l'experiència de la quarantena és negativa pot ocasionar conseqüències a llarg termini.

6. Suïcidi

Els efectes sobre la salut mental de la pandèmia de la malaltia per COVID-19 podrien ser profunds i hi ha advertiments que les taxes de suïcidi entre la gent gran podrien augmentar. És probable que el suïcidi es converteixi en una preocupació urgent. Tenim l'antecedent de l'augment de les morts per suïcidi que van seguir a dues pandèmies: la d'influença de 1918-19 i l'epidèmia de la síndrome respiratòria aguda greu (SARS) a Hong Kong de 2002-3 (Cheung et al., 2008).

La SARS i la pandèmia de la COVID-19 han tingut en comú l'alt índex de letalitat entre les persones més grans de 60 anys; mentre que entre els menors de 60 anys la letalitat del SARS va ser de 6,8%, entre els més grans va arribar a un 55%. Aquesta situació de perill físic va tenir una important repercussió per a la salut mental de les persones grans que van viure molta por i ansietat. Tot això va provocar un increment de la taxa de suïcidi en persones més grans de 60 anys durant el 2003, que arribà a una xifra històrica de 40,35 suïcidis per 100.000 habitants i que es mantingué elevada també el 2004 (33,95); totes dues xifres eren molt superiors a les que s'havien donat durant la

dècada prèvia. L'elevat nivell en la taxa de suïcidi va trigar més temps a recuperar-se que els indicadors econòmics, com la taxa de desocupació o el producte interior brut. L'explicació que es va donar per aquest increment va ser que a causa de la por de contreure la SARS, el que van fer molts ancians va ser reduir els seus contactes socials i es quedaren a casa; tot això els va portar a la interrupció de la vida social normal i a l'aparició entre ells del sentiment d'inutilitat. Els més vulnerables van ser els que tenien problemes de salut i els que no tenien relació propera amb els seus fills o familiars.

Els factors de risc del suïcidi que hem de vigilar són:

1. Trastorn psiquiàtric previ, com depressió, ansietat i estrès posttraumàtic, malalties associades a major risc de suïcidi.
2. Estigma vers les persones amb COVID-19 i les seves famílies.
3. Factors financers estressants.
4. Violència domèstica i abús d'alcohol, que s'associen a les situacions de confinament.
5. Solitud.
6. Supressió de punts de suport, com les reunions religioses, etc.

Donat el coneixement que es té de l'impacte en la salut mental de fenòmens similars, és clau planificar una resposta interdisciplinària d'abast ampli, i desenvolupar estratègies de prevenció del suïcidi. És necessari que els recursos es dirigeixin a les persones més vulnerables i que es faci de manera coordinada. Cal tenir en compte que les conseqüències per a la salut mental estaran presents durant més temps que la pandèmia i assoliran el punt màxim més tard que la pandèmia real, per això no s'ha de minimitzar el problema i hem d'estar preparats per actuar i prendre accions de prevenció al llarg del temps (Gunnell et al., 2020).

7. Conclusions

Els ancians, als quals estan dirigides la major part de les polítiques de distanciament social, donat el seu alt risc de presentar complicacions per COVID-19, necessiten un suport psicosocial fort, ja que molts d'ells ja vivien en aïllament permanent i tenien escasses xarxes socials.

Les intervencions recomanades per a ells es poden agrupar en els següents grups (Jawaid, 2020):

1. Informació:

- a. Donar informació amb explicacions simples sobre el que passa i com prendre mesures de precaució, sobretot per a aquells amb deteriorament cognitiu, als quals s'ha de donar una informació adaptada.
- b. La televisió i la ràdio han d'incloure informació específica per a la gent gran.
- c. Donar detalls i instruccions sobre ajuda pràctica com trucar per fer consultes sanitàries o fer compres a domicili.

2. Suport psicosocial

- a. Hi ha intervencions simples, com reforçar que el contacte telefònic sigui més freqüent amb les persones més significatives, com la família propera, els amics i els voluntaris d'organitzacions o professionals de la salut.
- b. Programes senzills en línia que puguin intentar donar suport social (Käll et al., 2020).

3. Suport sanitari

- a. Trucades telefòniques per part dels centres d'atenció primària.
- b. Poden ser necessàries trucades telefòniques de professionals de salut mental que puguin fer detecció de símptomes d'ansietat o depressió i que puguin donar suport.
- c. Programes de teràpies conductuals que puguin fer-se en línia i que disminueixen la solitud i milloren el benestar emocional.

La guia de salut mental de la COVID-19 ofereix els següents consells a la població anciana (Zongfeng et al., 2020):

1. Gaudeix de les coses que t'agraden en el temps lliure a la teva llar.
2. Confia en les solucions científiques i en el suport professional.
3. Obtén la informació de la televisió i la ràdio i, si hi tens accés, de plataformes amb base documentada.

4. Aprèn a usar telèfons, ordinadors o altres mètodes per mantenir contacte amb la família i els amics. Aquesta comunicació ajuda no només a millorar relacions, sinó que aporta suport i cura.
5. Accepta la situació i expressa les teves emocions.
6. Millora la immunitat a través de la vida regular i de l'exercici.

Referències bibliogràfiques

- Armitage, R. i Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30061-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30061-x)
- Cheung, Y. T., Chau, P. H. i Yip, P. S. F. (2008). A revisit on older adults suicides and Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) epidemic in Hong Kong. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1231-1238. <https://doi.org/10.1002/gps.2056>
- Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears (2020). *Informe 6 covid-19 Illes Balears*.
- Gao, J., Zheng, P., Jia, Y., Chen, H., Mao, Y., Chen, S., Wang, Y., Fu, H. i Dai, J. (2020). Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLOS ONE*, 15(4), e0231924. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>
- Gerst-Emerson, K. i Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a Public Health Issue: The Impact of Loneliness on Health Care Utilization Among Older Adults. *American Journal of Public Health Gerst-Emerson and Jayawardhana | Peer Reviewed | Research and Practice*, 105(5), 1013. <https://doi.org/10.2105/AJPH>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., Khan, M., O'Connor, R. C., Pirkis, J., Caine, E. D., Chan, L. F., Chang, S. sen, Chen, Y. Y., Christensen, H., Dandona, R., Eddleston, M., Erlangsen, A., Harkavy-Friedman, J., Kirtley, O. J., ... Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*. Elsevier Ltd. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- INE (2018). *Esperanza de vida*. Instituto Nacional Estadística. <https://doi.org/https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1414#!tabs-mapa>
- Jawaid, A. (2020). Protecting older adults during social distancing. *Science*, 268(6487), 145.
- Jia, Z., Tian, W., Liu, W., Cao, Y., Yan, J. i Shun, Z. (2010). Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC Public Health* (vol. 10). <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/172>
- Käll, A., Jägholm, S., Hesser, H., Andersson, F., Mathaldi, A., Norkvist, B. T., Shafran, R. i Andersson, G. (2020). Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Loneliness: A Pilot

Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 51(1), 54-68. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.05.001>

Kbrooks Phda, S., Kwebster, R., Louise, P., Phda, E., Woodland, L., Prof, M., Wessely, S., Med, F., Prof, S., Greenberg, N., Psychagideon, F. i Phda, J. R. (n.d.). *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*.

Liu, N., Zhang, F., Wei, C., Jia, Y., Shang, Z., Sun, L., Wu, L., Sun, Z., Zhou, Y., Wang, Y. i Liu, W. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: Gender differences matter. *Psychiatry Research*, 287. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112921>

Riedel-Heller, S. G., Busse, A. i Angermeyer, M. C. (2006). The state of mental health in old-age across the «old» European Union - A systematic review. In *Acta Psychiatrica Scandinavica* (vol. 113, Issue 5, p. 388-401). <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00632.x>

Rubin, G. J. i Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *The BMJ* (vol. 368). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj.m313>

Santini, Z. I., Jose, P. E., York Cornwell, E., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., Meilstrup, C., Madsen, K. R. i Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62-e70. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30230-0](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30230-0)

Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I. i Østergaard, S. D. (2020). The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*, 1-3. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.15>

Subramaniam, M., Abdin, E., Vaingankar, J., Picco, L., Shahwan, S., Jeyagurunathan, A., Zhang, Y., Verma, S. i Chong, S. A. (2016). Prevalence of psychotic symptoms among older adults in an Asian population. *International Psychogeriatrics*, 28(7), 1211-1220. <https://doi.org/10.1017/S1041610216000399>

Vives, M., García-Toro, M., Amengol, S., Pérez, M., Fernández, J. i Gili, M. (2013). Prevalencia de trastornos mentales y factores asociados en pacientes de atención primaria mayores de 75 años. *Actas españolas de psiquiatría*, 41(4), 218-226.

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S. i Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019

coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph17051729>

Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., McIntyre, R. S., Choo, F. N., Tran, B., Ho, R., Sharma, V. K. i Ho, C. (2020). A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain, Behavior, and Immunity*. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>

Wang, H., Li, T., Gauthier, S., Yu, E., Tang, Y., Barbarino, P. i Yu, X. (2020). Coronavirus Epidemic and Geriatric Mental Healthcare in China: How a Coordinated Response by Professional Organizations Helped Older Adults During an Unprecedented Crisis. *International Psychogeriatrics*, 1-7. <https://doi.org/10.1017/S1041610220000551>

Yang, H. i Ma, J. (2020). How an Epidemic Outbreak Impacts Happiness: Factors that Worsen (vs. Protect) Emotional Well-being during the Coronavirus Pandemic. *Psychiatry Research*, 289, 113045. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113045>

Yang, Y., Li, W., Wu, P., Wang, X., Zhou, L., Tong, Y., Ren, R., Leung, K. S. M., Lau, E. H. Y., Wong, J. Y., Xing, X., Xiang, N., Wu, Y., Li, C., Chen, Q., Li, D., Liu, T., Zhao, J., Liu, M., ... Feng, Z. (2020). Mental health services for older adults in China during the COVID-19 outbreak. *www.thelancet.com/psychiatry* (vol. 7, Issue 13, p. e19).

Zhang, Y. i Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Mental Health and Quality of Life among Local Residents in Liaoning Province, China: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2381. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>

Zongfeng, H., Rui, S. i Swiderski, J. (2020). *A Guidance Manual on Mental Health During the NCP Outbreak* (Board, Ed.; 1st ed.). Shaanxi Normal University General Publishing House.

Autora

ISABEL FLÓREZ FERNÁNDEZ

Madrid (1964). Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Madrid (1988) i doctora en Ciències de la Salut per la Universitat Illes Balears. Psiquiatra (2012), formació MIR a l'Institut José Germain. Postgrau en Atenció a Immigrants. Màster en gestió clínica (EADA). Ha treballat a l'Hospital Universitari Son Dureta des de 1993. Ara treballa com a directora de l'Institut Balear de Salut Mental de la Infància i l'Adolescència. Participació en congressos nacionals i internacionals, sobretot en temes relacionats amb la psiquiatria transcultural i la infantil. Sobre aquest tema va fer la tesi *Trastorns psiquiàtrics en nens immigrants llatins a Palma de Mallorca*. Tutora de residents de psiquiatria des de 1995 fins a 2007.

**ENVELLIMENT ACTIU, PARTICIPACIÓ
I CURA MÚTUA: TENDÈNCIES I REPTES
QUE ENS PLANTEJA LA COVID-19**

Envel·liment actiu, participació i cura mútua: tendències i reptes que ens planteja la COVID-19

Belén Pascual Barrio

Maria Antònia Gomila Grau

Resum

En les darreres dècades hem viscut un procés de transformació demogràfica, social i cultural que ha modificat la concepció de la vellesa, la realitat de les persones grans, les seves necessitats i les estratègies per atendre aquestes necessitats. Una major cobertura legislativa i més sensibilitat social són alguns dels elements que han acompanyat una nova configuració de l'imaginari social sobre la gent gran. Amb les mesures de seguretat sanitària per la COVID-19, algunes de les fites que s'havien aconseguit fins ara s'han vist en risc per un retorn a una representació de la gent gran com a col·lectiu vulnerable objecte de cura i protecció, sense tenir en compte la seva capacitat ni el seu dret a contribuir de forma activa en la construcció d'una societat per a totes les edats.

Resumen

En las últimas décadas hemos vivido un proceso de transformación demográfica, social y cultural que ha modificado la concepción de la vejez, la realidad de las personas mayores, sus necesidades y las estrategias para atender estas necesidades. Una mayor cobertura legislativa y más sensibilidad social son algunos de los elementos que han acompañado una nueva configuración del imaginario social sobre los ancianos. Con las medidas de seguridad sanitaria por la COVID-19, algunos de los hitos que se habían conseguido hasta ahora se han visto en riesgo por un retorno a una representación de las personas mayores como colectivo vulnerable objeto de cuidado y protección, sin tener en cuenta su capacidad ni su derecho a contribuir de forma activa en la construcción de una sociedad para todas las edades.

1. Introducció

Al llarg dels darrers anys, les contribucions científiques en l'àmbit de la gerontologia social i educativa han permès una evolució de la capacitat de reflexió sobre la realitat de les persones grans, l'anàlisi de les seves necessitats, així com la planificació d'estratègies i el disseny de polítiques orientades a respondre a aquestes necessitats. Actualment, els principals conceptes que guien la investigació social i educativa sobre les persones grans són la qualitat de vida, la salut, l'autonomia, l'atenció a la dependència, la diversitat, la participació, les capacitats, l'envelliment actiu, l'empoderament, l'educació, la resiliència... La construcció d'un marc teòric, metodològic i estratègic dels processos d'atenció i suport a les persones grans, s'ha acompanyat d'una evolució del seu reconeixement des de la perspectiva dels drets.

En aquests moments, amb els esdeveniments socials derivats de l'impacte de la COVID-19, ens plantejam si algunes certeses i tendències que donen continuïtat a les polítiques socials que acompanyen aquest procés de reconeixement dels drets dels grans, corren el risc de patir un retrocés. De sobte, l'arribada d'un nou virus amb una alta virulència, especialment entre els més grans, ha provocat una sèrie de situacions que no només han modificat les pràctiques quotidianes de proximitat sinó també la forma com les entenem i les nostres expectatives vitals. L'estat d'alarma ha estat una mesura extraordinària orientada a la prevenció dels contagis i la protecció de la salut, principalment de les persones grans. Malauradament, les residències han estat un dels principals focus d'atenció, atesa l'alta incidència i la manca de cobertura sanitària necessària per fer front a la magnitud dels contagis que hi varen tenir lloc, cosa que ha fet que aquest sector de la població sigui el més afectat per la pandèmia. A pesar de la importància d'aquest fet, mereixedor d'una anàlisi exhaustiva que permeti identificar les circumstàncies viscudes, en aquest article posarem la nostra mirada sobre altres impactes de la pandèmia entre les persones grans. El treball planteja una aproximació a les possibles repercussions de la COVID-19 sobre l'imaginari social que envolta la realitat de les persones grans i algunes qüestions referides a la dimensió dels drets, la participació i la cura. Podrem mantenir el repte de la participació activa i les interaccions socials com a element essencial de la qualitat de vida de les persones grans? Com es configurarà l'espai de proximitat amb alternatives de distanciament que no siguin de risc? Es podrà mantenir el model de solidaritat familiar sense la presència intensiva dels padrins i les padrines? Com afectarà aquesta situació a la conciliació de la vida laboral i familiar? Com es podran adaptar les iniciatives i els espais de trobada i convivència intergeneracional i comunitària? En els següents apartats presentarem una sèrie de reflexions sobre les tendències que deriven de la COVID-19 en relació amb l'envelliment actiu, la cura, la participació i les relacions intergeneracionals.

2. Qualitat de vida i envelliment actiu

El conjunt de mesures imposades en el marc de l'estat d'alarma representen una limitació de la llibertat d'acció de tota la població amb importants conseqüències en la qualitat de vida, tant físicament com psicològicament i socialment. La investigació de Balluerka (2020) sobre l'impacte psicològic generat per la pandèmia i el període de confinament, mostra algunes dades que ens aproximen a les actituds, conductes i vivències de la població. D'acord amb aquest estudi, el sentiment de pèrdua de vitalitat i energia han estat comuns en tota la població durant el període de confinament i en major mesura entre les dones i les persones més joves. La pèrdua de vitalitat no va ser tan destacable en les persones grans com entre els joves i el col·lectiu de mitjana edat: segons l'enquesta, havien perdut més vitalitat i energia els joves (53%) que les persones entre 35-60 anys (51%) i que els més grans de 60 (39%). De fet, les dades sobre

el malestar psicològic global desagregades per edats mostren una major incidència entre els més joves: a l'estudi es va detectar que, a més edat, menys empitjorament del malestar (53% entre els 18-34 anys, 44% entre els 35 i 60, i 34% en els més grans de 60 anys). Concretament, pel que fa als problemes de concentració, entre les persones joves es va observar major freqüència: 53% en la franja de 18-34 anys, 41% entre els 35 i 60, i 25% en els més grans de 60. Pel que fa a l'augment de la irritació i l'enuig, es va donar en un 58% de les persones més joves, un 47% de la franja intermèdia i un 34% dels més grans de 60 anys.

La qualitat de vida de les persones grans es relaciona amb la salut, entesa des d'una visió no només mèdica, sinó que contempla la potencialitat de les persones grans i incorpora dimensions com la sociabilitat, l'entorn i les relacions socials, l'activitat i la participació social, el reconeixement i la visibilitat social, l'autoestima, l'autoconfiança, i les habilitats relacionals i de comunicació (March, 2014). Aquesta concepció vital activa implica unes condicions socials que permetin els vincles i les relacions socials. En aquest sentit, el període de confinament ha suposat la pèrdua de la major part dels espais de sociabilitat. El tancament dels centres i espais esportius (piscines, gimnasos, parcs...), de centres culturals i artístics, de centres de dia, llocs de culte, de centres veïnals..., i el confinament a casa han ocasionat una interrupció de rutines i dinàmiques individuals i socials que tenen una incidència molt gran en el benestar de la gent gran. De fet, una de les primeres conseqüències de l'estat d'alarma decretat pel Govern espanyol per fer front la pandèmia de la COVID-19 ha estat la suspensió dels programes de turisme social i de termalisme social de l'IMSERSO.¹ Les 208.500 places de termalisme i les 900.000 places² de turisme destinades a persones grans i/o jubilades s'han vist interrompudes *sine die*, d'igual manera que tots els programes de viatges culturals impulsats per diferents entitats de gent gran.

En relació amb aquesta qüestió, algunes de les recomanacions dels experts han estat orientades a establir unes rutines horàries (alternatives a les anteriors a la pandèmia) que permetin una distribució equilibrada del temps de treball, descans, oci i esport. La planificació del temps, les estratègies per mantenir-se actius mentalment i físicament, la pràctica d'hàbits de consum i conductes saludables i la realització d'activitats que compensin la pèrdua de llibertat (per exemple, l'aprofitament del temps disponible per recuperar activitats o aprenentatges pendents) són algunes de les alternatives que poden afavorir la regulació emocional, mental i corporal i, per tant, poden ajudar a protegir la salut (Balluerka, 2020).

¹ Una de les àrees que conformen el pla d'actuació de l'Administració pública per promoure un oci de qualitat i accessible per a les persones grans és el turisme social i el termalisme.

² https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-9509

La revista *60 y más* de l'Imsero recull algunes de les problemàtiques que han emergit arran de les mesures de contenció de la COVID-19 (com la discriminació per edat,³ un aspecte del qual també es fan ressò altres mitjans especialitzats) i alguns consells per mantenir un bon nivell d'activitat a casa («Mayores activos en casa»,⁴ «Cómo paliar los efectos negativos del confinamiento»,⁵ «Artritis en la COVID-19»⁶) utilitzant les tecnologies com internet o consells i exercicis simples i pràctics.

A més, tal com alerta HelpAge Internacional,⁷ el confinament ha incrementat certs riscos, com el de la violència de gènere i/o domèstica i les dificultats d'accés a la medicació de malalties cròniques. L'agudització de les desigualtats socials ha estat un dels efectes d'aquestes mesures, que ha afectat tots els col·lectius generacionals, però especialment un sector de població gran vulnerable pels seus baixos ingressos. Pel que fa a la discriminació per l'edat, l'edatisme, els discursos tradicionals que vinculen la vellesa amb malaltia, deteriorament i càrrega social han reaparegut en època de pandèmia. Durant el confinament han estat molt freqüents les notícies de premsa centrades en les persones grans des d'un enfocament homogeni que no representava la diversitat de perfils de la gent gran, no només definits per la dependència, sinó també per l'autonomia, la fortalesa i la participació social. Aquesta visió homogènia i estereotipada transmesa a través de l'opinió pública ens fa pensar que la crisi de la COVID-19 ha contribuït a reforçar discursos edatistes centrats en la vulnerabilitat, la fragilitat i la pèrdua; una representació de la gent gran com a receptora de cures, desdibuixant totes les representacions alternatives de les persones grans com a agents de canvi i ciutadans proactius i amb plens drets. La investigació de Bravo-Segal i Villar (2020) permet analitzar les temàtiques més freqüents, els discursos i la representació social de la vellesa en els mitjans de comunicació durant les setmanes del confinament. L'estudi identifica determinats titulars i discursos que subratllen certs components catastrofistes, paternalistes, sobreprotectors i sensacionalistes que reforcen el discurs de la vulnerabilitat. L'estigmatització és clara si s'observa l'associació del col·lectiu de gent gran amb els residents en institucions, persones amb edats avançades i un perfil molt determinat (amb patologies i dependències) i que representen no més del 3% dels més grans de 65 anys. La projecció mediàtica de les persones grans centrada en aquest sector ha invisibilitzat la realitat de tot el conjunt.

³ https://revista60ymas.imsero.es/60mas_01/actualidad/2020/julio/IM_131791?dDocName=IM_131791
<http://www.entremayores.es/spa/internacional.asp?var2=Internacional&var3=Las%20medidas%20para%20controlar%20la%20expansi%F3n%20de%20la%20Covid-19%20aumentan%20el%20edadismo%20en%20todo%20el%20mundo&nar1=4&nar2=39&nar3=44123&nar5=1>

⁴ https://revista60ymas.imsero.es/60mas_01/actualidad/2020/julio/IM_131714?dDocName=IM_131714

⁵ https://revista60ymas.imsero.es/60mas_01/actualidad/2020/junio/IM_131426?dDocName=IM_131426

⁶ https://revista60ymas.imsero.es/60mas_01/actualidad/2020/junio/IM_131385?dDocName=IM_131385

⁷ <http://www.helpage.es/>

3. Relacions intergeneracionals i família

Els vincles familiars i la família envolten la realitat de la gent gran a Espanya, tant des de la perspectiva de la recepció com de la prestació de suport. A Espanya, com passa al conjunt de països del sud d'Europa, la família és un recurs de suport i ajuda, i pel que fa a les persones grans, per a la protecció durant la vellesa i per a l'ajuda als pares i mares en la criança dels seus fills. El paper dels padrins és i ha estat sempre cabdal en les tasques de cura i conciliació familiar. Els padrins cuidadors dels nets són una realitat que, en ocasions, en cas que la dedicació sigui massa intensa, pot arribar a ser desbordant i tenir conseqüències en la seva salut física i mental (Gomila i Pascual, 2012). Segons dades de l'Imsero (2008), la mitjana d'hores que es dediquen a cuidar els nets va de les 6,2 de les padrines a les 5,7 dels padrins. El mateix estudi apunta que el 50% exerceix de cuidador/a diàriament i el 45% setmanalment, amb una taxa de cura intensiva del 17%.

Els avis són agents de benestar familiar que poden ser considerats capital social que contribueix al benestar de la família. L'aportació social de les persones grans a la cura dels nets és un valor social indiscutible i rendible, encara que invisible des del punt de vista monetari. La conciliació de la vida laboral i familiar ha generat en els darrers anys situacions de criances compartides (entre progenitors i padrins) en què s'ha establert un vincle intergeneracional estret entre els padrins i els nets. Aquest vincle té a veure amb la prestació de serveis i un conjunt d'ajudes (materials i simbòliques) imprescindibles en el context de la llar (Cambero, 2020).

En aquest context, com ha repercutit el confinament? La forma en què la pandèmia ha afectat la gent més gran ha generat un cert estat d'alarma social que ha dut bona part de la població a extremar les mesures de seguretat amb l'objectiu de protegir-la el màxim possible. Amb la idea de protegir els pares, molts fills han extremat la prudència a l'hora de facilitar-los o permetre'ls la realització de certes rutines tan bàsiques com anar a comprar, relacionar-se amb altres persones (ja siguin de la família o no) i, especialment, tenir contacte amb els infants i joves de la família. Al mateix temps, una de les millors estratègies per afrontar la situació del confinament, ha estat mantenir-se en contacte amb les persones més pròximes i de més confiança (familiars, amics, veïns), de les quals se sol rebre suport. La comunicació i comptar amb la seva companyia han estat la millor forma d'evitar la soledat i la incertesa del confinament. Els mitjans tecnològics, especialment la videotrucada, han permès la comunicació cara a cara i pal·liar l'aïllament per part de moltes persones grans. Altres formes d'alleujar l'aïllament han estat les converses des de finestres, aplaudiments, música, etc. (Balluerka, 2020).

En qualsevol cas, durant el confinament, el contacte intergeneracional ha estat molt reduït i generalment s'ha limitat als convivents. El suport que els padrins proporcionen als pares i mares que treballen s'ha vist interromput, en primer lloc, perquè molts pares i mares han hagut de deixar de treballar i, en segon lloc, perquè, com que la gent gran és grup de risc, els han intentat protegir evitant el contacte amb infants i joves. Tal com apunta Balaguer (2020), el canvi en aquestes rutines i les noves vivències que genera la COVID-19 poden provocar desconcert i sentiments de culpabilitat entre els padrins, tot i que, vist des d'una altra perspectiva, obren la possibilitat a fer un parèntesi per renovar energies i oxigenar les relacions: quan «el límit de les responsabilitats en el paper d'avis no està ben definit i el seu nivell d'implicació arriba a excedir els recursos que tenen disponibles, la separació provocada pel confinament ha pogut suposar a curt termini una descàrrega important de responsabilitats i amb això haver generat una sensació d'alleujament i descans» (Balaguer, 2020: 3).

Així i tot, la conciliació familiar ha estat un tema estrella durant el confinament. El fet que tot el sistema educatiu s'hagi traslladat al contacte en línia, a causa del tancament d'escoles i del confinament de la població, ha plantejat no pocs problemes a pares i mares que havien de combinar treball (presencial o teletreball) amb el seguiment educatiu dels infants i sense poder comptar amb l'ajut dels padrins. En alguns casos, els padrins han seguit exercint un paper cabdal en la conciliació familiar,⁸ malgrat la situació de risc que pot haver representat per a ells.

Encara que durant aquest temps el rol i la relació d'ajuda padrins-nets ha quedat en suspens, aquest fet no ha afectat la qualitat de les relacions. Les mesures de confinament no han suposat, en general, un distanciament social ni familiar, atès que la població ha fet ús de les tecnologies de la informació i la comunicació. A través dels recursos tecnològics s'han descobert noves formes de sociabilitat i d'interacció que han permès mantenir el vincle entre generacions (Cambero, 2020). Però, una vegada més, ha estat la gent gran amb més dificultats per adequar-se a les noves formes de comunicació que ha imposat la pandèmia la que ha patit més la soledat del confinament.

⁸ https://www.65ymas.com/sociedad/abuelos-rescate-crisis-coronavirus_13425_102.html

4. Cura mútua i participació comunitària

Tot i haver estat una experiència que ha afectat el conjunt de la població, la vivència del confinament no ha tengut el mateix impacte en totes les famílies i individus. La precarització de la situació econòmica i de les condicions de vida de moltes persones arran de les mesures de confinament (pèrdua de feina o impossibilitat de fer-ne...) ha afectat notablement l'àmbit de la cura. Especialment aquelles persones grans que vivien soles i/o que comptaven amb l'ajuda d'algun cuidador que ha hagut de deixar d'exercir aquesta tasca. Això ha deixat desassistit un sector de gent gran que, si bé no són dependents del tot, sí que tenien una ajuda per a les activitats quotidianes, com fer la compra o desplaçar-se a les visites mèdiques. La necessitat de cobrir aquestes necessitats que han anat sorgint ha estat a l'origen d'iniciatives ciutadanes de barri que han acabat mobilitzant una considerable part de la societat. Les xarxes de suport mutu⁹ de localitats i barriades, les agrupacions de barri o d'associacions de veïns, les entitats filantròpiques sense ànim de lucre..., han col·laborat amb institucions i amb el tercer sector en la cobertura de necessitats bàsiques d'aquella població que més dificultats ha tengut durant el confinament. Per exemple, Suport Mutu Mallorca ha arribat a ser una xarxa estesa a 31 municipis mallorquins en la qual participen més de 340 ciutadans. Acompanyar algú amb dificultats de mobilitat, fer la compra, dur el menjar, treure les escombraries, fer companyia a persones soles..., han estat alguns dels serveis que els veïnats i les veïnades, juntament amb les entitats, han aportat per tal d'ajudar aquestes persones a superar el confinament. A través d'aquestes agrupacions, la cura de les persones ha passat de ser individual a ser col·lectiva, basada en la solidaritat comunitària i arribant allà on les institucions no podien.

Una de les principals recomanacions dels experts per a la millora del benestar individual i social durant el confinament ha estat la cura de proximitat, donar i rebre suport social a les persones de l'entorn que ho necessiten, especialment a persones grans i/o persones soles. Aquesta dinàmica és beneficiosa tant per a qui dona el suport com per a qui el rep (Balluerka, 2020). Però, juntament amb la cura de proximitat, amb la pandèmia s'ha estès un tipus de cura mútua que no implica una relació directa i basada en l'empatia amb les persones més properes, sinó en l'empatia amb la població en general, persones llunyanes que no coneixem. Darrere els esforços individuals i col·lectius per reduir el risc al contagi, s'identifica un tipus de cura que, des d'una consideració racional, conforma un tipus d'acció col·lectiva i de coordinació que té com a finalitat protegir la població i prevenir el contagi. Com afirma Juan Carlos Rodríguez (2020: 37), «sempre hi ha alguna emoció, alguna passió que impulsa a tenir cura dels altres, però en aquest cas el que preval és el raonament».

⁹ <https://directa.cat/els-grups-de-suport-mutu-trenquen-laïllament-i-la-solitud-de-la-gent-gran/>
https://www.arabalears.cat/societat/veines-que-ajuden-on-no-arriben-institucions-coronavirus-covid-19_0_2441755925.html

5. Conclusions

Es parla molt d'envelliment actiu i saludable a pesar de l'existència de diferents graus de discriminació social de les persones grans (March, 2014). En temps de coronavirus, cal «preservar la consideració de la gent gran com a ciutadans de ple dret, replantejar el model de cures i sempre tenir la seva opinió en compte» (Bravo-Segal i Villar, 2020: 17). Encara que les Nacions Unides i altres organismes internacionals han fet contribucions significatives, manca una legislació prou sòlida de protecció i promoció dels drets de la gent gran que permeti superar les barreres que frenen el ple desenvolupament dels drets de la gent gran. Una legislació al respecte permetria assegurar el coneixement i la preservació d'aquests drets per part de la població, tant per part dels professionals que tenen contacte amb les persones grans com per part de les famílies i la comunitat (Vives, 2012).

Des de la perspectiva de la participació social i comunitària de la gent gran, és ben segur que, amb el confinament, la participació social s'ha vist interrompuda en bona mesura. El darrer informe de l'IMSERSO sobre participació social (Triadó, Celdrán, Conde, Montoro, Pinazo, Villar, 2008) destacava un elevat nivell de participació de la gent gran en el moviment associatiu i un augment progressiu. És fàcil pensar que les mesures anti-COVID-19 han suposat una interrupció de les activitats més quotidianes, sobretot si impliquen haver d'estar amb grups nombrosos de gent. Fins a quin punt això ha afectat no sols el seu compromís en l'àmbit associatiu, sinó la seva participació com a ciutadans de ple dret als diferents espais socials, probablement estigui relacionat amb com evolucioni la situació de la pandèmia en els propers mesos. Però tal vegada depengui més dels esforços i les reivindicacions del col·lectiu de la gent gran per construir una identitat en un model de societat basat en la idea de ciutadania, més enllà de l'edat, el sexe o qualsevol altra característica. De fet, en general, aquesta situació genera tota una sèrie de qüestionaments sobre les conseqüències o els efectes a mitjan i llarg termini en els processos de desenvolupament social i cultural comunitaris. Concretament, ens duu a interrogar-nos sobre fins a quin punt les mesures anti-COVID-19 poden posar de nou en perill la lluita de les noves generacions de gent gran per disposar d'un espai social en què siguin reconeguts com a gent activa, que pot contribuir i, de fet, contribueix a la societat. Si s'havia arribat a una mena de transició en què la identitat es construeix a través dels estils de vida, les pautes diàries, l'oci i el consum més que no per les diferències d'edat (Del Barrio, Marsillas y Sancho, 2018), el fet de tornar a definir espais socials en funció de l'edat, en nom de la protecció de les persones grans, pot representar una passa enrere en la construcció d'aquest model de societat en què la gent participa en grups i comunitats amb els quals s'identifica més enllà de l'edat.

Cal valorar la disponibilitat i les capacitats de la gent gran. D'acord amb la investigació de Balluerka (2020), durant el confinament la disposició a ajudar els altres va augmentar

en tots els grups entre un 30% i un 40%, i aquest percentatge va ser superior en les dones, les persones més grans de 60 anys, de nivell socioeconòmic alt i en zona de baixa incidència. És una dada que s'ha de tenir en compte, ja que mostra una realitat que contribueix a construir una imatge ajustada a la diversitat que caracteritza el col·lectiu de la gent gran. En aquest sentit, un exemple de l'organització del col·lectiu de grans per superar el risc de tornar cap enrere amb les mesures anti-COVID-19, és el grup Mayores UDP (Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España). Aquest col·lectiu, en col·laboració amb altres entitats de persones grans i des de la seva pertinença a diferents plataformes del tercer sector d'acció social, i amb motiu del Dia Europeu de la Solidaritat i Cooperació entre Generacions, el 29 d'abril de 2020, en ple confinament, va promoure la iniciativa [#MayoresActivosEnCasa](#), que consisteix en l'oferta formativa sobre tecnologies per tal d'afavorir que la gent gran estigui més connectada amb el seu entorn durant la quarantena, com cursos orientats a aprendre sobre el consum en línia i responsable, ús de xarxes socials com WhatsApp i altres aplicacions de comunicació en línia.

Aquest col·lectiu rebutja que les persones grans hagin de viure aïllades de la resta de la societat, reclama participar-hi i que la seva veu sigui escoltada com una part més de la ciutadania, «sense paternalismes ni estigmes, tan sols amb dignitat i generositat, i posant també en valor l'aportació de la gent gran, també en aquest moment».¹⁰ Aquest col·lectiu aposta per afavorir espais intergeneracionals més enllà de l'àmbit familiar i construir xarxes entre associacions en les quals el col·lectiu de les persones grans tenguí veu i visibilitat.

¹⁰ <https://www.qmayor.com/sociedad/cooperacion-entre-generaciones/>; <https://canalsenior.es/>

Referències bibliogràfiques

- Balaguer, G. (2020). Abuelos y nietos: ¿una relación confinada? *The Conversation*, 13 de maig de 2020.
- Balluerka, N. (dir.) (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. Informe de investigación*. Universidad del País Vasco.
- Bravo-Segal, S. i Villar, F. (2020). La representación de los mayores en los medios durante la pandemia COVID-19: ¿Hacia un refuerzo del edadismo? *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.002f>
- Camero, S. (2020). Sociología de las relaciones familiares e intergeneracionales en periodo pandémico. A Vázquez Atochero, A. i Camero Rivero, S. (ed.) *Reflexiones desconfiadas para la era posCOVID-19* (pàg. 105-134), AnthroPiQa 2.0.
- Del Barrio, E., Marsillas, S. i Sancho, M. (2018). Del envejecimiento activo a la ciudadanía activa: el papel de la amigabilidad. *Aula Abierta*, 47(1), 37-44. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.37-44>
- Gomila, M. A. i Pascual, B. (2012). Padrins que fan de pares: un dret de l'infant o una obligació de la persona gran? *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears* (pàg. 163-186). Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i UIB).
- March, J. C. (2014). Envel·liment actiu i saludable: el cas de les Illes Balears. *Anuari de l'Envel·liment. 2014* (pàg. 41-64). Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i UIB).
- Rodríguez, J. C. (2020). Cuidados con cuidado. *A Lecciones sobre el Covid'19* (pàg. 36-37). Fundación Conversación.
- Triadó, C., Celdrán, M., Conde, L., Montoro, J., Pinazo, S. i Villar, F. (2008). *Envejecimiento productivo: la provisión de cuidados de los abuelos a los nietos. Implicaciones para su salud y bienestar*. Informe de investigación. IMSERSO.
- Vives, M. (2012). Els drets de la gent gran. A C. Orte (Dir) *Anuari de l'Envel·liment. 2012* (pàg. 117-144). Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i UIB).

Autores

BELÉN PASCUAL BARRIO

Llicenciada en Sociologia i Ciències Polítiques i doctora en Ciències de l'Educació. 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 relació família-escola, la intervenció comunitària i les relacions intergeneracionals.

MARIA ANTÒNIA GOMILA GRAU

Llicenciada en Ciències Polítiques i Sociologia en l'especialitat d'Antropologia Social per la Universitat Complutense, doctora en Història per l'Institut Universitari Europeu. Becària Marie Curie a l'Institut d'Ethnologie Méditerranéenne et Comparative de la Universitat de Provença (França), on va desenvolupar un projecte de recerca sobre les relacions intergeneracionals a la família. És professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. És professora també de la UOM. El seus temes d'interès se centren en les relacions intergeneracionals, la família i l'escola.

**ATENDRE A CASA,
UNA DE LES ALTERNATIVES EN
L'ATENCIÓ DE LES PERSONES
GRANS DURANT LA PANDÈMIA**

Atendre a casa, una de les alternatives en l'atenció de les persones grans durant la pandèmia

Sofia Alonso Bigler

*Dedicat a totes les persones grans que ens han ensenyat
amb el seu exemple com s'adapten a qualsevol
circumstància fins i tot a una pandèmia. Als que ens han
deixat durant aquests set mesos, ha estat la part més dura
d'aquesta història.*

Resum

La crisi sanitària provocada per la COVID-19, el «coronavirus» ha posat en entredit el model residencial, fent que s'escriguin molts articles, notícies, tweets sobre que ha fallat i que no, i posant a les residències en el punt de mira.

Des de la perspectiva, que prop de 7 mesos de pandèmia donen, s'ha intentat a través d'aquest article, aportar arguments per donar suport a una alternativa que ja existeix a la nostra comunitat, que ja ens estava donant molts bons resultats en termes de satisfacció, d'atenció basant-se en aportar qualitat de vida a la persona, i que a més parteix de la premissa que les persones quan són grans volen envellir a casa quan estan bé, i també quan han de conviure amb un procés de dependència.

El servei d'ajuda a domicili ha estat dels pocs serveis que no es varen modificar o prohibir quan va entrar en vigor l'estat d'alarma a nivell estatal, i per tant, ha estat dels pocs que es va poder seguir prestant sense fer grans modificacions en el dia a dia tant de la persona usuària com del personal que presta el servei.

Resumen

La crisis sanitaria provocada por la COVID-19, el «coronavirus» ha puesto en entredicho el modelo residencial, haciendo que se escribiesen muchos artículos, noticias, tweets sobre que ha fallado i que no, y poniendo a las residencias en el punto de mira.

Desde la perspectiva, que cerca de 7 meses de pandemia dan, se ha intentado a través de este artículo, aportar argumentos para dar apoyo a una alternativa que ya existe en nuestra comunidad, que ya nos estaba dando muy buenos resultados en términos de satisfacción, de atención basada en aportar calidad de vida a la persona, y que además parte de la premisa que las personas cuando son mayores quieren envejecer en su casa cuando estan bien y también cuando deben convivir con un proceso de dependencia.

El servicio de ayuda a domicilio ha sido de los pocos servicios que no se tuvieron que modificar o prohibir cuando entro en vigor el estado de alarma a nivel estatal, y por lo tanto, ha sido de los pocos servicios que se pudieron seguir prestando sin hacer grandes modificaciones en el día a día de la persona usuaria como del personal que presta el servicio.

1. Introducció

El 31 de desembre de 2019, es va informar des de les autoritats xineses a l'Organització Mundial de la Salut (OMS) que s'havien detectat 27 casos de neumonía d'etiologia desconeguda, que en principi tenia l'origen a un mercat majorista de Wuhan, informant que entre aquests pacients, 7 persones estaven bastant greus. El causant de la neumonía fou identificat com a un virus de la família Coronaviridae que posteriorment s'ha denominat SARS-CoV-2. El quadre clínic associat a aquest virus s'ha anomenat COVID-19. El dia 11 de març, l'OMS va declarar la pandèmia mundial.

L'evolució de l'epidèmia a Espanya va determinar la declaració de l'estat d'alarma el 14 de març de 2020 i la implantació de moltes mesures inèdites de confinament a la població dirigides a garantir la reducció del ritme de contagis que aleshores només responien al distanciament social, a la reducció dels contactes interpersonals, o limitar els desplaçaments de les persones al mínim necessari, i va arribar a suposar la reducció de les activitats productives, recreatives, laborals, docents, etc. Aquesta relació de mesures varen tenir i tenen un impacte social molt elevat, i més si parlem del col·lectiu de les persones vulnerables.

Les persones que viuen en els centres residencials, es troben entre les persones més vulnerables, per la seva dependència, per què es troben en els darrers anys de vida, per què molts tenen associades distintes patologies i malalties cròniques, i ara a més presenten una gran vulnerabilitat, la infecció de la COVID-19.

I els centres residencials on viuen aquestes persones, són edificis grans que alberguen una mitja de més de cent persones, a més l'organització sol ser habitació doble, és a dir a compartir, i espais comuns grans on també s'ajunten un gran nombre de persones, per tant, són l'espai perfecte per la propagació de la malaltia.

Davant aquest conjuntura fatídica, espais on es concentren les persones majors, el dia 9 de març de 2020, es varen prendre les primeres mesures en els centres residencials de persones majors a tota la Comunitat Autònoma, amb la intenció de protegir a la gent gran que vivia en aquests centres. Al cap de dos o tres dies també es va decidir tancar els clubs de tercera edat i els centres de dia, i l'únic servei que no va ser modificat, més que per adaptar-se a les mesures de prevenció de la malaltia fou el Servei d'Ajuda a Domicili.

Els centres residencials varen estar tancats a visites, a sortides, a ingressos, durant molt de temps, i en alguns centres es va dur a terme confinaments a dins les pròpies habitacions, limitant el desenvolupament del dia a si arribaven a 16 m2. Així com s'anava avançant de fase, s'anaven recuperant alguna d'aquestes activitats, però així

com quan va acabar l'estat d'alarma, es va recuperar una certa «nova normalitat», a dia d'avui, s'han tornat a restringir les sortides, i tant ingressos com visites, es suspenen de manera immediata quan es detecta un brot per COVID-19 en el centre.

Davant aquestes dades són moltes les crítiques al model residencial actual, a la Comunitat Autònoma i també a nivell estatal, de fet des del propi Ministeri de Drets Socials s'està impulsant un debat, necessari, sobre la reformulació del model residencial actual.

2. La revisió de model residencial

El mes de juny, diversos mitjans de comunicació recollien les declaracions al Congrés dels Diputats del Defensor del Poble, el Sr. Francisco Fernández Marugan, on demanava una revisió profunda del model de residències de majors, remarcant la necessitat d'una reforma en la normativa per garantir els drets de la gent gran, i també dotant-la de recursos econòmics, afavorint la formació, i incrementant la funció inspectora per a poder afrontar la situació actual i els reptes de futur.

Com el propi Defensor del Poble, distints experts, i referents en la intervenció amb la gent gran, han reclamat a través d'articles, de xarxes socials, etc., la reformulació dels centres residencials, i fins i tot el replantejament del model d'atenció a les persones majors, en general.

Les residències per a persones majors han evolucionat notablement, des de la seva històrica concepció més com un servei de beneficència i assistencial de la meitat del segle passat, on es va evolucionar dels coneguts com «asils» per a ancians, fins a l'actualitat, en que es parla d'un model enfocat a respondre a les necessitats de les persones grans, es parla d'un enfocament centrat en la persona, d'atenció integral. També s'ha vist una evolució del model més centrat en els serveis, com podien ser l'allotjament i els serveis més hostelers per parlar de centres on primen les cures professionals, l'atenció més especilitzada, i on es comença a parlar d'atendre a partir de les necessitats de la persona.

El model d'atenció residencial a Mallorca, té dos models bàsicament. Per una banda tenim la proposta d'atenció basat en el model bio-psico-social que pretén tenir cobertes les necessitats bàsiques de la persona que resideix en el centre. La persona ingressa en el centre i aquest centre li ofereix una sèrie de serveis i la persona en funció de les seves necessitats biològiques (atenció sanitària -mèdica i d'infermeria-, atenció física – fisioteràpia i teràpia ocupacional-), psicològiques (servei de psicologia i/o estimulació cognitiva) i socials (treball social, animació sociocultural, dinamització) assisteix a uns serveis o altres.

I altres centres ja parlen dels models d'atenció centrada en la persona, que donen una passa més enllà, és tal com defineix Martínez (2016) un enfocament en que les persones passen a ser l'eix, el centre de la intervenció. Com a enfocament reconeix una sèrie de principis que orienten la manera de fer (veure el Decàleg ACP). A més ajunta distints model d'atenció professional, tenint com a premissa la recerca de la qualitat de vida de les persones majors que precisen cures donant importància a l'autonomia de la persona, al seu benestar subjectiu partint de la seva voluntat i la seva història de vida. A més incorpora noves metodologies, noves maneres de fer, aportant noves tècniques i eines que faciliten l'atenció integral personalitzada.

Així i tot, com s'ha esmentat abans, la concentració de persones vulnerables majors en un mateix edifici, amb capacitat per a moltes persones, amb una declaració d'estat d'alarma, va fer que el Decàleg ACP, en moltes ocasions quedàs relegat al discurs, però no a la pràctica.

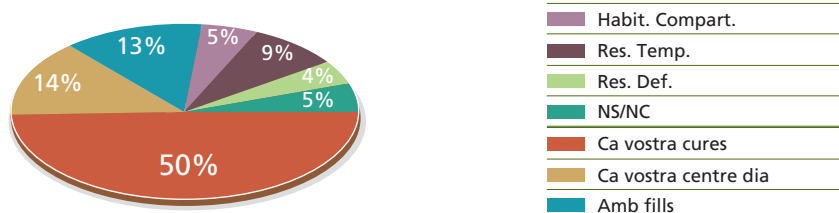
Per tant, el model residencial d'atenció a les persones majors, sobretot a les dependents s'ha de repensar, i no cal fer un replantejament molt innovador ja fa estona que es senten veus, es publiquen articles, ... que posen l'accent en alguns punts concrets, malgrat no és l'objecte d'aquest article:

- Models residencials més petits, passar de models macro (més de 100 usuaris), a models micro (menys de 100 persones).
- Centres residencials organitzats en unitats de convivència. Les unitats de convivència enteses com a unitats senzilles, en les quals la seva organització gira en vers al desenvolupament d'activitats de la vida quotidiana, les persones desenvolupen allà les activitats que farien a casa seva (endreçar roba, ajudar en les tasques a la cuina, posar i llevar taula, etc.)

I per què no, pensar una alternativa al model residencial, per què només es pot atendre a un centre especialitzat, per què la persona ha d'abandonar la seva llar, si els estudis, les enquestes ens diuen que la gent gran vol viure a casa seva, en el seu entorn.

A l'any 2018 des de l'IMAS es va fer un estudi on varem avaluar entre totes les persones que participen en els tallers d'estimulació cognitiva de l'IMAS, la finalitat d'aquest qüestionari era recollir informació sobre les condicions de vida de les persones grans de Mallorca, així com conèixer les seves preferències respecte a on volen viure i el resultat a la pregunta «d'on us estimaríeu més viure, en cas de necessitar més ajuda:» d'aquest estudi va ser:

Gràfic 1 | Resultats de l'enquesta de l'IMAS (2018) sobre on volen viure les persones grans



Font: dades IMAS, 2020

A més, partint de la premissa que aquest i altres estudis constaten que la persona gran vol viure a casa seva, s'ha de tenir present que presenta tota una sèrie de beneficis que s'han constatat quan la persona és atesa a la seva llar. Entre d'altres destacariem:

- La persona rep una atenció individualitzada, el professional només ha d'atendre a una persona, la ràtio d'atenció és 1 a 1. S'ha de pensar que malgrat en el centre residencial es presta atenció 24 hores, això no és igual que rebre atenció individualitzada 24 hores, per tant amb el servei d'ajuda a domicili, s'ha de garantir que la persona rep les hores d'atenció que la persona i la seva família, per la seva dependència necessita.
- Rebre les cures necessàries a casa, en cas de processos de malaltia, contribueix a una recuperació més ràpida i com que està a casa, habitualment l'actitud de la persona sol ser més positiva psicològicament parlant.
- El fet de seguir en el seu entorn, envoltat de persones que li mostren afecte, el benestar emocional contribueix a l'augment de l'esperança de vida.
- Quan la persona està a casa, segueix amb les seves rutines diàries, fins i tot amb aquelles necessàries per a la recuperació, el professional que ve a casa, ve a fer les activitats rehabilitadores específicament amb la persona.
- Els ingressos a hospital, a una residència, fan que la persona és senti més fràgil, més insegura, que és una molèstia per la família, tots aquests aspectes influeixen a nivell psicològic en la persona i pot empitjorar o ser contraproductiu pel seu estat de salut. Tot el temps que la persona és atesa a casa, i si aquesta atenció respon a les necessitats de la persona i el seu entorn, millorarà la percepció de la persona sobre la seva autonomia.
- Les cures a casa garanteixen preservar molts dels drets de les persones, que igual no intencionadament, es vulnereu en el centre residencial, es garanteix la

intimitat, la voluntat de la persona, el major es sent en un ambient de confiança per dir com vol ser cuidat.

- L'avanç a dins el món tecnològic, permet tenir des d'un dispositiu de teleassistència per poder donar la veu d'alarma en cas d'accident, a poder implantar un sistema de vigilància de la casa, que pot avisar a la família, a la persona cuidadora, etc. quan igual vol sortir de casa, i se sap que pot ser un perill, o pot geolocalitzar a la persona si aquesta es desorienta.

3. L'alternativa al model residencial. El SAID de l'IMAS

Inicialment l'atenció a domicili era un concepte que s'emprava a l'àmbit sanitari per definir les visites mèdiques que es feien a domicili sobretot pels metges. Es pot definir com un servei prioritàriament sanitari que es presta de forma continuada en el domicili, per resoldre problemes de salut que no requereixen una hospitalització, a persones que tenen dificultats per desplaçar-se a un centre de salut o a un hospital.

Una altra definició és la de Torra i Bou: «conjunt d'activitats que sorgeixen del contexte d'una planificació prèvia que integra un equip interdisciplinari d'atenció sanitària i que tenen com a objectiu proporcionar atenció de salut, mitjançant activitats que incloguin continguts de promoció, protecció, cures i rehabilitació, dins d'un marc de plena coresponsabilitat de l'usuari i/o la família amb els professionals de l'equip de salut, en el domicili d'aquelles persones que, degut al seu estat de salut o a criteris prèviament establerts per l'equip, no poden desplaçar-se al centre d'atenció primària». Encara és una definició molt vinculada al món sanitari.

Però hi ha una vessant social, que combina l'atenció i la cura sanitària de la persona, però sobretot l'atenció a la persona d'una forma més integral, més social, aquí una definició extreta de les distintes pàgines de distintes entitats locals, seria igual la més completa: «El Servei d'ajuda a domicili (SAD) és un servei municipal i/o d'entitats locals, de caire universalista, i es figura com una prestació psicosocial bàsica del sistema públic de Serveis Socials. El servei esmentat constitueix tot un conjunt d'actuacions dirigides a facilitar el desenvolupament o manteniment de l'autonomia personal, prevenir o retardar el deteriorament individual o social i promoure condicions favorables en les relacions familiars i de convivència, contribuint així a la integració i permanència de les persones en el seu entorn habitual, mitjançant l'adequada intervenció i suport de tipus personal, psicosocial, domèstic, educatiu i assistencial. És un servei que es presta mitjançant personal especialitzat.»

Tenint en compte, aquests beneficis per la persona, i pel propi desenvolupament del servei, des de l'IMAS, abans que sobrevinguessin les circumstàncies actuals, ja es va posar en marxa el Servei d'Atenció Integral a Domicili, d'ara endavant SAID, a l'abril de 2016 per donar una passa de qualitat en el que fins el moment es coneixia com el Servei d'Ajuda a Domicili, el tradicional SAD.

El servei que es posava en marxa des de l'IMAS tenia i té com objectiu, poder atendre a les persones amb dependència en el seu entorn comunitari. Oferir una atenció que permeti a les persones familiars o al seu entorn proper poder desenvolupar la seva activitat laboral, tenir temps per a ella mateixa, mentre es fa feina per la promoció de l'autonomia de la persona i pel manteniment òptim del benestar de la persona.

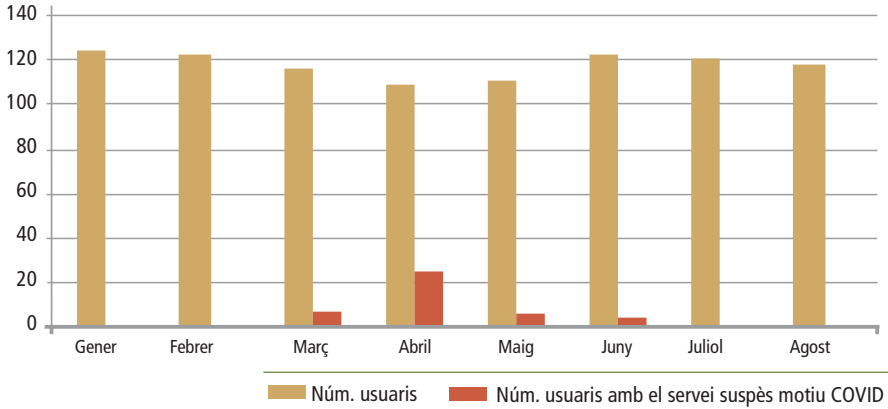
Es concreta en tres objectius bàsics:

1. Implantar un model d'atenció centrat en la persona en el seu entorn, promocionant la permanència en el domicili de les persones amb necessitats d'atenció i suport, garantint una atenció integral individual, afavorint la seva participació a la comunitat i procurant el major grau d'autonomia personal.
2. Donar suport i millorant el benestar de les famílies cuidadores oferint: formació, assessorament, informació, respir i suport.
3. Fomentar la coordinació dels diferents nivells d'atenció (comunitària, especialitzada i sanitària) potenciant les intervencions preventives i de promoció de la salut.

La hipòtesis de treball confirmada, que tenim des de l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS, és que el Servei d'Ajuda a Domicili és l'únic servei que es va poder prestar sense modificacions, més que en aplicació de mesures preventives de contagis. A més, malgrat al principi hi va haver persones que tenien por que les auxiliars d'infermeria anassin a casa, hi va haver persones, que varen suspendre temporalment el servei mentre estava decretat l'estat d'alarma, ja que podien encarregar-se del seu familiar, alguns també argumentaven que no calia pagar el servei, mentre ells no anaven a fer feina, o la situació els feia necessitar aquella part de la pensió que es destina al copagament del servei, en la majoria de casos es va poder seguir mantenint el servei.

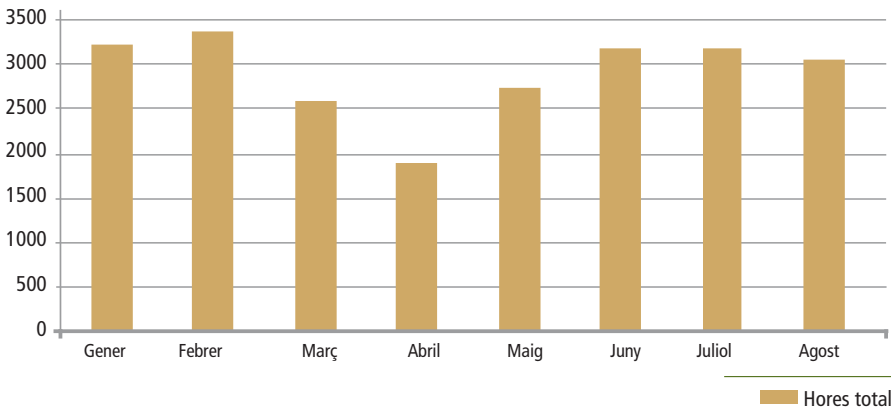
El projecte a principis de març de 2020 atenia a 124 persones de 16 municipi, i el mes d'abril va davallar considerablement, el mes de maig es va recuperar, però poc, però a partir del juny ja es va ser restablir el servei de manera habitual al moment abans de l'esclat de la pandèmia com es veu a les dues gràfiques següents:

Gràfic 2 | Comparativa d'usuaris que varen suspendre el servei per la COVID-19



Font: dades IMAS, 2020

Gràfic 3 | Comparativa de número d'hores del SAID per mesos



Font: dades IMAS, 2020

Així i tot, durant l'estat d'alarma va ser un dels serveis que es va poder seguir prestant, no així el servei de centre de dia, es varen suspendre els ingressos de qualsevol índole a centre residencial, es varen suspendre pràcticament durant tres mesos les sortides dels centres residencials, i un poquet menys, però no gaire més les visites dels familiars, que a principis de maig només podien ser de forma quinzenal i de només 20 minuts, aquestes mesures, que no quedava més que implantar donada la letalitat dels virus en els centres residencials, no es va haver de prendre cap, d'aquestes mesures en el SAID, per què, perquè les normes eren les mateixes que per qualsevol persona que estava a casa, el dia que es va deixar sortir a passejar a la gent gran, els nostres usuaris del

servei a domicili varen poder sortir sense més restricció que les franges horàries. De fet durant la segona onada, ningú s'ha plantejat suspendre el servei.

4. Conclusions

A mode de conclusió s'ha fet un exercici a través dels arguments que sustenta l'informe «La millora de la qualitat de vida de les persones majors dependents» que Eamon O'Shea va fer pel Comité de Cohesió Social del Consell d'Europa, a l'apartat de conclusions del citat informe, en el que es parlen de distintes qüestions que haurien de ser tingudes en compte a l'hora de dissenyar respostes polítiques apropiades als problemes de la gent gran, i per què no, de tenir en compte ara que s'està qüestionant el model residencial degut a la pandèmia que s'està patint a nivell mundial. Aquestes recomanacions són la concreció de cinc principis a tenir en compte a nivell europeu a l'hora de desenvolupar serveis per a la gent gran:

- Models d'assistència centrats en la persona
- Prestacions globals
- Prevalència de l'atenció a domicili
- Valoracions basades en les necessitats
- Recursos/Serveis equitatius i asequibles econòmicament.

L'exercici que s'ha desenvolupat a mode de conclusió, ha estat revisar les recomanacions en base a la situació actual, de necessitat de revisió de model, de crisi del model per la situació de crisi sanitària, i confrontació amb les actuacions durant la pandèmia, en el model residencial i en model d'atenció a domicili.

«Recomanació 1. Els serveis de suport i cures per a les persones majors dependents haurien de respectar la integritat, autonomia i dignitat de les persones majors i potenciar la seva participació i independència.», una de les principals crítiques al model residencial ha estat la incapacitat per garantir els mateixos drets de les persones majors que vivien dins les residències i les que estaven a casa, no vol dir que no hagi estat necessari, però després de quasi 7 mesos de pandèmia seguim sense poder garantir els drets de les persones residents.

«Recomanació 2: L'atenció primària s'ha d'estendre i coordinar-se amb l'atenció social i la secundària, i comptar amb els professionals convenientment formats». La pandèmia ha demostrat que els recursos de serveis socials, si no comptam amb el seu suport, quan hi ha una crisi d'aquesta característica no tenim capacitat de reacció, tenim manco recursos, ens manca ser més protocol·laris en el nostre dia a dia, etc. De fet

la pandèmia, en el cas de la nostra Comunitat Autònoma ha servit per unir-nos Salut i Serveis Socials i fruit d'aquesta unió ha estat l'equip de coordinació socio sanitària, que ha revisat protocols en els centres residencials, d'ajuda a domicili, va repartir el material de protecció durant la primera onada, etc. Però si concretam a nivell de casos, de persones, a nivell de servei d'ajuda a domicili, la coordinació ja estava, en canvi a nivell de centre residencial i centre de salut, encara hi ha camí per fer, seria una recomanació a apuntar per treballar a futur.

«Recomanació 3: Els serveis d'ajuda a domicili destinats a persones majors dependents s'haurien de desenvolupar de forma local i per personal ben format, de manera flexible y coordinada, en el marc d'un ampli sistema d'atenció social i sanitària. S'ha d'establir un sistema dinàmic, dirigit a una transició progressiva de les cures oferides en el propi domicili a distints tipus de centres, que s'ajustin a les necessitats i demandes canviant de les persones majors dependents». Aquesta recomanació, és el «plus» del programa SAID de l'IMAS, ja que es va optar per fer equips per comarques, d'aquesta manera sempre s'atenen a les mateixes persones, i al final l'equip coneix pràcticament tots els usuaris de la comarca. I per una altra banda, es va apostar per què el servei el prestassin tècnics auxiliars d'infermeria amb l'objectiu de poder desenvolupar alguna funció més de cures, de tècniques bàsiques de rehabilitació, d'estimulació cognitiva entre d'altres, que tal vegada, sobrepassava les funcions de les treballadores familiars. Ara en temps de COVID, la preparació i coneixement sanitaris o socio sanitaris de cada professional, ha permès que s'hagi treballat seguint els protocols de prevenció i actuació front a la COVID, i es pot dir, que no s'ha registrat cap cas de contagi fins el moment en cap de les nostres professionals.

«Recomanació 4: els centres de dia i els serveis de respir familiar s'han de fer arribar a totes les persones majors dependents, inclús a les persones amb algun tipus de demència». El fet de gestionar el SAID des de l'IMAS, és a dir, de manera insular, també ens permet complir amb aquesta recomanació, per a nosaltres suposa el complement al SAID, l'IMAS posa al servei de la persona usuària del servei d'ajuda a domicili tots els serveis que es presten, en aquest cas, a la gent gran, no es presta el servei de manera única i aïllada, sino que es complementa. El canvi de model, pel que s'aposta, oferta el recurs que la persona necessita en el moment que la necessita i complementar serveis entre ells per atendra de forma integral a la persona.

«Recomanació 5: Les persones amb demència han de rebre cures especials, en entorn adequats i per persones ben formades en aquest tipus de cures». L'atenció a les persones amb demència segueix sent un repte, ja que no hi ha gaire projectes d'aquestes característiques, ni iniciatives. Quan un procés de demència duu a alteracions conductuals, a la majoria de casos, s'opta per l'ingrés residencial a una unitat especial de la persona. Aquesta unitat segur que treballa per garantir el benestar de la persona i

intentar mitigar les alteracions conductuals. En temps de COVID, aquestes unitats han estat el taló d'Aquil·les dels centres, perquè, són espais on s'ha dificultat encara més l'aplicació dels protocols d'aïllament per les característiques de les persones, i s'ha hagut d'assumir el risc de contagis massius en ocasions, front a una crisi conductual. És més senzill atendre a una persona de forma individual com es fa a un servei a domicili, i més en aquestes persones, que atendre a la col·lectivitat.

«Recomanació 6: Quan els membres de la família actuen com a cuidadors, se'ls ha de reconèixer la seva tasca, se'ls ha de dotar d'uns drets legislatius, així com atendre les seves necessitats, l'accés a la informació, a la formació, donar un respir i altres serveis de suport». La cura dels cuidadors en el cas dels serveis d'ajuda a domicili, és més realista, és més propera ja que s'estableix una relació entre el servei, el professional, la família i l'usuari, i al final la interconnexió fa que ens preocupen per les angoixes d'aquesta família, per donar-li suport, formar-la per a que l'angoixa baixi, i fins i tot, en donar informació sobre recursos alternatius, temporals, que segur l'ajuden en la seva tasca diària de persona cuidadora.

«Recomanació 7: S'ha de concedir una atenció especial al desenvolupament d'una varietat de recursos en geriatría, incloent centres de dia, que siguin capaços de respondre a les necessitats individuals de les persones majors dependents». No és més que una aposta més per la combinació de serveis tenint en compte a la persona i les seves necessitats al llarg del seu procés de dependència, que no és més que una etapa més de la seva vida. S'ha de defugir dels recursos permanents i promoure els recursos flexibles i combinables entre si.

«Recomanació 8: S'han de tenir disponibles serveis de valoració i rehabilitació, basats en la geriatría i en un enfocament multidisciplinar». Tant els serveis residencials, els serveis de centre de dia, com els d'ajuda a domicili, han de mirar a la geriatría, i entendre que aquesta atén des de una perspectiva global, té en compte a la persona com un tot i no com una parcel·la on cada professional aporta el seu coneixement.

«Recomanació 9: Les persones majors dependents han de gaudir d'una atenció de llarga durada de qualitat en el marc de diferents estructures d'atenció dotades de personal qualificat». Tot servei, recurs, programa, projecte, que tingui com objectiu l'atenció d'una persona gran dependent ho ha de fer des de la perspectiva de l'atenció integral, per personal preparat, i amb la capacitat de respondre a les necessitats que vagi tenint la persona, tenint present l'augment de l'esperança de vida, i que prestar una atenció de qualitat també implica que aquesta atenció serà de llarga durada.

«Recomanació 10: La prevenció de la pèrdua d'autonomia i de la dependència de les persones majors han de ser un principi central en les polítiques sanitàries, socials i

mediambientals». Com no pot ser d'una altra manera, l'atenció a les persones majors han de ser una prioritat a la política local, insular, autonòmica i estatal, ja que es tracta d'un dels col·lectius més nombrós, l'esperança de vida ha crescut de manera exponencial en els darrers temps, i el no prestar-li l'atenció que cal ara, ens pot dur a tenir un problema molt gran a futur, i aquest futur no és tan enfora.

Referències bibliogràfiques

Díaz, P; Sancho, M. (2012). "Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para 'vivir como en casa'" Madrid, Informes Portal Mayores, nº 132. [Fecha de publicación: 15/06/2012].

La asistencia domiciliaria y sus múltiples beneficios. <https://tumayoramigo.com/blog/la-asistencia-domiciliaria-y-sus-beneficios/>

Martínez, T. (2016). Atención centrada en la persona en residencias de personas mayores españolas: algunas opiniones de sus directores/as y profesionales. Informes acp gerontología nº. 4. www.acpgerontologia.com

O'shea,E.(2003). La mejora de la calidad de vida de las personas mayores dependientes. Galway: Universidad Nacional de Irlanda, 6. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oshea-mejora-01.pdf>

Plan de respuesta temprana en un escenario de control de la pandemia por COVID-19 del Ministerio de Sanidad (2020). Acordado en Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 16 de julio de 2020.

Torra, J.E. (1989). Atención Domiciliaria y Atención Primaria desalud. *Revista Rol de Enfermería*, 125, 37-43.

Autora

SOFÍA ALONSO BIGLER

Sa Cabaneta (1977). Educadora Social (UNED). Diversos cursos sobre gestió de centres residencials per a persones majors, i cursant Màster de gerontologia i atenció centrada en la persona per la Universitat VIU. Des de l'any 2006 fins 2019 tècnica a la Coordinació de l'Àrea de Gent Gran de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials. Des de juliol de 2019 DI de Gent Gran a l'IMAS – Consell de Mallorca.

**ELS CASALS I LA PANDÈMIA DE LA
COVID-19: PRESERVAR LA QUALITAT
DE VIDA DE LES PERSONES GRANS
MITJANÇANT ELS RECURSOS DE PROMOCIÓ
DE L'AUTONOMIA PERSONAL**

Els casals i la pandèmia de la COVID-19: preservar la qualitat de vida de les persones grans mitjançant els recursos de promoció de l'autonomia personal

Maria Teresa Coll Janer

Carmen Orte Socias

Belén Vaquer Arjonilla

Lidia Sánchez-Prieto

Natalia Reinares Gagnetten

Margalida Ferrando Llobera

Coloma Reynés Cunill

Maria del Roser Fiol Salvà

Resum

Les persones grans han estat un grup especialment vulnerable davant la COVID-19. El confinament viscut arran de la pandèmia va suposar una readaptació dels Serveis Municipals de Promoció de l'Autonomia Personal gestionats per Intress, amb l'objectiu de preservar la qualitat de vida i de minimitzar l'impacte negatiu provocat per la situació d'aïllament i solitud que va implicar el confinament de les persones usuàries.

L'objectiu de l'estudi ha estat identificar de quina manera els ha afectat la interrupció dels serveis que rebien i la impossibilitat d'accedir quotidianament als casals durant el confinament, la valoració de la seva situació personal i l'adaptació i resposta que van rebre per part dels casals.

Per una part, l'estudi ha reflectit múltiples característiques de vulnerabilitat en les persones usuàries del Servei. Per una altra, ha posat en relleu la utilitat dels casals, no únicament com a proveïdors de recursos i serveis, sinó també com un recurs que provoca efectes positius en la solitud de les persones grans en situació de vulnerabilitat.

Resumen

Las personas mayores han sido un grupo especialmente vulnerable ante la COVID-19. El confinamiento vivido a raíz de la pandemia supuso una readaptación de los Servicios Municipales de Promoción de la Autonomía Personal gestionados por Intress, con el objetivo de preservar la calidad de vida y de minimizar el impacto negativo provocado por la situación de aislamiento y soledad que implicó el confinamiento de las personas usuarias.

El objetivo del estudio ha sido identificar cómo les ha afectado la interrupción de los servicios que recibían y la imposibilidad de acceder cotidianamente a los centros durante el confinamiento, la valoración de su situación personal y la adaptación y respuesta que recibieron por parte de los centros.

Por una parte, el estudio ha reflejado múltiples características de vulnerabilidad en las personas usuarias del Servicio. Por otra parte, ha puesto de relieve la utilidad de los *casals*, no solo como proveedores de recursos y servicios, sino también como un recurso que provoca efectos positivos en la soledad de las personas mayores en situación de vulnerabilidad.

1. Casals: Serveis de Promoció de l'Autonomia Personal davant la COVID-19

Des dels casals, Serveis de Promoció de l'Autonomia Personal de la gent gran de Palma, es va identificar la necessitat d'adaptar-se per intervenir davant la pandèmia de COVID-19 i de preservar la qualitat de vida de les persones usuàries. La missió del Servei de Promoció de l'Autonomia Personal és promoure al màxim la millora de la qualitat de vida de les persones grans en situació de risc o amb dificultats socials potenciant l'autonomia, la dignitat i la llibertat (Sánchez et al., 2017). Els objectius són:

1. Facilitar l'accés de les persones grans als diferents serveis que s'ofereixen: menjador, dutxes, bugaderia, servei d'ajuda a domicili i activitats d'oci i temps lliure, així com de prevenció de la salut.
2. Cobrir la necessitat bàsica d'alimentació i treballar hàbits alimentaris.
3. Oferir el Servei d'Ajuda a Domicili, puntualment i transitòriament, a les persones usuàries dels serveis dels casals.
4. Sensibilitzar les persones grans de la necessitat d'higiene corporal i facilitar-los l'accés i l'acompanyament al servei de dutxes i de bugaderia dels casals.
5. Contribuir a la millora de l'estat de salut de les persones grans beneficiàries del servei de menjador.
6. Potenciar la relació de les persones grans amb l'entorn afavorint la seva participació en activitats pròpies dels casals o d'altres entitats, per tal d'evitar el seu aïllament.

Concretament, la visió de l'àrea de gent gran de la qual formem part és «Ser un referent de servei de promoció de l'autonomia personal en el nostre àmbit de serveis socials per la qualitat de l'atenció centrada en les persones majors i la capacitat de resposta davant les demandes dels clients i de les persones usuàries».

Les persones grans que acudeixen als casals reben una sèrie de prestacions, serveis i recursos que els ajuden a promocionar la seva autonomia. I així mateix, influeixen en altres aspectes fonamentals, com la soledat i el benestar subjectiu. Els anteriors objectius es fonamenten en els valors següents:

- 1. Eficiència** en la gestió diària del servei.
- 2. Responsabilitat** en l'execució de les nostres accions.
- 3. Compromís** amb les demandes i necessitats de les persones usuàries i clients.
- 4. Respecte** del medi ambient.

- 5. Rigor** en el compliment dels nostres objectius.
- 6. Facilitar** el treball en equip i el desenvolupament professional.
- 7. Flexibilitat** en l'adaptació als canvis.
- 8. Exigència** en la millora contínua de la feina realitzada.

El servei va adreçat a les persones més grans de 60 anys, que es troben en situació de dificultat, aïllament o risc social. El col·lectiu que atenem presenta necessitats vinculades a l'envelliment (problemàtiques de salut, pèrdua d'autonomia funcional, solitud i aïllament) i d'altres relacionades amb la llar (habitatges insalubres o inadequats, barreres arquitectòniques) i ingressos insuficients.

S'intenta mantenir les persones grans en el seu entorn habitual de vida i donar cobertura a les necessitats bàsiques que van apareixent relacionades amb l'edat, i també a les necessitats derivades de l'estructura del seu barri. La intervenció sobre algunes variables són fonamentals, com seria el cas de la soledat. S'estima que un 24% de la gent gran se sent sola a Espanya, com indiquen Del Barrio et al. (2015). Segons els autors, es tracta d'un valor elevat, en comparació amb altres països europeus, per exemple, els valors de Suècia són del 10%.

El perfil de les persones usuàries del Servei s'adapta a les característiques següents:

1. Ser més grans de 60 anys. Les persones usuàries més joves d'aquesta edat es consideren una situació especial.
2. No necessitar una assistència sanitària intensiva o trobar-se en situació de dependència que no pugui ser atesa adequadament pel Servei.
3. No patir cap malaltia infectivocontagiosa ni aguda.
4. Ser autònom i independent per arribar al centre i valer-s'hi.
5. Assumir el cost de la prestació.
6. Les persones residents a la zona on s'ubica el casal tenen prioritat d'accés.

L'accés al casal es fa mitjançant derivació dels CMSS o altres serveis socials o sanitaris als quals les persones interessades fan la demanda, o també poden acudir directament al casal si no tenen expedient obert en un dels serveis abans esmentats. L'equip de cada casal està integrat per:

- Un/a treballador/a social - direcció
- Dues treballadores familiars

- Tres auxiliars de menjador
- Infermera
- Voluntaris/àries.

1.1. Adaptacions dels recursos i dels serveis a la pandèmia de COVID-19

La pandèmia de la COVID-19 ha afectat tota la població i la forma de funcionar del món en els àmbits social, econòmic i laboral. Gálvez, Romero, Trigo i Serrano (2020) fan ressaltar la rellevància de desenvolupar noves estratègies d'intervenció en persones grans, a causa de l'elevada vulnerabilitat que presenten davant possibles efectes negatius de la COVID-19. A més, diversos estudis evidencien l'impacte del confinament tant en factors físics com emocionals o psicològics (Huang i Zhao, 2020; Losada-Baltar et al., 2020; Vingeliene et al., 2019). Com indiquen Yanguas et al. (2018), la solitud es vincula amb la mortalitat i la morbiditat, per la qual cosa és rellevant desenvolupar estratègies o intervencions que n'evitin l'impacte.

Precisament, vinculat amb l'anterior aspecte, els Serveis de Promoció a l'Autonomia Personal hagueren d'adaptar els seus serveis per poder oferir una atenció individualitzada a cada una de les persones usuàries. Els principals canvis que varen viure els serveis varen ser:

- Seguiment telefònic a cada persona usuària de dilluns a diumenge i visites a domicili a les persones que no tenien telèfon.
- Servei de dutxa al principi del confinament per a les persones usuàries en situació de més vulnerabilitat o necessitat.
- Servei de bugaderia al principi de confinament per als usuaris i les usuàries en situació de més vulnerabilitat o necessitat.
- Increment de les visites a domicili a les persones usuàries, a mitjan confinament, per tal de fomentar la socialització i el suport emocional.
- Menjar a domicili diari per a totes les persones usuàries que ho demanaven.
- Gestió, de forma puntual, de prestacions materials, econòmiques i socials a les persones usuàries en major situació de vulnerabilitat.
- Suport en gestions personals bàsiques de les persones usuàries.

A més, l'Ajuntament de Palma va fer la petició de gestionar i obrir les dutxes a persones externes en situació de risc i/o d'exclusió social com a alternativa d'aten-

ció a causa del tancament obligat d'altres serveis especialitzats amb motiu de la pandèmia.

Amb l'obertura dels serveis, s'hagueren de gestionar més canvis. Cada casal va elaborar un pla de contingència adaptat a les seves instal·lacions tant per a la prevenció de riscos de les treballadores com per a la protecció de les persones usuàries que s'hi anaven incorporant.

Actualment, els casals romanen oberts tan sols per al servei de menjador a un 50% de la seva capacitat; s'hi mantenen sempre les distàncies de seguretat i es desinfecta la zona utilitzada sempre abans i després d'estar-hi. Això implica, per exemple, una organització de torns per dinar. A més, també es tenen oberts el servei de dutxa i el de bugaderia, i ha quedat exclosa la dinamització amb activitats terapèutiques i d'oci. Les persones que no acudeixen als casals continuen rebent el servei de menjar a domicili, es continuen fent les visites domiciliàries i el seguiment telefònic de dilluns a divendres.

L'objectiu d'aquest estudi va ser identificar com va afectar el fet de no poder rebre serveis ni de poder accedir diàriament al casal a causa del confinament i també saber el grau de satisfacció de les persones usuàries quant a la seva situació personal i sobre l'adaptació i la resposta que reberen per part del casal. A la vegada, es va analitzar el perfil dels usuaris dels casals i s'identificaren els factors principals de vulnerabilitat: estat civil, estat de l'habitatge i sentiment de solitud.

2. Metodologia

2.1. Procediment

Es va fer un estudi transversal. L'avaluació es va dur a terme les primeres dues setmanes després del confinament per la COVID-19, cosa que va permetre obtenir una percepció dels usuaris de manera immediata de la seva situació durant el confinament.

2.2. Mostra

Es va avaluar el 83,69% de la població d'estudi. La pèrdua mostral (16,31%) es va produir a causa de la impossibilitat d'accedir als usuaris durant les dues setmanes que es van fer els qüestionaris pels següents motius: baixa temporal del servei, baixa del servei durant el temps de les enquestes, deteriorament cognitiu o trastorn mental que impedia respondre a l'enquesta.

Els participants eren usuaris dels casals que acudeixen habitualment de dilluns a divendres als diferents serveis que hi oferim: servei de menjador, activitats lúdiques, servei de bugaderia i dutxes, entre d'altres.

La mostra, composta per 77 persones usuàries, va resultar equitativa respecte al sexe (51,9% homes i 48,1% dones). L'edat mitjana va ser de 75,4 anys (DE = 7.7); l'edat mínima dels participants era de 62 anys.

Respecte a la seva formació educativa, fins a un 27,3% dels usuaris no sabien llegir o escriure i un 35,1% tenia estudis primaris. L'11,7% tenien estudis superiors (universitaris o similars). Una característica és que la majoria de la mostra duia a terme activitats laborals no especialitzades (tendència a fer treballs físics o ser contractats com a peons) (n = 25) i un 29,9% treballaven per a terceres persones.

2.3. Instruments

L'estudi es va focalitzar en el qüestionari elaborat segons el marc teòric i l'adaptació de la COVID-19 i el Social Support Questionnaire (SSQ), en la seva versió reduïda (Sarason, Sarason i Shearin, 1987).

L'objectiu d'emprar l'SSQ va ser l'avaluació de la disponibilitat i la satisfacció del suport social. Es tractava d'un qüestionari autoinformat, format per sis ítems, amb una escala Likert, amb sis opcions de resposta: a) molt satisfet, b) bastant satisfet, c) satisfet, d) poc satisfet, e) bastant insatisfet i f) molt insatisfet. A més, associada a cada situació, es plantejava una qüestió sobre el nombre de persones amb qui podien comptar.

L'SSQ presentava valors elevats de validesa interna: es va obtenir una alpha de Cronbach de 0.97. La correlació test-retest va ser de 0.90 per als ítems de suport i de 0.83 per als ítems de satisfacció.

El qüestionari es va elaborar a partir de les respostes de tipus obert i amb escala Likert. Es fonamenta en les necessitats actuals del col·lectiu vulnerable. Diversos experts sobre la matèria han participat en desenvolupar el qüestionari.

2.4. Procediment

Els participants van ser informats sobre la confidencialitat dels qüestionaris i només hi van participar aquells que van acceptar de participar-hi i van signar el consentiment informat. Es van utilitzar etiquetes per preservar la identitat dels participants.

Els qüestionaris van ser passats per professionals dels casals, aliens a la recerca, que van atorgar els codis als qüestionaris. D'aquesta manera, s'assegurava la confidencialitat dels participants.

3. Resultats

3.1. Estat civil i situació econòmica i convivència

Una característica principal va ser que la majoria dels usuaris no tenien parella (96,1%): només un 3,9% estaven casats, encara que un 61% va explicar que tenia fills; la mitjana de fills va ser d'1,53 (DE = 1.99).

Els participants de la mostra es caracteritzaven per viure sols (57,1%). Però també es van identificar altres formes de convivència: amb fills (14,3%) o amb persones a les quals llogaven una habitació (6,5%), entre d'altres.

Els participants tendien a posseir nivells baixos econòmics. Específicament, la majoria dels participants tenien una pensió de jubilació (n = 39 participants), però també es van identificar altres formes de contribucions: assistencial (n = 14), viduïtat (n = 5) i altres contribucions mínimes contributives (n = 15) (renda mínima d'inserció, pensió no contributiva o subsidi per als més grans de 52 anys).

3.2. Situació de l'habitatge

Respecte de la propietat de l'habitatge, és rellevant destacar que l'11,7% de les persones usuàries, a causa de la seva situació econòmica, només van poder llogar una habitació. L'habitatge, en un 50,6% dels casos, era llogat. D'igual manera, es van identificar altres usuaris/usuàries que vivien en condicions d'elevada vulnerabilitat: habitatge ocupat (n = 2), pensió (n = 1), patronat de l'habitatge (n = 1) o residència (n = 1). Un 26% de la mostra tenia l'habitatge en propietat.

Sobre les tipologies d'habitatges, un 44,2% residia en un pis amb ascensor, un 31,2% en un pis sense ascensor, un 19,5% en un habitatge unifamiliar i un 3,9% en altres tipologies d'habitatges. En avaluar les condicions de l'habitatge, van sorgir algunes qüestions de vulnerabilitat destacades: a) viure en un espai de devers 50 m² (n = 7), b) viure en un local comercial (n = 1), c) viure en un subsol (n = 1), d) tenir ascensor espatllat i viure en un 7è pis (n = 1).

La majoria dels habitatges presentaven condicions negatives. En concret, un 50,64% no disposava de banyera o dutxa, un 42,85% dels habitatges tenien barreres en l'accés, un 46,75% no disposava de telèfon i un 24,67% no tenia aigua calenta. A més, com pot observar-se a la taula 1, també van aparèixer altres manques destacables, com no disposar d'electrodomèstics necessaris (microones o rentadora), no tenir electricitat o deterioracions rellevants de l'habitatge. Quan els demanaven sobre quines característiques de l'habitatge actuaven com una barrera arquitectònica d'accés segons la seva

situació física, destacaven les escales (n = 21) i la falta d'ascensor (n = 8). Quant a les barreres arquitectòniques dins l'habitatge, un 9% va assenyalar que només tenien banyera (dificultats per anar endreçat) i un 3,8%, graons per accedir a l'habitatge.

Taula 1 | *Condicions negatives associades amb els habitatges*

Condicció negativa de l'habitatge	Freqüència	Percentatge
Estat deteriorat de l'habitatge	14	18,18
Barreres arquitectòniques a l'accés	33	42,85
Barreres arquitectòniques a l'habitatge	11	14,28
Manca d'electricitat	2	2,59
Manca de cuina	5	6,49
No disposa d'aigua calenta	19	24,67
No disposa d'il·luminació natural	6	7,79
No disposa de banyera o dutxa	39	50,64
No disposa de telèfon	36	46,75
No disposa de rentadora	15	19,48
No disposa de nevera	1	1,29
No disposa de microones	12	15,58

Font: Elaboració pròpia

Un 40,3% de les persones usuàries no se sentien satisfetes amb el seu habitatge i consideraven que no era adequat. Els principals motius d'insatisfacció declarats eren: deterioració de l'habitatge, viure en espais no habitables (rebedor de l'habitatge), mala il·luminació o manca d'il·luminació natural, dificultats per a les relacions amb veïnats, espai mínim i dificultats per a la convivència amb les persones amb les quals compartien habitatge.

Específicament, les persones que tenien barreres d'accés a l'habitatge eren les que tenien una menor satisfacció amb el seu habitatge ($t(75) = -1.94$), i resultaven diferències significatives ($p < .05$) (vegeu la taula 2). D'igual manera, varen aparèixer diferències significatives entre homes i dones; els homes eren els que estaven més insatisfets amb l'habitatge ($t(75) = -2.58$; $t < .05$).

Per tal de reduir el malestar de les persones usuàries quant a l'habitatge durant el confinament, l'Ajuntament de Palma va facilitar i assumir la despesa d'ajudes econòmiques per a l'adquisició d'electrodomèstics (microones, neveres...), allotjament alternatiu per a persones víctimes de violència i altres situacions de risc, i tramitació de prestacions econòmiques derivades de la situació.

Taula 2 | Comparació de mitjanes de satisfacció dels usuaris segons el gènere i les condicions de l'habitatge

	Insatisfacció		Satisfacció					Intervalo de confiança del 95% para la diferencia	
	M	SD	M	SD	t	gl	p	Inferior	Superior
Gènere	1.22	.428	1.56	.501	-2.58	75	.011	-.42	-.05
Condicions bàsiques de la vivenda	1.39	.502	1.53	.503	-1.07	74	.287	-.41	.12
Barreres d'accés	1.39	.502	1.64	.483	-1.94	75	.05	-.52	.00
Barreres arquitectòniques	1.67	.485	1.90	.305	-1.91	21.25	.069	-.48	.02

Font: Elaboració pròpia

3.3. Persones usuàries de serveis dels casals

El servei de menjador dels casals era utilitzat per la majoria de les persones de la mostra (n = 73); així mateix, un 35,06% de les persones utilitzava el servei de berenar. D'igual manera, el servei de bugaderia (35,06%) i el de dutxes (27,27%) eren sovint usats pels usuaris i les usuàries. Acudir al servei d'infermeria també era habitual per a més de la meitat de les persones usuàries. Finalment, s'empraven els serveis com una font de distracció i d'acompanyament: un 68,83% hi van realitzar activitats d'oci i de temps lliure. Respecte a l'última opció d'activitats d'oci, un 5,2% de les persones realitzava activitats organitzades pels casals i un 3,9% activitats de turisme o viatges.

Davant la situació de confinament, els casals, amb el suport de l'Ajuntament de Palma, varen adaptar els serveis existents o en van posar en marxa de nous per tal de cobrir les necessitats dels usuaris, seguint les mesures/recomanacions establertes pel Govern espanyol: van dotar d'electrodomèstics (7), atenció telefònica (92), servei de menjar (73) a domicili, gestió de prestacions econòmiques puntuals (1), opció d'allotjament (1), entre d'altres.

Es va valorar, associat a l'adaptació realitzada, la situació del confinament com a «bona» (n = 28) o «regular» (n = 31). Els usuaris van categoritzar l'atenció rebuda dels casals com a «molt bona» (81,8%) o «bona» (15,6%).

Taula 3 | Activitats desenvolupades abans de la COVID-19 als casals

Persones ateses durant el confinament	Freqüència	Percentatge
Servei de menjador	73	94,80
Servei de berenar	27	35,06
Infermeria	46	59,74 <i>continua</i>

Persones ateses durant el confinament	Freqüència	Percentatge
Recursos d'oci i temps lliure	53	68,83
Dutxa o higiene	21	27,27
Servei de bugaderia	27	35,06
Gestió SAD	2	2,59
Dotació d'electrodomèstics	7	9,09
Opció d'allotjament	1	1,29
Prestació econòmica puntual	1	1,29

Font: Elaboració pròpia

3.4. Confinament durant la pandèmia COVID-19, adaptació i suport social

Una qüestió analitzada va ser com les persones usuàries varen experimentar i percebre el confinament al seu habitatge habitual durant la pandèmia de la COVID-19. La majoria va poder usar l'equipament de l'habitatge (un 84,4%); un 12,5% va declarar que només de manera parcial (no van poder usar rentadora, nevera o dutxes, perquè els cobraven per emprar-los o perquè no hi havien tingut accés). Les restriccions es van incrementar quan es va preguntar si havien pogut tenir accés a espais comuns; un 15,6% va explicar que no hi havien tingut accés o que havien tingut accés restringit a terrasses o cuina.

Respecte a la **percepció de solitud** durant el confinament, un percentatge rellevant d'usuaris va revelar manca de suport social. Un 61% de la mostra s'havia sentit sol durant el confinament, la majoria de forma freqüent.

Durant el confinament, el 54% de la mostra tenien tres o més contactes amb els quals **podien parlar per telèfon**, el 23,99% tenien contactes socials limitats (1-2 persones) i un 22,01% sols mantenien contacte amb les professionals dels casals, que es convertiren en l'única xarxa de suport amb la qual podien comptar.

Quant a grups de confiança de les persones usuàries, un 39% va declarar que sols comptava amb una o dues **persones de confiança**. Considerem important fer ressaltar que el 36,4% va declarar que no tenia persones de confiança que els visitessin a casa.

Sobre la pregunta si **rebrien ajuda** de persones si fos necessari, un 48,4% podria demanar-ne a un familiar i un 21,9% a un veí o un conegut. En canvi, un 29,7% considerava que només podria sol·licitar ajuda a les professionals del casal.

Quan els van demanar si havien rebut ajuda durant el confinament, el 96,1% va contestar afirmativament, i en el 68,4% dels casos, de manera continuada i freqüent.

Gairebé tota la mostra havia rebut ajuda dels casals (96,10%), d'altres professionals (29,86%) o de familiars (37,66%) (vegeu la taula 4).

Taula 4 | *Persones que reberen ajuda durant el confinament*

Persones que reberen ajuda	Freqüència	Percentatge
Professionals dels casals	74	96,10
Professionals del SAD	11	14,28
Altres professionals	12	15,58
Familiars	29	37,66
Amics	10	12,98
Veïns	12	15,58

Font: Elaboració pròpia

Quant a les **conseqüències percebudes** més freqüentment durant el confinament, van assenyalar dos aspectes clau: a) la pèrdua de la relació amb els seus companys (84,41%), i b) la pèrdua del suport dels professionals (77,92%). A més, el 54,4% va percebre com una pèrdua de confortabilitat el fet de no poder anar a les instal·lacions dels casals (aire condicionat, jardí, terrasses, etc.). El fet de no poder disposar dels serveis habituals del casal també es va identificar com una conseqüència negativa durant el confinament, ja que també trobaren a faltar tant el servei de menjador (46,75%) com la realització d'activitats d'oci (46,75%) i, en tercer lloc, el servei de bugaderia (25,97%).

No obstant això, davant la pregunta sobre què va ser el que realment sentiren com més perjudicial, la majoria de la mostra coincideix que les seves relacions socials es varen veure afectades, i un 70,12% expressa que es varen sentir sols pel fet no poder parlar amb els companys/es, perdre el vincle o no tenir amb qui compartir els dies. Altres feren referència al fet que durant el confinament va ser perjudicial que, a causa de les condicions dels seus habitatges, havia disminuït la possibilitat de dutxar-se i que havia empitjorat el nivell d'higiene personal (23,37%) (vegeu la taula 5).

Taula 5 | *Serveis i recursos que han perdut durant el confinament i conseqüències*

Serveis i recursos que han perdut durant el confinament	Freqüència	Percentatge
Relacions amb els companys	65	84,41
Suport dels professionals	60	77,92
Servei de menjador	36	46,75
Instal·lacions	48	62,33

continua

Serveis i recursos que han perdut durant el confinament	Freqüència	Percentatge
Activitats	36	46,75
Servei de bugaderia	20	25,97
Conseqüències associades al confinament		
Disminució del contacte social	61	79,22
Sentir-se més sol	54	70,12
Disminució de la higiene personal	18	23,37

Font: Elaboració pròpia

Com es pot observar a la taula 6, el suport social que van rebre els usuaris dels casals va ser reduït, especialment, quan es tractava de comptar amb algú que els pogués donar suport o ajudar-los quan estaven deprimits o se sentien disgustats. De fet, percebien que podrien comptar amb una mitjana de 0,78 persones (DE = 0.98) si se sentissin molt disgustats i amb una M = 0,96 (DE = 1.11) si necessitessin algú quan se sentissin deprimits.

Taula 6 | Suport social rebut durant el confinament

Suport social rebut durant el confinament	Mitja de persones amb les que es pot comptar	Desviació estàndard
Comptar per a ajudar-lo a sentir-se més relaxat quan està sota tensió o pressió	.66	.96
Algú que li accepti totalment, amb els seus pitjors i millors qualitats	1.46	1.35
Comptar amb algú per a cuidar-li, malgrat tot el que li està succeint	1.03	1.03
Algú que l'ajudi a trobar-se millor quan se sent realment deprimat	.96	1.11
Algú que li consoli quan està molt disgustat	.78	.98

Font: Elaboració pròpia

4. Discussió

Com indiquen Gálvez et al. (2020), el col·lectiu de gent gran és un dels grups socials més vulnerables a l'impacte de malalties infeccioses. De fet, com indiquen els autors, un 68% de les persones hospitalitzades i un 95% de les morts es corresponien amb persones més grans de 60 anys. Aquest fet ha provocat que s'hagin de desenvolupar nombroses intervencions i adaptacions dels recursos existents destinats a cobrir les seves necessitats. Seria el cas dels Serveis de Promoció de l'Autonomia Personal de l'Ajuntament de Palma. Especialment, pel fet que les persones usuàries dels serveis de promoció presentaven nombroses vulnerabilitats, el confinament —mesura imposada

per evitar contagis— ha provocat conseqüències negatives sobre ells (Huang i Zhao, 2020; Losada-Baltar et al., 2020). Com indica la Comissió Econòmica per a Amèrica Llatina i el Carib, les mesures d'aïllament i de confinament poden tenir un impacte sobre la capacitat de les persones grans per respondre davant la malaltia (Huenchuan, 2020).

Efectivament, l'estudi va reflectir múltiples característiques de vulnerabilitat en les persones usuàries dels casals, especialment associades a quatre eixos principals: a) estat civil i suport familiar, b) dificultats econòmiques, c) situació de l'habitatge, d) xarxa de suport social i percepció de la solitud arran de la COVID-19.

L'estructura familiar és rellevant perquè pot influir en els nivells de solitud i de benestar percebut (Del Barrio et al., 2015). Els usuaris es caracteritzen per no tenir parella (96,1%), tenir fills (61%) i per viure sols (57,1%). Quant a la situació econòmica, el 50,6% rebien una prestació per jubilació, però la resta només comptava amb una PNC o bé amb ajudes econòmiques mínimes. Les pensions reduïdes o les ajudes econòmiques mínimes es relacionaven amb el fet que la majoria posseïen nivells educatius baixos (62,4%) que només els havien permès realitzar activitats laborals no especialitzades (64,9%).

El tercer eix —l'habitatge— va fer visible una realitat alarmant de les persones grans que participaven en l'estudi. Les limitacions econòmiques propiciaven, en la majoria dels casos, que les condicions de l'habitatge i la qualitat de les relacions no fossin satisfactòries ni de suport.

Les condicions de l'habitatge es caracteritzen pels aspectes següents:

- a) No eren de la seva propietat (50,6% de les persones); tenien la possibilitat de llogar únicament una habitació de tot l'habitatge en un 11,7% dels casos, o bé havien d'acudir a altres formes d'habitatge (locals comercials, HPO, cases ocupades, entre d'altres).
- b) Presentaven condicions negatives, és a dir, barreres arquitectòniques en l'accés o a l'habitatge (57,13%), no disposar subministraments bàsics i essencials com aigua calenta o electricitat (27,27%), no disposar de cuina o dutxa (57,14%), o manca d'equipaments com petits electrodomèstics bàsics com un microones o telèfon (83,11%).
- c) Insatisfacció amb l'habitatge per les condicions de l'estat o l'espai, i també insatisfacció quant a la relació amb el company o la companya de pis.

Ha de ser emfatitzat l'estat de l'habitatge i la satisfacció amb aquest habitatge, ja que constitueix el seu principal refugi i on les persones grans passen la major part del temps. L'habitatge és un dels marcs en els quals es projecten els canvis que es van experimentant a mesura que s'envelleix (Gallo i Molina, 2015). De fet, és freqüent identi-

ficar rebuig a l'hora d'abandonar-lo: estan habituats al barri, a l'entorn, als seus veïns, etc. Abandonar la llar per anar-se'n a una residència, amb freqüència, és experimentat de manera molt aversiva. No obstant això, per poder continuar vivint al seu habitatge habitual serà necessari habilitar la llar per desenvolupar-hi activitats de la vida diària (AVD) (Gallo i Molina, 2015). Per a això, és essencial que tinguin l'equipament necessari i que no hi hagi barreres a l'accés. Com s'explica a l'estudi, les persones grans tenien una menor satisfacció amb la seva llar si aquesta presentava barreres d'accés.

No obstant això, els resultats han evidenciat que entre les principals preocupacions dels participants s'identificava la falta de suport social i la percepció de solitud (quart eix). Les mitjanes de persones de confiança o d'ajuda disponibles davant possibles problemes o estats d'ànim deprimits variaven de $M = 0.78$ ($DE = 0.98$) persones, si se sentissin molt disgustats, a una mitjana de $M = 0.96$ ($DE = 1.11$), si necessitessin algú quan se sentissin deprimits. Cal destacar que el 29,7% de la mostra sols compta amb les professionals del casal com a xarxa de suport. Tot plegat va evidenciar que el suport social era percebut com insuficient i mínim.

La vulnerabilitat d'aquesta tipologia de persones grans es va intensificar en iniciar-se el confinament durant la pandèmia de la COVID-19, quan l'alternativa de poder assistir als casals, on rebien recursos i serveis múltiples, va ser recloure's en habitatges en els quals el 40,3% no se sentia bé pels motius abans esmentats.

Indubtablement, va suposar un **impacte negatiu** per a les persones grans, que, especialment, van indicar sentir-se soles (70,12%) en reduir potencialment el seu suport social (79,22%) i el seu contacte diari amb les professionals dels casals (77,92%). També es viu com a negatiu i que afecta el seu benestar i confort el fet de no poder accedir a les instal·lacions o als serveis que formaven part de la seva rutina diària, com són els serveis de menjador (46,75%), infermeria (59,74%), higiene personal (27,7%), bugaderia (25,97%) o activitats d'oci (68,8%).

Malgrat la situació, la majoria de les persones enquestades va valorar molt positivament (97,4%) l'adaptació que els casals havien realitzat arran de la situació causada per la COVID-19. Aquest aspecte és especialment rellevant perquè s'ha demostrat la vinculació entre la solitud i la probabilitat de patir malalties. Vingeliene et al. (2019) van demostrar que els homes grans que se sentien sols eren més susceptibles d'experimentar canvis biològics, en concret, una major tendència a patir inflamacions. En el cas de les dones grans, el sentiment de solitud es va vincular amb menors nivells de ferritina. D'igual manera, a l'estudi d'Eisenberger et al. (2017) també es va verificar la influència dels estressos socials (separació d'éssers estimats, pèrdua, sentiment de solitud) sobre la resposta inflamatòria. Sens dubte, un dels aspectes associats a la solitud és la repercussió que pot tenir en el benestar emocional i psicològic (Huang i Zhao, 2020; Losada-Baltar et al., 2020).

L'estudi posa en evidència la utilitat dels casals, no únicament en la provisió de recursos i serveis essencials, sinó també el seu efecte sobre la solitud de les persones grans en situació de vulnerabilitat. Un 70,12% de les persones grans van declarar sentir-se soles durant el confinament. No ha d'estranyar aquest sentiment, perquè, com es mostrava en els resultats, fins a un 22,01% no va tenir possibilitat ni de parlar per telèfon amb ningú que no fossin les professionals dels casals, i un 36,4% no va rebre visites al seu domicili. La xarxa de suport va ser deficitària també: només el 37,66% de la mostra havia rebut ajuda de familiars durant el confinament. De fet, el suport social ha estat associat amb el risc de contagi d'altres malalties, i s'ha posat l'èmfasi en la seva rellevància (Cohen et al., 2015).

Així, es va evidenciar l'elevada vulnerabilitat de les persones usuàries dels casals a l'estudi, en els àmbits familiar, social, econòmic i d'habitatge. La situació excepcional de confinament ha posat en relleu la funcionalitat de recursos com els casals, que proporcionen no sols un ventall de serveis dirigits a poder realitzar activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), sinó també la funció social i emocional que suposa per a les persones grans vulnerables. Com indica Pinazo-Hernandis (2020), la pandèmia recorda la rellevància de les interaccions socials i del suport social sobre les persones grans; vivim en comunitat i la necessitem. Com que no podien acudir als serveis, a pesar de poder optar a menjar o proporcionar-los electrodomèstics nous, les persones grans han emfatitzat la necessitat de tornar a restaurar les relacions socials i com s'arrelava el sentiment de solitud. Com indiquen Del Barrio et al. (2010), la solitud en les persones grans és freqüent i elevada a Espanya. Inevitablement el dèficit social té repercussions en l'estat de l'ànim i el benestar percebut. Del Barrio et al. (2015) expliquen que el sentiment de solitud és major quan les persones grans viuen soles i tenen mala salut.

Malgrat els esforços que hem realitzat des del nostre servei i la implicació i disposició de l'Ajuntament per pal·liar les necessitats o dificultats que anaven sorgint, aquesta situació considerem que ha de ser la que ens condueixi com a professionals a reflexionar sobre quin és el sistema actual d'atenció a les persones grans en situació de vulnerabilitat social i què podem fer per millorar veritablement la seva situació perquè tinguin l'oportunitat de tenir un envelliment actiu i positiu, però sobretot digne.

Davant els resultats obtinguts, és primordial que les administracions públiques, juntament amb les entitats del tercer sector, repensin i construeixin junts un veritable sistema de protecció per a les persones grans just i digne, que garanteixi un accés a habitatges i condicions de vida dignes, com també una xarxa de suport social que vetlli pel seu benestar tant físic com emocional, que ofereixi recursos que s'adaptin a les seves necessitats, que preservin l'autonomia i la independència per evitar institucionalitzacions com a única alternativa social per a les persones grans que es troben en risc social (Vives, Sánchez-Prieto i Torres, 2019).

Referències bibliogràfiques

Cohen, S., Janicki-Deverts, D., Turner, R. B. i Doyle, W. J. (2015). Does hugging provide stress-buffering social support? A study of susceptibility to upper respiratory infection and illness. *Psychological Science*, 26(2), 135-147. <https://doi.org/10.1177/0956797614559284>

Del Barrio, É., Castejón, P., Castiello, M. S., Tortosa, M. Á., Sundström, G. i Malmberg, B. (2010). La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 45(4), 189-195. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.02.010>

Eisenberger, N. I., Moieni, M., Inagaki, T. K., Muscatell, K. A. i Irwin, M. R. (2017). In sickness and in health: the co-regulation of inflammation and social behavior. *Neuropsychopharmacology*, 42(1), 242-253. <https://doi.org/10.1038/npp.2016.141>

Gallo, J. i Molina, J. (2015). Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *Gerokomos*, 26(1), 3-9. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2015000100002>

G. Ivez, A. M. P., Romero, B. B., Trigo, S. B. i Serrano, M. L. (2020). Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enfermería Clínica*, 16. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004>

Huang, Y. i Zhao, N. (2020). Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*, 112954. <https://doi.org/10.1101/2020.02.19.20025395>

Huenchuan, S. (2020). COVID-19: Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos (LC/MEX/TS.2020/6 / Rev.1). Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): Ciudad de México.

Losada-Baltar, A., Jiménez-Gonzalo, L., Gallego-Alberto, L., Pedroso-Chaparro, M. D. S., Fernandes-Pires, J. i Márquez-González, M. (2020). "We're staying at home". Association of self-perceptions of aging, personal and family resources and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *The Journals of Gerontology: Series B*. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>

Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 55(5), 249-

252. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006>

Sánchez, L., Orte, C., Coll, M.T., Ballester, Ll., Fraga, C., Vaquer, B., Reinares, N., Gomila, M.A., i Vives, M. (2017). La vulnerabilitat en les persones grans: radiografia dels usuaris dels casals. A Orte, C. (2017), *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2017*. Palma: Càtedra de Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (UIB).

Vingeliene, S., Hiyoshi, A., Lentjes, M., Fall, K. i Montgomery, S. (2019). Longitudinal analysis of loneliness and inflammation at older ages: English longitudinal study of ageing. *Psychoneuroendocrinology*, 110, 104421. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104421>

Vives, M., Sánchez-Prieto, L. i Torres, M. (2019). Consumo televisivo y autopercepción en las personas mayores / Television consumption and elderly's self-perception. *Gerokomos*, 31(2):92-97. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X2020000200007&lng=es

Yanguas, J., Pinazo-Hernandis, S. i Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018). The complexity of loneliness. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89(2), 302. <https://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404>

Autores

MARIA TERESA COLL JANER

Treballadora social. Té el títol de postgrau en Gestió i Direcció de Residències per a Persones Grans. Treballa a l'Intress des de 1992. Al començament 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 a Europa, 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.

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. És catedràtica d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. 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 1997-98 i l'ha dirigida fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears. És la directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC) de la UIB. Va ser la directora de la International Summer Senior University. Entre 2018 i principi de 2019 va ser directora general de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials (Imsero) del Govern d'Espanya.

BELÉN VAQUER ARJONILLA

Palma (1976). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia per la Universitat de les Illes Balears. Des de 2001 ha desenvolupat la carrera professional en diferents organismes públics i privats. Des de 2008 està lligada a Intress com a directora del Servei de

Promoció de l'Autonomia Personal de l'Ajuntament de Palma, primer al Casal Jonquet i en l'actualitat al Casal Can Ribes. Des de juny de 2017 és membre del comitè d'ètica d'Intress. Ha participat en altres articles de l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears en col·laboració a la UIB (2017).

LIDIA SÁNCHEZ-PRieto

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

NATALIA REINARES GAGNETEN

Santa Fe, Argentina (1975). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Postgrau en Gestió i Direcció de Centres Gerontològics (UAB). Treballadora d'Intress des de l'any 2000, en distints serveis (atenció primària, RMI, discapacitats, gent gran) i des de 2010 com a directora del Servei Municipal de Promoció de l'Autonomia Personal de l'Ajuntament de Palma al Casal Ciutat Antiga. És membre del comitè d'ètica d'Intress. Ha col·laborat en la publicació de dos articles (Intress-UIB) per a l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears de 2017.

MARGALIDA FERRANDO LLOBERA

Palma (1993). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster (2017) en Cooperació al Desenvolupament, Gestió Pública i de les ONGD per la Universitat de Granada. Des de 2018 treballa a Intress com a directora del Servei de Promoció de l'Autonomia Personal de l'Ajuntament de Palma al Casal Jonquet.

COLOMA REYNÉS CUNILL

Palma (1980). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Postgrau en Direcció i Gestió de Serveis d'Atenció a les Persones Adultes Majors i

màster en el Model d'Atenció Integral i Centrat en la Persona en Serveis per a Persones Majors i/o amb Discapacitat, de la Fundació per a la Promoció de l'Autonomia Pilares i la Universitat de Vic. Des de fa dotze anys es dedica a la direcció de centres de dia per a persones adultes grans; també imparteix formacions relacionades amb el model d'atenció integral i centrat en la persona a la mateixa entitat i en centres i per a personal de l'Administració pública de les Illes Balears. Membre durant quatre anys del comitè d'ètica d'Intress. Ha participat en diversos articles, en col·laboració amb la UIB, per a l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears.

MARIA DEL ROSER FIOL SALVÀ

Palma (1999). Estudiant del Grau d'Educació Social, des de l'any 2017, a la Universitat de les Illes Balears (UIB).

**LA CASA SACERDOTAL
DE MALLORCA EN EL TEMPS
DE LA PANDÈMIA**

La Casa Sacerdotal de Mallorca en el temps de la pandèmia

Teodor Suau i Puig

*Mirau que és de bo i que és de dolç
que els germans visquem tots units!
Salm 133/132*

Resum

El present treball és una reflexió sobre la manera com els residents a la Casa Sacerdotal de Sant Pere i Sant Bernat de Palma han viscut l'experiència de la pandèmia. L'autor del text n'és el director, el qual aporta la seva visió personal de la situació viscuda. El treball es troba estructurat de la manera següent: una presentació del subjecte de l'experiència, la residència i els residents; relació de les decisions preses en els primers moments de la pandèmia; descripció de l'actitud de fons que va crear l'horitzó per a les accions posteriors; la resposta a la necessitat de mantenir la tensió; algunes estratègies més decisives; els valors que han proporcionat sentit a les accions dutes a terme; la descripció d'algunes patologies que defineixen les preses de posició dels residents davant la circumstància i, finalment, les solucions adoptades i els resultats.

Resumen

El presente trabajo es una reflexión sobre la manera como los residentes de la Casa Sacerdotal de Sant Pere i Sant Bernat de Palma han vivido la experiencia de la pandemia. El autor del texto es su actual director, que aporta una visión personal de la situación vivida. El trabajo está estructurado de la forma siguiente: una presentación del sujeto de la experiencia, la residencia y los residentes; relación de las decisiones tomadas en los primeros momentos de la pandemia; descripción de la actitud de fondo que creó el horizonte para las acciones posteriores; la respuesta a la necesidad de mantener la tensión; algunas estrategias más decisivas; los valores que han aportado el sentido a las acciones realizadas; la descripción de algunas patologías que definen las posturas de los residentes ante la circunstancia y, finalmente, las soluciones adoptadas y los resultados.

1. Presentació

L'any 1370 s'instituí a la Seu de Mallorca la Confraria de Sant Pere i San Bernat, que el 1490 fundà un hospital per a capellans pobres al casal del carrer de Sant Bernat, número 1, de Palma, tot just a la vora de la nostra catedral. Aquesta finalitat es mantingué fins fa poc menys de cinquanta anys i segueix estant prevista en els actuals estatuts de la confraria aprovats el 1995, que, entre d'altres objectius, especifiquen: «Acollir i auxiliar els confreres [...] seguint la tradició hospitalària que té la Confraria des dels seus orígens».

Darrerament el casal havia proporcionat habitatge a canonges i a algun altre prevere diocesà. A causa del seu deteriorament per mor del pas del temps, el Capítol de la Seu de Mallorca, amb el seu suport econòmic i el consell de la Confraria de Sant Pere i Sant Bernat, comptant amb el consentiment del senyor bisbe, decidí:

- a) rehabilitar en profunditat l'habitatge;
- b) ampliar-lo amb dos edificis més del carrer del Palau, adquirits per la Seu perquè hi hagués més capacitat per al clero catedral;
- c) obrir la casa a qualsevol prevere de la Diòcesi que ho necessitàs.

Amb una particularitat: podran també formar part del nombre de residents els i les familiars directes dels preveres que hagin compartit amb ells els anys de ministeri. En conseqüència, a partir de l'any 2000 comencen a viure als estatges renovats i convertits en Casa Sacerdotal un petit grup de capellans amb alguns familiars seglars.

La idea inicial era que hi poguessin conviure persones de diferents edats, jubilats i en actiu, no malalts, almanco en fer l'entrada a la nova institució. El temps ràpidament havia de mostrar que allò que necessitava realment el presbiteri mallorquí era un lloc on anar a passar els darrers anys de vida. Aquesta és la causa que avui, dels vint-i-set residents, vint-i-cinc siguin persones més grans de seixanta-cinc anys. Formen part de la comunitat, a més del personal de servei (cuina, neteja, cura dels grans assistits), dues germanes de les Franciscanes Filles de la Misericòrdia que, amb la seva dedicació, ajuden al bon funcionament de la casa i la humanitzen. La vida de la comunitat és regulada per un reglament de règim intern aprovat pel Capítol de canonges, el qual preveu que la funció directiva sigui exercida per un director, ajudat per una gerent, que té la cura de l'organització i de l'administració de la casa. Un consell directiu assessora la direcció en el desenvolupament de les seves funcions. El director és un càrrec que exigeix el nomenament del bisbe i és designat per un termini de quatre anys, renovables.

La Casa Sacerdotal és propietat del Capítol Catedral i la seva obra social primera, no única. És la casa dels canonges, en la qual poden viure, si així ho desitgen, juntament amb els altres preveres diocesans. La proporció és: vuit canonges d'un total de vint-i-set residents. Aquest fet propicia que entre la Casa Sacerdotal i la Seu es doni un estret lligam: els residents són els primers que participen en la vida de la catedral, festes, accions culturals, celebracions...

Vet aquí, doncs, el grup humà que un bon dia, i sense fer-ne comptes, es va veure en la necessitat de respondre al desafiament de la pandèmia que ha castigat la nostra terra.

Un col·lectiu interessant per la trajectòria humana i espiritual de cada un dels seus components, molt definit en la seva naturalesa: tots els residents, amb una excepció, són avui homes i capellans; per tant, acostumats al principi jeràrquic a l'hora de l'actuació, però també avesats a comandar i a ser molt independents en la seva individualitat.

Una nota important que s'ha de tenir en compte a l'hora de parlar del funcionament de la nostra Casa Sacerdotal és la fe: els residents i les religioses som homes i dones que compartim una mateixa actitud religiosa, a l'interior de l'Església catòlica de Mallorca, en la qual pràcticament tots han ocupat o ocupen llocs de responsabilitat. És un aspecte que ajuda a comprendre les actituds mantingudes durant els llargs dies de confinament i, més en concret, els recursos que s'han fet servir.

El que acabam de dir ens serveix de fonament per exposar la principal contradicció que ha afectat el funcionament de la Casa Sacerdotal des dels primers moments del confinament, però de manera molt més significativa a partir de l'inici de la sortida de l'estat d'alarma, l'anomenada «desescalada». La contradicció és aquesta: nosaltres hem estat inclosos per l'Administració civil en el grup controlat per l'IMAS (Institut Mallorquí d'Afers Socials) de Residències Sociosanitàries no Reconegudes, juntament amb les comunitats religioses masculines i femenines de tot l'Estat. Això ha suposat una atenció especialment eficaç per part de l'Administració en les residències durant la pandèmia. Les residències de persones grans constitueixen un dels desafiaments més urgents en el conjunt de la societat espanyola. De fet, patiren de manera cruel una incidència de la malaltia que disparà el nombre de contagis i, allò que encara és molt més cru, de defuncions, fins a xifres alarmants. No és gens estrany que, tot d'una que l'Administració es trobà en condicions d'intervenir en el desconcert inicial, volgués parar especial esment a aquest sector de la població. I això es va manifestar en totes les seves conseqüències a l'hora del desconfinament: diferents «velocitats» han regulat no sols diferents regions de l'Estat, sinó també a l'interior d'una mateixa comunitat autònoma: les residències han anat sempre una o dues passes enrere de la resta de la societat on viuen.

Però —i aquí rau el problema— nosaltres, tot i ser un grup d'alt risc per l'edat, no formàvem una residència només de persones grans malaltes i/o assistides; s'ha de recordar que la immensa majoria dels residents que patírem plegats la pandèmia gaudíem de bona salut, érem autònoms i teníem una vida socialment activa, per exemple, pel que fa a l'exercici del ministeri sacerdotal (no oblidem que l'edat de jubilació dels càrrecs pastorals de primera responsabilitat, per a un prevere mallorquí, són els setanta-cinc anys; però que del servici ministerial hom no es jubila mai).

Els residents, aleshores, ens hem vist suaument «discriminats», a l'hora de l'obligatorietat de les normatives que s'anaven afluixant a mesura que es passava d'una «fase» a l'altra. Discriminats aquí vol dir només que no hi havia una relació directa i evident entre l'aplicació de les normes i la realitat que vivia cada un dels residents de la Casa Sacerdotal. Ho veurem amb més detall. Per ara ens basta deixar constància del fet com una de les notes definitives de la situació que hem viscut.

2. Les decisions primeres

Dia 13 de març es tanca la Seu a les visites turístiques, en previsió de la declaració de l'estat d'alarma que arribarà alguns dies més tard, en concret dia 16 del mateix mes. I el diumenge dia 15, quan encara no s'ha prescrit el confinament, la direcció decideix organitzar el menjador segons la distància social que es preveu que vindrà immediatament regulada: es tanca la Casa Sacerdotal a les visites, se separen dràsticament els residents del personal de servei, que ha de continuar sortint i entrant de la casa; quan alguna de les persones de servei han estat en contacte amb contagiats o contagiades (el marit, els pares, els fills...) automàticament els han demanat que romanguin a casa seva, que es facin les anàlisis corresponents i que guardin el confinament i que no tornin a la residència fins acabada la quarantena; les taules del menjador (disposades en tres llocs separats) són servides pels mateixos residents, que retiren també els plats, els coberts i les tovalles.

Davant aquesta situació, i comptant amb la inestimable ajuda d'un capellà resident farmacèutic, que aporta la dimensió objectiva dels seus sabers sanitaris, la direcció i la gerent prenen una doble actitud que establirà l'horitzó de les accions que caldrà realitzar en l'immediat futur: enfortir el principi d'autoritat i radicalitzar al màxim l'observança de la normativa legal sanitària que en successives disposicions es va concretant. Aquesta actitud representa el principi i fonament de la manera d'afrontar la pandèmia a la nostra Casa Sacerdotal.

Al mateix temps, i sense cap dificultat per part dels membres de la comunitat, s'assumiren dos criteris clau, que es troben a l'origen de les estratègies de les quals parlarem:

1. implicar els residents en el funcionament de la Casa (servici de les taules, celebració per torn de l'eucaristia, preparació de la capella per mantenir les distàncies, observació estricta de les normes que s'anaven donant progressivament...), i
2. mantenir el nivell de comunicació de manera continuada, assídua i repetida entre la direcció i la comunitat.

3. L'actitud de fons

L'actitud primera amb què es va rebre la notícia del confinament fou de sorpresa. Davant d'una circumstància inèdita, que ens sobrepassava a tots i de la qual ningú tenia la més mínima experiència, no acabàvem molt bé de comprendre què era el que estava succeint i com ens afectava. Amb la sorpresa arriba la por: a contagiar-se

i a contagiar. És fa famosa una frase, sorgida a redós de les comunicacions amb la comunitat: «El quint, no contagiaràs!», en al·lusió al cinquè manament de la llei de Déu, «no mataràs». Em sembla prou eloqüent per descriure el tarannà del grup davant de la realitat en la qual es veia submergit i que sense adonar-nos-en, assenyalava la manera com tots ens enfrontàvem a la pandèmia: un component religiós, ben propi de la nostra condició de catòlics i de preveres (la referència al Decàleg), i un component de solidaritat social (la progressiva evidència de les conseqüències que podien tenir les accions irresponsables de cada un). La importància del problema es va anar perfilant, aclarint i aprofundint en les consciències, a mesura que passaven els dies, les setmanes, els mesos! En tornarem a parlar. Per ara, ens basta afirmar que des dels inicis i durant tot el temps del confinament l'actitud que va determinar totes les actuacions i decisions que seguien fou aquesta: la corresponsabilitat, que tenia una manifestació pràctica molt clara: l'estricta compliment de la normativa que s'anava imposant i que es perfilava un dia per l'altre.

El principi jeràrquic, que com hem dit més amunt representa una de les notes definitòries de la nostra condició de sacerdots seculars, va facilitar enormement la posada en pràctica d'aquesta actitud. Principi que vol dir costum de moure'ns en l'àmbit d'una legislació reconeguda com a condició de possibilitat d'objectius que no sempre són els nostres, però que concreten la tasca que se'ns ha encomanat com a servidors del Regne de Déu. Té importància la constatació perquè dona raó d'una manera de ser i de fer dels membres del clergat catòlic: persones que han volgut apuntar-se a un ideal que els sobrepassa per grandiosos. Entre la utopia de l'evangeli i la realitat, senyora de la història, hi ha una enorme diferència, a causa de les pròpies limitacions i del que nosaltres diem «pecat». El principi jeràrquic esdevé així un referent atenuant d'aquesta distància entre la vida de cada dia i els valors absoluts de l'evangeli. Ens fa realistes i ens reconduïx de manera natural a la vida quotidiana, lloc privilegiat d'experimentar l'alliberament.

El principi que acab d'esmentar té una primera conseqüència ineludible: exigeix un lideratge clar, capaç de suscitar confiança en el col·lectiu al qual serveix. Ha de ser prou explícit per poder servir de referència nítida per a tots. També per poder negar-lo i ser objecte de crítiques, objectives o no, quan les coses deixen de funcionar i no van tan bé com es creia tenir dret a esperar. És un servei que ha d'estar disposada a oferir l'autoritat. Mentre que el resident, per la seva part, tàcitament es compromet a una acció coherent amb la voluntat del grup. El realisme d'ambdós (direcció/residents) fa que l'acció grupal sigui lliure i els resultats avaluables: eficaços, sense detriment de l'esperança en el millorament progressiu de la comunitat. Aquí incideix també un dels valors dels quals necessàriament haurem de tornar parlar: el perdó, consistent, en aquest cas, a no retirar la confiança malgrat els errors o les mancances dels altres, també de l'autoritat. El perdó esdevé un dels moments claus en la construcció de

tota comunitat humana i des de la perspectiva cristiana representa un dels seus eixos cabdals. També, naturalment, de la nostra.

Però no n'hi hauria hagut a bastament amb el principi jeràrquic ni del perdó per mantenir la cohesió de la comunitat en la llarga durada dels dies que varen seguir. L'havien d'acompanyar necessàriament dues experiències més:

1. l'acceptació d'una normativa comuna, inèdita i impensable només una setmana abans, obligatòria per a tothom i per tothom reconeguda. Els residents prengueren ràpidament consciència d'un aspecte decisiu per a la bona convivència i per al manteniment de la confiança en l'autoritat: la normativa que s'anava desplegant en forma de petites o grans limitacions a la pròpia llibertat individual no era caprici de l'autoritat. Era, en canvi, el resultat de decisions que altres prenen en l'exercici de la pròpia responsabilitat, tant sobre l'Estat sencer com sobre la Casa Sacerdotal en el marc de la societat civil. La direcció es veia obligada a assumir com a pròpies moltes indicacions que no li eren consultades, com tampoc no ho eren als residents! Malgrat la pesadesa que sovint comportaven i l'enorme influència en la vida de cada dia, que es tornava més i més difícil per la llarga duració, les normes eren la manera d'assolir la salvació possible de la pandèmia i dels mals que comportava. I així ho entengueren els residents des del primer moment, i

2. la fraternitat. Al marge de qualsevol abstracció, des de la cruesa de la situació, la necessitat de tenir en compte l'altre més enllà dels interessos individuals, es manifestava en una doble constatació: com que es tractava d'un grup d'alt risc, les possibilitats d'agafar la COVID-19 eren altíssimes; així almanco ens arribava des de tots els àmbits de la comunicació, fins al punt que en la consciència de cada resident era més probable que hi hagués el contagi que no la possibilitat de restar-ne escàpols; a més, cosa que ho feia tot molt més punyent, en cas que un dels residents resultàs tocat, amb tota probabilitat se seguiria el contagi de tota la resta. Atesa l'edat d'alguns i les malalties d'altres, les conseqüències eren bones de preveure.

S'instal·laren en els cors dels membres de la comunitat els tres factors que els psicòlegs han formulat com a definidors de la situació de confinament: por, angoixa, incertesa. Hem dit de la comunitat, perquè en el cas singular de cada resident, aquests sentiments es manifestaren molt diversificadament. Influa de forma decisiva el tarannà de cada un, els recursos espirituals, humans i psíquics de què hom disposava; però s'ha de parlar necessàriament en aquest moment del nostre discurs de l'actitud de la comunitat sencera, manifestada de mil maneres i per mitjà de molts petits detalls. I en justícia crec que s'ha de dir que fou admirable. Per una raó: sols el futur acaba per mostrar el grau de veritat de les accions de cada present històric i el nostre futur és ara: es manté viva la comunitat; s'han superat les dificultats; no hi ha hagut ni un sol contagi; s'ha

enfortit la voluntat de continuar lluitant per una convivència millor.

Sens dubte, l'actitud de fons que hem definit com corresponsabilitat queda ara molt més clara: és aquella força interior que ha permès al grup transformar la desfeta en oportunitat, la por en confiança, la manca de llibertat objectiva en creació de noves possibilitats per a un amor més humà, més eficaç, més lliure. En definitiva, en ocasió de creixement.

4. Mantenir la tensió

La saviesa dels clàssics ens deixà dit fa temps: «les coses massa repetides acaben per tornar odioses». I és ben cert. Passada la curiositat primera, el dia a dia s'anava tornant successió monòtona fins a l'avorriment d'horaris coneguts, sovint reactius a una certa vivència de la inutilitat, de l'absurditat del que ens vèiem obligats a fer. També és cert que a l'interior de tot això es gestava una altra realitat, encara més significativa: el sorgiment d'energies desconegudes fins i tot pels mateixos subjectes, una vivència original de la gratuïtat com la actitud més adequada a la vida, la sensació de viure una oportunitat única de prescindir de les coses supèrflues, per centrar el propi cor en allò que ens fa realment persones i, en el nostre cas, cristians. Posaré un sol exemple: nosaltres resam sempre al començament de cada àpat, al migdia i al sopar. El nostre costum era pregar amb l'oració del «Pare Nostre» com es feia abans a totes les famílies cristianes. I prou. Un bon dia, es va iniciar de manera espontània en un dels tres menjadors el fet de canviar aquesta pregària casolana per una cançó. Ràpidament ens «contagiàrem» als altres menjadors. Un resident s'encarregava de triar-la per tots, i entre tots la cantàvem. El resultat fou un èxit: una experiència original de la importància de les coses senzilles fetes en comú i per al gaudi de la comunitat sencera. Va donar impuls a la tensió necessària per viure aquests dies.

Tanmateix, l'existència funciona gràcies a la tensió: a l'energia que es desprèn de la coexistència de forces contràries, oposades o almanco diferents, que creen el delit de viure. Cal, però, saber suscitar-la, aquesta tensió i mantenir-la. Com? Una triple actitud la fa possible:

- aprendre a valorar els èxits de cada dia, per poc importants que puguin semblar;
- recordar constantment el camí fet vers la llum de l'objectiu comunitàriament assumit, per tal d'alegrar-nos-en i valorar-nos més, i
- ajudar a integrar l'error, els mancaments, el límit, els moments de mort, en el conjunt molt més ampli de la bondat que es desplega en el desig de seguir endavant.

Va ajudar molt en aquest sentit la presència a la Casa Sacerdotal d'un resident que havia realitzat els estudis de Farmàcia i durant anys havia treballat en una apotecaria. Va aportar el grau de referència científica a l'hora d'assumir la normativa que mancava a la direcció. El seu suport constant i el seu bon quefer han suposat una ajuda inestimable. La comunitat sencera li reconeix l'esforç.

A partir del que acabam de dir, es veu amb claredat la importància de proposar algunes estratègies per tal de sembrar petites llavors de novetat / originalitat en la pleta monòtona del dia a dia.

5. Algunes de les estratègies més decisives

Entenc aquí per estratègia l'elecció de mediacions pràctiques tendents a aconseguir un objectiu. La proposta d'aquestes pràctiques té un doble origen: l'autoritat responsable del grup, que cerca mantenir-lo en el camí de futur establert per les coordenades del present, i la creativitat del grup i de singularitats concretes que posen les seves capacitats al servici del col·lectiu. En parlarem indistintament, compte tingut, però, de la seva doble font.

La primera de les estratègies que mantenen viva la vida del grup és sempre la comunicació. La capacitat de no renunciar al diàleg, a compartir les experiències, noves o de sempre, la voluntat de mantenir l'obertura envers l'altre i d'interessar-se (és molt significativa l'etimologia del mot *inter-essar*: capacitat de ficar-se [-esser] dintre [-inter], de romandre amb l'altre, per arribar a ser amb l'altre i per l'altre) per la resta de persones que formen el grup. Interessar-se per com viuen allò mateix que jo visc, com responen als desafiaments del medi, com fan seva la situació per transformar-la, com elaboren els sentiments, les intuïcions, els «mals *rollos*»... En definitiva, com gestionen la pròpia existència, única, irrepètible, singular... per a nosaltres, sagrada!

Un aspecte de la comunicació i no el menys important és, sens dubte, la informació. En el temps de l'alarma, allò que engendra més por i més angoixa és la incertesa, el descoïxement del que en realitat està passant. Hi ha contribuït enormement la fragilitat endèmica dels mitjans de comunicació socials: hores i hores de parlar sobre un únic i mateix tema necessàriament condueix de manera directa a la cerimònia de la confusió. S'ha fet més que ver l'adagi mallorquí: qui manco en sap, més hi diu. I tot, sempre, formulat com a paraula de Déu! Pateixen la confusió precisament amb major intensitat aquelles persones que més enfora es troben dels mecanismes de control de la societat. La proliferació de notícies falses o *fake news* ha trobat en aquests dies un terreny fèrtil en el nostre món globalitzat, perquè res millor que la por i l'angoixa per donar-los ales. Per altra banda, durant els dies llargs de confinament, la televisió ha augmentat

la seva presència en la vida de cada un. I atesa la manipulació duita a terme sense cap pudor per empreses anunciants, pels interessos polítics de partit i dels qui controlen els mitjans, ha augmentat la sensació de trobar-nos completament desvalguts a l'hora d'interpretar correctament el que passava i que ens afectava. A la present anàlisi hem d'afegir que la mateixa administració es va trobar desbordada des del primer moment per una situació molt fàcilment manipulable per interessos no sempre favorables als ciutadans. Així, la normativa que donava cos i sentit al confinament es produïa enmig d'un gran desconcert, d'atacs furiosos sense altre significat que la lluita política, de descrèdit interessat. Cada parell d'hores, per fer-ho gros, canviava la legislació i, per a nosaltres, era d'obligat compliment... En un tal context, revestia una gran importància que tots i cada un dels residents tinguessin una percepció el més clara possible de l'origen i l'abast de les obligacions a què ens veiem sotmesos. I que disposassin de la possibilitat de tenir la pròpia visió contrastada de la situació.

Amb aquesta finalitat, la direcció va procurar gairebé diàriament o almanco cada dos o tres dies, mantenir un contacte directe i assertiu amb la comunitat sencera. A l'hora del dinar, a vegades també el vespre, tot just abans de sopar, posaven en coneixement dels residents els canvis les noves propostes, les dades que permetien tenir una idea clara del moment en què es trobava el país i la Casa. Seguint el consell de la pedagogia clàssica, que fa de la repetició la mare de la memòria, també s'anaven dient i tornant a dir totes aquelles coses que ens podien salvar del contagi i de la malaltia. A mesura que passava el temps, s'anaren concretant les tres emes que als inicis del desconfinament s'han fet famoses: mascareta, rentar mans, mantenir la distància.

Quan les dificultats es varen intensificar amb les primeres mesures de desconfinament, ens va semblar oportú eixamplar el grau de coneixement del que ens estava passant. Sobretot, des de la perspectiva de la ciència o de la saviesa acadèmica. Amb tal finalitat, es varen organitzar algunes conferències-diàleg sobre temes majors. Foren els següents: com incideix en l'economia mundial, estatal i mallorquina la pandèmia; com afecta les nostres psicologies; com influeix en les persones de la nostra edat. L'assistència fou prou representativa i els resultats, òptims.

Una segona estratègia prou significativa per a nosaltres fou la celebració de l'eucaristia. He de començar dient que en la nostra tradició catòlica es tracta d'un moment particularment important per a la vida de qualsevol cristià. Celebrem, és dir, reconeixem el valor del do de la vida per amor, a redós de Jesús que així ho visqué i així ho explicà als seus amics en el Darrer Sopar. Ho valoram i agraïm que sigui així. L'eucaristia, per tant, és l'impuls que neix de la resurrecció i que empeny el fidel cristià a contemplar la realitat com l'ocasió per l'amor intens, tendre i gratuït. Ens aporta la motivació última per transformar el món en la direcció d'aquest amor. Per als preveres esdevé la clau de volta de la seva existència, que cristal·litza entorn del pa romput i del vi derramat per amor del món.

Des del primer moment del confinament, la preocupació per la celebració de l'eucaristia fou de tots. Les normes sanitàries (la mascareta i la distància social, especialment) ens obligaven a introduir algunes modificacions en els vells rituals de sempre. Sobretot, a cercar un espai per celebrar, atès que la capella de la casa no complia les condicions exigides. També fou a poc a poc que es varen assolir les solucions: començarem per cercar (i trobar!) un lloc adient; fou la sala de reunions de la Casa Sacerdotal, que disposava d'una gran taula, que es convertí en el nostre altar; una senzilla imatge de la Mare de Déu, bella recordança de la tendresa en el temps del dolor, l'ha presidit gairebé des dels inicis; crec que no oblidarem mai la imatge de la gairebé totalitat del grup amb la mascareta posada i asseguts en cadires prou distanciades... per evitar tota mena de contagi! També fou necessari establir torns de presidència de la celebració i demanar a un resident que tingués cura de la preparació diària de la improvisada capella, dels llibres, el pa i el vi, l'hidroalcohol per a les mans del celebrant... Els resultats foren sorprenents. La capacitat de comunicació de les vivències més fondes, el desig de compartir, a vegades en silenci, el gest imperceptible, l'explicació de la Paraula de Déu a partir de la circumstància, el fet de pregar plegats convertiren la celebració en un moment desitjat i plaent en què per uns instants el cercle dur de la pandèmia s'obria sobre la ciutat i el món. Era el moment de l'oració pels absents estimats, pels presents germans, pels difunts en la soledat dels hospitals, pels que vivien la mateixa experiència nostra, però en condicions molt més feridores de la seva dignitat... Crec poder dir que, sempre dintre de les limitacions que formen part de la condició humana, les eucaristies han estat altres tants moments de resurrecció per a tots els qui hi hem participat: consciència que hi ha un amor més fort que la mort, per tant, més enllà de qualsevol pandèmia. De les limitacions que ens separen i que ens fan mal. Molt més que una estratègia, certament: una sort i una gràcia.

La revisió de la dieta ha estat també una altra de les estratègies assumides. La qualitat del menjar, allò que normalment anomenam «la cuina» representa un aspecte molt decisiu en la convivència i el benestar d'una casa. Donant per suposat que és absolutament impossible que tothom estigui cada dia content, sí ho és procurar amb tots els mitjans que la proporció de satisfets sigui superior al cinquanta-u per cent, a l'hora del balanç. Els criteris de qualitat, d'abundància, de bona presentació no impedeixen el descontent, diversament repartit entre els residents, però són el referent a l'hora del judici objectiu. De bon principi es va decidir, per respecte a la situació del personal de servei, tan afectat com la resta de nosaltres per la preocupació del contagi, que només se servís un plat a l'hora del dinar del migdia i que el servei de les taules, com ja hem dit, anàs a càrrec dels residents, per torn o espontàniament, com de fet es va concretar. De tant en tant, unes postres una mica més goloses foren una petita compensació al desconhort de la pandèmia. I ajudaren a mantenir el bon humor, tan necessari com la capacitat de sacrifici a l'hora d'enfrontar-nos a la realitat.

Al costat d'aquestes tres estratègies principals, mil imperceptibles gestos (ja ho sabem: l'amor s'alimenta del detall) per part de tots han contribuït a fer possible que els mesos passassin sense més trasbalsos que els que es podien preveure i que el balanç de la convivència sigui positiu, creatiu i planer per a la immensa majoria. Cosa que no és sinònim de fàcil. Ja ho sabem.

Cal dir que malgrat la poca experiència de la direcció i dels seus mancaments personals, l'acollida per part dels residents davant de la posada en pràctica d'aquestes estratègies una mica improvisades ha estat molt bona per part de gairebé tots, amb bon humor i amb la clara voluntat de seguir sempre endavant sense defallir.

6. Els valors que han proporcionat sentit a l'acció

Defugiré d'entrada el camí fressat de parlar dels supremes valors cristians, la fe, l'esperança i la caritat. Els donaré per suposats i els consideraré feina de cada un dels residents, en els seus contactes amb l'Absolut. Adduiré, en canvi, a aquells altres sovint considerats de segona categoria, per desconeguts, però que es troben a la base de la feina que entre tots hem duit a terme a la nostra Casa Sacerdotal. I que, per altra banda, estic segur que compartim amb molts d'altres grups com el nostre: una forma més de comprovar que les coses decisives es realitzen mitjançant coses simples, senzilles, sovint sense massa relleu. El misteri d'una escala és que a força de petits esforços totalment possibles hom arriba a altures totalment impossibles per a la persona humana...

Consideraré sols aquells valors que s'han fet més visibles en el dia a dia, gairebé assumits per tothom, sense adonar-nos i sense donar-los massa importància. Això els confereix més «valor»: vol dir que es troben arrelats en el substrat més interior del nostre interior, com a grup i com a persones. Ells, els valors dels quals vull parlar, han estat causa i efecte a la vegada de la bona salut de la comunitat.

El primer, sense cap dubte, la confiança. Confiança en el lideratge que la casualitat havia posat al front del grup. Confiança gratuïtament atorgada, mantinguda malgrat tot. Confiança també en les estructures bàsiques de l'organització que vertebrava el nostre grup; confiança en la capacitat dels qui treballen en qualsevol zona de servei de la Casa. Confiança, finalment, en el fet que entre tots, però només amb l'esforç de tots, podríem trobar la manera de vèncer aquest malson i que en sortiríem reforçats en les nostres ganes de viure.

El segon valor, fills directes de l'anterior, formen una parella: la tolerància i la comprensió envers els mancaments dels altres, quan s'han produït, i davant de les repercussions que podien tenir per al col·lectiu. Ambdues suposen capacitat constant de relativitzar, de saber-se situar en el lloc de l'altre i de llegir el fet singular i concret a la llum de

l'horitzó més ampli de la història de cada un. Poques vegades es fa el mal pel gust de fer-lo. Encara que pot passar. I quan passa, els fets són letals. Però sabem que entendre no significa ni molt manco justificar. I que saber posposar el judici negatiu o corregir-lo incorporant noves dades nascudes del diàleg és una tasca que dona sempre millors resultats que l'ús de la violència, per petita o subtil que sigui.

El tercer: la paciència. És la resposta creativa davant de l'adversitat nouvinguda, que ens agafa sempre desprevinguts i que no hi ha altre remei que aguantar. És allò que dona estatut de realitat a la tolerància i la comprensió. «Paciència» etimològicament ve de «patir». Suposa, per tant, assumir el dolor causat per la circumstància o la persona sense negar-lo, mirant-lo de fit a fit als ulls i dient-lo pel seu nom. El sofriment és allò que confereix a la paciència la seva dimensió sagrada; per a nosaltres, cristians, la connecta directament amb la creu de Jesús. Limita amb el «passotisme» (que mata la relació, tot negant-la) i amb l'angoixa (que absolutitza la impotència). La nostra comunitat ha demostrat saber ser pacient quan el cansament obria nous espais al nerviosisme i entelava la visió correcta de les coses. Sobretot, ho ha estat en els dies del desconfinament. I també ha sabut ser pacient davant de la nova definició a què ens hem vist sotmeses les persones que, amb una gran pluralitat semàntica (tercera edat, ancians, persones grans, persones d'alt risc, vells, prescindibles...) se'ns ha fet saber una vegada més que en una societat fascinada pel tenir i per l'espectacle del poder, qui ha deixat de ser productiu perd automàticament els seus drets, tot i que la retòrica culturalment correcta digui el contrari. La paciència, en definitiva, ha creat un territori comú en què ens hem pogut trobar per ajudar-nos cada un amb la seva necessitat específica. I ha funcionat.

El quart valor del que vull parlar és la sincera preocupació pels altres, molt especialment a l'hora d'assumir les tasques de servici, de fer nostres les normes que molesten el subjecte concret tan sovint, però que són necessàries per al bon funcionament del conjunt. En aquest sentit, convé recordar que el benestar del personal de servei ha estat una constant en els dies llargs del confinament. És a força de prioritzar la felicitat de l'altre que torna clara l'acció possible en la direcció del futur volgut per part de tots. Que no sigui mai al cent per cent, no lleva de cap manera que cada passa donada en la direcció de l'interès per l'altre sigui bona, significativa, creadora de fraternitat. Al cap i a la fi, la mitja botella buida és la que permet continuar omplint-la, si més no, en la forma del desig honest.

7. Les patologies

He dubtat si afegir aquest paràgraf al present article. Perquè a ningú li agrada que parlin dels seus mancaments i que s'exposin les pròpies limitacions. Ja ho sé. A mi tampoc. Però crec que es tracta d'un deure d'honestedat amb el lector a la vegada que

un exercici de verificació de tot allò que fins ara hem dit. Perquè la positivitats de la vida neix precisament de la manera de gestionar les inconveniències presents en la vida, a causa de l'existència d'actituds no productives ni creadores de futur. Sols la voluntat decidida de cercar la «curació» ens pot recuperar per a la realitat. I per a una comunitat possible. Per aquest motiu parlaré de «patologies», perquè es tracta de tendències molt assumides per les persones que les han fetes seves i les mantenen sovint sense ser-ne conscients. Però que, vistes en els altres, provoquen crítiques acerbes i incideixen en el bon funcionament de tot grup humà. També del nostre. Tal vegada podríem afegir que tots, en qualque moment, sentim la temptació d'abandonar-nos-hi. És un avís decisiu aquest: jo també puc fer mal a les persones que estimo! Per evitar-ho, només hi ha un remei: la lucidesa humil davant de la pròpia zona obscura.

La primera de les patologies que ens afligeixen consisteix en l'absolutització del propi món enfront de tots els altres: una forma elegant de referir-me a l'egoisme. No per universal, menys digne de ser tingut en compte. Hi ha una forma necessària i sana de l'egoisme que s'identifica en l'autoestima verificada pel contacte amb la realitat. Comença per assumir els propis límits i continua en la capacitat de considerar-los com la vertadera ocasió d'un amor més realista; creix amb la voluntat de superar l'autoengany en funció de la veritat contrastada en el diàleg amb aquells/aquelles que ens estimen. Però es converteix en egoisme del dolent quan col·locam al centre del món el nostre propi petit jo i ho judicam tot en funció de les conseqüències que ens afecten. En el cas de la vida en grup, es manifesta de manera molt clara en la prioritització dels propis interessos per sobre dels altres, en la repetida violació de les normes, en les reaccions violentes envers les debilitats dels altres, en definitiva, en la conversió de la pròpia mesura en mesura única de tota la resta.

La segona arrela en l'egoisme i consisteix en el «passotisme pràctic» davant tot allò que és i que fa la comunitat. Acaba en l'automarginació del grup. Sol ser indicatiu clar d'autoestima baixa o mal gestionada. Comença en la negació del valor de tot allò que organitza o que proposa el grup com a tal i acaba en el judici negatiu sobre gairebé tots i cada un dels membres de la comunitat, excepció dels qui riuen les gràcies. Normalment es confon la Veritat (així, en lletra majúscula) amb l'opinió pròpia, distorsionada, però, per la frustració, la falta d'acceptació de la pròpia realitat, el rancor provocat per la decepció davant d'expectatives no assolides, de la qual es culpa sempre els altres, mai un mateix. És una actitud nefasta perquè es tanca radicalment a l'experiència del perdó, tant a l'hora de donar-lo com a la de rebre'l. Perquè el rebuig de la relació destrueix tota possibilitat per a l'encontre. I la comunitat es veu debilitada en les seves arrels: deixa de ser integradora i esdevé agregació de vides juxtaposades, no en comunió.

La violència de la llengua representa una altra de les formes patològiques que sovint presideixen les relacions humanes. Em sembla prou clara. No cal ampliar-ho més.

Una última patologia que em sembla interessant és la voluntat que tot vagi malament per tal de dissimular en el conjunt les pròpies incapacitats. Si tothom és boig, quan jo m'hi sent, aleshores no ho som tant, perquè form part del comú dels mortals. Hi ha persones que tot ho troben mal fet. Que qualsevol que els senti pareix que viuen en un camp de concentració... però continuen fent ús dels servicis de la Casa. Al cap i a la fi, es tracta d'una forma subtil d'afirmar la personalitat pròpia al marge de la fraternitat. I per això no funciona.

Un grup verifica precisament la seva veritat, com a mediació del creixement en humanitat, en la mesura que manté ferma una doble capacitat: per una part, ajudar els qui les pateixen a curar-se de les pròpies ferides; per l'altra, a no perdre de vista que l'objectiu final del nostre col·lectiu és crear entre tots un espai d'amor i de llibertat en què sigui viable una qualitat de vida segons els grans valors de l'evangeli. Aquí rau, tanmateix, l'especificitat d'una casa sacerdotal, en l'univers de les residències semblants. És clar que es tracta d'una utopia; però precisament perquè no és possible en la seva totalitat, serveix cada dia per mesurar el camí fet i endevinar la direcció del que encara manca. És d'agradir. I sempre restarà molt de camí a fer. També aquí podem aplicar la dita xinesa: més important que la meta, és el camí! Però cal saber-lo fer sense cansar-se!

8. Les solucions

No hi ha res més gratificant que les relacions humanes. I no hi ha res més problemàtic que les relacions humanes. És un axioma de tota reflexió honesta sobre la nostra condició d'homes i de dones de qualsevol temps. No hi ha receptes en aquest sentit a l'hora de cercar remeis. El realisme que ha après a dir les coses pel seu nom és el primer referent a l'hora de cercar (i trobar, si és possible) solucions adequades a la problemàtica originada en la voluntat de viure plegats. Realisme que relativitza les situacions i els conflictes. I permet atansar-s'hi en la seva dimensió més vertadera: la vida és així; funciona així i mai es veurà la fi del camí de construcció d'un grup. Ho acabam de veure al paràgraf anterior. La claredat dels objectius, l'esforç de compartir-los entre tots per tal que ningú se senti enganyat i la voluntat de no deixar-se mai vèncer per les dificultats són altres tants moments en la construcció de les relacions humanes i humanitzadores, en el nostre cas, també cristianes.

Solució, però, en el context del present discurs equival a encertada gestió del conflicte. La vida és conflicte. Per això, la vida en comú és difícil. Per a persones acostumades a tenir gairebé sempre l'última paraula en tot, encara resulta molt més problemàtic viure plegats. Però, des d'aquesta perspectiva, el conflicte és també a casa nostra la manera de créixer i de construir el futur: de supervivència. En la mesura que s'allargava la durada del confinament, suren els nervis, el cansament, la falta de costum a l'hora d'enllestir la novetat... Per exemple: la infracció de la norma assumida per tots provoca una reacció

natural d'ira i de desig del càstig que restauri l'equilibri sempre fràgil de la justícia. El conflicte és un moment particularment sensible en la història de tot grup humà pel que suposa de possibilitat de pèrdua de l'autoritat, si no actua. També perquè la consciència de la injustícia soccava el fonament de tota convivència. Per altra banda, els diàlegs sostinguts en el moment de la informació va crear l'evidència que tots necessitàvem aprendre, que no hi podia haver un programa tancat, indiscutible i absolut; sinó sols un anar fent a partir sempre de la realitat en canvi. Superar la temptació de la violència com a mediació de solucions ràpides i eficaces és una bona decisió si va acompanyada de la correcció fraterna en el moment oportú. Saber-se posar en el lloc de l'altre, intentar entendre les limitacions de tots, fugir de l'esquema estímulo/resposta a l'hora de la reacció i apostar decididament pel diàleg i la proposta més enllà del càstig o de la reconvençió directes han estat mesures que tàcitament s'han anat imposant durant aquests mesos. Crec que tots n'estam contents, més enllà de l'empipament momentani i inevitable.

També aquí incideix directament la pràctica del perdó, fonament de tota voluntat de viure amb altres i, si és possible, per als altres. Ja hem tingut ocasió de parlar-ne. Perdó consisteix en l'esforç gens fàcil d'aconseguir que l'amor, la comprensió i en definitiva la bondat siguin l'horitzó de qualsevol reacció a l'actuació d'un altre quan és criticable als meus ulls. El perdó és la manera cristiana de viure a l'interior inevitable del conflicte, la gran oportunitat de convertir el mal rebut en oportunitat per a l'amor. Tot intent de construir una vertadera comunitat en el temps i en l'espai reposa sobre l'estratègia del perdó, que mai s'ha de confondre amb l'oblit o amb la por que condueix a actuar com si no hagués passat res. No. És no-actuació recíproca al mal rebut. Per tant, obertura per a l'altre d'un espai de reconciliació possible.

La necessitat fa virtut diu el vell adagi. Així ho podríem també dir nosaltres en referència a l'experiència del diàleg entre nosaltres. Tant en els moments en què la vida del grup ens hi obliga (compartir el temps de menjador) com aprofitant altres ocasions cercades o aprofitades, el diàleg com a eina de construcció de futur ha estat també qualche cosa que ens ha salvat. Algú ha dit que l'exercici del diàleg transforma pel sol fet de practicar-lo, perquè ens obri decididament a l'altre/altra. I engendra la paraula, sagrament preuat de la comunió. I ens introdueix en el territori inèdit del nosaltres. Encara que el seu final no sigui ni el consens ni el canvi d'opinió. Ha estat, per a nosaltres, un camí fecund.

9. Els resultats

Ho diré amb una sola frase: hem sobreviscut a la pandèmia, a la COVID-19, al confinament i al desconfinament. I ho hem sabut fer amb elegància. En una de les conferències col·loqui que ens han ajudat en els dies del desconfinament ens varen

dir el següent: «Tots sortirem de la pandèmia més anormals de com hi vàrem entrar». Almanco, així ho vàrem entendre molts. Fou un consol. Però al mateix temps ens marcava una meta: aconseguir que el grau d'anormalitat augmentada fora el menor possible. Crec que hem gestionat l'anormalitat cercant viure-la plegats com una forma més de normalitat que la vida ens oferia com a desafiament. I crec que ho hem sabut fer amb dignitat.

Agraïments

Vull agrair en primer lloc la possibilitat d'haver escrit aquestes pàgines i a la iniciativa que les ha fet possible. Per tant, a la doctora Carme Orte. La seva presència entre nosaltres fou molt positiva. I ens obrí a un diàleg no sempre fàcil entre persones que conviuen vint-i-quatre hores cada dia. La comunitat li està agraïda. Jo també.

Vull també deixar clar que el que fins aquí heu llegit no representa més que la meua opinió, no la del grup, que no he tingut temps de consultar. I a més, jo som el director!, cosa que determina la perspectiva.

I no puc acabar del tot sense manifestar la meua admiració pel personal que ens ajuda en el servei de les necessitats bàsiques de la Casa Sacerdotal, la primera, la senyora Catalina Maria Crespí, actual gerent de ca nostra i que ha fet molt més del que li pertocava per tal de mantenir-nos en les millors condicions objectives sanitàries i psicològiques. La seva tasca no és gens fàcil. Sigui per a ella el reconeixement de tots.

Però els qui mereixen el meu màxim reconeixement són els residents de la Casa Sacerdotal, que amb la seva actitud constant han fet possible que el conjunt funcionàs tal com ho ha fet fins ara.

Voldria que, en acabar la lectura d'aquest article, la cita del salm 133/132 de l'encapçalament s'hagués fet una mica més vera per als lectors i lectores. Una vegada més, gràcies!

Autor

TEODOR SUAU I PUIG

Palma (1947). Estudis eclesiàstics al Seminari de Mallorca (1961-1970), estada a Friburg de Brisgòvia per aprendre la llengua alemanya (1970-1971), llicenciatura en Ciències Bíbliques al Pontifici Institut Bíblic de Roma (1971-1974). Professor (1971-2017) i director (durant devuit anys) del Centre d'Estudis Teològics de Mallorca; creador de l'Institut Superior de Ciències Religioses de Mallorca i primer director (2000-2010); professor convidat del Departament d'Història Antiga de la UIB (un curs); publicacions de caràcter bíblic i religiós; presència en revistes del mateix tema i nombroses conferències arreu de l'Estat espanyol; rector del Seminari Major de Mallorca (1980-1990); vicari episcopal del bisbe Jesús Murgui (2004-2010); canonge de la Seu de Mallorca d'ençà de 2002. Actualment és degà president del Capítol Catedral de Mallorca i director de la Residència de Sant Pere i Sant Bernat.

EL DOLOR EN LA GENT GRAN

El dolor en la gent gran

Ana María González Roldán

Joan Llorenç Terrasa Navarro

Priscila Aquino dos Santos Lima

Pedro J. Montoya Jiménez

Resum

El dolor és un fenomen complex. Aquesta afirmació és especialment certa en el cas de les persones grans. És un fet conegut que la probabilitat de sofrir dolor agut o crònic augmenta a mesura que envellim. A més, la presència de dolor en la gent gran s'associa a una qualitat de vida més dolenta, a més deterioració cognitiva i aïllament social. És probable que els canvis cerebrals que provoca l'envelliment estiguin implicats en la prevalença més gran del dolor en persones grans. No obstant això, la recerca dedicada a l'estudi de les bases neurofisiològiques del dolor en aquestes persones és sorprenentment limitada. En aquest capítol farem un breu repàs als principals resultats de la recerca centrada en la percepció del dolor en la gent gran. A més, explicarem les particularitats que s'han de tenir en compte a l'hora d'avaluar i diagnosticar el dolor en aquesta població com una introducció necessària al següent capítol d'aquest anuari, on s'abordaran els diferents tipus de tractaments disponibles avui dia per tractar el dolor en les persones grans.

Resumen

El dolor es un fenómeno complejo. Esta afirmación es especialmente cierta en el caso de las personas mayores. Es un hecho conocido que la probabilidad de sufrir dolor, ya sea agudo o crónico, aumenta a medida que envejecemos. Además, la presencia de dolor en los mayores se asocia a una peor calidad de vida, mayor deterioro cognitivo y aislamiento social. Es probable que los cambios cerebrales que provoca el envejecimiento estén implicados en la mayor prevalencia del dolor en personas mayores. Sin embargo, la investigación dedicada al estudio de las bases neurofisiológicas del dolor en este colectivo es sorprendentemente limitada. En este capítulo haremos un breve repaso a los principales resultados de la investigación centrada en la percepción del dolor en personas mayores. Además, explicaremos las particularidades que se deben tener en cuenta a la hora de evaluar y diagnosticar el dolor en esta población, como una introducción necesaria al siguiente capítulo de este anuario, donde se abordarán los diferentes tipos de tratamientos disponibles hoy en día para tratar el dolor en estas personas.

1. Prevalença i principals trastorns de dolor en els adults grans

El dolor és molt prevalent entre les persones grans. N'afecta més del 50%, i més del 80% de les que viuen en residències (Helme i Gibson, 2001). A més, està associat amb increments significatius de sofriment, discapacitat, aïllament social, insomni, deteriora-

ció de la marxa, deterioració cognitiva accelerada, increment de la demanda d'atenció sanitària i risc de mort prematura (Helme i Gibson, 2001; Macfarlane et al. 2017).

El dolor crònic (definit com aquell amb una durada superior als 6 mesos) en persones grans es localitza sovint en les principals articulacions, l'esquena, les cames i els peus (Helme i Gibson, 2001). No obstant això, la tipologia del dolor pot ser variada. Actualment, el dolor es divideix en tres categories: el nociceptiu, el neuropàtic i el nociplàstic (Trouvin i Perrot, 2019). El dolor nociceptiu es defineix com el que deriva de danys reals o amenaça de danys sobre teixit no nerviós i que és degut a l'activació dels nociceptors. És a dir, és el que afecta la pell, els músculs i els ossos, els lligaments i tendons i les vísceres. Les principals causes de dolor nociceptiu en les persones grans són el dolor lumbar crònic, l'artritis reumàtica, l'osteoporosi i les fractures òssies provocades, el dolor derivat de malalties coronàries i el dolor oncològic (Lingaraju i Ashburn, 2013). Per altra banda, el dolor neuropàtic es defineix com el causat per una lesió o una malaltia del sistema nerviós central. És a dir, és el que afecta el cervell, la medul·la espinal i els nervis. Les causes de dolor neuropàtic més comunes en les persones grans són l'accident cerebrovascular, les neuropaties perifèriques o diabètiques, la neuràlgia postherpètica i el dolor oncològic (Davis i Srivastava, 2003). Finalment, el dolor nociplàstic es defineix com aquell que prové d'una alteració en la detecció dels estímuls nocius, malgrat que no hi hagi evidències clares de danys reals o amenaça de danys als teixits que causin l'activació dels nociceptors perifèrics, o que no hi hagi proves de malaltia o lesió del sistema somatosensorial que causa el dolor (Kosek et al., 2016). És a dir, es tracta d'un tipus de dolor mixt entre nociceptiu i neuropàtic, i del qual es desconeix la procedència. Les principals causes de dolor nociplàstic en les persones grans són el dolor d'esquena inespecífic, la fibromiàlgia i la síndrome de dolor regional complex.

Taula 1 | *Causes més freqüents de dolor en les persones grans*

Dolor nociceptiu	Dolor lumbar crònic
	Artritis reumàtica
	Osteoporosi
	Fractures
	Malalties coronàries
	Dolor oncològic
Dolor neuropàtic	Accident cerebrovascular
	Neuropatia perifèrica
	Neuropatia diabètica
	Neuràlgia postherpètica
	Dolor oncològic

continua

Dolor nociplàstic	Dolor d'esquena inespecífic
	Fibromiàlgia
	Síndrome de dolor regional complex

Per tant, podem veure que l'etiologia del dolor pot ser especialment diversa. A més, el dolor s'incrementa amb l'edat, la qual cosa probablement reflecteix la deterioració de la funció nociceptiva del sistema nerviós. Malgrat això, el dolor crònic és sovint subestimat en la població gran, i les eines de les quals disposem per al seu tractament són considerades pels professionals de la salut com a insuficients, en gran part ineficaces i no ajustades a les necessitats específiques d'aquest grup d'edat (Domenichiello i Ramsden, 2019). Els professionals mèdics han de prendre precaucions especials a l'hora de prescriure medicació per al dolor en aquestes persones, a causa de possibles dèficits en la funció renal i hepàtica, així com de possibles efectes a causa de la comorbiditat i d'interaccions farmacològiques (Pickering, 2004). Per tant, la comprensió de les bases neurofisiològiques del dolor i els canvis relacionats, associats a l'edat, és crucial per a poder desenvolupar instruments d'avaluació i intervencions terapèutiques eficaces contra el dolor crònic en la població gran.

2. Canvis associats a l'envelliment en la percepció del dolor

2.1. Canvis en la neurofisiologia del dolor

A escala perifèrica, s'ha constatat una disminució de la densitat de fibres C i A-delta (principals nociceptors), així com una marcada reducció de la concentració de neurotransmissors (els missatgers del sistema nerviós) implicats en la percepció del dolor a l'edat de seixanta anys (Gibson i Farrell, 2004). En concordança amb aquestes alteracions, s'ha observat de manera consistent que la gent gran presentaria un lllindar per al dolor augmentat i un decrement en la tolerància al dolor (Gibson i Farrell, 2004). És a dir, les persones grans necessitarien estímuls lleugerament més intensos per a percebre mal, però amb el temps els tolerarien menys. A més, s'ha demostrat que la inhibició del dolor (la capacitat natural que tenim per a reduir el dolor) no sols mostraria dèficits en persones grans sinó que, a vegades, portaria a efectes contraris i en produiria una facilitació. L'abast d'aquesta alteració és important, amb persones grans que mostren menys d'un terç de la capacitat inhibidora en comparació amb els adults joves (Edwards et al., 2003; Farrell i Gibson, 2007). La incapacitat per modular els processos dolorosos contribuiria a més vulnerabilitat en el desenvolupament del dolor crònic després d'una lesió o malaltia en els ancians.

Aquest dèficit en la modulació del dolor s'emmarca en l'anomenada «hipòtesi del dèficit inhibidor» en les persones grans (Hasher i Zacks, 1988), per la qual s'estipula que

durant l'envelliment es va produint una pèrdua en l'eficiència dels mecanismes inhibidors. A més a més, el deteriorament dels processos sensorials primerencs observats en l'envelliment s'ha associat a canvis en àrees somatosensorials (Cavazzana et al., 2018) com, per exemple, una inhibició reduïda a l'escorça somatosensorial primària durant l'estimulació tàctil a la punta dels dits (Brodoehl et al., 2013). Un dels processos sensorials més utilitzats per estudiar els mecanismes inhibidors és la capacitat del sistema nerviós central per bloquejar de forma selectiva els estímuls sensorials irrellevants o repetitius. En un estudi recent (Terrasa et al., 2018) es va mostrar que l'envelliment provoca un deteriorament dels mecanismes inhibidors durant processos d'atenció, de memòria i d'avaluació envers estímuls tàctils repetitius. No obstant això, els participants grans van mostrar una conservació del control inhibidor durant la codificació primerenca dels estímuls tàctils. Contràriament, un estudi similar amb pacients amb fibromiàlgia (Montoya et al., 2006) va mostrar que el dolor crònic pareix que deteriora el bloqueig sensorial a tots els nivells (codificació primerenca i avaluació cognitiva). Per tant, és possible que un bloqueig sensorial conservat en fases primerenques de la detecció de l'estímul en zones somatosensorials sigui un marcador d'envelliment cronològic saludable.

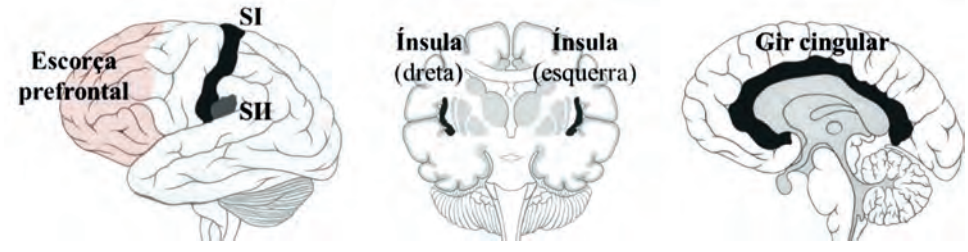
En definitiva, sembla que hi ha un desequilibri entre els efectes excitadors i inhibidors del dolor en gent gran que produiria que, encara que el sistema nociceptiu s'activés una mica més tard (llindars augmentats), amb el pas del temps la falta d'inhibició del dolor permetés la seva ràpida escalada (produint símptomes de dolor més prevalents) (Lautenbacher, 2012)

2.2. Canvis en l'activitat cerebral

Com processa el nostre cervell la informació dolorosa? Els estudis fets amb tècniques de neuroimatge (ressonància magnètica funcional i tomografia per emissió de positrons) han trobat que, quan s'apliquen estímuls dolorosos, hi ha estructures cerebrals diverses que hi responen augmentant el flux sanguini regional i el consum d'oxigen. Aquestes estructures cerebrals representarien les diferents qualitats de l'estímul dolorós (intensitat, localització) i la seva interpretació cognitivoafectiva (desagradable, valor d'amenaça...). En aquesta labor sembla que estan implicades les escorces somestèsiques (primària i secundària), la circumvolució cingular anterior, l'ínsula, el tàlem, l'escorça parietal posterior i l'escorça prefrontal (figura 1).

Figura 1. Regions cerebrals que freqüentment estan implicades en el processament del dolor en persones sanes. Aquestes regions cerebrals s'encarreguen de registrar la intensitat de l'estímul dolorós que arriba al cos (escorces somestèsiques primàries i secundàries, SI i SII, així com l'ínsula i l'escorça prefrontal) i com són de desagradables les sensacions doloroses (gir cingular). Imatge d'elaboració pròpia.

Figura 1 | *Regions cerebrals implicades en el processament del dolor*



Arribats a aquest punt, és necessari destacar que s'ha observat que l'envelliment cerebral s'associa a reduccions en el volum de substància grisa que podrien afectar totes les regions que s'activen durant el processament del dolor; les escorces prefrontals i l'hipocamp en serien les més danyades (Farrell, 2012). En contraposició, les regions del tronc cerebral implicades en la modulació i inhibició de les respostes al dolor en la medul·la espinal estarien més preservades.

En concordança amb això, els estudis de neuroimatge que avaluen com es processa el dolor en persones grans sanes han mostrat que, en comparació amb els joves, els grans presentarien canvis en l'activitat cerebral a l'hora de processar estímuls dolorosos. En concret, s'ha observat una menor resposta en l'ínsula anterior, escorça somatosensorial primària i àrea motora suplementària davant el dolor tèrmic (Quinton et al., 2007) i una menor activació del putamen contralateral i caudat davant el dolor mecànic (Cole et al., 2010) en els grans (vegeu la figura 2). Així mateix, estudis duts a terme amb electroencefalografia indiquen que la gent gran, en comparació amb adults joves, presentaria un increment en la latència i una reducció en l'amplitud dels potencials evocats davant l'estimulació dolorosa (Chao et al., 2007).

Figura 2 | *Activitat cerebral davant estimulació mecànica*



Figura 2. Activació cerebral davant l'estimulació mecànica de pressió sobre el polze en adults joves (edat mitjana: 26 anys) i grans (edat mitjana: 79 anys) (modificat de Cole et al., 2010). Com podem observar, els adults joves tenen més activació cerebral en el nucli caudat i el putamen que els participants grans.

Finalment, en un estudi recent hem examinat les propietats dinàmiques de la xarxa cerebral en repòs en persones grans sanes, amb la finalitat de relacionar canvis associats a l'edat en aquesta xarxa amb canvis en la percepció de l'estimulació dolorosa (González-Roldán et al., 2020). L'estat de repòs es defineix com l'estat del cervell en el qual el subjecte està despert i no se li demana cap activitat sensorial, motora o intel·lectual. D'aquesta manera, s'ha comprovat que l'activitat cerebral durant el repòs no sols no és aleatòria sinó que està sincronitzada i organitzada en una sèrie de xarxes funcionals (*resting-state networks-RSN*) que constitueixen l'arquitectura funcional intrínseca del cervell humà (Fox i Raichle, 2007). L'anàlisi de les dades d'aquest estudi va revelar que els participants grans mostren una hiperconnectivitat anormal de l'àrea somatosensorial primària amb altres regions somatosensorials i frontals (àrees implicades a «detectar» i «donar un significat» al dolor), així com una connectivitat funcional reduïda entre els nodes clau de la via inhibidora del dolor (ínsula, circumvolució del cíngol, amígdala, tàlem i substància grisa periaqueductal) (vegeu la figura 3). A més, aquest increment en la connectivitat funcional entre les regions somatosensorials es va associar positivament amb els llimdars de dolor per pressió a les persones grans, i no a les joves. Aquests resultats semblen indicar que hi ha un mecanisme compensatori per a la pèrdua sensorial que típicament acompanya l'envelliment. A més, destaca el dèficit de connectivitat funcional durant el repòs entre les regions implicades en la modulació inhibidora del dolor. S'ha demostrat que la capacitat d'inhibir el dolor és un dels predictors més de la probabilitat de sofrir dolor crònic després de la presència d'un episodi de dolor agut (Yarnitsky et al., 2014). Per consegüent, el nostre estudi indica que els canvis plàstics en l'organització cerebral associats a l'envelliment podrien ser responsables de la prevalença més gran de dolor crònic en les persones grans, perquè alteren els processos de modulació del dolor.

Figura 3 | *Connectivitat cerebral durant el repòs a la xarxa del dolor*

A Adults grans > Adults joves

B Adults grans < Adults joves



Figura 3. Diferències en la connectivitat funcional de les regions relacionades amb el dolor entre grans i joves. SI: escorça somatosensorial primària, SII: escorça somatosensorial secundària, ACC: part anterior de la circumvolució del cingol, DIPFC: escorça prefrontal dorsolateral, INS: ínsula, AMY: amígdala, PAG: substància grisa periaqueductal, THA: tàlem (modificat de González-Roldán et al., 2020). 2.3. Canvis en la modulació cognitivoafectiva del dolor

Els científics han dedicat un gran esforç a conèixer mitjançant quins mecanismes cognitius i afectius podem disminuir la intensitat del dolor. Exemples d'aquesta modulació serien la disminució del dolor que sentim quan estem distrets o quan prenem un placebo (substància que, amb una manca en si mateixa d'acció terapèutica, produeix algun efecte curatiu en el malalt, si aquest la rep convençut de la seva eficàcia). En persones joves, s'ha demostrat que els paradigmes experimentals que impliquen aquesta modulació cognitivoafectiva de les respostes doloroses activen regions cerebrals encarregades de la inhibició natural del dolor. Així, s'ha observat que la reducció en la intensitat percebuda del dolor durant l'analgèsia per placebo o davant la distracció produïda per tasques cognitives es troba associada a l'activació a les escorces prefrontals (incloent-hi àrees cingulades) i les seves connexions amb el tronc cerebral (substància grisa periaqueductal) (Wiech et al., 2008). Aquesta naturalesa distribuïda del dolor implica que, en persones grans, la seva modulació es pot trobar afectada en la mesura en què aquestes regions cerebrals estan subjectes a canvis associats a l'edat (Farrell, 2012). Aquest sembla que és el cas. S'ha demostrat que l'envelliment provoca canvis estructurals i funcionals en zones cerebrals relacionades amb la modulació afectiva del dolor com són l'escorça prefrontal, l'amígdala i l'ínsula (per a una revisió extensa, vegeu Mather, 2016). En aquest sentit, s'han observat disminucions del volum de l'escorça prefrontal degudes a l'envelliment, especialment a la zona dorsolateral, que s'han relacionat de manera significativa amb un pitjor rendiment en tasques de funció executiva i de memòria de treball en persones grans (MacPherson et al., 2002). En el cas del dolor, els estudis desenvolupats (Zhou, Després et al., 2015; Zhou, Kemp et al., 2015) demostren que, en els adults grans saludables, un pitjor control executiu (avaluat mitjançant una tasca d'inhibició cognitiva) es relaciona amb una menor tolerància al dolor en el *cold-pressor test* (una prova de tolerància al fred). Finalment, s'ha observat que l'ús de la distracció és menys eficient per a l'alleujament del dolor en persones d'edat avançada que en persones joves (Zhou, Després et al., 2015).

3. Avaluació del dolor en persones grans

El dolor és una experiència subjectiva, complexa i multidimensional. Atès que no hi ha marcadors biològics per mesurar-lo, l'autoinforme és l'eina estàndard d'avaluació del dolor en la pràctica clínica i en la recerca (Booker i Herr, 2016; Catananti i Gambassi,

2010). Com comentàvem anteriorment, malgrat el nombre elevat de persones grans que presenten dolor persistent, les dades indiquen que en aquestes persones el dolor es troba sovint infradiagnosticat. D'aquesta manera, els estudis demostren que als pacients grans hospitalitzats els demanen menys pel dolor i els administren menys analgèsics, comparats amb els pacients joves; aquests fets encara són més marcats en persones amb dèficit cognitiu (Catananti i Gambassi, 2010). Una de les possibles causes d'aquesta infraestimació del dolor en la gent gran sembla que està associada a la falsa creença que aquestes persones toleren millor el dolor (un fet que, com s'ha esmentat prèviament, és completament fals). En definitiva, totes aquestes dades fan ressaltar la importància de l'avaluació en la prevenció i el tractament del dolor en la població gran.

La valoració integral del dolor en la gent gran ha d'incloure un historial mèdic concís, una exploració física focalitzada, avaluació biopsicosocial, identificació de pluripatologies, ús de medicació, al·lèrgies i reaccions a medicaments.

Entre els principals instruments utilitzats per a mesurar i controlar la intensitat del dolor destaquen les escales de dolor (escales de cares, anàlogues o numèriques) i els qüestionaris autoinformatos. L'escala verbal numèrica i l'escala visual analògica (EVA) poden ser més difícils de comprendre per a la gent gran. En aquest sentit, les escales de cares del dolor poden resultar més intuïtives.

D'altra banda, resulta convenient l'ús de qüestionaris; preveuen l'avaluació de diversos factors com la localització del dolor, les seves característiques, els factors agreujants i atenuants i el tractament previ. Entre els qüestionaris més utilitzats hi ha el Qüestionari de dolor McGill (*McGill Pain Questionnaire*) (Melzack, 1975), el Qüestionari breu del dolor (*Brief Pain Inventory*) (Keller et al., 2004) i el Mesurador del dolor geriàtric (*Geriatric Pain Measure*) (Ferrell et al., 2000). Finalment, és important incloure l'anàlisi de la funcionalitat, l'estat d'ànim, l'estat cognitiu, el son, la gana i la nutrició amb escales específiques.

En definitiva, s'ha de demanar si hi ha dolor, i la seva localització, intensitat, possible irradiació, durada, factors d'exacerbació o alleujament, impacte funcional i factors socials que hi puguin influir (Javier de Andrés et al., 2014). Es recomana la utilització de sinònims del dolor (per ex., «molèstia») per assegurar la comprensió de la pregunta. A més, durant el procés d'avaluació cal ser especialment sistemàtic i parar esment a diversos factors que puguin influir en el resultat de l'avaluació, com ara possibles dèficits sensorials (deterioració auditiva o visual), la possibilitat d'una menor expressivitat facial, la dificultat de moviments i la deterioració cognitiva (Javier de Andrés et al., 2014). En aquests casos, és fonamental observar aspectes no verbals (gestos deliberats amb la mà, moviments amb el cap, etc.). Les persones amb deterioració cognitiva poden tenir especial dificultat per descriure verbalment les seves experiències de dolor, per la

qual cosa es fa necessari sumar a l'avaluació l'ús d'una escala observacional no verbal específica, i incloure informacions dels familiars i cuidadors (Booker i Herr, 2016). Les escales més utilitzades en l'àmbit assistencial en aquesta població són l'escala PADE (*Pain Assessment for the Dementing Elderly*) (Villanueva et al., 2003) i l'escala PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*) (Warden et al., 2003). Aquestes eines avaluen l'estat fisiològic i el comportament del pacient fent èmfasi en aspectes com ara la respiració, la vocalització, l'expressió facial i el llenguatge corporal, i s'han demostrat eficaces per detectar el dolor en persones grans amb demència (Rodríguez-Mansilla et al., 2014).

Referències bibliogràfiques

Booker, S. Q. i Herr, K. A. (2016). Assessment and Measurement of Pain in Adults in Later Life. *Clinics in Geriatric Medicine*, Vol. 32, pàg. 677-692. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2016.06.012>

Brodoehl, S.; Klingner, C.; Stieglitz, K. i Witte, O. W. (2013). Age-related changes in the somatosensory processing of tactile stimulation-An fMRI study. *Behavioural Brain Research*, 238(1), 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2012.10.038>

Catananti, C. i Gambassi, G. (2010). Pain assessment in the elderly. *Surgical Oncology*, Vol. 19, pàg. 140-148. <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2009.11.010>

Cavazzana, A.; Röhrborn, A.; Garthus-Niegel, S.; Larsson, M.; Hummel, T. i Croy, I. (2018). Sensory-specific impairment among older people. An investigation using both sensory thresholds and subjective measures across the five senses. *PLOS ONE*, 13(8), e0202969. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202969>

Chao, C. C.; Hsieh, S. T.; Chiu, M. J.; Tseng, M. T. i Chang, Y. C. (2007). Effects of aging on contact heat-evoked potentials: The physiological assessment of thermal perception. *Muscle and Nerve*, 36(1), 30-38. <https://doi.org/10.1002/mus.20815>

Cole, L. J.; Farrell, M. J.; Gibson, S. J. i Egan, G. F. (2010). Age-related differences in pain sensitivity and regional brain activity evoked by noxious pressure. *Neurobiology of Aging*, 31(3), 494-503. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2008.04.012>

Davis, M. P. i Srivastava, M. (2003). Demographics, assessment and management of pain in the elderly. *Drugs and Aging*, Vol. 20, pàg. 23-57. <https://doi.org/10.2165/00002512-200320010-00003>

de Andres, J.; Acuña, J.P. i Olivares, A. (2014). Dolor en el paciente de la tercera edad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(4), 674-686. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(14\)70089-6](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(14)70089-6)

Domenichiello, A. F. i Ramsden, C. E. (2019). The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 93, 284-290. <https://doi.org/10.1016/J.PNPBP.2019.04.006>

Edwards, R. R., Fillingim, R. B. i Ness, T. J. (2003). Age-related differences in endogenous pain modulation: a comparison of diffuse noxious inhibitory controls in healthy older and younger adults. *Pain*, 101(1-2), 155-165. [https://doi.org/10.1016/s0304-3959\(02\)00324-x](https://doi.org/10.1016/s0304-3959(02)00324-x)

Farrell, Michael i Gibson, S. (2007). Age interacts with stimulus frequency in the temporal summation of pain. *Pain Medicine*, 8(6), 514-520. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2007.00282.x>

Farrell, M. J. (2012). Age-Related Changes in the Structure and Function of Brain Regions Involved in Pain Processing. *Pain Medicine*, 13(2), S37-S43. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2011.01287.x>

Ferrell, B. A.; Stein, W. M. i Beck, J. C. (2000). The geriatric pain measure: Validity, Reliability and Factor Analysis. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(12), 1669-1673. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2000.tb03881.x>

Fox, M. D. i Raichle, M. E. (2007). Spontaneous fluctuations in brain activity observed with functional magnetic resonance imaging. *Nature Reviews Neuroscience*, 8(9), 700-711. <https://doi.org/10.1038/nrn2201>

Gibson, S. J. i Farrell, M. (2004). A review of age differences in the neurophysiology of nociception and the perceptual experience of pain. *Clinical Journal of Pain*, 20(4), 227-239. <https://doi.org/10.1097/00002508-200407000-00004>

González-Roldán, A. M.; Terrasa, J. L.; Sitges, C.; van der Meulen, M.; Anton, F. i Montoya, P. (2020). Age-Related Changes in Pain Perception Are Associated With Altered Functional Connectivity During Resting State. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 12, 116. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2020.00116>

Hasher, L. i Zacks, R. T. (1988). Working Memory, Comprehension, and Aging: A Review and a New View. *Psychology of Learning and Motivation - Advances in Research and Theory*, 22(C), 193-225. [https://doi.org/10.1016/S0079-7421\(08\)60041-9](https://doi.org/10.1016/S0079-7421(08)60041-9)

Helme, R. D. i Gibson, S. J. (2001). The epidemiology of pain in elderly people. *Clinics in Geriatric Medicine*, 17(3), 417-431. [https://doi.org/10.1016/S0749-0690\(05\)70078-1](https://doi.org/10.1016/S0749-0690(05)70078-1)

Keller, S.; Bann, C. M.; Dodd, S. L.; Schein, J.; Mendoza, T. R. i Cleeland, C. S. (2004). Validity of the brief pain inventory for use in documenting the outcomes of patients with noncancer pain. *Clinical Journal of Pain*, 20(5), 309-318. <https://doi.org/10.1097/00002508-200409000-00005>

Kosek, E.; Cohen, M.; Baron, R.; Gebhart, G. F.; Mico, J. A.; Rice, A. S. C.; [...] Sluka, A. K. (2016). Do we need a third mechanistic descriptor for chronic pain states? *Pain*, Vol. 157, pàg. 1382-1386. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000507>

Lautenbacher, S. (2012). Experimental Approaches in the Study of Pain in the Elderly. *Pain Medicine*, 13(2), S44-S50. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2012.01326.x>

Lingaraju, R. i Ashburn, M. A. (2013). Pain management in the elderly. *Aging Health*, Vol. 9, pàg. 265-274. <https://doi.org/10.2217/ahe.13.29>

Macfarlane, G. J.; Barnish, M. S. i Jones, G. T. (2017). Persons with chronic widespread pain experience excess mortality: longitudinal results from UK Biobank and meta-analysis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, 76(11), 1815-1822. <https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-211476>

MacPherson, S. E.; Phillips, L. H. i Della Sala, S. (2002). Age, executive function, and social decision making: A dorsolateral prefrontal theory of cognitive aging. *Psychology and Aging*, 17(4), 598-609. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.17.4.598>

Mather, M. (2016). The Affective Neuroscience of Aging. *Annual Review of Psychology*, 67(1), 213-238. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-122414-033540>

Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: Major properties and scoring methods. *Pain*, 1(3), 277-299. [https://doi.org/10.1016/0304-3959\(75\)90044-5](https://doi.org/10.1016/0304-3959(75)90044-5)

Montoya, P.; Sitges, C.; García-Herrera, M.; Rodríguez-Cotes, A.; Izquierdo, R.; Truyols, M. i Collado, D. (2006). Reduced brain habituation to somatosensory stimulation in patients with fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 54(6). <https://doi.org/10.1002/art.21910>

Pickering, G. (2004). Frail elderly, nutritional status and drugs. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 38(2), 174-180. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2003.09.004>

Rodríguez-Mansilla, J.; Jiménez-Palomares, M. i González-López-Arza, M. V. (2014). Escalas de valoración del dolor en pacientes con demencia. Instrumentos de ayuda para el fisioterapeuta, el médico, el enfermero y el terapeuta ocupacional. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49, 35-41. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.07.002>

Terrasa, J. L.; Montoya, P.; González-Roldán, A. M. i Sitges, C. (2018). Inhibitory Control Impairment on Somatosensory Gating Due to Aging: An Event-Related Potential Study. *Frontiers in Human Neuroscience*, 12. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00280>

Trouvin, A. P. i Perrot, S. (2019). New concepts of pain. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 33(3), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2019.04.007>

Villanueva, M. R.; Smith, T. L.; Erickson, J. S.; Lee, A. C. i Singer, C. M. (2003). Pain assessment for the dementing elderly (PADE): Reliability and validity of a new measure. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 1-8. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043419.51772.A3>

Warden, V.; Hurley, A. C.; i Volicer, L. (2003). Development and psychometric evaluation of the pain assessment in advanced dementia (PAINAD) scale. *Journal of the American Medical Directors Association*, 4(1), 9-15. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>

Wiech, K.; Ploner, M. i Tracey, I. (2008). Neurocognitive aspects of pain perception. *Trends in Cognitive Sciences*, 12, 306-313. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2008.05.005>

Yarnitsky, D.; Granot, M. i Granovsky, Y. (2014). Pain modulation profile and pain therapy: Between pro- and antinociception. *Pain*, 155(4), 663-665. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.11.005>

Zhou, S.; Després, O.; Pebayle, T. i Dufour, A. (2015). Age-Related Decline in Cognitive Pain Modulation Induced by Distraction: Evidence from Event-Related Potentials. *Journal of Pain*, 16(9), 862-872. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.05.012>

Zhou, S.; Kemp, J.; Després, O.; Pebayle, T. i Dufour, A. (2015). The association between inhibition and pain tolerance in the elderly: Evidence from event-related potentials. *European Journal of Pain*, 19(5), 669-676. <https://doi.org/10.1002/ejp.588>

Autors

ANA MARÍA GONZÁLEZ ROLDÁN

Palma (1984). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de Granada (2007). Doctora en Neurociències per la Universitat de les Illes Balears (UIB) (2013). Professora a la UIB des de 2015, és investigadora en el grup de recerca en Neurociència Cognitivoafectiva i Psicologia Clínica (CANCLiP), de l'Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut (IUNICS) i de l'Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa). En l'actualitat és la investigadora principal del projecte «Estudio de los circuitos neurales del dolor y su reorganización en el envejecimiento», finançat pel Ministeri d'Economia i Competitivitat (PSI2016-78637-P). Experiència com a neuropsicòloga en residències de gent gran.

JOAN LLORENÇ TERRASA NAVARRO

Palma (1988). Llicenciat en Biologia (2012) i Doctor en Neurociències (2020) per la Universitat de les Illes Balears. Professor ajudant a la UIB des de 2020, ha estat tècnic de suport a la investigació en diversos projectes (PSI2016-78637-P. «Estudios de los circuitos neurales del dolor y su reorganización en el envejecimiento» i PSI2015-66295-R. «Protocolo de activación conductual y ejercicio físico para pacientes con dolor crónico basado en el uso de nuevas tecnologías (smartphone)») del grup de recerca de CANCLiP de l'IUNICS i de l'IdISBa (21/01/2019-31/03/2020). Col·laborador en el projecte de l'Obra Social la Caixa «Mecanismos moleculares de las estrategias neuroprotectoras en el envejecimiento cerebral: correlación entre estudios neuroquímicos y comportamentales» del grup de recerca de Neurofisiologia (UIB) (2012-13).

PRISCILA AQUINO DOS SANTOS LIMA

Salvador de Bahia, Brasil (1985). Llicenciada en Fisioteràpia per la Universitat Unijorge del Brasil (2009) i Màster en Neurociències per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Ha estat coordinadora de productes i serveis de fisioteràpia respiratòria (Lumiar Helth Buildres, 2018) i posseeix experiència en fisioteràpia neurofuncional. Actualment prepara la tesi doctoral «Estudio de la biomecánica y el entorno cerebral de personas mayores participantes en un programa de ejercicio multicomponente» a la Universitat de les Illes Balears.

PEDRO J. MONTOYA JIMÉNEZ

Algesires, Cadis (1963). Llicenciat en Psicologia a la Universitat Complutense (1986) i doctor en Psicologia per la Universitat Ludwig Maximilian de Munic (1993).

És catedràtic de Psicologia Biològica, membre del grup de recerca en Neurociència Cognitivoafectiva i Psicologia Clínica (CANCLiP) de l'Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut (IUNICS) i de l'Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa). Codirector del Màster en Neurociències de la UIB. Investigador de diversos projectes del Pla nacional R+D+I, del Govern balear i de fundacions privades sobre dolor crònic, emocions i envelliment. Autor de més de 100 articles científics sobre dolor crònic.

**DOLOR EN LES PERSONES
MAJORS, UNA VISIÓ DES DE LES
CURES PAL·LIATIVES**

Dolor en les persones majors, una visió des de les cures pal·liatives

Joan Santamaria Semis
Antoni Gabriel Amengual Vich
Jaume Julià Vadell
Emilia García Sánchez

Resum

Objectius: observar si hi ha diferències en la intensitat i el tractament del dolor segons l'edat, el sexe, el tipus de malaltia, el tipus de dolor i el nivell assistencial de procedència.

Mètodes: estudi observacional descriptiu a partir de l'activitat assistencial (2018-19) de la UMP-HG. Estudiem 592 pacients, amb les variables: edat, sexe, procedència, malaltia, tipus de dolor, intensitat i tractament del dolor.

Resultats: dels 592 pacients, el 54% eren homes, mitjana d'edat: 73 anys (21-104). Hem fet tres grups d'edat: < 65 anys (27%), de 65-75 anys (26%) i > 75 anys (47%). Un 86% (509) tenen una malaltia oncològica. El 55% ingressen procedents de l'ESAD / Atenció Primària. Dels 495 pacients amb dolor, en 290 (49%) és nociceptiu (EVN) 3,4/10 DT: 2.1 i en 97 (16,4%) és neuropàtic (EVN) 5,4/10 DT:2,0. En 108 (18%) amb deteriorament cognitiu, (PAINAD) 2,9/10, DT: 1,9. En relació amb el tractament del dolor un 50% porten opioïdes forts a l'ingrés. Els > 75 anys duen menys opioïdes forts (38%) que els pacients ≤ 65 anys (63%) i que els de 65-75 anys (59%). El 55% dels pacients oncològics prenen opioïdes forts i un 23% dels no oncològics. Els pacients procedents d'ESAD i d'oncologia portaven, respectivament, un 56% d'opioïdes forts enfront d'un 28% dels procedents d'altres serveis.

Conclusions: no trobem diferències entre la intensitat i el sexe, l'edat i la procedència, sí amb el tipus de dolor. Els pacients > 75 anys, els no oncològics i els procedents d'equips amb poca experiència en el tractament del dolor són menys tractats amb opioïdes forts.

Resumen

Objetivos: observar si hay diferencias en la intensidad y el tratamiento del dolor según la edad, el sexo, el tipo de enfermedad, el tipo de dolor y el nivel asistencial de procedencia.

Métodos: estudio observacional descriptivo a partir de la actividad asistencial (2018-19) de la UMP-HG. Estudiamos 592 pacientes, con las variables: edad, sexo, procedencia, enfermedad, tipo de dolor, intensidad y tratamiento del dolor.

Resultados: de 592 pacientes, el 54% eran hombres, media de edad: 73 años (21-104). Hemos hecho tres grupos de edad: < 65 años (27%), de 65-75 años (26%) y > 75 años (47%). Un 86% (509) tienen una enfermedad oncológica. El 55% ingresan procedentes de ESAD / Atención Primaria. De los 495 pacientes con dolor, en 290 (49%) es nociceptivo,

(EVN) 3,4/10 DT: 2.1 y en 97 (16,4%) es neuropático (EVN) 5,4/10 DT:2,0. En 108 (18%) con deterioro cognitivo (PAINAD) 2,9/10, DT: 1,9. Con relación al tratamiento del dolor un 50% toman opioides fuertes al ingreso. Los > 75 años toman menos opioides fuertes (38%) que los pacientes ≤ 65 años (63%) y que los de 65-75 años (59%). El 55% de los pacientes oncológicos toman opioides fuertes frente a un 23% de los no oncológicos. Los pacientes procedentes de ESAD y de oncología llevaban, respectivamente, un 56% de opioides fuertes frente a un 28% de los procedentes de otros servicios.

Conclusiones: no encontramos diferencias entre la intensidad y el sexo, la edad y la procedencia; sí con el tipo de dolor. Los pacientes > 75 años, los no oncológicos y los procedentes de equipos con poca experiencia en el tratamiento del dolor son menos tratados con opioides fuertes.

1. Introducció

L'envelliment de la població és un repte per als nostres serveis de salut. L'esperança de vida en néixer a les Illes Balears (2018) és de 85,5 anys per a les dones i 80,6 per als homes. Gairebé un 16% de la nostra població té més de 64 anys, i el grup que més creix són els més grans de 80 anys. La majoria de persones grans expressen que estan satisfetes amb la seva salut, benestar i grau d'autonomia, però també és cert que tenen més probabilitats d'emmalaltir, de perdre autonomia funcional i cognitiva i de patir dolor crònic.

El mal control del dolor és un problema per a les persones grans i els seus cuidadors i acaba sent un factor limitant de la seva qualitat de vida i pot desencadenar una dependència progressiva i depressió.

En els ancians el dolor s'avalua i es diagnostica menys i, per tant, també es tracta menys. El dolor pot ser un dels símptomes més difícils de diagnosticar i de tractar en pacients grans. És essencial fer una curosa anamnesi i una avaluació multidisciplinària, enfocada sobretot a l'àrea funcional i la qualitat de vida, a la vegada que s'ha d'intentar minimitzar els possibles efectes adversos dels analgèsics. Tot això significa una alta exigència per als professionals, tant de temps com d'esforç. No hem d'oblidar que molts dels pacients ancians tenen deficiències cognitives o discapacitats de comunicació o també problemes culturals o creences, fets que ens demanaran adaptar les nostres eines diagnòstiques i terapèutiques a aquestes situacions específiques.

En el context d'una malaltia avançada i incurable, el dolor pren una dimensió molt més impactant, tant en l'aspecte emocional, funcional, com també social.

Les cures pal·liatives són una especialitat interdisciplinària centrada en la millora de la qualitat de vida per a les persones amb malalties greus i les seves famílies. En els darrers anys les cures pal·liatives han tingut un creixement important, tant amb evidència com a model d'atenció innovador i eficient.

A la Unitat de Medicina Pal·liativa del sector de Ponent de l'Hospital General (UMP-HG), depenent de l'Hospital Universitari Son Espases, és prioritària la valoració integral de necessitats i problemes, en especial l'avaluació dels símptomes i entre aquests el dolor, que és la principal causa de consulta i d'ingrés.

En aquest treball volem descriure les característiques d'aquests pacients, del seu dolor i del tractament analgèsic que prenen quan arriben a nosaltres.

2. Objectiu

En el context de l'activitat assistencial d'una unitat de cures pal·liatives, cal observar si hi ha diferències en la intensitat i el tractament del dolor segons l'edat dels pacients, el sexe, el tipus de malaltia, el tipus de dolor i el nivell assistencial de procedència.

3. Mètodes

Proposem un estudi observacional descriptiu a partir dels registres de l'activitat assistencial dels anys 2018 i 2019 a la UMP-HG. Hem seleccionat 592 pacients en el seu primer ingrés i en les primeres 24 hores. S'ha mesurat la intensitat del dolor i el tractament analgèsic que portaven.

Variables: l'edat, repartida en tres grups, més joves de 65 anys, de 65 a 75 anys i més grans de 75 anys. El sexe. El tipus de malaltia que produeix la situació terminal, simplificada en oncològica i no oncològica, i la procedència de l'ingrés: de l'Equip de Suport d'Atenció Domiciliària (ESAD) d'Atenció Primària, d'Atenció Hospitalària de l'Hospital Universitari Son Espases (HUSE) i diferenciant els pacients remesos pel Servei d'Oncologia i els remesos per la resta de serveis de l'HUSE.

Per avaluar la intensitat del dolor hem utilitzat l'escala de valoració numèrica (EVN), que puntua la intensitat de 0 a 10. A la vegada hem diferenciat el tipus de dolor: nociceptiu (somàtic i/o visceral) i neuropàtic i mixt (nociceptiu i neuropàtic).

En els pacients amb deteriorament cognitiu greu (Índex de Pfeiffer amb 8-10 errors) hem utilitzat l'escala observacional PAINAD, que també puntua el dolor de 0 a 10.

Els resultats de la intensitat del dolor de l'escala numèrica (EVN i PAINAD) les hem categoritzat: sense dolor (0), dolor lleu (d'1 a 3), dolor moderat (de 4 a 6), dolor intens (de 7 a 9) i dolor insuportable (10). El valor «0», sense dolor, el donem quan no hi ha dolor ni es pren cap analgèsic. En el cas de no tenir dolor i prendre analgèsics, es puntua «1».

Per registrar el tractament analgèsic, hem utilitzat l'escala analgèsica de l'OMS: 0) sense analgèsic, 1) analgèsics no opioides, 2) opioides dèbils i 3) opioides forts.

4. Resultats

4.1. Edat i sexe

Dels 592 pacients estudiats, el 53,9% (319) eren homes i el 46,1% (273) eren dones.

La mitjana d'edat global és de 72,9 anys (21-104), desviació típica (DT): 12,91 i, la mediana: 74 anys. En els homes la mitjana d'edat és de 71,2 anys (21-98), DT: 12,16; la mediana: 72 anys i, en les dones 74,9 anys (30-104), DT: 13,5, mediana 76 anys.

Els resultats per grup d'edat són: 162 pacients de menys de 65 anys (27,4%), 152 pacients amb edats entre 65 i 75 anys (25,7%) i finalment 278 pacients amb més de 75 anys (47%). En el grup de menys de 65 anys predomina el sexe masculí, tot al contrari que en el grup de més de 75 anys, en el qual hi ha més dones (vegeu la taula 1).

Taula 1 | *Pacients per grup d'edat i sexe*

Grup d'edat	Home	Dona	Total
Menys de 65 anys	101 (31,7%)	61 (22,3%)	162 (27,4%)
De 65 a 75 anys	88 (27,6%)	64 (23,4%)	152 (25,7%)
Més de 75 anys	130 (40,8%)	148 (54,2%)	278 (47,0%)
Total	319 (100%)	273 (100%)	592 (100%)

El 47% (278) de pacients que ingressen a la unitat tenen més de 75 anys, aquest escenari de pacients molt grans i més fràgils exigeix una reflexió per valorar si l'atenció pal·liativa en persones grans és suficient i equitativa [7, 8].

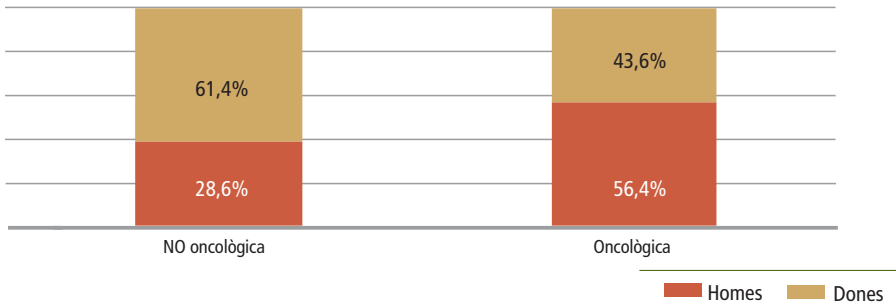
4.2. Tipus de malaltia

509 pacients (86%) tenen una malaltia oncològica i els 83 restants (14%) tenen una malaltia no oncològica.

4.2.1. Tipus de malaltia i sexe

El sexe femení predomina en els malalts no oncològics (61,4%), i en els malalts oncològics predomina el sexe masculí (56,4%) (vegeu el gràfic 1).

Gràfic 1 | Tipus de malaltia i sexe (n = 592). UMP 2018-19



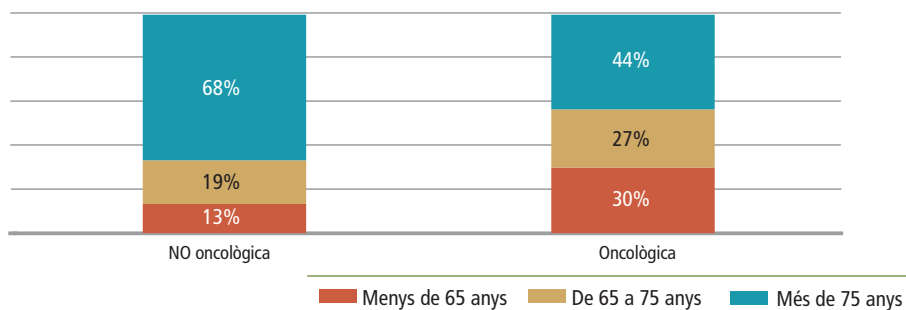
4.2.2. Tipus de malaltia i edat

Els pacients oncològics tenen una mitjana d'edat de 71,8 anys (21-98), DT: 12,45; mediana: 72 anys, i els no oncològics, 79,8 anys (30-104), DT: 12,45; mediana: 83 anys. Els pacients amb malalties no oncològiques són més grans que els pacients oncològics.

Malaltia i grup d'edat. El 67,5% dels pacients no oncològics són més grans de 75 anys, sols un 13% tenen menys de 65 anys. Els 43,6% dels pacients oncològics són més grans de 75 anys i un 29,7% tenen menys de 65 anys (vegeu la taula 2 i el gràfic 2).

Taula 2 | Pacients per grup d'edat i tipus de malaltia

Grup d'edat	No oncològica	Oncològica	Total
Menys de 65 anys	11 (13,3%)	151 (29,7%)	162 (27,4%)
De 65 a 75 anys	16 (19,3%)	136 (26,7%)	152 (25,7%)
Més de 75 anys	56 (67,5%)	222 (43,6%)	278 (47,0%)
Total	83 (100%)	509 (100%)	592 (100%)

Gràfic 2 | Tipus de malatia i grup d'edat. UMP 2018-19

4.3. Procedència

323 pacients (54,6%) ingressen procedents de domicili remesos pels ESAD d'Atenció Primària. La resta, 269 (44,7%), venen dels hospitals d'aguts, sobretot de l'HUSE, i 4 (0,7%) d'altres hospitals.

Dels 265 pacients procedents de l'HUSE, 162 (60,4%) venen del Servei d'Oncologia.

4.4. Tipus de dolor a l'ingrés

495 pacients (84%) ingressen amb dolor (1-10): en 290 pacients (49%) és de tipus nociceptiu i en 97 (16,4%), neuropàtic. En 108 (18,2%) hi ha un deteriorament cognitiu greu i el seu dolor el classifiquem de forma específica.

4.5. Intensitat del dolor a l'ingrés

En 387 pacients (65,4%) hem utilitzat l'escala visual numèrica (EVN) per mesurar la intensitat del dolor; aquesta eina puntua el dolor de 0 a 10.

En els 108 pacients (18,2%) amb deteriorament cognitiu greu hem mesurat la intensitat del dolor amb l'escala PAINAD, que també puntua la intensitat del dolor de 0 a 10. 97 pacients (16,4%) expressaven que no tenien dolor ni prenen medicació analgèsica.

Un 48,7% (241/495) dels pacients tenen un dolor moderat o intens (EVN ≥ 4) i serà necessari revisar-los el tractament analgèsic.

4.5.1. Intensitat i tipus de dolor

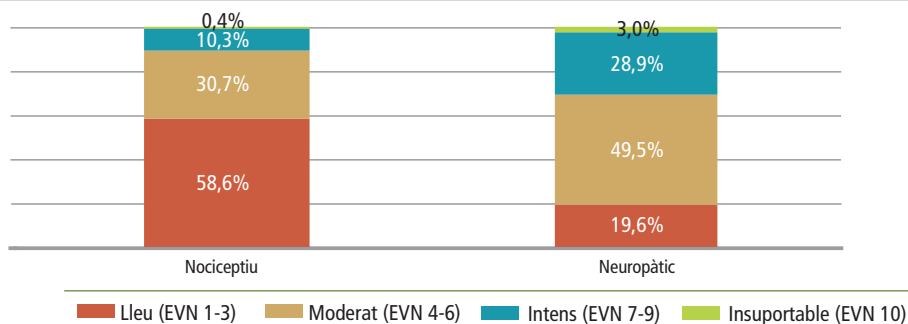
El dolor nociceptiu va ser present en 290 pacients (49%), amb una intensitat mitjana (EVN) de 3,35/10, (DT: 2,10).

Amb dolor neuropàtic, registrem 97 pacients (16,4%), amb una intensitat mitjana (EVN) de 5,42 /10, (DT: 2,06).

El dolor neuropàtic és menys freqüent (97 pacients) que el dolor nociceptiu (290), però és més intens, EVN 5,42/10, enfront del 3,35/10 del nociceptiu.

Podem observar millor aquesta diferència en el grup de dolor intens (EVN 7-9), en què un 29% de pacients presenten dolor neuropàtic, enfront d'un 10% de pacients amb dolor nociceptiu (vegeu el gràfic 3).

Gràfic 3 | Intensitat del dolor nociceptiu vs dolor neuropàtic. UMP-HG. 2018-19



Quant als pacients amb deteriorament cognitiu greu (108), la intensitat mitjana del dolor (PAINAD) va ser de 2,94 sobre 10 (DS 1,90).

4.5.2. Intensitat per tipus dolor i grup d'edat

4.5.2.1. La intensitat del dolor nociceptiu (EVN) per grup d'edat (taula 3)

Taula 3 | Intensitat dolor (EVN 0-10) nociceptiu i grup d'edat

Grup d'edat	Mitjana	N.	Desv. típ.	Mediana
Menys de 65 anys	3,31	75	2,060	3,00
De 65 a 75 anys	3,85	80	2,205	3,50
Més de 75 anys	3,07	135	2,036	2,00
Total	3,35	290	2,108	3,00

4.5.2.2. Intensitat del dolor neuropàtic (EVN) per grup d'edat (taula 4)

Taula 4 | Intensitat dolor (EVN 0-10) neuropàtic i grup d'edat

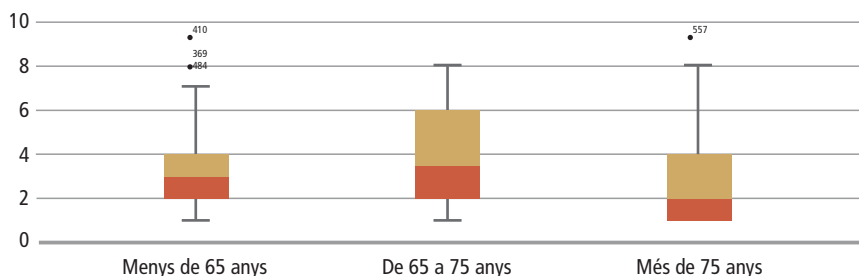
Grup d'edat	Mitjana	N.	Desv. típ.	Mediana
Menys de 65 anys	5,70	43	2,144	6,00
De 65 a 75 anys	5,25	28	1,956	6,00
Més de 75 anys	5,15	26	2,073	6,00
Total	5,42	97	2,066	6,00

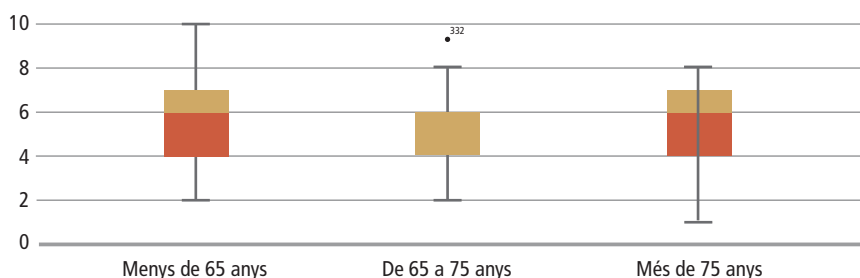
4.5.2.3. Intensitat del dolor (PAINAD) en trastorns cognitius i grup d'edat (taula 5)

Taula 5 | Intensitat del dolor (PAINAD 0-10) en trastorns cognitius i grup d'edat

Grup d'edat	Mitjana	N.	Desv. típ.	Mediana
Menys de 65 anys	2,81	22	2,015	2,50
De 65 a 75 anys	3,09	22	2,136	3,00
Més de 75 anys	2,93	64	1,815	3,00
Total	2,94	108	1,90834	3,00

No trobem diferències significatives en la intensitat quan es relaciona amb el tipus de dolor i el grup d'edat. Quan comparem el tipus de dolor, trobem que el dolor neuropàtic és molt més intens que el nociceptiu i el dolor del trastorn cognitiu (vegeu el gràfic 4).

Gràfic 4a | Intensitat (EVN) del dolor nociceptiu (EVN) i grup d'edat

Gràfic 4b | *Intensitat (EVN) del dolor neuropàtic (EVN) i grup d'edat*

4.5.3. Intensitat per tipus dolor i tipus de malaltia

4.5.3.1. Intensitat del dolor nociceptiu (EVN) per tipus de malaltia (taula 6)

Taula 6 | *Intensitat dolor (EVN 0-10) nociceptiu i tipus de malaltia*

Tipus de malaltia	Mitjana	N.	Desv. típ.	Mediana
No oncològica	4,00	22	2,225	4,00
Oncològica	3,29	268	2,093	3,00
Total	3,35	290	2,108	3,00

No trobem diferències en la intensitat del dolor nociceptiu per tipus de malaltia.

4.5.3.2. Intensitat del dolor neuropàtic (EVN) i tipus de malaltia (taula 7)

Taula 7 | *Intensitat dolor (EVN 0-10) neuropàtic i tipus de malaltia*

Tipus de malaltia	Mitjana	N.	Desv. típ.	Mediana
No oncològica	5,43	7	3,259	6,00
Oncològica	5,42	90	1,972	6,00
Total	5,42	97	2,066	6,00

No trobem diferències en la intensitat del dolor neuropàtic per tipus de malaltia.

El dolor neuropàtic és més prevalent en pacients oncològics (vegeu la taula 8).

Taula 8 | *Prevalença del dolor neuropàtic i tipus de malaltia*

Tipus dolor	Oncològic		No oncològic		Total	%
	N.	%	N.	%		
Dolor neuropàtic	90	17,7%	7	8,4%	97	16,4%
Altres dolors	419	82,3%	76	91,6%	495	83,6%
Total	509	100%	83	100%	592	100%

4.5.3.3. Intensitat del dolor (PAINAD) en trastorns cognitius i tipus de malaltia (taula 9)

Taula 9 | *Intensitat del dolor (PAINAD 0-10) en trastorns cognitius i tipus de malaltia*

Tipus de malaltia	Mitjana	N.	Desv. típ.	Mediana
No oncològica	2,77	31	1,856	2,00
Oncològica	3,01	77	1,936	3,00
Total	2,94	108	1,908	3,00

No hi ha diferències entre la intensitat del dolor i la malaltia en cas de deteriorament cognitiu.

4.6. Tractament farmacològic del dolor a l'ingrés

El tractament farmacològic del dolor l'expressem amb l'escala analgèsica de l'OMS: esglaó 0: sense analgèsics; esglaó 1: analgèsics no opioides; esglaó 2: opioides dèbils, i esglaó 3: opioides forts.

En el moment de l'ingrés 299 pacients (50,5%) ja prenen opioides forts per al tractament del dolor. Els següents resultats aniran centrats en l'ús del tercer esglaó de l'escala analgèsica.

4.6.1. Tractament analgèsic i sexe

No trobem diferències entre homes i dones en relació amb l'ús d'opioïdes forts (taula 10)

Taula 10 | *Tipus d'analgèsia (escala OMS) i sexe*

Escala analgèsia OMS	Home	Dona	Total
Sense analgèsic	95 (29,8%)	62 (22,7%)	157 (26,5%)
No opioïde	44 (13,8%)	58 (21,2%)	102 (17,2%)
Opioïde dèbil	16 (5,0%)	18 (6,6%)	34 (5,7%)

continua

Escala analgèsia OMS	Home	Dona	Total
Opioide fort	164 (51,4%)	135 (49,5%)	299 (50,5%)
Total	319 (100%)	273 (100%)	592 (100%)

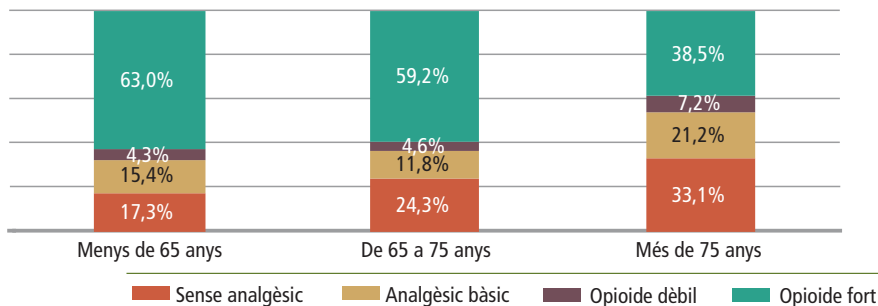
4.6.2. Tractament analgèsic i edat

El 38,5% (107) de pacients més grans de 75 anys prenen opioïdes forts, en el grup de 65 a 75 anys, són el 59,2% (90), i en el grup de menys de 65 anys són el 63% (102) els que prenen opioïdes forts (vegeu la taula 11 i el gràfic 5).

Taula 11 | *Tipus d'analgèsia (escala OMS) i grup d'edat*

Escala analgèsia OMS	Menys de 65 anys	De 65 a 75 anys	Més de 75 anys	Total
Sense analgèsic	28 (17,3%)	37 (24,3%)	92 (33,1%)	157 (26,5%)
No opioide	25 (15,4%)	18 (11,8%)	59 (21,2%)	102 (17,2%)
Opioide dèbil	7 (4,3%)	7 (4,6%)	20 (7,2%)	34 (5,7%)
Opioide fort	102 (63,0%)	90 (59,2%)	107 (38,5%)	299 (50,5%)
Total	162 (100%)	152 (100%)	278 (100%)	592 (100%)

Gràfic 5 | *Analgèsia escala OMS i grup edat. UMP 2018-19*



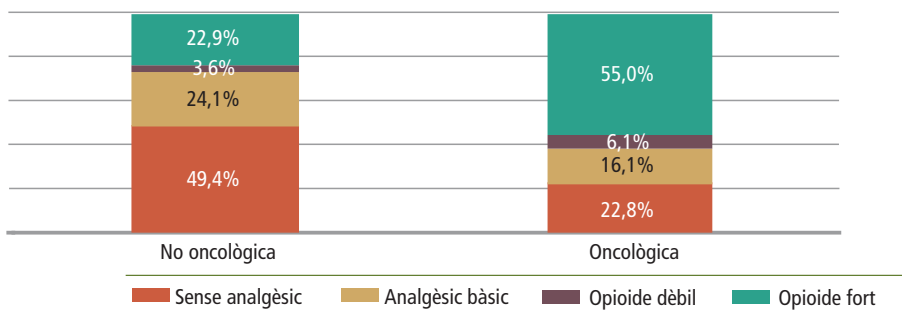
Els pacients de més de 75 anys reben menys opioïdes forts que la resta de grups d'edat. Això contrasta amb les intensitats del dolor entre aquests grups, que són homogènies (pàg. 6).

4.6.3. Tractament analgèsic i tipus de malaltia

El 55% (280) dels pacients que tenen una malaltia oncològica reben tractament amb opioïdes forts, enfront del 22,9% (19) dels pacients amb una malaltia no oncològica (vegeu la taula 12 i el gràfic 6).

Taula 12 | Tipus d'analgèsia (escala OMS) i tipus de malaltia

Analgèsia Escala OMS	Tipus de malaltia		Total
	No oncològica	Oncològica	
Sense analgèsic	41 (49,4%)	116 (22,8%)	157 (26,5%)
No opioides	20 (24,1%)	82 (16,1%)	102 (17,2%)
Opioide dèbil	3 (3,6%)	31 (6,1%)	34 (5,7%)
Opioide fort	19 (22,9%)	280 (55,0%)	299 (50,5%)
Total	83 (100%)	509 (100%)	592 (100%)

Gràfic 6 | Analgèsia escala OMS i tipus de malaltia. UMP 2018-19

El fet de patir dolor per una malaltia oncològica fa que sigui més probable rebre tractament amb opioides forts, encara que hem vist que les intensitats són semblants (pàg. 6).

4.6.4. Tractament analgèsic i procedència

El 55,7% (180) dels pacients remesos per l'ESAD/AP prenen opioides forts i també el 55,6% (89) dels procedents del Servei d'Oncologia de l'HUSE, enfront del 27,8% (30) dels procedents d'altres serveis de l'HUSE (vegeu la taula 13 i el gràfic 7).

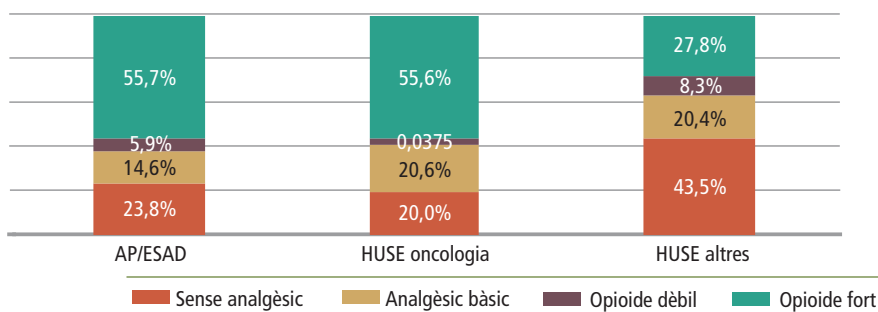
Taula 13 | Tipus d'analgèsia (escala OMS) i procedència

Analgèsia Escala OMS	AP/ESAD	HUSE oncologia	HUSE altres serveis	Total
Sense analgèsic	77 (23,8%)	32 (20,0%)	48 (43,5%)	157 (26,5%)
No opioides	47 (14,6%)	33 (20,6%)	22 (20,4%)	102 (17,2%)
Opioide dèbil	19 (5,9%)	6 (3,8%)	9 (8,3%)	34 (5,7%)

continua

Analgèsia Escala OMS	AP/ESAD	HUSE oncologia	HUSE altres serveis	Total
Opioide fort	180 (55,7%)	89 (55,6%)	30 (27,8%)	299 (50,5%)
Total	323 (100%)	160 (100%)	109 (100%)	592 (100%)

Gràfic 7 | Analgèsia escala OMS i procedència. UMP 2018-19



Els equips amb més formació i experiència en el tractament del dolor, com són l'ESAD i el Servei d'Oncologia de l'HUSE, utilitzen amb més freqüència els analgèsics opioïdes forts per tractar el dolor.

4.6.5. Tractament analgèsic i tipus de dolor

4.6.5.1. Analgèsia i dolor nociceptiu

El dolor nociceptiu és el més freqüent en la població general i en els nostres pacients. A l'ingrés 166 pacients (57%) prenen opioïdes forts.

85 pacients (50%) amb dolor lleu (EVN 1-3) prenen opioïdes forts. D'altra banda, 56 pacients (63%) amb dolor moderat (EVN 4-6) i 25 pacients (83%) amb dolor intens (EVN 7-9) estaven tractats amb opioïdes forts i no tenien un bon control del dolor (taula 14).

Taula 14 | Tipus d'analgèsia (escala OMS) i dolor nociceptiu

Dolor nociceptiu	Sense analgèsic	No opioïdes	Opioide dèbil	Opioide fort	Totals	%
Lleu (EVN 1-3)	24 (14%)	46 (27%)	15 (9%)	85 (50%)	170	100%
Moderat (EVN 4-6)	9 (10%)	16 (18%)	8 (9%)	56 (63%)	89	100%
Intens (EVN 7-9)	0	4 (13%)	1 (3%)	25 (83%)	30	100%
Insuportable (EVN 10)	1 (100%)	0	0	0	1	100%
Totals	34	66	24	166	290	100%

4.6.5.2. Analgèsia i dolor neuropàtic

84 pacients (86%) amb dolor neuropàtic ja estaven en tractament amb opioïdes forts (taula 15).

Taula 15 | *Tipus d'analgèsia (escala OMS) i dolor neuropàtic*

Dolor neuropàtic	Sense analgèsic	Analgèsic bàsic	Opioïde dèbil	Opioïde fort	Total	%
Lleu (EVN 1-3)	1 (5%)	2 (11%)	1 (5%)	15 (79%)	19	100%
Moderat (EVN 4-6)	1 (2%)	4 (8%)	2 (4%)	41 (86%)	48	100%
Intens (EVN 7-9)	0	2 (7%)	0	26 (93%)	28	100%
Insuportable (EVN 10)	0	0	0	2 (100%)	2	100%
Totals	2	8	3	84	97	

La prescripció d'opioïdes forts en pacients amb dolor neuropàtic és molt alta, però generalment el dolor no està ben controlat (pàg. 6). El dolor neuropàtic és poc sensible al tractament amb opioïdes forts i respon millor a antiepilèptics i antidepressius. [9, 10]

5. Conclusions

La majoria dels pacients inclosos en el programa de cures pal·liatives de la UMP-HG són pacients ancians (73 anys de mitjana d'edat), la majoria d'ells (86%), amb malaltia oncològica avançada i terminal. El 49% dels pacients a l'ingrés tenen una intensitat del dolor de moderat a intens (EVN \geq 4). El dolor neuropàtic és menys freqüent, però més intens que el dolor nociu i que l'observat en els pacients amb deteriorament cognitiu. No trobem diferències significatives segons el sexe, el tipus de malaltia, el nivell assistencial de procedència, ni en els diferents grups d'edat estudiats.

Sí que trobem diferències en el tractament del dolor. Un 50,5% dels pacients que ingressen ja estan en tractament amb opioïdes forts. Però hi ha menys prescripció d'opioïdes forts en els pacients més grans de 75 anys, en els pacients no oncològics i en els pacients procedents d'altres serveis que no són oncologia ni els equips d'ESAD. Els pacients amb dolor neuropàtic tenen les intensitats de dolor més altes i prenen més opioïdes forts (86%) que els pacients amb dolor nociu (57%).

És evident que l'edat és un factor negatiu per rebre una analgèsia adequada, però sempre que ens proposem tractar un dolor hem de tenir en compte, a part de la causa del dolor, el tipus i la intensitat, la presència de factors que poden modular la durada, la intensitat i l'impacte o discapacitat produïda pel dolor.

És essencial millorar la formació en el diagnòstic i tractament del dolor i també conèixer els diferents recursos i professionals que ens poden ajudar en les situacions més complexes.

Agraïments

A Josefina Albé, Fátima Roso i Josep Muncunill

Referències bibliogràfiques

Davies, E. i Higginson, I. J. (2004). *Better Palliative Care for Older People*. World Health Organization, Regional Office for Europe.

Dentino, A., Medina, R. i Steinberg, E. (2017). Pain in the Elderly. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 44(3), 519-528. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2017.04.009>

Evers, M. M., Meier, D. E. i Morrison, R. S. (2002). Assessing Differences in Care Needs and Service Utilization in Geriatric Palliative Care Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(5), 424-432. [https://doi.org/10.1016/s0885-3924\(02\)00377-9](https://doi.org/10.1016/s0885-3924(02)00377-9)

Ferreira-Valente, M. A., Pais-Ribeiro, J. L. i Jensen, M. P. (2011). Validity of four pain intensity rating scales. *Pain*, 152(10), 2399-2404. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.07.005>

Finnerup, N. B., Attal, N., Haroutounian, S., McNicol, E., Baron, R., Dworkin, R. H., Gilron, I., Haanpää, M., Hansson, P., Jensen, T. S., Kamerman, P. R., Lund, K., Moore, A., Raja, S. N., Rice, A. S. C., Rowbotham, M., Sena, E., Siddall, P., Smith, B. H. i Wallace, M. (2015). Pharmacotherapy for neuropathic pain in adults: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Neurology*, 14(2), 162-173. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(14\)70251-0](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(14)70251-0)

García-Soler, Á., Sánchez-Iglesias, I., Buiza, C., Alaba, J., Navarro, A. B., Arriola, E., Zulaica, A., Vaca, R. i Hernández, C. (2014). Adaptación y validación de la versión española de la escala de evaluación de dolor en personas con demencia avanzada: PAINAD-Sp. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 49(1), 10-14. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.02.001>

Kelley, A. S. i Morrison, R. S. (2015). Palliative Care for the Seriously Ill. *New England Journal of Medicine*, 373(8), 747-755. <https://doi.org/10.1056/nejmra1404684>

Miller, E. (2004). The World Health Organization Analgesic Ladder. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 49(6), 542-545. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2004.08.021>

Patel, K. V., Guralnik, J. M., Dansie, E. J. i Turk, D. C. (2013). Prevalence and impact of pain among older adults in the United States: Findings from the 2011 National Health and Aging Trends Study. *Pain*, 154(12), 2649-2657. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2013.07.029>

Rayment, C., Hjermstad, M. J., Aass, N., Kaasa, S., Caraceni, A., Strasser, F., Heitzer, E., Fainsinger, R. i Bennett, M. I. (2012). Neuropathic cancer pain: Prevalence, severity, analgesics and impact from the European Palliative Care Research Collaborative–Computerised Symptom Assessment study. *Palliative Medicine*, 27(8), 714-721. <https://doi.org/10.1177/0269216312464408>

Autors

JOAN SANTAMARIA SEMIS

Solsona (1958). Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona, especialista en Medicina Interna. Diplomant en Geriatria (2000-01). Subdirector mèdic i coordinador de la Unitat d'Hospitalització Sociosanitària i de Cures Pal·liatives de l'Hospital Creu Roja Espanyola de Palma (1993-1999). Coordinador de l'ESAD de Mallorca (1999-2002). Director d'Organització Mètodes i Qualitat de l'Hospital General (GESMA) 2002-3. Des de l'any 2003 fins ara, coordinador i cap de secció de Medicina Interna (2011) de la Unitat de Medicina Pal·liativa de l'Hospital General (HUSE).

ANTONI GABRIEL AMENGUAL VICH

Son Sardina, Palma (1960). Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona, especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Màster en Medicina Pal·liativa per la Universitat Autònoma de Madrid. Cofundador de la Unitat de Medicina Pal·liativa de l'Hospital Son Dureta de Palma (1993). Experiència professional: ha treballat amb malalts amb necessitats pal·liatives des d'agost de 1990. Metge adjunt de la Unitat de Medicina Pal·liativa del sector de Ponent (Hospital General) des de l'any 2012.

JAUME JULIÀ VADELL

Llucmajor (1958). Llicenciat en Medicina. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Metge de Residència Geriàtrica 1994-2004. Formació en Geriatria (expresident de la secció balear de geriatria de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de les Balears). Expert en Bioètica (Institut Borja de Bioètica). Màster en Cures Pal·liatives (ICO-UB). Diplomant en Malaltia Crònica Avançada (UIB). Des de 2008 és metge a la Unitat de Medicina Pal·liativa del sector de Ponent (Hospital General).

EMILIA GARCÍA SÁNCHEZ

Palma (1967). Infermera especialista en Geriatria. Màster en Bioètica (Universitat Ramon Llull). Experta Universitària en Bioètica (Universitat Ramon Llull). Títol d'Experta Universitària en Riscs Laborals. Formació avançada en Cures Pal·liatives i Geriatria. D'ençà de 2003 és supervisora d'infermeria en la Unitat de Cures Pal·liatives i anteriorment d'unitats de cirurgia i medicina interna. Membre de la junta d'Illespal (Societat Balear de Cures Pal·liatives) i del comitè d'ètica assistencial de l'HUSE.

**ATENCIÓ AL PACIENT AMB
FRACTURA DE MALUC EN UN
HOSPITAL DE TERCER NIVELL**

Atenció al pacient amb fractura de maluc en un hospital de tercer nivell

Maria Magdalena Femenias Sureda

Pilar Salvà D'Agosto

Pere Calafell Mas

Javier Murillas Angoiti

Resum

Un dels tipus més freqüents, i la més greu, de fractures per fragilitat és la fractura de maluc. Aquest tipus de fractura afecta persones d'edat avançada i amb comorbiditats associades. El progressiu envelliment de la població preveu un augment de la seva prevalença en els pròxims anys. Els pacients que sofreixen aquest tipus de fractura presenten com a conseqüència un deteriorament en la capacitat funcional que varia des de diferents graus de discapacitat fins a una incapacitat completa. A més a més, la mortalitat al cap d'un any d'haver patit la fractura pot arribar fins al 30%.

Tot això esdevé un problema de salut amb una gran repercussió sanitària que s'estén més enllà d'un problema ortopèdic i afecta moltes altres àrees, a més de la cirurgia ortopèdica i traumatologia (COT), com ara la medicina interna (MIR), l'anestèsia i reanimació (ANR), la rehabilitació (REH), la infermeria i el treball social (TS).

La seva aparició marca l'inici d'un complex pla de tractament que requereix una valoració integral, una especial continuïtat en l'atenció i una homogeneïtzació de procediments.

El 2014 l'Hospital Universitari Son Espases (HUSE) posà en marxa la via clínica de fractura de maluc, amb l'objectiu de crear un equip multidisciplinari i de realitzar un pla general de treball per millorar la gestió clínica d'aquests malalts. Tot això ha contribuït a reduir les complicacions mèdiques, la mortalitat, l'estada preoperatòria i l'estada mitjana i, per tant, el cost econòmic.

Resumen

Una de las fracturas por fragilidad más frecuente, y la más grave, es la fractura de cadera. Este tipo de fractura afecta a personas de edad avanzada y con comorbilidad asociada, lo que, unido al progresivo envejecimiento de la población, predice un aumento de su prevalencia en los próximos años. Los pacientes que sufren este tipo de fractura tienen como consecuencia un deterioro de su capacidad funcional, que varía desde diferentes grados de discapacidad hasta la incapacidad completa. Por otro lado, la mortalidad al año de haber sufrido una fractura puede alcanzar hasta un 30%.

Todo ello conlleva un problema de salud con gran repercusión sanitaria que se extiende más allá del problema ortopédico y que afecta a muchas otras áreas, además de la cirugía ortopédica y traumatología (COT), como la medicina interna (MIR), la anestesia y reanimación (ANR), la rehabilitación (RHB), la enfermería y el trabajo social (TS).

Su aparición marca el inicio de un complejo plan de tratamiento que requiere una valoración integral, una continuidad en la atención y una homogeneización de procedimientos.

En 2014 el Hospital Universitario Son Espases (HUSE) puso en marcha la vía clínica de fractura de cadera, cuyo objetivo era crear un equipo multidisciplinar y realizar un plan general de trabajo para mejorar la gestión clínica de estos pacientes. Este procedimiento ha contribuido a reducir complicaciones médicas, la mortalidad, la estancia preoperatoria y la estancia media y, por lo tanto, los costes.

1. Introducció

El segle XXI serà testimoni del canvi més profund de la història en relació amb l'edat de la població humana. L'Organització de les Nacions Unides pronostica que al voltant de l'any 2050 hi haurà més de 9.700 milions de persones, de les quals 2.100 milions seran més grans de 60 anys. La prevalença de malalties cròniques que afecten les persones grans anirà en augment, i això inclourà malalties com ara l'osteoporosi i les fractures per fragilitat que provoca (Cooper, 2017).

La fractura per fragilitat o fractura osteoporòtica es defineix com la que es produeix després d'un traumatisme de baix impacte, com per exemple una caiguda des de la pròpia alçada del subjecte. La fractura de maluc és la segona causa de fractura per fragilitat, després de la fractura vertebral, però resulta la més greu de totes.

En la patogènia de la fractura de maluc intervenen factors que disminueixen la densitat mineral òssia (DMO) i d'altres que augmenten el risc de caigudes (Falaschi i Marsh, 2017).

S'estima que l'any següent d'haver patit una fractura de maluc entre el 20% i el 30% dels pacients moren, entre el 50% i el 60% presenten discapacitats i només entre un 30% i un 40% recuperen completament el nivell funcional que tenien prèviament (Laires et al., 2015). Altres estudis també han reflectit que les persones amb fractura de maluc tenen major incidència d'algunes patologies psiquiàtriques, com ara la depressió (Iaboni et al., 2015).

Els costos econòmics per fractura de maluc provenen de diferents àmbits, els propis de l'hospitalització i els que deriven de la rehabilitació i l'assistència ambulatoria posterior a l'alta (Veronese i Maggi, 2018). No hi ha molts estudis sobre el cost econòmic i la càrrega social.

Tot i haver nombroses guies de pràctica clínica sobre la fractura de maluc que estableixen recomanacions uniformes per a la seva cura, hi ha una gran variabilitat quant als resultats clínics i a l'atenció mèdica.

Les vies clíniques consisteixen a aplicar un pla assistencial a malalts amb una patologia determinada i amb un curs clínic previsible. Es caracteritza per la coordinació d'una seqüència de procediments mèdics, d'infermeria, administratius i de tot el personal sanitari i no sanitari implicat en la seva atenció.

La via clínica de fractura de maluc de l'Hospital Universitari Son Espases es va posar en marxa l'any 2014, quan els serveis de COT i MIR, després d'una sèrie de reunions amb diferents facultatius, van dissenyar un pla de treball que constava de diverses fases: urgències, planta, preoperatori i postoperatori.

Els criteris d'inclusió que es mantenen en l'actualitat són els pacients més grans de 18 anys admesos a l'hospital amb el diagnòstic de fractura de maluc per fragilitat. En la majoria de registres d'altres centres, el criteri d'inclusió és el mateix, amb excepció de l'edat, que varia segons el centre hospitalari. Al Registre Nacional de Fractura de Maluc (RNFC) l'edat a partir de la qual els pacients hi són inclosos és de 74 anys. Altres registres, com ara l'Scottish Hip Fracture Audit (SHFA), inclouen els pacients a partir de 50 anys. A la nostra sèrie hem inclòs els malalts a partir de 18 anys, per poder identificar altres alteracions del metabolisme ossi o osteoporosis secundàries.

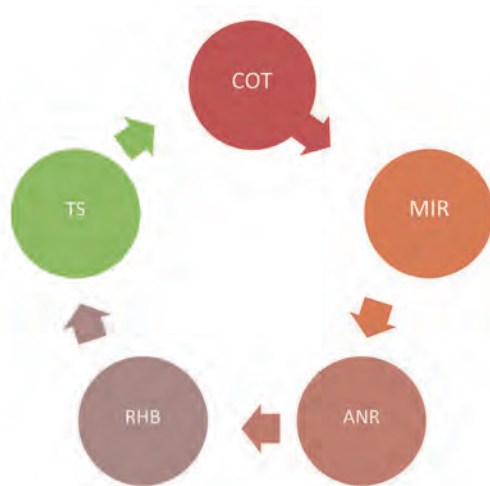
El criteri d'exclusió és un traumatisme d'alta energia.

Posteriorment elaborem un pla d'actuació segons la fase de la via clínica i els protocols establerts, sense que aquests reemplacin el judici clínic (taula 1).

2. La via clínica de fractura de maluc consta de quatre fases:

- Fase d'urgències. En aquesta fase és el Servei d'Urgències qui rep el pacient i sol·licita les proves complementàries i, una vegada diagnosticat, és qui avisa el Servei de COT per a la seva valoració. El traumatòleg activa la via clínica de fractura de maluc en el sistema informàtic amb el qual treballem i sol·licita les altres proves complementàries que troba necessàries.
- Fase de planta. Aquesta segona fase és activada pel personal d'infermeria que rep el pacient des d'urgències. Es posa en marxa de manera automàtica una anàlisi ordinària completa i es realitza l'escala visual analògica del dolor (EVA), una escala unidimensional que permet mesurar la intensitat del dolor.

- Fase preoperatòria i postoperatòria. Aquestes fases són activades per l'equip de traumatologia que realitza la cirurgia. La fase preoperatòria s'activa una vegada que s'ha programat el pacient i ordena les pautes que s'han de seguir les 12 hores prèvies a la cirurgia. La fase postoperatòria s'activa en el postoperatori immediat.



FASE D'URGÈNCIES	<ul style="list-style-type: none"> • Admissió del pacient • Analítica/radiologia/electrocardiograma • Valoració per COT (interconsultes MIR/ANR/TS)
FASE DE PLANTA	<ul style="list-style-type: none"> • Analítica ordinària completa, escala EVA • Història clínica completa / revisió de medicació (MIR) • Preoperatori/ASA (ANR) • Valoració social (TS)
FASE PREOPERATÒRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Dieta absoluta, seroteràpia, sondatge vesical, preparació quirúrgica i llista de verificació de seguretat
FASE POSTOPERATÒRIA	<ul style="list-style-type: none"> • Profilaxi antibiòtica, radiografia de control • Analítica: immediata, segon i quart dia • Retirada de sondes i drenatges a les 48 hores • Inici de la sedestació i fisioteràpia a les 24-48 h • Planificació de l'alta

Taula 1 | *Protocols de la via clínica de fractura de maluc*

• Analítica de protocol de la fractura de maluc
• Maneig de l'anticoagulació i antiagregació
• Maneig del pacient diabètic
• Maneig de les alteracions hidroelectrolítiques
• Control del dolor

• Maneig del delírium
• Seroteràpia en el període perioperatori
• Profilaxi antibiòtica
• Profilaxi de la malaltia tromboembòlica
• Transfusió d'hemoderivats
• Escala del dolor (EVA)
• Escala de valoració funcional: índex de Barthel
• Escala de valoració cognitiva: test de Pfeiffer
• Rentat prequirúrgic.

Els objectius principals de la via clínica per als pacients amb fractura osteoporòtica de maluc són els següents:

- Valorar de manera precoç les comorbiditats, medicació, situació funcional, cognitiva i sociofamiliar. Aplicació de les diferents escales (taula 1).
- Realitzar de manera precoç la cirurgia, dins les primeres 24-48 hores des de l'arribada a urgències.
- Aplicar els diferents protocols assistencials per als diferents procediments i la prevenció de les complicacions més freqüents (taula 1). L'estudi analític complet resulta fonamental per valorar possibles causes secundàries d'osteoporosi o dèficits vitamínics i així poder descartar altres malalties associades (taula 2).
- Realitzar una valoració precoç del malalt intervingut per part del servei de rehabilitació i així iniciar la recuperació funcional en les següents 24-48 hores després de la cirurgia.
- Planificar precoçment l'alta de manera conjunta amb traumatologia, medicina interna i treball social.

L'Hospital Universitari Son Espases és l'hospital de referència de la comunitat de les Illes Balears i anualment rep una mitjana de 350 fractures de maluc. Amb l'objectiu d'analitzar el nostre medi, hem capturat les fractures de maluc ingressades entre el 31 de desembre de 2018 i el 30 de desembre de 2019.

S'han obtingut les dades del servei de codificació de l'hospital i s'han utilitzat els diagnòstics mèdics que es codifiquen segons el CIE-9MC (Classificació Internacional de Malalties; 9a revisió. Modificació clínica).

S'han analitzat variables sociodemogràfiques (edat, sexe, destinació a l'alta), variables clíniques (índex de comorbiditat de Charlson ajustat per edat i mortalitat) i variables sanitàries (estada mitjana i estada preoperatòria).

El paquet estadístic utilitzat és l'SPSS-V 21, i s'ha realitzat una anàlisi descriptiva.

3. Variables sociodemogràfiques

3.1. Ingress hospitalari

El nombre de pacients que ingressen a l'HUSE per fractura de maluc ha estat molt similar els darrers anys. L'any 2017 vam tenir un total de 320 ingressos i 338 l'any 2019. En canvi l'any 2011 només es van documentar 190 ingressos per fractura de maluc. Amb això podem evidenciar un augment molt important del nombre de casos en els darrers vuit anys.

Aquest hospital atén el sector de Ponent, que correspon a uns 320.215 habitants. Altres malalts de la resta de sectors són derivats al nostre centre per elevat risc quirúrgic, cosa que incrementa més el volum de malalts intervinguts i la seva complexitat.

Un estudi publicat fa alguns anys en què es revisava la incidència de fractura de maluc per cada 100.000 habitants en diferents països situava Espanya com un país amb una incidència mitjana (150-250 / 100.000 habitants), Dinamarca com un país amb una incidència molt elevada (> 250 / 100.000 habitants) i Equador amb una incidència baixa (< 150 / 100.000 habitants) (Kanis et al., 2012).

A la nostra sèrie, dels 338 ingressos de l'any 2019, s'han exclòs 24 malalts: 6 perquè eren menors de 18 anys, 10 perquè estaven repetits, 1 perquè pertanyia a 2017, 1 perquè es tractava d'una fractura isquiopubiana i 6 malalts que no complien els criteris de fractura osteoporòtica. Per tant, queden 314 malalts, tots adscrits al servei de COT.

Hem comparat els resultats obtinguts amb el Registre Nacional per Fractura de Maluc (RNFC) (taula 2).

Taula 2 | *Variables comparatives de l'HUSE i l'RNFC*

	HUSE	RNFC
Any	2019	2017
Nre. de casos	314	7.208
Edat mitjana	77,7	86
Dona (%)	66,9	75,3
Alta al domicili (%)	71,7	36,9
E. preoperatòria (hores)	64,8	75,7
E. mitjana	12	11
Èxitus (%)	2,5	4,3

3.2. Distribució per edat i sexe

En la darrera publicació del Registre Nacional (RNFC), que data d'octubre de 2019 i en què es van reclutar 7.208 persones de 54 hospitals diferents, els malalts tenen una edat mitjana de 86,7 anys (Sáez-López et al., 2017).

Al nostre registre l'edat mitjana és de 77,7 anys. Aquesta mitjana més baixa respon a la inclusió de tots els malalts que tenen una fractura de maluc per fragilitat a partir de 18 anys. Si dividim les dades per blocs d'edat (taula 3), veiem que 46 pacients que van ingressar tenien més de 90 anys, això suposa el 14,64% del total.

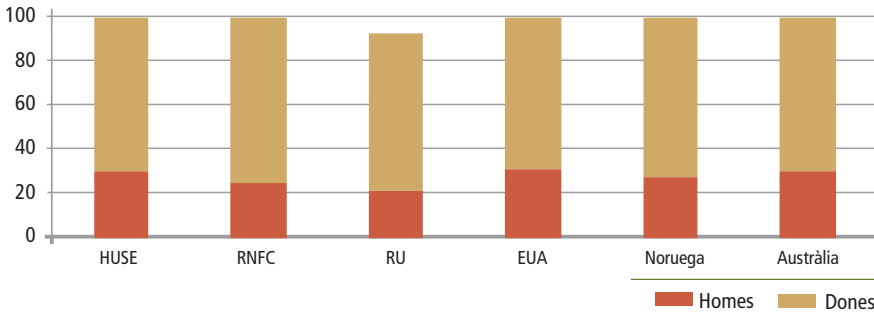
L'edat mitjana dels homes és de 73 anys (DE 17,3), i la de les dones, de 80 anys (DE 10,9).

Taula 3 | *Distribució per edat*

Edat	Nombre de casos	%
65 anys	47	14,9%
65-89 anys	221	70,38%
≥ 90 anys	46	14,64%
Total	314	
Dades perdudes	24	
TOTAL	338	

A la nostra sèrie, el 70% són dones, la qual cosa coincideix amb els registres nacionals publicats recentment (Sáez-López et al., 2017) (vegeu el gràfic 1).

Gràfic 1 | Percentatge d'homes i de dones en diferents registres nacionals



3.3. Destinació a l'alta

La destinació dels malalts a l'alta varia molt en els diferents hospitals. El 23% utilitza unitats de recuperació funcional, però el percentatge de malalts derivats a aquests centres és molt variable (del 0% al 88%), igual que els derivats a residències de gent gran (del 0% al 64%) (Sáez-López et al., 2017).

Al nostre centre els malalts donats d'alta en un centre sociosanitari per continuar amb el procés rehabilitador i de convalsència van ser 75 (23,9%). Aquesta dada coincideix amb l'RNFC. Un total de 225 van ser donats d'alta al seu domicili (gràfic 2). Per altra banda, els malalts que van ser traslladats a residència no estan ben documentats per codificació, motiu pel qual entren al grup d'alta a domicili. Aquesta dada no coincideix amb cap registre nacional i resulta més elevada que en altres registres.

Gràfic 2 | Destinació a l'alta



4. Variables clíniques

4.1. Morbiditat

L'índex de comorbiditat de Charlson comprèn 19 ítems de comorbiditat, a més de l'edat. Ha estat validat en diversos àmbits clínics i s'utilitza àmpliament per preveure la mortalitat en els pròxims deu anys (Charlson et al., 1987). Un índex de Charlson < 3 s'associa a una mortalitat de 10-14%, mentre que un valor > 3 augmenta la mortalitat fins a un 28% (Martins, 2010).

Nosaltres estratifiquem l'índex en tres categories: cap (sense comorbiditats prèvies a la fractura), mitjana (1-2 punts) i alta (≥ 3 punts). A la nostra sèrie, 216 pacients (82,7%) van obtenir una puntuació de l'índex de Charlson superior a 3 punts.

4.2. Mortalitat

La fractura de maluc es produeix principalment en persones grans fràgils, amb un alt risc de mortalitat inicial. En general, la mortalitat en el primer any després de la fractura de maluc és més del 30%, però aquest valor depèn molt de la comorbiditat prèvia a la fractura (Pedersen et al., 2017).

Molts estudis han demostrat que les fractures de maluc augmenten el risc de mort. L'excés de mortalitat és major en els homes que en les dones (Rapp et al., 2019). També s'ha constatat que el risc de mort és molt alt immediatament després de la fractura, disminueix durant el primer any i es manté estable en els següents anys (Guzon-Illescas et al., 2019).

En un registre americà publicat l'any 2015, les dades de mortalitat intrahospitalària eren inferiors al 6%, i del 6,2% al primer mes després de rebre l'alta (Inacio et al., 2015). Al Registre Nacional (RNFC) la mortalitat és del 4,3%.

En la nostra sèrie la mortalitat intrahospitalària va ser del 2,5%. No hi ha diferències per sexe. Respecte a l'edat, és molt variable, i tan sols dos pacients tenien més de 90 anys.

Hi ha estudis que han demostrat que la mortalitat en la fractura de maluc és més gran en les persones nonagenàries (Kim et al., 2019).

5. Variables sanitàries

5.1. Estada mitjana i estada preoperatòria

A l'RNFC, l'estada preoperatòria va ser de 75,7 hores, mentre que l'estada mitjana va ser d'11 dies (Sáez-López et al., 2017).

En canvi, al nostre centre l'estada preoperatòria va ser de 64,8 hores, i l'estada mitjana, de 12 dies.

Si desglossem l'estada mitjana segons la destinació a l'alta, podem veure que els malalts que van ser donats d'alta al seu domicili van obtenir una estada mitjana de 10 dies (DE 5,8) i els que van anar a un centre sociosanitari van estar al centre una mitjana de 18 dies (DE 10,7).

El 2011 vam analitzar les mateixes variables i l'estada preoperatòria estava al voltant de 6,6 dies, mentre que l'estada mitjana arribava fins als 15,7 dies.

Les guies de pràctica clínica recomanen que la cirurgia de fractura de maluc es faci en les 48 hores posteriors a la fractura. Aquesta recomanació es basa en estudis observacionals que suggereixen que, com més precoç sigui la cirurgia, se n'obtindran millors resultats (NICE, Guideline, 2011).

El dolor, l'hemorràgia i la immobilitat que s'associa a la fractura de maluc provoquen una inflamació, hipercoagulabilitat i catabolisme, motiu pel qual es recomana la cirurgia precoç (Bhandari i Swiontkowski, 2017).

6. Conclusió

La fractura de maluc és un dels principals problemes de salut pública de la població anciana. Afecta més, amb gran diferència, les dones respecte dels homes, les persones d'edat avançada i presenta una comorbiditat elevada. Tot això té una repercussió sobre la mortalitat i la dependència funcional. És important la intervenció quirúrgica precoç i el seguiment compartit entre els diferents facultatius sanitaris.

La figura de l'internista té un paper rellevant en la valoració de tots els pacients des del primer dia d'ingrés fins a l'alta hospitalària.

En relació amb les variables sanitàries, l'estada preoperatòria és més elevada del que recomanen la majoria de guies de pràctica clínica, perquè no sempre és possible la cirurgia dins les primeres 48 hores. Però aquestes dades mostren una milloria en els darrers vuit anys. El treball multidisciplinari, la creació de circuits i el fet de tenir protocols estandarditzats han contribuït a aquesta millora.

Queden alguns punts en l'aire, com és la prevenció secundària de fractures osteoporòtiques. La majoria dels pacients amb fractura per fragilitat a l'alta no tenen una pauta de tractament preventiu per a l'osteoporosi, ni tampoc es pauta en l'àmbit

ambulatori. L'elevada càrrega assistencial fa que molts cops ens centrem més en les complicacions agudes i el seguiment hospitalari del malalt que en el tractament a llarg termini. Sense cap dubte, el millor tractament per a les fractures osteoporòtiques és la prevenció i, de moment, és un tema deficient en el qual hem de seguir treballant.

Per acabar, cal comentar que hi ha importants àrees de millora en el maneig multidisciplinari d'aquests malalts, com per exemple fer reunions setmanals i millorar la coordinació entre diferents especialistes. La fractura de maluc hauria de tenir un paper prioritari a l'hora d'aconseguir un quiròfan per a la intervenció precoç, i això moltes vegades no depèn dels metges. En el moment de l'alta seria necessària una major coordinació amb atenció primària per a la continuïtat assistencial ambulatoria i la rehabilitació domiciliària.

Agraïments

El nostre agraïment al doctor Jordi Forteza-Rey Borralleras i al doctor Miquel Rubí Jaume, ja que sense ells no hauria estat possible la via clínica de fractura de maluc.

Referències bibliogràfiques

Bhandari, M. i Swiontkowski, M. (2017). Management of Acute Hip Fracture. *New England Journal of Medicine*, 377(21), 2053-2062. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1611090>

Cooper, C. (2017). *Compendio de osteoporosis de la IOF*. <https://www.iofbonehealth.org/compendium-of-osteoporosis>

Falaschi, P. i Marsh, D. (2017). *Orthogeriatrics*. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-43249-6>

Guzon-Illescas, O., Pérez Fernández, E., Crespi Villarias, N., Quirós Donate, F. J., Peña, M., Alonso-Blas, C., García-Vadillo, A. i Mazzucchelli, R. (2019). Mortality after osteoporotic hip fracture: Incidence, trends, and associated factors. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 14(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s13018-019-1226-6>

laboni, A., Seitz, D. P., Fischer, H. D., Diong, C. C., Rochon, P. A. i Flint, A. J. (2015). Initiation of Antidepressant Medication After Hip Fracture in Community-Dwelling Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 23(10), 1007-1015. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.10.002>

Inacio, M. C. S., Weiss, J. M., Miric, A., Hunt, J. J., Zohman, G. L. i Paxton, E. W. (2015). A Community-Based Hip Fracture Registry: Population, Methods, and Outcomes. *The Permanente Journal*, 19(3), 29-36. <https://doi.org/10.7812/TPP/14-231>

Kanis, J. A., Odén, A., McCloskey, E. V., Johansson, H., Wahl, D. A. i Cooper, C. (2012). A systematic review of hip fracture incidence and probability of fracture worldwide. *Osteoporosis International*, 23(9), 2239-2256. <https://doi.org/10.1007/s00198-012-1964-3>

Kim, J.-W., Kim, D.-H., Jang, E.-C., Lee, Y.-K., Koo, K.-H. i Ha, Y.-C. (2019). Mortality and its risk factors in nonagenarians after hip fractures. *Journal of Orthopaedic Science: Official Journal of the Japanese Orthopaedic Association*, 24(5), 850-854. <https://doi.org/10.1016/j.jos.2019.02.019>

Laires, P. A., Perelman, J., Consciència, J. G., Monteiro, J. i Branco, J. C. (2015). [Epidemiology of hip fractures and its social and economic impact. An update for 2014]. *Acta Reumatologica Portuguesa*, 40(3), 223-230.

Martins, M. (2010). Use of comorbidity measures to predict the risk of death in Brazilian in-patients. *Revista De Saude Publica*, 44(3), 448-456. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102010005000003>

NICE, Guideline. (2011). *Hip fracture: Management*. www.nice.org.uk/guidance/cg124

Pedersen, A. B., Ehrenstein, V., Szépligeti, S. K., Lunde, A., Lagerros, Y. T., Westerlund, A., Tell, G. S. i Sørensen, H. T. (2017). Thirty-five-year Trends in First-time Hospitalization for Hip Fracture, 1-year Mortality, and the Prognostic Impact of Comorbidity: A Danish Nationwide Cohort Study, 1980-2014. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 28(6), 898-905. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000729>

Sáez-López, P., Brañas, F., Sánchez-Hernández, N., Alonso-García, N. i González-Montalvo, J. I. (2017). Hip fracture registries: Utility, description, and comparison. *Osteoporosis International: A Journal Established as Result of Cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*, 28(4), 1157-1166. <https://doi.org/10.1007/s00198-016-3834-x>

Veronese, N. i Maggi, S. (2018). Epidemiology and social costs of hip fracture. *Injury*, 49(8), 1458-1460. <https://doi.org/10.1016/j.injury.2018.04.015>

Autors

MARIA MAGDALENA FEMENIAS SUREDA

Palma, 1974. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Saragossa (1998). Especialista en Medicina Interna (2007). Diplomada universitària per la UAB en Edat Avançada i Pluripatologia (2009). Des de l'any 2007 ha treballat a la plantilla del Servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Son Dureta. Actualment exerceix la seva tasca en l'assistència compartida amb la fractura de maluc de l'Hospital Universitari Son Espases i les interconsultes dels serveis quirúrgics. A més, té una consulta dirigida a la prevenció secundària de l'osteoporosi. L'any 2008 va ser coautora del treball que guanyà el premi de la Reial Acadèmia de Medicina i Cirurgia de Palma, «Características sociosanitarias de los pacientes ingresados en un servicio de Medicina Interna». Les seves línies de recerca s'adrecen al maneig de les complicacions de pacients ingressats en altres serveis, principalment quirúrgics, i a la patologia del metabolisme ossi.

PILAR SALVÀ D'AGOSTO

Palma, 1988. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Lleida (2014). Especialista en Medicina Interna (maig de 2020). Rotació externa durant la seva formació en assistència compartida i les interconsultes a l'Hospital Universitari Lucus Augusti, Lugo (març de 2020). Actualment exerceix la seva tasca en l'assistència compartida amb la fractura de maluc de l'Hospital Universitari Son Espases i les interconsultes dels serveis quirúrgics.

PERE CALAFELL MAS

Palma, 1981. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona (2008). Especialista en Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (2014). Diplomant en Fisioteràpia per la Universitat Ramon Llull de Barcelona (2002). Des de 2014 treballa al Servei de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia de l'Hospital Universitari Son Espases, a la unitat de trauma. Forma part de la comissió hospitalària d'atenció al pacient adult traumàtic greu.

JAVIER MURILLAS ANGOITI

Bilbao, 1969. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per Universitat del País Basc (1993); especialista en Medicina Interna (1998); doctor en Medicina per la Universitat de Barcelona, amb una tesi sobre el tractament de l'hepatitis C en pacients infectats pel VIH; màster en sida a la Universitat de Barcelona. Actualment, és cap del Servei de Medicina Interna de l'Hospital Universitari Son Espases. Professor titular de la Facultat de Medicina de les Illes Balears. La seva línia d'investigació sempre ha anat dirigida als pacients de VIH, especialment a la coinfecció de VIH i virus de l'hepatitis C. Ha treballat d'adjunt a la Unitat de Malalties Infeccioses de l'Hospital Universitari Son Espases des de 2002. Les seves línies de recerca s'adrecen al seguiment dels pacients amb VIH.

QUÈ HE DE SABER PER CUIDAR LA SALUT DE L'ESQUENA?

Què he de saber per cuidar la salut de l'esquena?

Carolina Sitges Quirós

Nuria María García Dopico

Joan Llorenç Terrasa Navarro

Christine Winterholler

Resum

El dolor lumbar és la principal causa de discapacitat als països industrialitzats, un fet que provoca una despesa important en salut pública en conceptes assistencials i laborals. Si bé el seu origen sol ser desconegut i no atribuïble a una única causa, està relacionat amb factors de risc, entre els quals destaquen l'edat, el sexe femení, l'obesitat i la inactivitat física. Atenent a les previsions actuals d'envelliment poblacional, el nombre de persones grans amb dolor lumbar s'incrementarà, la qual cosa fa necessari generar estratègies efectives per atendre les seves necessitats, millorar-ne la salut i reduir el cost associat. Per l'evidència científica existent a l'actualitat, el tractament hauria de ser multidisciplinari i hauria d'incloure: (1) intervencions conservadores actives, com informació per afavorir l'automaneig, exercici físic i teràpia cognitivoconductual, on les eines mòbils de salut poden tenir un paper de suport especialment important, i (2) passives, com la teràpia manual, que inclou fisioteràpia, manipulacions, mobilitzacions i massatge; (3) tractament farmacològic basat principalment en antiinflamatoris no esteroïdes (AINEs) orals, i (4) només recórrer a intervencions invasives quan el tractament no quirúrgic no ha funcionat. A més, el desenvolupament de tècniques automoduladores no invasives, com el *neurofeedback*; neuroestimuladores, com l'estimulació magnètica transcranial (*TMS*, en anglès) i l'estimulació transcranial de corrent directe (*tDCS*, en anglès) presenten perspectives d'èxit per ser emprades clínicament per alleujar el dolor i millorar els símptomes afectius en gent gran, per ser una alternativa a l'ús de tractaments farmacològics o per prevenir efectes secundaris i/o interacció amb fàrmacs.

Resumen

El dolor lumbar es la principal causa de discapacidad en los países industrializados, lo que provoca un importante gasto en salud pública en conceptos asistenciales y laborales. Si bien su origen suele ser desconocido y no atribuible a una única causa, está relacionado con factores de riesgo, entre los que destacan la edad, el sexo femenino, la obesidad y la inactividad física. Atendiendo a las previsiones actuales de envejecimiento poblacional, el número de personas mayores con dolor lumbar se incrementará, lo que hace necesario generar estrategias efectivas para atender sus necesidades, mejorar su salud y reducir el coste asociado. Dada la evidencia científica existente en la actualidad, el tratamiento debería ser multidisciplinar e incluir: (1) intervenciones conservadoras activas, como información para favorecer el automanejo, ejercicio físico y terapia cognitivo-conductual, donde las herramientas móviles de salud pueden tener un papel de apoyo especialmente importante, y (2) pasivas, como la terapia manual, que incluye fisioterapia, manipulaciones, movilizaciones y masaje; (3) tratamiento farmacológico basado principalmente en antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) orales, y (4) solo recurrir a intervenciones invasivas cuando el tratamiento no quirúrgico no ha funcionado. Además, el desarrollo

de tècniques automoduladores no invasives, como el *neurofeedback*; neuroestimuladoras, como la estimulación magnética transcraneal (*TMS*, en inglés) y la estimulación transcraneal de corriente directa (*tDCS*, en inglés) presentan perspectivas de éxito para ser empleadas clínicamente para aliviar el dolor y mejorar los síntomas afectivos en ancianos, para ser una alternativa al uso de tratamientos farmacológicos y/o para prevenir efectos secundarios e interacción con fármacos.

1. Què és el dolor lumbar i quins en són els principals factors de risc?

El **dolor lumbar** o lumbàlgia es defineix com a «dolor i/o molèstia localitzats des del marge costal inferior fins a la part superior dels plec glutis inferiors, amb o sense dolor referit en una o ambdues extremitats inferiors» (Airaksinen et al., 2006). És un dels símptomes més prevalents a la població en general, ja que s'estima que al voltant de vuit de cada deu persones en patiran, almenys, una vegada a la vida. Per aquest motiu, és la principal causa de discapacitat als països industrialitzats, un fet que provoca una important despesa en salut pública en conceptes assistencials i laborals (Delitto et al., 2012; Van Tulder et al., 2006). Als països industrialitzats, la **prevalença** és més elevada entre 40 i 69 anys i en la població femenina (Hoy et al., 2012). Al nostre país, la **incidència** de dolor lumbar en la població més gran de 15 anys és del 15,80% en homes i del 23,51% en dones i, a la nostra comunitat autònoma, és del 10,91% en homes i del 21,50% en dones (Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social, 2017). En relació amb això, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) considera que el dolor lumbar és la causa més important de discapacitat en persones de més de 65 anys, i n'estima una prevalença d'entre el 32 i el 58% (De Luca et al., 2017; Leonhardt et al., 2017; Schulz et al., 2019). S'ha evidenciat que és una de les raons més comunes per accelerar la jubilació, un fet que redueix fins a un 87% la riquesa i els actius productors d'ingressos (De Luca et al., 2017). Atenent les previsions actuals d'envelliment poblacional, s'estima que en les pròximes dècades s'incrementarà de manera substancial el nombre de persones grans que viuen amb dolor lumbar i, per tant, la càrrega socioeconòmica que es deriva de l'atenció sanitària també seguirà incrementant-se; això fa necessari generar estratègies efectives per atendre les necessitats d'aquest grup poblacional (De Luca et al., 2017).

Al voltant del 90-95% dels episodis de dolor lumbar són d'origen no específic o desconegut (Bardin et al., 2017) i el 90% són aguts, és a dir, tenen una durada inferior a sis setmanes (Van Tulder et al., 2006). Tot i així, el 24-87% seran recurrents i el 50-70% tindran una durada igual o superior a 12 setmanes, per la qual cosa passaran a considerar-se com a mals d'esquena crònics (Van Tulder et al., 2006; Violante et al., 2015). Si bé el seu origen sol ser desconegut, la relació entre símptomes, patologia i troballes radiològiques no és precisa, i, per tant, tampoc no és atribuïble a una única causa

(Manchikanti i Hirsch, 2015; Van Tulder et al., 2006). El dolor lumbar està relacionat amb nombrosos problemes associats i **factors de risc**, entre els quals destaquen: (1) l'edat, ja que s'associa amb canvis fisiològics i biològics del cos com desgast articular, disminució de la densitat òssia, reducció de la densitat i l'altura del disc intervertebral, reducció de l'activitat física i/o adopció d'un estil de vida sedentari (Hoy et al., 2014); (2) el sexe femení, a causa de les diferències en els patrons de creixement entre ambdós sexes, la menstruació, l'embaràs i les influències individuals o socials que resulten en diferències de sexe en la probabilitat d'informar de símptomes somàtics (Hoy et al., 2012); (3) l'obesitat i la inactivitat física, perquè afavoreixen la disminució de l'altura del disc intervertebral i la debilitat i infiltració de teixit adipós en els músculs multifids, els quals desenvolupen un paper estabilitzador de la columna vertebral, tant en la realització de moviments dinàmics com en la postura estàtica (Ferreira et al., 2013).

2. Quins tractaments hi ha?

La guia per al tractament del dolor lumbar i la ciàtica per a persones més grans de 16 anys del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018), del Regne Unit, aporta indicacions per a les activitats de la vida diària i informació sobre la naturalesa del dolor lumbar i la ciàtica, a més d'evidència sobre els diferents tractaments disponibles. En aquesta guia s'anima a tractar el dolor lumbar crònic de manera multidisciplinària, considerant-lo una causa dinàmica i multifactorial de discapacitat associada a nombroses complicacions anatòmiques i psicològiques (Monticone et al., 2013; Monticone et al., 2014). Avui en dia hi ha múltiples tractaments per al dolor lumbar, que abasten des d'intervencions invasives i tractaments farmacològics fins a intervencions conservadores, on les noves tecnologies poden tenir un paper especialment important per afavorir l'automaneig del dolor (NICE, 2018). A més, en relació amb el coneixement que es té sobre el processament de la informació dolorosa en el nostre cervell, es plantegen alternatives terapèutiques de neuromodulació no invasives, com el *neurofeedback*, l'estimulació magnètica transcranial (*TMS*, en anglès) o l'estimulació transcranial de corrent directe (*tDCS*, en anglès).

2.1. Intervencions invasives

Entre els principals procediments invasius trobem denervació per radiofreqüència, injeccions epidurals d'anestèsics locals i esteroides o cirurgia de descompressió espinal (NICE, 2018). En general, aquests tractaments només es recomanen quan els no quirúrgics no han funcionat en persones amb dolor d'esquena crònic. En el cas concret de la radiofreqüència, només s'ha d'aplicar quan es creu que la principal font de dolor prové d'estructures subministrades pel nervi de la branca medial i presenten nivells moderats o greus de mal d'esquena localitzat (qualificats com a 5 o més en una escala

analògica visual o equivalent) en el moment de la derivació. Respecte a les injeccions epidurals, només s'han de considerar en el cas de ciàtica aguda i severa, i no s'han d'utilitzar en persones que presenten estenosi de canal espinal central. Respecte a la cirurgia de descompressió espinal, només es recomana per a persones amb ciàtica quan el tractament no quirúrgic no ha millorat el dolor ni la funció i les seves troballes radiològiques són consistents amb els símptomes de la ciàtica.

Com veurem més endavant amb detall, alternatives terapèutiques com l'exercici físic i l'educació han demostrat resultats favorables en relació amb els beneficis per al pacient, en comparació amb intervencions altament invasives. En relació amb això, una intervenció combinada d'exercici físic i denervació per radiofreqüència no va demostrar cap millora significativa envers, únicament, una intervenció d'exercici en pacients amb dolor lumbar crònic (Juch et al., 2017). En població de menys de 65 anys, els pacients que reberen una intervenció basada en exercici físic i educació sobre el dolor evidenciaren resultats similars als obtinguts mitjançant intervencions quirúrgiques de fusió lumbar, altament invasives, inclús un any després de la intervenció (Monticone et al., 2016; Monticone et al., 2013; Yilmaz Yelvar et al., 2017).

2.2. Intervencions farmacològiques

Tot i que es va desenvolupar i validar només per al tractament del dolor contra el càncer, i que hi ha poca evidència de qualitat per al seu ús en el tractament del dolor crònic, l'escala analgèsica de l'OMS s'utilitza àmpliament per guiar el tractament bàsic del dolor (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2019). El NICE (2018) recomana oferir AINEs orals per controlar el mal d'esquena, a la dosi efectiva més baixa durant el període de temps més curt possible, i tenint en compte les diferències potencials en la toxicitat gastrointestinal, hepàtica i cardiorrenal i els factors de risc de la persona, inclosa l'edat. Quan es prescriuen AINEs orals per a un mal d'esquena, és necessari fer una avaluació clínica adequada, un seguiment continu dels factors de risc i l'ús de tractament gastroprotector. Només s'ha de considerar prendre opioides dèbils (amb o sense paracetamol) per controlar el mal d'esquena agut si un AINEs està contraindicat, no tolerat o ha estat poc efectiu. Es recomana no oferir paracetamol tot sol per controlar el mal d'esquena, ni habitualment opioides per controlar el mal d'esquena agut, ni mai per controlar el mal d'esquena crònic. Tampoc no es recomana oferir fàrmacs antidepressius, com inhibidors selectius de recaptació de serotonina (ISRSs), inhibidors de recaptació de serotonina-noradrenalina (IRSNs) o antidepressius tricíclics, ni tampoc anticonvulsius per controlar el mal d'esquena.

2.3. Intervencions conservadores

En les darreres dècades, nombrosos estudis han posat l'atenció en l'abordatge conservador no farmacològic del dolor crònic a través de **tècniques** com l'educació,

l'exercici físic, la intervenció psicològica, l'alimentació o els canvis a l'estil de vida (Geneen et al., 2017). L'any 2017, l'American College of Physicians (ACP) publicà una guia de pràctica clínica per al maneig del dolor lumbar que dictaminava que el primer tractament d'elecció havia de ser no farmacològic (Lemmon i Hampton, 2018). Es recomana que aquestes intervencions se centrin en la millora de la qualitat de vida mitjançant l'increment de la implicació en activitats socials, la reducció del consum de fàrmacs i la dependència d'institucions sanitàries (Lemmon i Hampton, 2018). Avui en dia, segueix mancant investigació en dolor lumbar que se centri exclusivament en el maneig de la patologia per a persones grans, ja que les que superen els 65 anys freqüentment s'exclouen dels estudis per evitar biaixos a causa de les diferències intrínseques derivades del procés d'envelliment (De Luca et al., 2017). Així doncs, les investigacions que es plantegin en un futur proper hauran de procurar donar respostes específiques per a aquest grup poblacional. Així mateix, com a conseqüència del creixement exponencial de l'ús dels telèfons intel·ligents i la tecnologia portable (*wearables*) (com rellotges, polseres, ulleres; però també roba i, fins i tot, tatuatges) dels darrers anys, cada vegada hi ha més **eines** en forma d'aplicacions mòbils que ofereixen informació detallada a l'usuari per a l'autogestió i l'autocontrol del dolor lumbar, que poden incloure des de continguts educatius a recomanacions d'exercici físic i seguiment del dolor (Machado et al., 2016). Malgrat això, actualment la qualitat i la fiabilitat de gran part de les aplicacions de l'àmbit de la salut i portables és baixa, i la seva eficàcia quant a la millora dels resultats dels pacients no s'ha avaluat de manera rigorosa (Machado et al., 2016; Peake, Kerr et al., 2018).

2.3.1. Teràpia manual

Si bé son nombroses les alternatives de **teràpia manual** que es poden oferir als pacients amb dolor lumbar, sembla que no hi ha diferències significatives entre les diverses modalitats, encara que són limitats els estudis que n'han investigat l'efectivitat i la seguretat en població més gran de 65 anys i, per tant, l'evidència científica de la qual es disposa per establir recomanacions clíniques és moderada i encara insuficient (De Luca et al., 2017). Com a punt de partida, resulta imprescindible considerar la possible presència de factors de risc (*red flags*) o contraindicacions freqüentment presents en persones grans, entre les quals cal destacar la síndrome constitucional (astènia, anorèxia i pèrdua injustificada de pes), febre, fragilitat o fractura òssia, alteracions de la integritat de la pell, trombosi venosa profunda, alteracions d'etiologia metabòlica, articular o neurològica i tumor, infecció, inflamació o metàstasi actius (Pérez Irazusta et al., 2007). La presència o coexistència d'aquests factors limita l'abast de les intervencions de teràpia manual i pot posar en risc el pacient; per evitar-ho, és imprescindible fer una avaluació completa de signes i símptomes prèvia a l'aplicació de teràpia manual.

La massoteràpia o **massatge** és una de les tècniques més populars per al tractament del dolor lumbar (Romanowsky et al., 2012). Tot i que hi ha articles que en sostenen l'efectivitat, una revisió sistemàtica posa de manifest que els efectes terapèutics derivats del massatge són lleus i majoritàriament breus; és a dir, al contrari que amb intervencions d'exercici físic, els beneficis no es mantenen amb el pas del temps (Lemmon i Hampton, 2018; Romanowsky et al., 2012). La **manipulació visceral** és una altra tècnica inclosa dins les teràpies manuals, enfocada al tractament d'anomalies del moviment als òrgans interns (Panagopoulos et al., 2015). Els estudis consultats defensen que la manipulació visceral no és efectiva per a la modificació del dolor, la discapacitat i la funció a curt i mitjà termini; però, en tot cas, cal considerar que el nombre d'articles disponibles és molt limitat i no centrat exclusivament en població d'edat avançada (Panagopoulos et al., 2015). Les **manipulacions espinals** sembla que tampoc no tenen cap efecte addicional sobre els beneficis de les intervencions d'exercici físic o les altres d'actives, amb una magnitud de benefici lleu (Lemmon i Hampton, 2018; Schulz et al., 2019).

2.3.2. Exercici físic

Diversos estudis mostren que l'**exercici físic** és una eina favorable per reduir el dolor, millorar la condició física i la qualitat de vida, a més d'incidir positivament sobre alguns dels factors cognitius i afectius associats al dolor, com la depressió, l'ansietat, la fatiga o la por al moviment (Geneen et al., 2017). Per aquest motiu, els programes d'exercici s'han recomanat a les guies de pràctica clínica com un tractament efectiu per reduir la intensitat de dolor i la discapacitat a curt, mitjà i llarg termini en pacients amb lumbàlgia crònica de diferents grups d'edat, especialment si l'exposició és gradual i es desenvolupa de manera activa amb exercicis adaptats i supervisats (Luque-Suárez, Martínez-Calderón i Falla, 2018; Monticone et al., 2016; Monticone et al., 2013; Monticone et al., 2014; Nava-Bringas et al., 2017; Yılmaz Yelvar et al., 2017). L'ús de l'exercici físic per a la prevenció i el tractament del dolor lumbar crònic té diverses justificacions: (1) biològica, ja que està relacionat amb els beneficis fisiològics que aporta l'activitat física a l'individu (Yamato et al., 2015); (2) econòmica, a causa del baix cost del tractament en relació amb la seva efectivitat demostrada (Jesus-Moraleida et al., 2016), i (3) de seguretat, per la mínima possibilitat d'interaccionar o causar efectes adversos com ocorre amb la interacció de certs tractaments farmacològics o quirúrgics (Geneen et al., 2017).

Un cop coneguts els beneficis associats a l'exercici, caldria fer-se la pregunta següent: quina seria l'opció més recomanada? Si bé els estudis actuals encara no han aconseguit una resposta precisa a aquesta pregunta en cap grup d'edat, l'evidència científica ha donat suport a nombrosos programes d'activitat física, de diferent durada i intensitat, basats en exercicis de resistència, flexibilitat i/o aeròbics per al maneig del dolor lumbar amb efectes demostrats sobre el dolor, la funció i la qualitat de vida (Lemmon i Hampton, 2018; Sitthipornvorakul et al. 2018). Dins les intervencions d'exercici físic te-

rapèutic trobem una gran diversitat de programes, com el ioga (Wieland et al., 2013), el tai-txi i el mètode Pilates tradicional (Geneen et al., 2017), el mètode McKenzie (que consisteix a fer moviments passius repetitius de la columna vertebral i posicions sostingudes en direccions específiques) (Machado et al., 2012), els programes d'exercici físic en el medi aquàtic (Waller et al., 2009), les escoles d'esquena o diversos exercicis, com els aeròbics, de resistència o potenciació muscular, control motor, propiocepció i flexibilitat (Airaksinen et al., 2006). Encara que el coneixement sobre quin és el millor entrenament és limitat, a causa de l'heterogeneïtat dels estudis i el fet que n'hi ha pocs amb un risc baix de parcialitat, una metanàlisi recent mostra com el mètode Pilates, seguit de l'exercici aeròbic i d'estabilització/control motor, és el millor tractament per reduir el dolor lumbar; els exercicis d'estabilització/control motor i de resistència/potenciació muscular són els millors tractaments per millorar la funció física i incrementar la força muscular, seguits dels exercicis en el medi aquàtic, el mètode Pilates i el ioga; i els exercicis de resistència/potenciació muscular i aeròbic són els millors tractaments per millorar la salut mental (Owen et al., 2019). Per altra banda, també hi ha estudis que demostren que, en persones més grans de 65 anys, l'exposició gradual al moviment, especialment els evitats o temuts, és una alternativa de tractament satisfactòria que afavoreix la recuperació de la funcionalitat i associa millores significatives sobre els nivells de dolor i factors psicosocials, com el catastrofisme o l'evitació (Leonhardt et al., 2017). Com a alternativa a preveure, tot i que hi ha evidències contradictòries, una metanàlisi recent va posar de manifest que caminar és una activitat accessible i senzilla, de baix risc, amb la qual es poden aconseguir reduccions en els nivells de dolor i discapacitat a curt i mitjà termini, sense considerar-la una activitat més beneficiosa que qualsevol altra intervenció no farmacològica (Sitthipornvorakul et al., 2018).

2.3.3. Educació

L'**educació**, generalment enfocada a la reducció de símptomes i factors que contribueixen al manteniment del dolor, ha estat utilitzada tradicionalment com a part integral del tractament multidisciplinari dels pacients amb dolor lumbar crònic, i en les darreres dècades se n'ha remarcat la importància (Ainpradub et al., 2016; Engers et al., 2008). El propòsit principal de facilitar aquesta informació, adaptada i específica a les necessitats i l'estat personal, és donar les habilitats necessàries per autogestionar el procés d'afrontament del dolor (SIGN, 2019). En aquest sentit, l'educació ha d'incloure informació de l'origen i la naturalesa de l'afectació i encoratjar el subjecte a continuar amb les activitats de la vida diària (NICE, 2018), i pot efectuar-se de manera presencial, a través de fullets, de pàgines web o mitjançant aplicacions mòbils (Machado et al., 2016).

L'educació ha evidenciat un efecte terapèutic positiu mostrant una correlació inversa estadísticament significativa entre el coneixement de la neurofisiologia del dolor i el nivell de por-evitació d'aquest (Bodes Pardo et al., 2018; Fletcher et al., 2016; Vieira i Pimenta, 2016). Tal com s'ha esbossat prèviament, la presència de creences sobre

por-evitació en persones grans pot conduir a una discapacitat més important, i la més prevalent pot ser la por de caure (Camacho-Soto et al., 2012; Leonhardt et al., 2017). En un estudi recent, les persones més grans de 65 anys que participaren en un programa d'educació sobre el dolor varen experimentar millores en la velocitat de la marxa, la discapacitat causada pel dolor lumbar i la por al moviment (Rufa et al., 2019). Altres estudis constaten que incorporar una intervenció d'educació sobre el dolor en persones més grans de 50 anys amb dolor lumbar condueix a alterar positivament les creences en relació amb el dolor i resulta en un canvi positiu sobre el dolor, l'evitació de l'activitat física i la flexió activa de tronc (Louw et al., 2017; Rufa et al., 2019). Les evidències aportades permeten esbossar que, mitjançant aquest tipus d'intervenció, es brinda als professionals una eina rendible, senzilla i atractiva per als pacients, ja que diversos estudis han documentat que les persones que pateixen dolor lumbar crònic inespecífic estan interessades a aprendre més sobre el seu mal (Bodes Pardo et al., 2018; Fletcher et al., 2016; Nijs et al., 2015). Per aconseguir els màxims guanys derivats d'aquest tractament, avui en dia es recomana abordar-lo d'una manera multidisciplinària i combinat mitjançant exercici físic i educació sobre la neurofisiologia del dolor, el qual ha demostrat resultats molt positius en diferents grups poblacionals amb dolor lumbar crònic inespecífic (Bodes Pardo et al., 2018; Nijs et al., 2015).

2.3.4. Tractament cognitivoconductual

El **tractament cognitivoconductual** del dolor crònic inclou múltiples components: (1) augmentar el coneixement sobre el dolor, (2) abordar les creences que poden interferir amb la participació en les activitats, (3) millorar les habilitats dels pacients i canviar el seu comportament, i (4) millorar l'activitat física i social (Åkerblom et al., 2015). No existeix un protocol estàndard pel que fa a nombre de sessions i de tècniques, i pot incloure entrenament en relaxació, activació conductual (incloent augments sistemàtics en l'exercici i altres activitats), entrenament en resolució de problemes i reestructuració cognitiva (Ehde et al., 2014). En general, els objectius són reduir el dolor i el malestar psicològic, millorar la funció física ajudant els pacients a disminuir conductes desadaptatives i augmentar-ne les adaptatives, identificar i corregir pensaments desadaptatius i creences, i augmentar l'autoeficàcia per al tractament del dolor (Ehde et al., 2014). Dins les teràpies cognitives de tercera generació, hi ha diverses tècniques terapèutiques en què la consciència plena o *mindfulness* té un paper destacat. Una de les més conegudes és la de «reducció de l'estrès basada en consciència plena» (MBSR, sigles en anglès) (Kabat-Zinn, 2003). Segons una metanàlisi duta a terme per Khoury et al. (2013), el tractament basat en consciència plena és moderadament efectiu en comparacions pre-post, respecte a llistes d'espera i altres tractaments actius, incloent-hi altres tractaments psicològics. Igualment, no difereix dels tractaments tradicionals cognitivoconductuals o d'altres teràpies conductuals o tractaments farmacològics, tot i que és més efectiu per tractar problemes psicològics, com ansietat, depressió i estrès, que físics o mèdics. En una altra metanàlisi més recent

(Gotink et al., 2015, 2019), es troben millores en símptomes depressius, càrrega de dolor i salut física; disminució del dolor i de la discapacitat, i increment de l'acceptació de dolor, en comparació amb el grup de llista d'espera, però no en comparació amb un programa d'educació per a la salut; en canvi, no es varen mostrar millores significatives en ansietat, qualitat de vida ni en autoeficàcia.

2.4. Eines mòbils de salut

Un dels grans problemes als quals s'enfronten els professionals de la salut és la manca d'adherència al tractament. Concretament, s'ha evidenciat que un 70% dels pacients amb dolor lumbar crònic no solen mantenir ni fer les pautes d'exercici recomanades, tot i saber que els comportaria beneficis (Sitthipornvorakul et al., 2018). Per aquest motiu, un dels majors reptes que han d'afrontar els professionals és oferir els programes d'intervenció de manera adaptada, atractiva i motivadora, i les **noves tecnologies** es presenten com una de les eines de suport més efectives. Les denominades **eines mòbils de salut** (*mHealth*, en anglès) es plantegen com una alternativa rendible per enregistrar de manera contínua la classe, la quantitat i la qualitat de les activitats quotidianes dels pacients mitjançant sensors sense fils discrets, i per a proporcionar una ràpida resposta als usuaris i als clínics, donant suport als esforços de la telerehabilitació i disminuint les visites a les clíniques (Dobkin i Dorsch, 2011). Hi ha algunes recerques sobre intervencions basades en l'ús de noves tecnologies, com els telèfons intel·ligents, que permeten personalitzar el tractament dels pacients amb dolor crònic (Barr et al., 2015) i incrementar el seu nivell d'activitat (Dekker-Van Weering et al., 2012), així com reduir els pensaments catastròfics i incrementar la funcionalitat (Kristjánsdóttir et al., 2013). Les teràpies psicològiques dutes a terme via Internet en algunes condicions de dolor crònic també sembla que redueixen el dolor, la discapacitat, la depressió i l'ansietat, amb resultats similars a les teràpies cara a cara (Eccleston et al., 2014). En el cas de les intervencions dutes a terme mitjançant videojocs o programes en línia per a persones de més de 65 anys, estudis recents en refermen l'efectivitat en la millora del dolor i l'autoeficàcia; és un fet molt positiu, ja que permet reduir costos, incrementar la motivació, evitar la sobredemanda del sistema de salut i afavorir l'autonomia dels pacients (Zadro et al., 2017). Pel que fa a l'adherència al tractament, una revisió sistemàtica amb una metanàlisi recent va determinar que, en població d'edat avançada amb dolor lumbar, es recomana emprar estratègies actives de reforçament positiu i educació (Nicolson et al., 2017).

Els estudis sobre Kaia App, una de les poques aplicacions mòbils per al tractament multidisciplinari del dolor crònic d'esquena reconeguda com a producte mèdic de classe I, només disponible en alemany i anglès, mostren que aconsegueix reduir el dolor autoinformat després de quatre setmanes (Huber et al., 2017) i que, al cap de 12 setmanes, la intensitat de dolor autoinformat és menor en comparació amb

un grup control que va rebre sessions de fisioteràpia individuals i educació en línia (Toelle et al., 2019). En aquesta mateixa línia, un equip multidisciplinari del nostre grup d'investigació, compost per fisioterapeutes, educadors fisicoesportius i psicòlegs, ha desenvolupat BackFit App amb el suport del Ministeri d'Economia i Competitivitat (MINECO), el Fons Europeu de Desenvolupament Regional (FEDER) (PSI2015-66295-R) i l'Oficina de Transferència de Resultats d'Investigació (OTRI) de la Universitat de les Illes Balears (UIB), i en col·laboració amb les empreses Apploading, SL, i BackFit®. Aquesta aplicació mòbil de salut ofereix vídeos educatius, principalment basats en l'evidència científica de Butler i Moseley (2003), per afavorir la comprensió dels diferents factors implicats en el dolor lumbar i l'adquisició d'hàbits de vida saludable, i pautes per automanejar-lo a través de sessions d'exercicis de força muscular, control motor, flexibilitat, rutines de relaxació i automassatge basades en les recomanacions de l'American College of Sports Medicine (ACSM) (2018), el NICE (2018) i els treballs de McGill (2015) i Hodges (2003). A més, l'aplicació admet la vinculació amb les polseres d'activitat Fitbit®, que permeten monitoritzar alguns paràmetres físics, com passes diàries i freqüència cardíaca, de manera contínua i en entorns més ecològics (fora del laboratori), és a dir, durant tot el procés d'intervenció i en la vida quotidiana dels pacients.

2.5. Alternatives terapèutiques basades en neuromodulació

La **neuromodulació** és un camp de la ciència, la medicina i la bioenginyeria que emmarca la tecnologia invasiva i no invasiva, que impacta sobre les xarxes neuronals, induint la neuroplasticitat funcional al cervell, per a millorar la qualitat de vida de les persones (Levy, 2014). La millora dels processos cognitius humans i de les habilitats motrius ha estat durant molt de temps en el punt de mira de la investigació científica (Thair et al., 2017). La neuromodulació per al maneig del dolor crònic es basa a assumir que qualsevol intervenció en la qual la diana de tractament sigui l'activitat cerebral directament implicada a processar el dolor té el potencial d'influir en la sensació dolorosa (Jensen et al., 2008). Dins les diferents modalitats neuromoduladores no invasives destaquen les tècniques automoduladores i les neuroestimuladores (Baker et al., 2017). Amb les primeres, els individus aprenen a modular la seva pròpia activitat cerebral, com és el cas del *neurofeedback*; mentre que, amb les segones, s'estimulen de manera específica zones cerebrals relacionades amb la modulació del dolor, com, per exemple, la *tDCS* o la *TMS*.

El **neurofeedback** es basa en l'aprenentatge de l'automodulació de diferents aspectes de l'activitat elèctrica o metabòlica del cervell, a través dels principis del condicionament operant (Enriquez-Geppert et al. 2017). Durant la tasca, els participants reben informació sobre la seva pròpia activitat cerebral mitjançant senyals auditives o visuals, incrementant així la plena consciència en el propi procés (Gruzeliier, 2014). En relació

amb el maneig del dolor, el *neurofeedback* basat en l'activitat elèctrica mesurada mitjançant electroencefalografia s'estableix sota dues premisses: la primera és que les oscil·lacions en certes bandes de freqüència reflecteixen processos neuropsicològics relacionats amb l'experiència del dolor, i la segona és que el *neurofeedback* és capaç d'alterar l'amplitud de les esmentades oscil·lacions per aconseguir transformar els patrons cerebrals associats al dolor en patrons associats al benestar (Jensen et al., 2008; Jensen et al., 2009). En aquest sentit, el *neurofeedback* ha mostrat resultats esperançadors en l'alleujament del dolor en pacients amb dolor crònic (Flor, 2014; Jensen et al., 2014), especialment amb fibromiàlgia (Caro i Winter, 2011; Kayıran et al., 2010). Tot i així, l'aplicació del *neurofeedback* com a intervenció per a pacients amb dolor lumbar crònic és un camp poc explorat en l'actualitat. Només un estudi molt recent (Mayaud et al., 2019), dut a terme amb 16 pacients amb dolor lumbar crònic, ha utilitzat un protocol en *neurofeedback* centrat a augmentar el ritme alfa cerebral. Els resultats van mostrar una millora clínica reflectida en l'alleujament del dolor diari en finalitzar l'entrenament amb *neurofeedback*, i es va mantenir fins a sis mesos després. Per tant, l'aplicació d'aquesta tècnica en el dolor lumbar és una eina en desenvolupament que presenta perspectives d'èxit per a ser emprada clínicament i per a ser una alternativa a l'ús de tractaments farmacològics.

Per altra banda, des de la dècada de 1980, la *TMS* és coneguda per ser una modalitat de tractament segura i ben tolerada, amb efectes adversos generalment menors, que pot aplicar-se de forma beneficiosa en problemes de salut de la gent gran, com la depressió, la qualitat del son, la somatització i el dolor neuropàtic (George et al., 2007; Iriarte i George, 2018; Ma et al., 2015; Qin et al., 2017). La *TMS* és una estimulació magnètica no invasiva, superficial i potent del cervell, mitjançant la qual el corrent passa a través d'una inducció electromagnètica (utilitzant una bobina) que penetra al crani (Lam et al., 2009). El camp electromagnètic provoca excitació o inhibició del teixit neural (Romero, et al., 2019). Típicament, es col·loca una bobina en forma de 8 sobre l'àrea cortical que s'ha de tractar i s'aplica al cervell una estimulació de baixa freqüència (<1 Hz; efectes inhibitoris) o una estimulació d'alta freqüència (>5 Hz; efectes excitatius) (Klomjai et al., 2015). La durada dels efectes posteriors varia en funció del període d'estimulació; com més temps duri l'aplicació de *TMS*, més persisteix el seu efecte posterior (Klomjai et al., 2015).

Des de la dècada de 1950, la *tDCS* ha despertat molt d'interès com a tècnica per alterar processos psicològics, conductuals, motors i fisiològics cerebrals (Stagg i Nitsche, 2011). Com a conseqüència, un cos d'investigació considerable ha crescut al voltant dels temes de la *tDCS* i la interrupció del son, els trastorns de l'estat d'ànim, el dolor crònic, la neuropsiquiatria clínica i la neurorehabilitació en la gent gran (Ahn et al., 2017; Bai et al., 2019; Concerto et al., 2016; Harvey et al., 2017a; Harvey et al., 2017b; Horiba et al., 2019; Lefaucheur et al., 2017; Tavares et al., 2018). La *tDCS* és una eina

d'estimulació cerebral neuromoduladora no invasiva que ofereix una intensitat baixa (màxim 2mA), que aplica un corrent directe a zones corticals que faciliten o inhibeixen l'excitabilitat neuronal espontània (Vines et al. 2008). El muntatge del dispositiu *tDCS* inclou la fixació d'un elèctrode al cuir cabellut, mentre que l'altre elèctrode es col·loca extracefàlicament, és a dir, allunyat del cervell (Thair et al., 2017). Durant l'estimulació, el corrent flueix entre els dos elèctrodes i passa pel cervell per completar el circuit (Stagg i Nitsche, 2011; Thair et al., 2017). El *tDCS* anodal es descriu com a mètode d'estimulació del cervell excitant, mentre que el *tDCS* catodal s'associa amb la disminució de l'àrea cerebral estimulada (Brückner i Kammer, 2017). En aquest context, l'estimulació tant anodal com catòdica pot ser beneficiosa per a la recuperació de la funció motora de l'extremitat superior després d'un ictus (Bai et al., 2019). Sembla que l'efecte terapèutic de la *tDCS* pot ser millor en pacients amb ictus crònics que en pacients aguts i subaguts amb trastorn de l'extremitat superior (Marquez et al., 2015). La *tDCS* també té un paper cada cop més important en el tractament de malalties cròniques com, per exemple, fibromiàlgia, osteoartritis, esclerosi múltiple, dolor neuropàtic, etc. (Auvichayapat et al., 2018; Foerster et al., 2015; Fregni et al., 2006; Khedr et al., 2017). Per exemple, la *tDCS* s'ha demostrat eficaç en la funció de mobilitat del peu de pacients amb osteoartritis amb dolor de genoll, com a resultat de cinc sessions diàries d'estimulació anodal consecutiva sobre l'escorça motora primària amb una durada de 20 minuts i una intensitat d'estimulació de 2mA (Ahn et al., 2017). A més, hi ha evidència que la *tDCS* pot conduir a un nivell reduït d'inflamació en adults grans amb osteoartritis al genoll (Suchting et al., 2020). Pel que fa a la condició de tractament de la fascitis plantar resistent al tractament simptomàtic, el *tDCS* anodal també sembla una tècnica viable per reduir i controlar la intensitat del mal de peu crònic i millorar els símptomes de depressió i ansietat que, òbviament, pot conduir a una menor ingesta de medicaments (Concerto et al., 2016).

3. Conclusions

Vista l'evidència científica que hi ha en l'actualitat, el tractament de la lumbàlgia crònica hauria d'incloure tècniques com la promoció de l'exercici físic, el reforç de conductes saludables, la psicoeducació, la reestructuració cognitiva, l'ensenyament d'estratègies per reduir l'estrès, la millora de les habilitats socials i l'autogestió (Harris et al., 2017; Molina i Riquelme, 2013). Tot i els beneficis associats a les intervencions descrites, resulta imprescindible que els professionals de la salut (metges, fisioterapeutes i psicòlegs, entre d'altres) treballin de manera conjunta per obtenir resultats òptims atenent els factors que influeixen cada experiència personal de dolor. Un dels problemes més importants és la manca d'adherència al tractament (Sitthipornvorakul et al., 2018), i, per aquest motiu, un dels reptes majúsculs que han d'afrontar els professionals de la salut és oferir els programes d'intervenció de forma adaptada, atractiva i motivadora,

i les eines mòbils de salut (*mHealth*, en anglès) es plantegen com una alternativa rendible (Dobkin i Dorsch, 2011). En l'àmbit de la investigació, futurs estudis hauran de respondre de manera més concreta a la problemàtica que imposa el dolor lumbar per a les persones grans, els canvis que s'hi associen i les intervencions òptimes mitjançant estudis amb més mida mostral i qualitat metodològica. En les darreres dècades, el *neurofeedback*, la *TMS* i la *tDCS* han sortit a la pràctica com a eines prometedores per modular els símptomes clínics en malalties neurològiques i psiquiàtriques (Lu et al., 2019; Stagg i Nitsche, 2011; Thair et al., 2017). Tot i que la farmacoteràpia continua sent l'elecció principal en problemes de dolor crònic, aquestes tècniques poden ser efectives per alleujar el dolor i millorar els símptomes afectius, com la depressió i l'ansietat, en gent gran, i, dada encara més interessant, per prevenir efectes secundaris i interacció amb fàrmacs (Harvey et al., 2017b).

Referències bibliogràfiques

Ahn, H. Woods, A. J., Kunik, M. E., Bhattacharjee, A., Chen, Z., Choi, E., & Fillingim, R. B. (2017). Efficacy of transcranial direct current stimulation over primary motor cortex (anode) and contralateral supraorbital area (cathode) on clinical pain severity and mobility performance in persons with knee osteoarthritis: An experimenter- and participant-blinded, randomized, sham-controlled pilot clinical study. *Brain Stimulation*, *10*(5), 902-909.

Ainpradub, K., Sitthipornvorakul, E., Janwantanakul, P., & van der Beek, A. J. (2016). Effect of education on non-specific neck and low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Manual Therapy*, *22*, 31-41.

Airaksinen, O., Brox, J. I., Cedraschi, C., Hildebrandt, J., Klüber-Moffett, J., Kovacs, F., ... Zanoli, G. (2006). Chapter 4: European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *European Spine Journal*, *15*(Suppl. 2), 192-300.

Åkerblom, S., Perrin, S., Rivano Fischer, M., & McCracken, L. M. (2015). The Mediating Role of Acceptance in Multidisciplinary Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Pain. *Journal of Pain*, *16*(7), 606-615.

American College of Sports Medicine. (2018). *ACSM's exercise testing and prescription*. M. P. Bayles & A. M. Swank (Eds.). Wolters Kluwer.

Auvichayapat, P., Keeratitanont, K., Janyachareon, T., & Auvichayapat, N. (2018). The effects of transcranial direct current stimulation on metabolite changes at the anterior cingulate cortex in neuropathic pain: A pilot study. *Journal of Pain Research*, *11*, 2301-2309.

Bai, X., Guo, Z., He, L., Ren, L., McClure, M. A., & Mu, Q. (2019). Different Therapeutic Effects of Transcranial Direct Current Stimulation on Upper and Lower Limb Recovery of Stroke Patients with Motor Dysfunction: A Meta-Analysis. *Neural Plasticity*, *Nov 16*, 1372138.

Baker, K. S., Georgiou-Karistianis, N., Gibson, S. J., & Giummarra, M. J. (2017). Optimizing Cognitive Function in Persons with Chronic Pain. *Clinical Journal of Pain*, *33*(5), 462-472.

Bardin, L. D., King, P., & Maher, C. G. (2017). Diagnostic triage for low back pain: a practical approach for primary care. *The Medical Journal of Australia*, *206*(6), 268-273.

Barr, P. J., Scholl, I., Bravo, P., Faber, M. J., Elwyn, G., & McAllister, M. (2015). Assessment of patient empowerment - A systematic review of measures. *PLoS ONE*, *10*(5), 1-24.

Bodes Pardo, G., Lluch Girbés, E., Roussel, N. A., Gallego Izquierdo, T., Jiménez Penick, V., & Pecos Martín, D. (2018). Pain neurophysiology education and therapeutic exercise for patients with chronic low back pain: a single-blind randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 99(2), 338-347.

Brückner, S., & Kammer, T. (2017). Both anodal and cathodal transcranial direct current stimulation improves semantic processing. *Neuroscience*, 343, 269-275.

Butler, D. S., & Moseley, G. L. (2003). *Explain pain*. Adelaide, Australia: Noigroup Publications.

Camacho-Soto, A., Sowa, G. A., Perera, S., & Weiner, D. K. (2012). Fear Avoidance Beliefs Predict Disability in Older Adults With Chronic Low Back Pain. *PM and R*, 4(7), 493-497.

Caro, X. J., & Winter, E. F. (2011). EEG biofeedback treatment improves certain attention and somatic symptoms in fibromyalgia: A pilot study. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 36(3), 193-200.

Concerto, C., Al Sawah, M., Chusid, E., Trepal, M., Taylor, G., Aguglia, E., & Battaglia, F. (2016). Anodal transcranial direct current stimulation for chronic pain in the elderly: a pilot study. *Aging Clinical and Experimental Research Volume*, 28, 231-237.

de Luca, K. E., Fang, S. H., Ong, J., Shin, K. S., Woods, S., & Tuchin, P. J. (2017). The Effectiveness and Safety of Manual Therapy on Pain and Disability in Older Persons With Chronic Low Back Pain: A Systematic Review. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 40(7), 527-534.

Dekker-Van Weering, M. G. H., Vollenbroek-Hutten, M. M. R., & Hermens, H. J. (2012). Do personalized feedback messages about activity patterns stimulate patients with chronic low back pain to change their activity behavior on a short term notice? *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 37(2), 81-89.

Delitto, A., George, S. Z., van Dillen, D., Whitman, J. M., & Sowa, G. A. (2012). Low Back Pain: Clinical practice guidelines linked to the International Classification of Functioning, Disability, and Health from the Orthopaedic Section of the American Physical Therapy Association. *Journal of Orthopaedic and Sports Physical Therapy*, 42(4), 1-81.

Dobkin, B. H., & Dorsch, A. (2011). The promise of mHealth: daily activity monitoring and outcome assessments by wearable sensors. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 25(9), 788-798.

Eccleston, C., Fisher, E., Craig, L., Duggan, G. B., Rosser, B. A. i Keogh, E. (2014). Psychological therapies (Internet-delivered) for the management of chronic pain in adults (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Feb 26(2), CD010152.

Ehde, D. M., Dillworth, T. M. i Turner, J. A. (2014). Cognitive-behavioral therapy for individuals with chronic pain: Efficacy, innovations, and directions for research. *American Psychologist*, 69(2), 153-166.

Engers, A., Jellema, P., Wensing, M., Van Der Windt, D. A. W. M., & Grol, R. (2008). Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jan 23(1), CD004057.

Enriquez-Geppert, S., Huster, R. J., & Herrmann, C. S. (2017). EEG-Neurofeedback as a Tool to Modulate Cognition and Behavior: A Review Tutorial. *Frontiers in Human Neuroscience*, 11.

Ferreira, P. H., Beckenkamp, P., Maher, C. G., Hopper, J. L., & Ferreira, M. L. (2013). Nature or nurture in low back pain? Results of a systematic review of studies based on twin samples. *European Journal of Pain*, 17(7), 957-971.

Fletcher, C., Bradnam, L., & Barr, C. (2016). The relationship between knowledge of pain neurophysiology and fear avoidance in people with chronic pain: A point in time, observational study. *Physiotherapy Theory and Practice*, 32(4), 271-276.

Flor, H. (2014). Psychological pain interventions and neurophysiology: Implications for a mechanism-based approach. *American Psychologist*, 69(2), 188-196.

Foerster, B. R., Nascimento, T. D., DeBoer, M., Bender, M. A., Rice, I. C., Truong, D. Q., ... DaSilva, A. F. (2015). Brief report: Excitatory and inhibitory brain metabolites as targets of motor cortex transcranial direct current stimulation therapy and predictors of its efficacy in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatology*, 67(2), 576-581.

Fregni, F., Boggio, P. S., Lima, M. C., Ferreira, M. J. L., Wagner, T., Rigonatti, S. P., ... Pascual-Leone, A. (2006). A sham-controlled, phase II trial of transcranial direct current stimulation for the treatment of central pain in traumatic spinal cord injury. *Pain*, 122(1-2), 197-209.

Geneen, L. J., Moore, R. A., Clarke, C., Martin, D., Colvin, L. A., & Smith, B. H. (2017). Physical activity and exercise for chronic pain in adults: an overview of Cochrane Reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jan 14(1), CD011279.

George, M. S., Bohning, D. E., Lorberbaum, J. P., Nahas, Z., Anderson, B., Borckardt, J., ... Rastogi, K. (2007). Overview of transcranial magnetic stimulation. In M.S. George & R. H. Belmaker (Eds.), *Transcranial magnetic stimulation in clinical psychiatry* (pàg. 1-38). American Psychiatric Association Publishing.

Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. M. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: An overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PLoS ONE*, *10*(4), 1-17.

Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. M. (2019). Retraction:Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs. *PLoS ONE*, *14*(4), e0215608.

Gruzelier, J. H. (2014). EEG-neurofeedback for optimising performance. I: A review of cognitive and affective outcome in healthy participants. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *44*, 124-141.

Harris, A., Moe, T. F., Eriksen, H. R., Tangen, T., Lie, S. A., Tveito, T. H., & Reme, S. E. (2017). Brief intervention, physical exercise and cognitive behavioural group therapy for patients with chronic low back pain (The CINS trial). *European Journal of Pain*, *21*(8), 1397-1407.

Harvey, M.-P., Martel, M., Houde, F., Daguét, I., Séguin, M., & Leonard, G. (2017a). Using transcranial direct current stimulation to reduce chronic pain in elderly individuals. *Innovation in Aging*, *1*(S1), 240.

Harvey, M. P., Lorrain, D., Martel, M., Bergeron-Vezina, K., Houde, F., Séguin, M., & Léonard, G. (2017b). Can we improve pain and sleep in elderly individuals with transcranial direct current stimulation? - Results from a randomized controlled pilot study. *Clinical Interventions in Aging*, *12*, 937-947.

Hayden, J. a, van Tulder, M. W., Malmivaara, A., & Koes, B. W. (2005). Exercise therapy for treatment of non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Jul 20*(3), CD000335.

Hodges, P. W. (2003). Core stability exercise in chronic low back pain. *Orthopedic Clinics of North America*, *34*(2), 245-254.

Horiba, M., Ueki, Y., Nojima, I., Shimizu, Y., Sahashi, K., Itamoto, S., ... Wada, I. (2019). Impaired motor skill acquisition using mirror visual feedback improved by transcranial direct current stimulation (tDCS) in patients with Parkinson's disease. *Frontiers in Neuroscience*, *13*, 1-11.

Hoy, D., Bain, C., Williams, G., March, L., Brooks, P., Blyth, F., ... Buchbinder, R. (2012). A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis and Rheumatism*, 64(6), 2028-2037.

Huber, S., Priebe, J. A., Baumann, K.-M., Plidschun, A., Schiessl, C., & Tölle, T. R. (2017). Treatment of Low Back Pain with a Digital Multidisciplinary Pain Treatment App: Short-Term Results. *JMIR Rehabilitation and Assistive Technologies*, 4(2), e11.

Iriarte, I. G., & George, M. S. (2018). Transcranial Magnetic Stimulation (TMS) in the Elderly. *Current Psychiatry Reports*, 20(6).

Jensen, M. P., Day, M. A., & Miró, J. (2014). Neuromodulatory treatments for chronic pain: efficacy and mechanisms. *Nat Rev Neurol*, 10(3), 167-178.

Jensen, M. P., Hakimian, S., Sherlin, L. H., & Fregni, F. (2008). New Insights Into Neuromodulatory Approaches for the Treatment of Pain. *Journal of Pain*, 9(3), 193-199.

Jensen, M. P., Sherlin, L. H., Hakimian, S., & Fregni, F. (2009). Neuromodulatory approaches for chronic pain management: Research findings and clinical implications. *Journal of Neurotherapy*, 13(4), 196-213.

Jesus-Moraleida, F. R., Silva, J. P., Pereira, D. S., Domingues Dias, J. M., Correa Dias, R., Ferreira, M. L., ... Pereira, L. S. M. (2016). Exercise therapy for older adults with low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, April 14(4), CD012140.

Juch, J. N. S., Maas, E. T., Ostelo, R. W. J. G., George Groeneweg, J., Kallewaard, J. W., Koes, B. W., ... Van Tulder, M. W. (2017). Effect of radiofrequency denervation on pain intensity among patients with chronic lowback pain the mint randomized clinical trials. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 318(1), 68-81.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.

Kayiran, S., Dursun, E., Dursun, N., Ermutlu, N., & Karamürsel, S. (2010). Neurofeedback intervention in fibromyalgia syndrome; A randomized, controlled, rater blind clinical trial. *Applied Psychophysiology Biofeedback*, 35(4), 293-302.

Khedr, E. M., Omran, E. A. H., Ismail, N. M., El-Hammady, D. H., Goma, S. H., Kotb, H., ... Ahmed, G. A. (2017). Effects of transcranial direct current stimulation on pain, mood and serum endorphin level in the treatment of fibromyalgia: A double blinded, randomized clinical trial. *Brain Stimulation*, 10(5), 893-901.

- Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V., ... Hofmann, S. G. (2013). Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 33*(6), 763-771.
- Klomjai, W., Katz, R., & Lackmy-Vallée, A. (2015). Basic principles of transcranial magnetic stimulation (TMS) and repetitive TMS (rTMS). *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine, 58*(4), 208-213.
- Kristjánsdóttir, Ó. B., Fors, E. A., Eide, E., Finset, A., Stensrud, T. L., Van Dulmen, S., ... Eide, H. (2013). A smartphone-based intervention with diaries and therapist feedback to reduce catastrophizing and increase functioning in women with chronic widespread pain. part 2: 11-Month follow-up results of a randomized trial. *Journal of Medical Internet Research, 15*(3), 1-22.
- Lam, R. W., Kennedy, S. H., Grigoriadis, S., McIntyre, R. S., Milev, R., Ramasubbu, R., ... Ravindran, A. V. (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. III. Pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders, 117*(S1), S26-S43.
- Lefaucheur, J. P., Antal, A., Ayache, S. S., Benninger, D. H., Brunelin, J., Cogiamanian, F., ... Paulus, W. (2017). Evidence-based guidelines on the therapeutic use of transcranial direct current stimulation (tDCS). *Clinical Neurophysiology, 128*(1), 56-92.
- Lemmon, R., & Hampton, A. (2018). Nonpharmacologic treatment of chronic pain: What works? *The Journal of Family Practice, 67*(8), 474;477;480;483.
- Leonhardt, C., Kuss, K., Becker, A., Basler, H. D., De Jong, J., Flatau, B., ... Quint, S. (2017). Graded exposure for chronic low back pain in older adults: A pilot study. *Journal of Geriatric Physical Therapy, 40*(1), 51-59.
- Levy, R. M. (2014). The evolving definition of neuromodulation. *Neuromodulation : Journal of the International Neuromodulation Society, 17*(3), 207—210.
- Louw, A., Zimney, K., Johnson, E. A., Kraemer, C., Fesler, J., & Burcham, T. (2017). De-educate to re-educate: aging and low back pain. *Aging Clinical and Experimental Research, 29*(6), 1261-1269.
- Lu, H., Chan, S. S. M., Chan, W. C., Lin, C., Cheng, C. P. W., & Linda Chiu Wa, L. (2019). Randomized controlled trial of TDCS on cognition in 201 seniors with mild neurocognitive disorder. *Annals of Clinical and Translational Neurology, 6*(10), 1938-1948.

Luque-Suárez, A., Martínez-Calderón, J., & Falla, D. (2018). Role of kinesiophobia on pain, disability and quality of life in people suffering from chronic musculoskeletal pain: a systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 53(9), 554-559.

Ma, S. M., Ni, J. X., Li, X. Y., Yang, L. Q., Guo, Y. N., & Tang, Y. Z. (2015). High-Frequency Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation Reduces Pain in Postherpetic Neuralgia. *Pain Medicine (United States)*, 16(11), 2162-2170.

Machado, G. C., Pinheiro, M. B., Lee, H., Ahmed, O. H., Hendrick, P., Williams, C., & Kamper, S. J. (2016). Smartphone apps for the self-management of low back pain: A systematic review. *Best Practice and Research: Clinical Rheumatology*, 30(6), 1098-1109.

Machado, L., van Tulder Maurits, W., Lin Chung-Wei, C., Clare, H., & Hayden Jill, A. (2012). The McKenzie method for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, March 14(3), CD009712.

Manchikanti, L., & Hirsch, J. a. (2015). What can be done about the increasing prevalence of low back pain and associated comorbid factors ? *Future Medicine*, 5, 149-152.

Marquez, J., van Vliet, P., Mcelduff, P., Lagopoulos, J., & Parsons, M. (2015). Transcranial direct current stimulation (tDCS): Does it have merit in stroke rehabilitation? A systematic review. *International Journal of Stroke*, 10(3), 306-316.

Mayaud, L., Wu, H., Barthélemy, Q., Favennec, P., Delpierre, Y., Congedo, M., ... Ritz, M. (2019). Alpha-phase synchrony EEG training for multi-resistant chronic low back pain patients: an open-label pilot study. *European Spine Journal*, 28(11), 2487-2501.

McGill, S. (2015). *Low back disorders. Evidence-based prevention and rehabilitation*. Human Kinetics.

Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social (2017). *Encuesta Nacional de Salud. España 2017 (ENSE 2017)*. <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

Molina, J., & Riquelme, I. (2013). *Dolor crónico : factores moduladores, valoración e intervención fisioterapéutica*. FUDEN.

Monticone, M., Ambrosini, E., Rocca, B., Cazzaniga, D., Liquori, V., & Foti, C. (2016). Group-based task-oriented exercises aimed at managing kinesiophobia improved disability in chronic low back pain. *European Journal of Pain*, 20(4), 541-551.

Monticone, M, Ferrante, S., Rocca, B., Baiardi, P., Farra, F. D., & Foti, C. (2013). Effect of a long-lasting multidisciplinary program on disability and fear-avoidance behaviors in patients with chronic low back pain: results of a randomized controlled trial. *Clin J Pain*, 29(11), 929-938.

Monticone, Marco, Ambrosini, E., Rocca, B., Magni, S., Brivio, F., & Ferrante, S. (2014). A multidisciplinary rehabilitation programme improves disability, kinesiophobia and walking ability in subjects with chronic low back pain: results of a randomised controlled pilot study. *European Spine Journal*, 23(10), 2105-2113.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2018). *Managing low back pain and sciatica - NICE Pathways*. Retrieved from <https://pathways.nice.org.uk/pathways/low-back-pain-and-sciatica/managing-low-back-pain-and-sciatica>

Nava-Bringas, T. I., Macías-Hernández, S. I., Vásquez-Ríos, J. R., Coronado-Zarco, R., Miranda-Duarte, A., Cruz-Medina, E., & Arellano-Hernández, A. (2017). Fear-avoidance beliefs increase perception of pain and disability in Mexicans with chronic low back pain. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 57(4), 306-310.

Nicolson, P. J. A., Bennell, K. L., Dobson, F. L., Van Ginckel, A., Holden, M. A., & Hinman, R. S. (2017, May). Interventions to increase adherence to therapeutic exercise in older adults with low back pain and/or hip/knee osteoarthritis: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, 51(10), 791-799.

Nijs, J., Lluch Girbés, E., Lundberg, M., Malfliet, A., & Sterling, M. (2015). Exercise therapy for chronic musculoskeletal pain: Innovation by altering pain memories. *Manual Therapy*, 20(1), 216-220.

Owen, P. J., Miller, C. T., Mundell, N. L., Verswijveren, S. J., Tagliaferri, S. D., Brisby, H., ... Belavy, D. L. (2019). Which specific modes of exercise training are most effective for treating low back pain? Network meta-analysis. *British Journal of Sports Medicine*, Oct 30, 1-12.

Panagopoulos, J., Hancock, M. J., Ferreira, P., Hush, J., & Petocz, P. (2015). Does the addition of visceral manipulation alter outcomes for patients with low back pain? A randomized placebo controlled trial. *European Journal of Pain*, 19(7), 899-907.

Peake, J. M., Kerr, G., & Sullivan, J. P. (2018). A critical review of consumer wearables, mobile applications, and equipment for providing biofeedback, monitoring stress, and sleep in physically active populations. *Frontiers in Physiology*, 9, 1-19.

Pérez Irazusta, I., Alcorta Michelena, I., Aguirre Lejarcegui, G., Aristegi Racero, G., Caso Martínez, J., R., E. M., ... Sainz De Rozas Aparicio, R. (2007). *Guía de práctica clínica sobre Lumbalgia*. Osakidetza. GPC 2007/1.

Qin, B. Y., Dai, L. L., & Zheng, Y. (2017). Efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation for alleviating clinical symptoms and suicidal ideation in elderly depressive patients: a randomized controlled trial. *Nan Fang Yi Ke Da Xue Xue Bao*, 37(1), 97-101.

Romanowsky, M., Ramanowska, J., & Grześkowiak, M. (2012). A Comparison of the Effects of Deep Tissue Massage and Therapeutic Massage on Chronic Low Back Pain. *Stud Health Technol Inform*, 176, 411-414.

Romero, M. C., Davare, M., Armendariz, M., & Janssen, P. (2019). Neural effects of transcranial magnetic stimulation at the single-cell level. *Nature Communications*, 10(1), 1-11.

Rufa, A., Beissner, K., & Dolphin, M. (2019). The use of pain neuroscience education in older adults with chronic back and/or lower extremity pain. *Physiotherapy Theory and Practice*, 35(7), 603-613.

Schulz, C., Evans, R., Maiers, M., Schulz, K., Leininger, B., & Bronfort, G. (2019). Spinal manipulative therapy and exercise for older adults with chronic low back pain: A randomized clinical trial. *Chiropractic and Manual Therapies*, 27(1).

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). (2019). *Management of chronic pain. A national clinical guideline*.

Sharma, N. K., Ryals, J. M., Gajewski, B. J., & Wright, D. E. (2010). Aerobic Exercise Alters Analgesia and Neurotrophin-3 Synthesis in an Animal Model of Chronic Widespread Pain. *Physical Therapy*, 90(5), 714-725.

Sitthipornvorakul, E., Klinsophon, T., Sihawong, R., & Janwantanakul, P. (2018). The effects of walking intervention in patients with chronic low back pain: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Musculoskeletal Science and Practice*, 34, 38-46.

Stagg, C. J., & Nitsche, M. A. (2011). Physiological basis of transcranial direct current stimulation. *The Neuroscientist: A Review Journal Bringing Neurobiology, Neurology and Psychiatry*, 17(1), 37-53.

Suchting, R., Colpo, G. D., Rocha, N. P., & Ahn, H. (2020). The Effect of Transcranial Direct Current Stimulation on Inflammation in Older Adults With Knee Osteoarthritis: A Bayesian Residual Change Analysis. *Biological Research for Nursing*, 22(1), 57-63.

Tavares, D. R. B., Okazaki, J. E. F., Rocha, A. P., Santana, M. V. D. A., Pinto, A. C. P. N., Civile, V. T., ... Trevisani, V. F. M. (2018). Effects of Transcranial Direct Current Stimulation on Knee Osteoarthritis Pain in Elderly Subjects With Defective Endogenous Pain-Inhibitory Systems: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Research Protocols*, 7(10), e11660.

Thair, H., Holloway, A. L., Newport, R., & Smith, A. D. (2017). Transcranial direct current stimulation (tDCS): A Beginner's guide for design and implementation. *Frontiers in Neuroscience*, 11, 641.

Toelle, T. R., Utpadel-Fischler, D. A., Haas, K.-K., & Priebe, J. A. (2019). App-based multidisciplinary back pain treatment versus combined physiotherapy plus online education: a randomized controlled trial. *Npj Digital Medicine*, 2(1), 1-9.

Van Den Borne, H. W. (1998). The patient from receiver of information to informed decision-maker. *Patient Education and Counseling*, 34(2), 89-102.

Van Tulder, M., Becker, A., Bekkering, T., Breen, A., Del Real, M. T. G., Hutchinson, A., ... Malmivaara, A. (2006). Chapter 3: European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *European Spine Journal*, 15(S2), 169-191.

Vieira, É. B. de M., & Pimenta, C. A. de M. (2016). Graded exposure for fear of pain and movement avoidance belief in chronic low back pain patients. *Revista Dor Sao Paulo*, 17(2), 125-131.

Vines, B. W., Cerruti, C., & Schlaug, G. (2008). Dual-hemisphere tDCS facilitates greater improvements for healthy subjects' non-dominant hand compared to uni-hemisphere stimulation. *BMC Neuroscience*, 9(1), 103.

Violante, F. S., Mattioli, S., & Bonfiglioli, R. (2015). *Low-back pain. Handbook of Clinical Neurology*, 131, 397-410.

Waller, B., Lambeck, J., & Daly, D. (2009). Therapeutic aquatic exercise in the treatment of low back pain: a systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 23(1), 3-14.

Wieland, S. L., Skoetz, N., Manheimer, E., Pilkington, K., Vempati, R., & Berman, B. M. (2013). Yoga treatment for chronic non-specific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Jan 12(1), CD010671.

Yamato, T., Maher, C., Saragiotto, B., Hancock, M., Ostelo, R., Cabral, C., ... Costa, L. (2015). Pilates for low back pain (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, July 2(7), CD010265.

Yilmaz Yelvar, G. D., Çırak, Y., Dalkılıç, M., Parlak Demir, Y., Guner, Z., & Boydak, A. (2017). Is physiotherapy integrated virtual walking effective on pain, function, and kinesiophobia in patients with non-specific low-back pain? Randomised controlled trial. *European Spine Journal*, 26(2), 538-545.

Zadro, J. R., Shirley, D., Simic, M., Mousavi, S. J., Cepnija, D., Maka, K., & Ferreira, P. (2017). Video-game based exercises for older people with chronic low back pain: a protocol for a feasibility randomised controlled trial (the GAMEBACK trial). *Physiotherapy*, 103(2), 146-153.

Autors

CAROLINA SITGES QUIRÓS

Palma (1980). Llicenciada en Psicologia (UIB, 2003), doctora en Psicologia (UIB, 2009), experta universitària en Tècniques Docents de Grau Superior (UIB, 2009) i en Activitats Físiques i Recreatives per a Gent Gran (UIB, 2014). Actualment, és professora contractada doctora (UIB, 2019), subdirectora del Departament de Psicologia i investigadora al grup de recerca en Neurociència Cognitivoafectiva i Psicologia Clínica (CANCLiP) de l'Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut (IUNICS) i de l'Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa). La seva experiència vinculada amb l'envelliment i la dependència és com a tutora de pràctiques externes en diverses residències i centres de dia públics i concertats per a gent gran (Oms-Sant Miquel, Llar de Calvià, Sèniors Mallorca), i d'atenció i suport a la dependència (Son Güells).

NURIA MARÍA GARCÍA DOPICO

Palma (1995). Graduada en Fisioteràpia (UIB, 2013-2017), premi extraordinari de final d'estudis oficials i premi Pilar Ferrer de Sant Jordi, màster en Investigació, Salut i Qualitat de Vida (UIB, 2017-18). Actualment, és investigadora col·laboradora en el grup de recerca CANCLiP (des de 2017) i becària predoctoral de l'IdISBa (2020). La seva experiència vinculada amb l'envelliment i la dependència és com a fisioterapeuta en hospitals públics de la xarxa de l'IB-Salut (Son Llätzer, Son Espases, Joan March) i en clíniques privades (Clínica Juaneda, centre de fisioteràpia CEVI).

JOAN LLORENÇ TERRASA NAVARRO

Palma (1988). Llicenciat en Biologia (2012) i Doctor en Neurociències (2020) per la Universitat de les Illes Balears. Professor ajudant a la UIB des de 2020, ha estat tècnic de suport a la investigació en el projecte «PSI2015-66295-R. Protocol d'activació conductual i exercici físic per a pacients amb dolor crònic basat en l'ús de noves tecnologies (*smartphone*)» del grup de recerca CANCLiP de l'IUNICS i de l'IdISBa. La seva experiència vinculada amb l'envelliment i la dependència va ser com a col·laborador en el projecte de l'Obra Social "La Caixa" «Mecanismes moleculars de les estratègies neuroprotectores en l'envelliment cerebral: correlació entre estudis neuroquímics i comportamentals», del grup de recerca de Neurofisiologia (UIB) (2012- 13), i com a tècnic de suport a la investigació en el projecte «PSI2016-78637-P. Estudis dels circuits neurals del dolor i la seva reorganització en l'envelliment» (2019-20).

CHRISTINE WINTERHOLLER

(1984). Master of Science in Psychology and Mental Health (psicología clínica) por Tilburg University (Países Bajos). La seva experiència professional més recent és com a psicoterapeuta, centrada en traumes, alteracions alimentàries i *neurofeedback*, i com a tècnica de suport a la investigació en el projecte «PSI2017-88388-C4-1-R. Dolor i plasticitat cerebral: modulació somatosensorial i motora (projecte coordinat) / Canvis en la percepció de dolor induïts per l'estimulació elèctrica transcranial (subprojecte 1)». La seva experiència vinculada amb l'envelliment i la dependència és com a psicoterapeuta centrada en trauma en ancians i abús de substàncies.

**LA GENT GRAN I EL SON:
AMICS O ENEMICS**

La gent gran i el son: amics o enemics

Mónica de la Peña Bravo

Dormir és la cadena d'or que uneix la salut amb el cos.

Thomas Dekker (dramaturg)

Resum

El son és l'estat fisiològic que constitueix el període de descans, en què la consciència i la voluntat estan suspeses totalment o parcialment i les funcions orgàniques estan disminuïdes.

Mentre dormim el cos desenvolupa activitats importants per al seu funcionament. A més, la qualitat del son té un impacte en la salut física, mental i emocional, i comporta molts beneficis (ajuda a produir massa muscular, contribueix al creixement, incrementa la capacitat del sistema immunitari per combatre les infeccions, potencia la capacitat de concentració, d'aprenentatge i de memòria, millora l'estat d'ànim, augmenta l'esperança de vida).

La població de gent gran creix de forma ràpida a tot el món, i aquest creixement tindrà importants conseqüències sociosanitàries. El 50% dels més grans de 65 anys que viuen al seu domicili no està satisfet amb la qualitat del son, i un percentatge molt més gran dels ingressats en residències pateixen trastorns del son.

Les queixes sobre el son en l'ancià poden ser conseqüència d'un trastorn primari, com l'apnea del son, o bé ser secundàries a problemes mèdics o psiquiàtrics, politeràpia, factors psicosocials, etc. I a l'inrevés, quan els trastorns del son es fan crònics poden exacerbar els problemes mèdics o psiquiàtrics coexistents.

Els trastorns crònics del son solen associar-se amb somnolència diürna excessiva i poden conduir a alteracions cognitives i psicomotrius i propiciar un major risc d'accidents i una disminució de la qualitat de vida.

Resumen

El sueño es el estado fisiológico que constituye el período de descanso, en el que la conciencia y la voluntad están suspendidas total o parcialmente y las funciones orgánicas están disminuidas.

Mientras dormimos nuestro cuerpo desarrolla actividades importantes para su funcionamiento. Además, la calidad del sueño tiene un impacto en la salud física, mental y emocional, y conlleva muchos beneficios (ayuda a producir masa muscular, contribuye al crecimiento, incrementa la capacidad del sistema inmunitario para combatir las infecciones, potencia la capacidad de concentración, de aprendizaje y de memoria, mejora el estado de ánimo, aumenta la esperanza de vida).

La població de persones majors creix de forma ràpida en tot el món, i aquest creixement tindrà importants conseqüències socio sanitàries. El 50% de les majors de 65 anys que viuen en el seu domicili no està satisfet amb la qualitat del seu somni, i un percentatge molt més gran de les ingressades en residències pateixen trastorns del somni.

Les queixes del somni en l'ancià poden ser conseqüència d'un trastorn primari, com la apnea del somni, o bé ser secundàries a problemes mèdics o psiquiàtrics, politeràpia, factors psicosocials, etc. I a la inversa, quan els trastorns del somni es fan crònics poden exacerbar els problemes mèdics o psiquiàtrics coexistents.

Els trastorns crònics del somni solen associar-se amb somnolència diürna excessiva i poden conduir a alteracions cognitives i psicomotrius, propiciant un major risc d'accidents i una disminució de la qualitat de vida.

1. Coses importants que hem de saber respecte al son. Sabíeu que...

- Les persones passen un terç de la vida dormint.
- Tenir son durant el dia no sempre vol dir que no s'ha dormit prou durant la nit. La somnolència diürna també pot indicar la presència d'algun trastorn o problema de salut, com la síndrome d'apnea del son i la narcolèpsia.
- Els somnis es produeixen principalment durant el son de moviments oculars ràpids o son MOR, la major part del qual té lloc al final de la nit. Per això, com més tard ens despertem, més probabilitats tenim de recordar els somnis.
- Alguns experts suggereixen que els somnis representen la repetició dels esdeveniments del dia com un mecanisme fonamental en la formació de records, mentre que d'altres afirmen que el contingut dels somnis és simplement el resultat de l'activitat a l'atzar del cervell.
- El «son acumulat» no es pot recuperar.
- El son dels animals és molt semblant al dels humans, però hi ha algunes diferències. Els dofins, per exemple, necessiten mantenir un estat de consciència en tot moment, i això fa que, mentre dormen, una part del cervell romangui desperta.
- Tot i que el ronc és comú en els adults i habitualment no és motiu de preocupació, en alguns casos esdevé un signe d'apnea del son (vegeu la pestanya Trastorns del son).

- Seguir alguns consells com evitar l'alcohol i els medicaments que causen somnolència abans d'anar al llit, dormir de costat i perdre pes, en cas de tenir-ne excés, us ajudaran a reduir els roncs.

2. El son. Característiques

El son és un procés biològic complex que ajuda les persones a mantenir-se sanes. Es caracteritza pels canvis en l'activitat cerebral, la temperatura corporal, el ritme cardíac, la respiració i altres funcions fisiològiques.

La funció principal del son és **reparar l'organisme** a partir de:

- L'increment de l'activitat fisiològica. Mentre dormim augmenten certes activitats fisiològiques, com ara la reparació cel·lular i el creixement.
- La regulació de la temperatura corporal. El son controla la temperatura que l'organisme necessita en cada moment en funció dels processos que s'hi desenvolupen, com els metabòlics o els hormonal. D'aquesta manera contribueix a la conservació de l'energia.
- La reducció de l'activitat cardiovascular. Durant el son es redueix la freqüència cardíaca i la pressió arterial.
- El canvi dels patrons de la respiració. Durant el dia la respiració acostuma a ser irregular per la parla o la postura, entre d'altres factors, però durant l'etapa del son no-MOR el ritme respiratori disminueix i s'uniformitza.

El ritme vigília/son és un ritme circadiari. Els ritmes circadianis són ritmes biològics que controlen diverses funcions, incloent la temperatura corporal, la secreció hormonal endògena i el cicle vigília-son. En els mamífers, el sistema circadiari és una jerarquia en la qual el marcapassos principal és al nucli supraquiasmàtic (NSQ), compost per «cèl·lules rellotge», que coordina el funcionament d'oscil·ladors perifèrics.

El son es divideix en cicles que es repeteixen entre quatre i cinc vegades al llarg de la nit. Cada cicle està format per dos estats, que s'alternen cada 90 minuts:

- **Son sense moviments oculars ràpids (son no-MOR o son lent).** En aquest període augmenta el subministrament de sang als músculs, els teixits creixen i es reparen, es restaura l'energia i s'alliberen hormones importants per al creixement i el desenvolupament. Es divideix en tres fases, al llarg de les quals s'avança cap a un son més profund:

- **Fase 1.** Etapa intermèdia entre estar despert i adormir-se. Es pot entrar en un son superficial.
- **Fase 2.** Inici d'un son més profund. La respiració i el ritme cardíac són regulars, i la temperatura corporal disminueix.
- **Fase 3.** El son assoleix el màxim nivell de profunditat. La respiració s'alenteix, la pressió arterial disminueix i els músculs es relaxen. El cos allibera hormones.
- **Son de moviments oculars ràpids (son MOR).** El cervell està actiu i somia. El cos es manté immòbil, i la respiració i la freqüència cardíaca són irregulars. En aquesta fase predominen els processos de reparació cerebral (reorganització neuronal, consolidació i emmagatzematge de records). Al llarg de la nit augmenta la seva durada.

3. El son al llarg de la vida

No es pot precisar una quantitat exacta d'hores de son necessàries, ja que cada individu és diferent. El nombre recomanable d'hores en què s'ha de dormir cada dia en funció de l'edat de cada persona és:

- Nadons (0-3 mesos): es recomana que dormin entre 14 i 17 hores cada dia.
- Nadons (4-11 mesos): l'ideal és que dormin entre 12 i 15 hores.
- Nens entre 1 i 2 anys: han de dormir entre 11 i 14 hores.
- Nens en edat preescolar (3-5): l'adequat és que dormin entre 10 i 13 hores.
- Nens en edat escolar (6-13): el recomanable seria dormir entre 9 i 11 hores.
- Adolescents (14-17): l'ideal és dormir entre 8 i 10 hores.
- Adults joves (18-25): es recomana dormir entre 7 i 9 hores.
- Adults (26-64): l'estudi revela que l'ideal és dormir entre 7 i 9 hores.
- Més grans de 65 anys: l'ideal és descansar entre 7 i 8 hores al dia.

És important interioritzar el concepte que dormir bé no és el mateix que descansar moltes hores, i podem dir que, en general, és més important la qualitat del son que el nombre concret d'hores de son.

4. El son en la gent gran

El son de la gent gran es caracteritza per una disminució de l'habilitat per romandre adormits, fet que dona lloc a un augment de la fragmentació del son i a una disminució de l'alerta durant el dia. Hi ha també un avanç de fase, un escurçament del període de vigília-son i una desincronització dels ritmes circadianis. Els canvis en els ritmes circadianis s'associen a una disminució de la qualitat del son. Hi ha una marcada disminució del son profund d'ones lentes. Els fusos de son són menys freqüents, menys amplis i més curts. El son MOR és més uniforme durant la nit i no s'incrementa a mesura que transcorre el son. Els pics de secreció d'hormona de creixement i de melatonina apareixen disminuïts en la vellesa.

L'envelliment afecta totes les funcions del sistema nerviós, encara que no totes declinen simultàniament. Pareix que amb l'envelliment ocorren discretes pèrdues funcionals o estructurals, sense que necessàriament suposin implicacions clíniques evidents. Això explicaria l'absència d'un patró estable del son en l'envelliment i el fet que, mentre alguns subjectes sans d'edat avançada presenten alteracions valorables, altres no presenten cap tipus de trastorn.

Les funcions cerebrals, entre les quals es troba el son, presenten variacions al llarg de la vida de les persones sanes. En els ancians, igual que en els adults més joves, hi ha dormidors curts i també dormidors llargs, si bé és cert que la proporció dels primers augmenta amb l'edat.

El que es perd de forma més constant és la capacitat de recuperació del son. Els canvis que es produeixen en el son en relació amb l'edat són nombrosos i estan lligats a modificacions de l'estructura del son, del ritme circadiari vigília-son, de la temperatura corporal i dels nivells hormonals. De tots els canvis que es produeixen a partir dels 65-70 anys, potser el més conegut és la dificultat que presenten els ancians per mantenir la continuïtat del son al llarg de la nit. Els despertaments durant el son es fan cada vegada més freqüents i més prolongats, disminueix l'eficiència del son i té lloc, en el cas de despertaments de curta durada, un alleugeriment d'aquest. L'existència d'aquesta fragmentació del son en la gent gran fa que els períodes de vigília nocturns augmentin fins a ocupar entre el 12 i el 25 per cent del temps dedicat al son; per això, atès que en l'ancià disminueix la capacitat per dormir en major proporció que la necessitat de son, s'ha d'incrementar el nombre d'hores dedicades al son per obtenir un descans similar al que s'aconseguia amb menys hores quan era jove.

El son no-MOR profund s'afecta precoçment amb el pas dels anys. A partir dels quaranta anys disminueix progressivament la proporció de l'estadi 3, que pot arribar a desaparèixer totalment a partir dels setanta anys.

El son MOR es modifica poc amb l'edat, i la seva proporció es manté estable en els subjectes sans fins a edats molt avançades. El que es modifica és la seva distribució al llarg de la nit. El primer MOR apareix més precoçment que en subjectes més joves, probablement per la menor proporció de son lent profund en el primer cicle de son nocturn. Aquest canvi fa que els diferents cicles de son tinguin una durada molt similar. Una altra característica és que desapareix el seu increment al llarg de la nit, i el primer son MOR és més llarg que en els joves, sense diferències notables amb els corresponents als cicles posteriors. L'índex de moviments oculars està generalment disminuït en relació amb el que passa en les persones més joves. Així doncs, mentre que la proporció de son MOR es manté sense grans canvis en la gent gran, el que es modifica de manera important amb l'edat són els fenòmens fàscs que l'acompanyen, així com la seva organització temporal.

Una conseqüència de l'envelliment és la pèrdua del ritme circadiari vigília-son, amb la disminució de l'amplitud del ritme i una tendència cap a la desincronització interna d'aquest ritme. Això sembla que està relacionat amb la pèrdua neuronal que s'accentua amb l'edat, disminueix la secreció de melatonina i s'agreuja per la degeneració del nervi òptic o l'aparició de cataractes. Altres factors que poden influir en els trastorns del ritme circadiari són les freqüents alteracions visuals que es pateixen a aquesta edat, així com una il·luminació deficitària durant el dia, que també disminueix la secreció de melatonina. La disminució de l'activitat motora durant la vigília és també una altra causa d'alteració de la circadiaritat.

L'ancià perd la facultat de dormir de manera continuada durant la nit i, en incrementar-se l'edat, els despertaments nocturns es fan més llargs i més nombrosos. Aquesta desestructuració del son nocturn s'acompanya d'una dificultat per mantenir la vigília, que es veu interrompuda al llarg del dia per migdiades i capades cada vegada més freqüents, que repercuteixen sobre una major fragmentació de la son. Aquesta desestructuració no passa en totes les persones grans, i aproximadament una quarta part no fa cap migdiada durant el dia i una gran quantitat d'elles només en fa de forma esporàdica. Els períodes de somnolència diürna presenten característiques morfològiques pròpies.

5. Trastorns del son en la gent gran

Els trastorns del son poden estar causats per un trastorn primari del son, com l'apnea del son o la síndrome de cames inquietes, o bé ser secundaris a certs problemes mèdics, neurològics, psiquiàtrics, psicosocials i fins i tot iatrogènics. Els trastorns crònics del son en aquesta edat s'associen amb somnolència diürna, alteracions cognitives, confusió, psicomotricitat lenta i increment del risc de caigudes.

5.1. Insomni

L'insomni és una queixa habitual en la gent gran i pot presentar-se com una incapacitat per a l'inici o el manteniment del son o com un despertar precoç. Fins a un 40 per cent de les persones més grans de seixanta anys pateix insomni, despertaments freqüents i son interromput i lleuger. Les queixes del son s'associen amb símptomes respiratoris, depressius, físics i/o medicamentosos.

L'insomni és un símptoma, i la causa o les causes subjacent s'han d'investigar sempre. L'etiologia sol ser multifactorial: causes mèdiques (malaltia pulmonar obstructiva crònica, insuficiència cardíaca congestiva, càncer, processos que cursen amb dolor, pruíja o febre, menopausa, politeràpia, etc.), psiquiàtriques (depressió, ansietat), processos neurològics, alteracions del ritme circadiari, trastorns respiratoris i del moviment, factors psicosocials (jubilació, aïllament, solitud, dol, disminució de l'activitat física, etc.) i tòxics. A més, el consum crònic d'hipnòtics pot originar una sedació excessiva, confusió, deteriorament cognitiu i canvis de personalitat, símptomes anàlegs als de les demències que poden emmascarar el diagnòstic.

Els ancians poden, també, tenir un son interromput com a conseqüència de la ingesta d'alcohol, nicotina i cafeïna. Inicialment, l'alcohol disminueix la latència per iniciar el son i produeix una fragmentació d'aquest, amb una deprivació del son MOR i un rebot posterior a la nit. Amb l'edat, el metabolisme de l'alcohol es fa més lent i mostra un important efecte sedant. La cafeïna, com a estimulants, incrementa la latència del son i en disminueix l'eficiència. La supressió de la ingesta de cafeïna s'associa amb depressió, irritabilitat i hipersomnolència.

A l'hora d'establir el tractament es tindran en consideració els fets anteriors, tractant la causa primària. Sempre serà de gran utilitat promocionar una bona higiene del son, que de vegades per si sola millora l'insomni i fa innecessaris altres tractaments. Una de les pràctiques més eficaces d'higiene del son és aixecar-se a la mateixa hora cada dia, fet que ajuda a establir el sistema circadiari i regularitza no només el moment de despertar, sinó l'exposició inicial a la llum.

Quan es prescriuin fàrmacs, s'han de prescriure en la dosi efectiva més baixa i sempre per un curt període de temps, fins que siguin efectives altres intervencions psicoterapèutiques. Si és possible, són desitjables les dosis intermitents. El tractament farmacològic sol no és efectiu per tractar l'insomni crònic; s'ha d'acompanyar de normes d'higiene del son i, de vegades, de teràpies cognitivoconductuals. La teràpia de control d'estímuls, la de restricció de son i les tècniques de *biofeedback* i relaxació per reduir els nivells d'ansietat o d'estat d'alerta són també eficaces.

5.2. Trastorns respiratoris relacionats amb el son

La síndrome d'apnees del son (SAS) és el trastorn respiratori més freqüent en l'ancià, i disminueix la seva qualitat de vida en afectar negativament gairebé cada sistema orgànic. Amb l'edat, es produeixen canvis en la fisiologia respiratòria (disminueix la mida de la via aèria i la capacitat vital és menor). A més, s'observa una resposta ventilatòria més baixa a la hipercàpnia i hipoxèmia, causa de la disminució de l'habilitat per interpretar i integrar la informació perifèrica i central.

La SAS es caracteritza per episodis repetits d'obstrucció de la via aèria superior seguits de dessaturació d'oxigen. Els símptomes més importants inclouen ronc i apnees nocturnes, somnolència diürna i deteriorament cognitiu. La seva prevalença arriba al 4 per cent de les dones i a més del 13 per cent dels homes. La menopausa sembla que té un paper fonamental en la prevalença de la SAS femenina, a causa de la disfunció d'estrògens i progesterona i la diferent distribució de la massa corporal. No obstant això, la teràpia hormonal substitutòria redueix la prevalença a la meitat.

La somnolència diürna que presenten les persones grans amb SAS és conseqüència de la fragmentació del son pels repetits microdespertaments, mentre que les alteracions de la concentració i de la memòria són conseqüència de la hipoxèmia. Així, la SAS amb hipoxèmia causa dificultats per a la resolució de problemes complexos, per a l'atenció i per a la concentració, respecte dels casos sense hipoxèmia.

Alguns estudis han relacionat la SAS amb la depressió i el deteriorament neuropsicològic amb demència, assenyalant una prevalença major de síndrome d'apnea obstructiva del son (SAOS) en la malaltia d'Alzheimer. La sospita de SAOS es fonamenta en la clínica del pacient, les seves manifestacions diürnes (somnolència, fatiga, sequedat de gola, etc.), nocturnes (ronc, apnees) i sistèmiques (hipertensió arterial, pulmonar, alteracions del ritme cardíac, etc.). A més, cal investigar altres situacions que incrementen la seva presència, com l'hipotiroïdisme, l'acromegàlia, l'obesitat, el coll curt, la micrognàtia o retrognàtia i malalties neurològiques que afecten la via aèria superior.

En els ancians, el diagnòstic es pot retardar, a causa del quadre clínic atípic que de vegades presenten, amb queixes que indueixen a error o s'atribueixen a l'edat. El diagnòstic es confirma per polisomnografia (PSG), encara que no hi ha dades normatives de l'índex d'apnees hipopnees (IAH) per a aquesta edat.

Un adequat tractament de la SAS ajuda a revertir les alteracions neurocognitives. El tractament conservador més acceptat és la pressió positiva contínua en les vies respiratòries (CPAP), i en la gent gran ha de considerar-se la primera opció terapèutica juntament amb mesures higienicodietètiques: pèrdua de pes, tractament postural

evitant el supí, reducció o supressió de tòxics com l'alcohol, la nicotina i depressors de l'SNC. La disminució de pes millora l'àrea transversal de la via aèria superior i es redueix l'IAH. Com a mesures instrumentals, hi ha el tractament amb CPAP; és el més utilitzat i efectiu, però és un tractament simptomàtic amb possibles efectes col·laterals (congestió nasal, claustrofòbia).

L'adaptació a la CPAP millora amb el suport familiar. Entre els dispositius intraorals, els d'avanç mandibular poden ser una alternativa a la mascareta nasal en els casos de claustrofòbia, encara de vegades poden originar una disfunció de l'articulació temporomandibular. Els tractaments quirúrgics inclouen la reconstrucció mandibular, l'avanç del genioglòs i la uvulopalatofaringoplàstia. La complexitat d'alguna d'aquestes operacions i els seus riscos les fan menys recomanables com a teràpia d'elecció a aquesta edat.

5.3. Moviments anormals relacionats amb el son

La síndrome de moviments periòdics de les cames (SMPC) es caracteritza per sacsejades periòdiques durant el son que tenen una durada de 0,5 a 5 segons i es repeteixen a intervals de 5 a 40 segons. La prevalença en la població general és del 5-6 per cent, i s'incrementa fins a un 40 per cent en les persones grans. No hi ha predomini de gènere.

La majoria dels casos són idiopàtics i altres s'associen a malalties (narcolèpsia, mielopaties, neuropaties, SAOS). La PSG permet objectivar els moviments periòdics mitjançant el registre de l'activitat muscular en els dos tibials anteriors.

Nombrosos pacients amb SMPC mostren una síndrome de cames inquietes (SCI), caracteritzada per sensacions desagradables, parestèsies i de vegades dolor a les extremitats inferiors (EI), al final de l'horabaixa o en arribar la nit, que s'alleugen amb el moviment. Incrementen la latència per iniciar el son i donen lloc a un insomni de conciliació i/o manteniment. La seva prevalença és major en la dona i augmenta amb l'edat. La majoria dels casos són idiopàtics, però n'hi ha casos familiars i altres d'associats a malalties (insuficiència renal, neuropaties, mielopaties, etc.). La SCI pot exacerbar-se en pacients amb artritis reumatoide i anèmia ferropènica o en els que ingereixen quantitats importants de cafeïna. La majoria dels pacients amb SCI tenen moviments periòdics a les EI durant la nit, però no tots els que tenen moviments diaris presenten una SCI.

El diagnòstic de la SCI és clínic, basat en criteris diagnòstics.

En el tractament de la SCI i la SMPC s'han utilitzat tractaments farmacològics. Els pacients amb clínica de SCI i deficiència de ferro milloren amb aportacions d'aquest metall.

5.4. Alteracions del ritme circadiari

L'envelliment comporta la debilitació, reducció de l'amplitud i desincronització dels ritmes circadiaris. Entre els possibles mecanismes causals trobem: alteracions a l'NSQ, disminució de l'amplitud del ritme circadiari de la melatonina, descens dels inputs a l'NSQ (per disfunció visual o auditiva o per aïllament social) i alteració dels mecanismes moleculars bàsics que generen la ritmicitat.

La síndrome d'avanç de fase circadiària del son (SAFCS) és el trastorn circadiari més freqüent en la gent gran. El son s'inicia aviat i la persona es desperta aviat al matí i és incapaç de reprendre el son. Si intenta retardar l'hora d'anar a dormir i no s'adorm, quan es desperta es produeix una privació de son per son insuficient. En el tractament es pot utilitzar llum brillant en les primeres hores de l'horabaixa, per retardar l'inici del son, i melatonina per reajustar l'inici del son mitjançant la sincronització del rellotge circadiari intern. L'ancià produeix menys melatonina i, en aquest sentit, s'ha demostrat que l'insomni i la disminució de l'eficiència del son mostraven una correlació amb els pics baixos de melatonina. La melatonina i la teràpia amb llum poden utilitzar-se soles o conjuntament.

5.5. Narcolèpsia

Es tracta d'un problema del sistema nerviós que provoca somnolència diürna extrema. Tot i que se'n desconeix la causa exacta, moltes de les persones afectades tenen nivells baixos d'orexina, una substància química produïda al cervell que ajuda a mantenir-se despert.

La narcolèpsia pot produir al·lucinacions en dormir o en despertar-se, episodis de paràlisi del son, en què el cos es manté immòbil durant uns quinze minuts en començar a adormir-se o despertar-se, i atacs de cataplexia. En aquests atacs, d'entre trenta segons i dos minuts de durada, es perd el control dels músculs, el cap cau endavant, la mandíbula baixa i els genolls es poden doblegar.

És un trastorn crònic i, per tant, el tractament es basa en el control dels símptomes. La millora dels hàbits d'higiene del son i alguns medicaments poden ajudar a mantenir-se despert durant el dia.

5.6. Parasòmnies

Les parasòmnies són trastorns episòdics durant el son que es manifesten per fenòmens motors i/o vegetatius associats a diferents graus de despertament.

Les parasòmnia associades al son no-MOR, el somnambulisme i els terrors nocturns són infreqüents en l'ancià, atès que és escàs el son lent profund. Són igualment infreqüents les parasòmnia associades al son MOR: els malsons i el trastorn del comportament associat al son MOR. En l'adult, els malsons solen ser d'origen psicopatològic, encara que el consum de certs fàrmacs els pot desencadenar.

El trastorn del comportament associat al son MOR és la parasòmia més freqüent en l'ancià amb patologia neurològica. Es caracteritza per un augment del to muscular durant el son MOR. Els pacients presenten una intensa activitat motora en la seqüència d'un somni. El trastorn es genera per una lesió al tronc cerebral i pot anar d'un simple moviment a moviments complexos, suggestius d'estar representant un somni, i pot comportar dany a un mateix o als altres. El tractament és eficaç en un 90 per cent dels pacients i és farmacològic.

6. El son i les malalties

Estudis científics demostren que la quantitat i la qualitat del son estan relacionades amb el risc de patir malalties o problemes de salut determinats:

- Dormir ajuda a regular els nivells de grelina i leptina, hormones responsables de les sensacions de fam i sacietat. Per tant, quan es dorm poc, es pot sentir la necessitat de menjar més, fet que pot provocar augment de pes i, com a conseqüència, excés de pes o obesitat.
- Generalment la pressió arterial disminueix mentre es dorm, però el son interromput pot afectar negativament aquest descens normal i comportar hipertensió i problemes cardiovasculars.
- La manca de son influeix en la capacitat del cos per processar la glucosa i, per tant, pot provocar l'aparició de diabetis.
- Les persones amb insomni tenen un risc deu vegades més gran de desenvolupar depressió en comparació amb la resta. Altres possibles conseqüències dels trastorns del son són l'ansietat i l'angoixa.
- El consum d'alcohol i drogues és més freqüent en les persones que dormen malament, atès que els utilitzen com a somnífer pel seu efecte sedant. Malgrat això, l'alcohol estimula les parts del cervell que provoquen excitació un parell d'hores després de beure'n, fet que ocasiona que hom es desperti abans de temps.

No dormir bé també pot agreujar els símptomes d'algunes malalties o problemes de salut:

- La manca de son afavoreix les convulsions en persones amb epilèpsia.
- Els trastorns del son intensifiquen els símptomes del trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat (TDAH), com la manca de concentració i la impulsivitat.
- Els problemes per dormir augmenten la fatiga de les persones que pateixen esclerosi múltiple.

Finalment, hi ha algunes malalties que poden condicionar el son:

- En la malaltia d'Alzheimer, la pèrdua de teixit cerebral que condueix a la pèrdua d'habilitats mentals pot causar trastorns del son.
- Els símptomes de l'asma, com ara la tos, les sibilàncies i la sensació de dificultat per respirar, de falta d'aire o d'ofec, poden afectar el descans nocturn de les persones que en pateixen.
- La tos, el dolor al pit i la micció nocturna freqüent de les persones amb malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) influeixen en la quantitat i la qualitat del son. A més, els medicaments utilitzats per tractar aquesta malaltia poden provocar insomni o somnolència diürna.
- La depressió pot provocar trastorns del son.
- L'epilèpsia influeix en el cicle del son, perquè les persones afectades poden experimentar convulsions mentre dormen. Aquestes convulsions causen despertaments durant la nit i provoquen cansament i problemes de concentració.
- El dolor propi de la fibromiàlgia també pot afectar la quantitat i la qualitat del son.
- L'acidesa nocturna pròpia de la malaltia per reflux gastroesofàgic pot produir insomni i apnea del son.
- Els problemes de son poden ser indicatius de la malaltia de Parkinson.
- Els símptomes de la síndrome de les cames inquietes s'agreugen en anar al llit.

7. Recomanacions sobre higiene del son

- Procurar tenir unes condicions de son òptimes, una habitació fosca, sense soroll i amb una temperatura entre 18 i 22 graus centígrads i amb condicions d'humiditat acceptables.

- Evitar pensar en els problemes de treball, d'estudi o personals a l'hora d'anar a dormir.
- Generar un temps de tranquil·litat abans d'anar a dormir, en el qual el grau d'activitats vagi decreixent.
- Tenir un horari regular per anar a dormir i aixecar-se. Proveu de mantenir-lo durant tota la setmana i dies festius. Establir horaris, sobretot per aixecar-se, ja que d'aquesta manera es regularitzarà l'hora de dormir.
- Reservar el dormitori per descansar, per la qual cosa el televisor, ordinador, estudis, lectures i treball han de ser eliminats de la rutina quan us trobeu al llit.
- Evitar dormir durant el dia. No feu migdiades si patiu insomni.
- Practicar exercici durant el matí o d'hora l'horabaixa, de mitja hora a quaranta-cinc minuts, tres vegades per setmana. La pràctica esportiva pot augmentar el son profund, però si es fa abans d'anar a dormir, condueix a una activació.
- No consumir estimulants com el cafè, begudes de cola, nicotina, te, cacau, alcohol.
- Mantenir bons hàbits alimentaris. No prengueu aliments proteics o greixos en el sopar i intentau mantenir horaris regulars per als àpats. Algunes persones es poden beneficiar d'un got amb llet petit abans d'anar a dormir. No ingeriu aliments pesats més enllà de tres hores abans d'anar a dormir.

Referències bibliogràfiques

Avidan, A. Y. (2005). Sleep in the geriatric patient population. *Seminars in Neurology*, (25), 52-63.

Carpizo, M. R. (2001). *Alteraciones EEG del sueño y la vigilia en las enfermedades priónicas*. (Tesi doctoral). Universidad de Cantabria.

Clínica del Doctor Estivill. Canal Salut de la Generalitat de Catalunya.

Culebras, A. (2009). *Trastornos del sueño y enfermedades neurológicas*. Madrid: Aula Médica.

Foley, D. J., Monjan, A. A. i Brown, S. L. (1995). Sleep complaints among elderly persons: an epidemiologic study of three communities. *Sleep*, (18), 425-32.

Kumar, S., Bhatia, M. i Behari, M. (2002). Sleep disorders in Parkinson's disease. *Mov Disord*, (17), 775-81.

Lugaresi, E., Medori, R., Montagna, P., Baruzzi, A., Cortelli, P., Lugaresi, A. et al. (1986). Fatal familial insomnia and dysautonomia with selective degeneration of thalamic nuclei. *N Engl J Med*, (315), 997-1003.

Sforza, E., Montagna, P., Tinuper, P., Cortelli, P., Avoni, P., Ferrillo, F. et al. (1995). Sleep wake cycle abnormalities in fatal familial insomnia. Evidence of the role of the thalamus in sleep regulation. *Electroencephalogr Clin Neurophysiol*, (94), 398-405.

Tabernerero, C., Polo, J. M., Sevillano, M. D., Muñoz, R., Berciano, J., Cabello, A. et al. (2000). Fatal familial insomnia: clinical, neuropathological, and genetic description of a Spanish family. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, (68), 774-777.

Vitiello, M. V., Bliwise, D. L., Prinz, P. N. (1992). Sleep in Alzheimer's disease and the sundown syndrome. *Neurology*, (42) (Suppl 6): 83-94.

Autora

MÓNICA DE LA PEÑA BRAVO

Eivissa (1974). Llicenciada en Medicina i Cirurgia; especialista en Medicina del Son. Coordinadora de la Unitat Multidisciplinària de Trastorns de Son de Son Espases; professora associada de pneumologia. Experiència en el seguiment de pacients a la unitat de son.

INTOXICACIONES A LA TERCERA EDAD

Intoxicacions a la tercera edat

Jordi Puiguriquer Ferrando
Silvia Miralles Corrales

Resum

Entre els reptes que suposa l'assistència a una població en envelliment progressiu, estudiar-ne les intoxicacions representa un exercici necessari a causa de l'increment de la capacitat vital d'aquest segment poblacional.

Estudi retrospectiu i observacional dels intoxicats més grans de 60 anys atesos al servei d'urgències d'un hospital universitari de tercer nivell durant nou anys. Es van revisar variables epidemiològiques, toxicològiques, tipus de tòxic, destí i mortalitat, en grups de pacients en franges d'edat de 5 anys.

S'han inclòs a l'estudi un total de 1.411 casos (el 10,1% del total de casos d'intoxicats atesos durant el mateix període). El 29,2% eren dones. El percentatge va anar minvant paral·lelament a l'increment de l'edat.

En el 87,9% dels casos hi va participar un tòxic únic, i l'alcohol va ser l'implicat en el major nombre de casos (55,3%), seguit per les benzodiazepines (9,9%). L'alcohol va predominar fins als 74 anys i a partir d'aquesta edat van ser els fàrmacs.

La causa de la intoxicació va ser suïcida en 201 casos (14,2%), amb major incidència entre les persones de 85 a 94 anys.

Fins a 200 pacients van requerir ingrés hospitalari. Un total de 21 intoxicats varen morir, sobretot a partir dels 75 anys, principalment per ingestes suïcides (àcid clorhídric —salfumant—) o per iatrogènia (metformina, digoxina i benzodiazepines).

Presentem el primer estudi sobre intoxicacions en persones grans al nostre entorn, amb una mostra suficientment àmplia per demostrar la necessitat d'incrementar mesures preventives també en aquesta població.

Resumen

Dentro de los retos que supone intentar asistir a una población cada vez más envejecida, estudiar las intoxicaciones representa un ejercicio necesario debido al incremento de la capacidad vital de este segmento poblacional.

Estudio retrospectivo y observacional de los intoxicados mayores de 60 años atendidos en el servicio de urgencias en un hospital universitario de tercer nivel durante nueve años (de 2011 a 2019). De cada caso se revisaron variables epidemiológicas, toxicológicas, tipo de tóxico, destino y mortalidad, según franjas de edad de 5 años.

Se incluyen en el estudio un total de 1.411 casos (el 10,1% del total de casos de intoxicados atendidos en el mismo periodo). El 29,2% eran mujeres. El porcentaje de casos disminuyó paralelamente al incremento de la edad.

En el 87,9% estuvo implicado un tóxico único; el alcohol fue el que participó en el mayor número de casos (55,3%), seguido por las benzodiazepinas (9,9%). El alcohol predominó hasta los 74 años, a partir de esa edad lo hicieron los fármacos.

La causa de la intoxicación fue suicida en 201 casos (14,2%), con mayor incidencia entre las personas de 85 a 94 años

Precisaron hospitalización 200 intoxicados. Fallecieron 21 pacientes, principalmente a partir de los 75 años, ya fuera por ingestas suicidas (ácido clorhídrico —sulfamán—) o por iatrogenia (metformina, digoxina y benzodiazepinas).

Se presenta el primer estudio sobre intoxicaciones en personas mayores en nuestro país con una muestra suficientemente amplia para demostrar la necesidad de incrementar medidas preventivas también en esta población.

1. Introducció

L'envelliment poblacional mundial, amb un major impacte en països occidentals, és una realitat social inqüestionable per la confluència de dues circumstàncies: l'increment de l'esperança de vida (derivada de les millores socials i sanitàries del segle XX) i la caiguda de les taxes de fecunditat. Conseqüència de tot això és l'increment demogràfic de persones grans, que a la nostra comunitat autònoma (CA) suposa que l'any 2019 fins al 20,2% de la població era més gran de 60 anys, percentatge sense cap dubte significatiu, tot i que menor a la mitjana estatal (25,7%).

Afrontar aquest envelliment social suposa un repte i exigeix a la vegada una resposta integral de la salut pública, amb l'objectiu d'aconseguir que les persones grans mantinguin una capacitat funcional òptima i autònoma. Es tracta no sols de viure més anys, sinó de fer-ho d'una forma activa i de disminuir al màxim el temps de dependència funcional, per la qual cosa un dels factors determinants és l'estat de salut de cadascú.

Sovint considerem que, en persones grans, els problemes de salut deriven sols de les patologies cròniques pròpies de l'envelliment de l'organisme, generalment malalties no transmissibles, cosa que no deixa ser certa, però sols en part. Si ens basem en la capacitat funcional i en les activitats que realitza una persona per definir realment la

seva edat, i no en la data de naixement, ens adonarem que hem de plantejar-nos la possibilitat de preveure altres opcions d'emmalaltir fins ara poc, o gens, contemplades en «grans», i les intoxicacions en són una.

La majoria dels estudis i dels esforços en prevenció de les intoxicacions van adreçats habitualment a dos tipus de pacients: joves o adolescents, amb l'objectiu d'evitar futures conductes abusives i conductes de risc, i a poblacions amb un consum ja crònic i ja vinculat amb malalties cròniques o infectocontagioses. Tradicionalment els estudis toxicològics marginen la gent gran, i quan els tenen en compte, es limiten a definir alguns aspectes epidemiològics com el tipus de fàrmac utilitzat en ingestes medicamentoses voluntàries (que es vinculen a analitzar conductes suïcides), però amb escassa voluntat preventiva, i quan la tenen, la mostra de pacients és escassa per treure'n conclusions fermes i consistents.

Per tot això, plantegem aquest estudi que té com a objectiu principal analitzar les intoxicacions a la tercera edat, amb la finalitat de determinar-ne les circumstàncies que les van ocasionar i poder detectar situacions evitables, i per estudiar-ne les conseqüències.

Altres objectius secundaris de l'estudi serien valorar el paper de la iatrogènia i dels fàrmacs d'alt risc en aquests pacient, dit d'una altra manera, l'impacte de les intoxicacions involuntàries.

2. Material i mètode

Es realitza un revisió retrospectiva i observacional dels intoxicats més grans de 60 anys, atesos al Servei d'Urgències (SU) durant nou anys (de l'1 de gener de 2011, al 31 de desembre de 2019) en un hospital universitari de tercer nivell, centre de referència d'una CA, el qual disposa d'un sistema informatitzat de gestió de la assistència.

De cada cas, es van revisar variables epidemiològiques (sexe, edat —agrupats en franges de cinc anys—), toxicològiques (motiu o causa de la intoxicació i nombre de tòxics implicats: únic o múltiple), tipus de tòxic (agrupats en famílies de tòxics i també individualitzats), destí (alta o necessitat d'ingrés) i mortalitat.

Se'n van excloure les sobredosificacions involuntàries detectades en controls habituals de monitoratge terapèutic d'anticoagulants orals, com també les visites per motius legals o policials (controls d'alcohol o drogues), malgrat que el resultat hagués estat positiu.

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

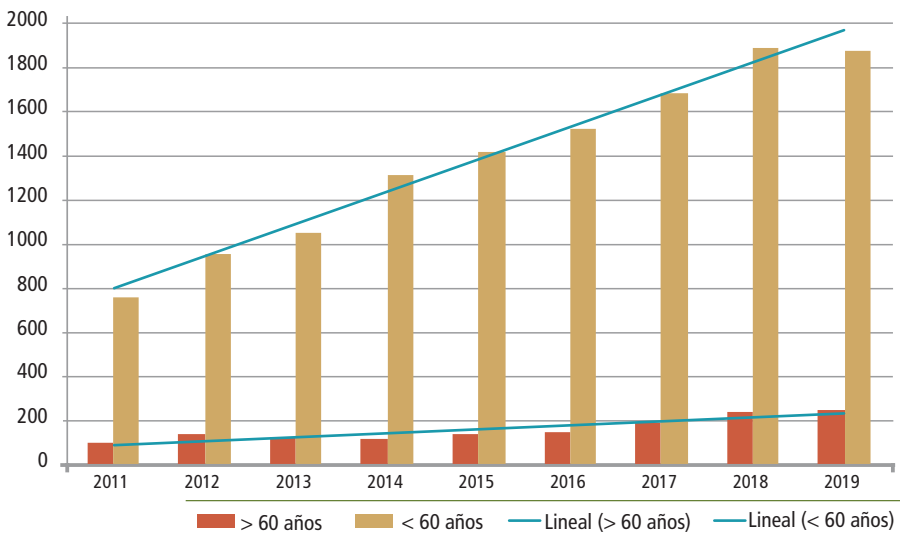
Es va realitzar una anàlisi estadística comparativa de variables (sexe, grup de tòxic responsable, tòxic únic/múltiple) segons franges d'edat de cinc anys (de 60 a 64 anys, de 65 a 69, de 70 a 74, de 75 a 79, de 80 a 84, de 85 a 89, de 90 a 94 i més grans de 95 anys).

Els resultats es presenten en xifres totals i en percentatge de freqüència.

3. Resultats

Es van incloure un total de 1.411 casos, xifra que suposa el 10,1% dels intoxicats atesos en el mateix període. Tal com apareix al gràfic 1, es va constatar un increment anual d'intoxicats en tots els casos (més grans i més joves de 60 anys).

Gràfic 1 | *Xifra anual d'intoxicats, més joves i més grans de 60 anys (de 2011 a 2019)*



D'aquests casos, 800 (70,8%) van ser homes i 611 (29,2%) dones, distribuïts per grups d'edat tal com consta a la taula 1, amb un predomini masculí fins als 79 anys i femení a partir d'aquesta edat.

En el 87,9% dels casos va participar un únic tòxic en l'episodi, sense gaires diferències segons els diferents grups d'edat (taula 1).

Taula 1 | *Distribució dels pacients agrupats en franges d'edat, segons sexe i tipus d'intoxicació (tòxic únic o múltiple)*

Edat (anys)	Sexe		Tòxic	
	Home	Dona	Únic	Múltiple
De 60 a 64	302	229	468	63
De 65 a 69	218	126	304	40
De 70 a 74	114	85	177	22
De 75 a 79	88	56	130	14
De 80 a 84	52	57	90	20
De 85 a 89	22	36	47	11
De 90 a 94	3	15	17	1
De 95 a 99	1	7	8	0

La llista de tòxics implicats en tots els casos va arribar a ser de 102. A la taula 2 es presenten els deu tòxics amb més prevalença de la sèrie; hi destaca l'alcohol, implicat en el 55,3% del total d'intoxicacions, seguit per les benzodiazepines (agrupades en les diferents formes de presentació) en un 9,9% del total.

Taula 2 | *Llista dels 10 tòxics implicats en el major nombre de casos*

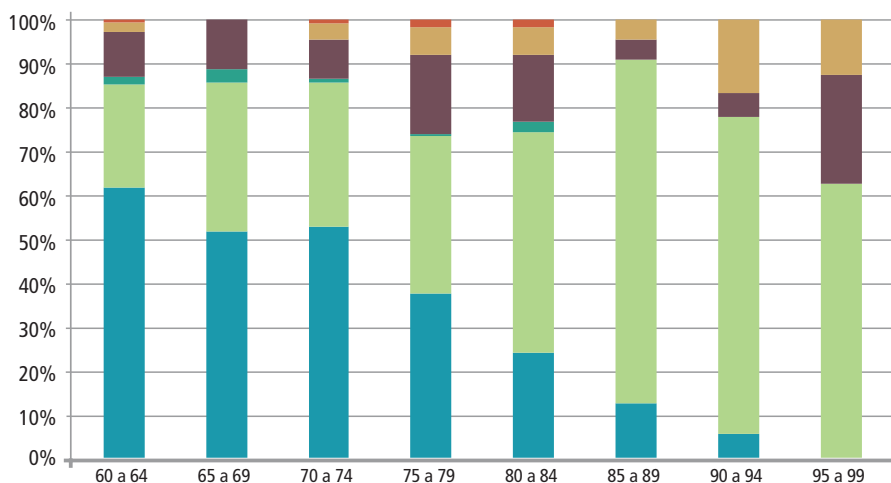
Tòxic	N.	%
Etanol	781	55,3
<i>Benzodiazepines (agrupades)</i>	140	9,9
<i>Digoxina</i>	46	3,3
Fum	39	2,7
<i>Paracetamol</i>	30	2,1
Àcid clorhídric (salfumant)	28	2
<i>Sals de líti</i>	23	1,6
Detergents	21	1,5
<i>Metformina</i>	18	1,3
<i>Fentanil</i>	18	1,3

(En negreta i cursiva: medicaments.)

La distribució dels tòxics agrupats per famílies segons els grups d'edat va objectivar que l'alcohol predominava fins als 74 anys, i els medicaments, a partir d'aquesta edat (gràfic 2).

La causa de la intoxicació va ser suïcida en 201 casos (14,2%), amb una incidència més gran en els grups de 85-89 i 90-94 anys (24,1% i 17,6%, respectivament).

Gràfic 2 | Distribució per grup d'edat dels tòxics responsables associats



Pr nat (producte natural: bolets, plantes, animals verinosos); Gas (gasos tòxics);
Pr Quim (productes químics, domèstics, industrials);
Dr ab (drogues d'abús, excepte alcohol); Farm (fàrmacs); OH (alcohol).

Pr nat Gas Pr Quim Dr Ab. OH Farm

Van necessitar ingrés un total de 200 intoxicats (14,17%), però el percentatge d'ingressos va ser relativament baix fins als 74 anys, i s'incrementà de forma notable posteriorment; destaca el grup de 85 a 89 anys, amb el 48,3% d'ingressos (taula 3).

Taula 3 | Distribució segons cada grup d'edat de pacients ingressats i morts per intoxicació en aquests 9 anys

	Ingrés		Mort	
	No	Sí (%)	Sí (nre.)	%
De 60 a 64	476	55 (10,35)	2	0,37
De 65 a 69	312	32 (9,3)	4	1,16

continua

	Ingrés		Mort	
De 70 a 74	174	25 (12,56)	2	1
De 75 a 79	114	30 (20,88)	6	4,16
De 80 a 84	88	22 (20)	3	2,72
De 85 a 89	30	28 (48,27)	3	5,17
De 90 a 94	14	5 (26,31)	1	5,23
De 95 a 99	5	3 (37,5)	0	0

Un total de 21 (1,5%) pacients van morir per aquesta causa; el percentatge també s'incrementa a partir dels 75 anys (taula 3). Els tòxics implicats en aquests casos fatals van ser l'àcid clorhídric —salfumant— set vegades, i alguns fàrmacs (metformina, digoxina i les benzodiazepines) nou vegades.

4. Discussió

Si tenim en compte que l'estudi es basa en pacients atesos en un SU, no en enquestes de consum de tòxics, com es fa habitualment —malgrat que gairebé sempre estan dirigides a altres grups d'edat, i ben poques vegades a les persones més grans de 64 anys—, ens adonarem que som davant un verdader problema de salut pública que no es pot continuar ignorant.

Els resultats obtinguts demostren que les intoxicacions en pacients grans són una realitat, algunes són realment greus, i ens permeten definir quatre escenaris amb bastants casos susceptibles de dissenyar i planificar actuacions preventives, ja que serien evitables.

En primer lloc, observem el paper protagonista de l'alcohol en l'estudi; la intoxicació alcohòlica aguda (el coma etílic) representa el paradigma de presentació clínica. L'alcohol és present en més de la meitat de les intoxicacions fins als 74 anys; cal tenir en compte que fins a aquestes edats sovint es manté una activitat i interacció social, fins i tot professional en algun cas, que n'afavoreix el consum social i, en conseqüència, l'abús. L'arrelament social del seu consum, amb factors culturals molt interioritzats ja en aquestes fases de la vida, limita en part moltes de les actuacions preventives vigents, alhora que justifica més implantar-les en edats joves. Malgrat això, no s'ha de desestimar deixar d'oferir, o d'intentar-ho, teràpies per abandonar-ne el consum.

El segon perfil de pacients del nostre estudi seria el constituït per intoxicats per una causa autolesiva, generalment amb medicaments, responsable del 16,7% dels casos en les persones més grans de 74 anys i del 24,1% dels casos en el grup de 85 a 89 anys, i que disminueix en els grups d'edat posteriors (segurament per la pèrdua d'autonomia

i de capacitat física per aconseguir-los). Sense cap dubte actualment disposem d'eines de suport a la prescripció (prescripció informatitzada) i mesures legals preventives (control de la dispensació de medicaments en les farmàcies) que haurien d'ajudar a limitar l'accés a fàrmacs de risc en determinats pacients amb una conducta suïcida prèvia, per tal d'evitar aquests sobreingestes voluntàries. Veient els resultats queda clar que aquestes mesures no sempre han estat suficients i que hi ha gent gran que segueix disposant d'arsenals de medicaments a casa seva.

En un tercer grup d'intoxicats grans l'origen va ser la pròpia medicació prescrita i que, a priori, la prenien de forma correcta (iatrogènia). Aquesta causa d'intoxicació va provocar fins al 9,14% de la sèrie, xifra gens desestimable, més encara quan va ocasionar mortalitat en algun cas. Així, tenim que en 87 casos van participar fàrmacs (com la metformina, digoxina i les sals de liti) coneguts com d'alt risc, amb els quals s'hauria de tenir una especial cura a l'hora de ser prescrits, fins i tot en persones sanes, ja que es coneix sobradament que el seu ús cal que estigui controlat estrictament, sobretot en pacients amb patologies cròniques prèvies. Aquesta xifra de pacients suposa un indicador sentinella negatiu d'errors de seguretat en la prescripció d'aquests medicaments.

Estan molt ben descrits els efectes nocius sobre la salut d'una polimediació poc controlada (iatrogènia també), així com la incidència d'aquest problema en gent gran, tema que no era l'objectiu d'aquest estudi, per tant, és molt probable que els nostres resultats estiguin esbiaixats a la baixa i que tindriem molts més pacients dels inclosos; com a exemple, cal recordar que no són infreqüents les caigudes i els accidents domèstics (alguns amb conseqüències greus per als pacients) ocasionats per alguns fàrmacs tranquil·litzants o hipotensors, ni els problemes respiratoris derivats del tractament amb sedants o amb medicacions per controlar l'agitació de pacients senils. Sense cap dubte, si els haguéssim comptabilitzat, incrementariem de forma significativa les xifres obtingudes.

Finalment, ens ha sorprès l'existència d'un quart grup, això sí, més minoritari (2,5%), representat pels consumidors de drogues d'abús (no alcohòlics), present fins als 75 anys, tot i que ja estava descrit en treballs precedents. Tal com descriu Yarnell, en el nostre cas destaca també la presència d'homes i la poliintoxicació (intoxicació múltiple en què habitualment participaven la cocaïna o el cànnabis, a més de l'alcohol). Sols vam detectar dos casos en què hi havia un consum de drogues de disseny. Desconeixem el grau d'influència que pot haver deixat en aquests pacients el fet d'haver viscut la seva adolescència en plena revolució de maig del 68, i tot el que aleshores va suposar socialment el consum de drogues.

No era un objectiu principal de l'estudi abordar el problema del suïcida en gent gran, però, a la vista dels resultats, cal fer-hi alguna referència, sobretot a causa de la mortalitat

quan la intoxicació va produir-se per aquesta causa (el 52,3% de morts de l'estudi eren suïcidis, sobretot en els casos en què es van ingerir càustics voluntàriament, quasi sempre àcid clorhídric). Tota estratègia preventiva per evitar-los passaria per millorar la detecció del risc suïcida en pacients depressius, la qual cosa és realment complexa. No ho seria, en canvi, adaptar la legislació per tal de limitar l'accessibilitat i la venda lliure d'aquests productes càustics i corrosius, tal com passa en algun país europeu.

Finalment, podem dir que els nostres resultats evidencien que les intoxicacions en persones grans són una realitat inqüestionable i creixent, més gran del que pensem, i en la qual podem definir diversos perfils de pacients (amb predomini d'abús de l'alcohol, sobredosificacions medicamentoses amb motivació suïcida, efectes iatrogènics de medicacions d'alt risc en persones ja fràgils, i alguns consumidors de drogues d'abús), que no estan exempts de complicacions i que generen una necessitat d'hospitalització i també una mortalitat gens menyspreable, la qual cosa reforça la necessitat de planificar actuacions preventives per tal d'evitar-les.

Agraïment

Sense la col·laboració inestimable de Jaume Fuster Pulgarín i Joan Marquès Faner, del Departament d'Informàtica de l'Hospital Universitari Son Espases, aquest treball no hauria estat possible.

Referències bibliogràfiques

Alonso-Fernández, N., Jiménez-Trujillo, I., Hernández-Barrera, V., Palacios-Ceña, D. i Carrasco-Garrido, P. (2019). Alcohol Consumption Among Spanish Female Adolescents: Related Factors and National Trends 2006-2014. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4294. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214294>

Blasco, F., Martínez, J., Villares, P. i Jiménez, A. I. (2005). El paciente anciano polimedocado: efectos sobre su salud y sobre el sistema sanitario. *Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, 29(6), 152-162.

Fahmy, V., Hatch, S. L., Hotopf, M. i Stewart, R. (2012). Prevalences of illicit drug use in people aged 50 years and over from two surveys. *Age and Ageing*, 41(4), 553-556. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs020>

Gallagher, P., Barry, P. i O'Mahony, D. (2007). Inappropriate prescribing in the elderly. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 32(2), 113-121. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2710.2007.00793.x>

Instituto Nacional de Estadística. (1 de març de 2020). *Estadística del Padrón Continuo. Datos provisionales a 1 de enero de 2020*. <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p04/provi/l0/&file=0ccaa003.px&L=0>

Organización Mundial de la Salud. (1 de març de 2020). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf?sequence=1

Plan Nacional sobre Drogas. (1 de març de 2020). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (Estudio EDADES). Informe 2019*. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>

Puiguriguer-Ferrando, J., Yates-Bailo, C., Gervilla-García, E., Ortega-Pérez, J., Alfaro, E. i Jiménez-López, R. Evolución temporal de las intoxicaciones medicamentosas. *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 31(2), 107-110.

Real decreto legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. *Boletín Oficial del Estado*, (177), de 25 de julio de 2015, 62935-63030. www.boe.es/boe/dias/2015/07/25/pdfs/BOE-A-2015-8343.pdf

Rhodes, A. E., Bethell, J., Spence, J., Links, P. S., Streiner, D. L. i Jaakkimainen, R. L. (2008). Age-sex differences in medicinal self-poisonings: a population-based study of deliberate intent and medical severity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(8), 642-652. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0349-6>

Saedder, E. A., Lisby, M., Nielsen, L. P., Bonnerup, D. K. i Brock, B. (2015). Number of drugs most frequently found to be independent risk factors for serious adverse reactions: a systematic literature review. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 80(4), 808-817. <https://doi.org/10.1111/bcp.12600>

Stephoe, A., Deaton, A. i Stone, A. A. (2014). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet*, 365(9968), 640-648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)

Varlinskaya, E. i Spear, L. (2015). Social consequences of ethanol: impact of age and prior history of ethanol exposure. *Physiology & Behavior*, (148), 145-150. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2014.11.062>

Yarnell S. C. (2015). Cocaine Abuse in Later Life: A Case Series and Review of the Literature. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 17(2), 10.4088/PCC.14r01727. <https://doi.org/10.4088/PCC.14r01727>

Autors

JORDI PUIGURIGUER FERRANDO

Barcelona (1961). Llicenciat en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona i doctor en Medicina per la Universitat de Barcelona. Metge d'urgències i des de l'any 2006 coordinador de la Unitat de Toxicologia adscrita al Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Son Espases. Investigador principal del grup consolidat de Toxicologia Clínica dins l'àrea de neurociències de l'Institut d'Investigació Sanitària de les Balears (IdISBA). President a les Illes Balears de la Societat Espanyola d'Urgències i Emergències (SEMES-Balears), des de l'any 2012. Patró fundador i vocal de la Fundació Espanyola de Toxicologia Clínica (FETOC). Els darrers deu anys és autor de més de quaranta articles o publicacions en revistes nacionals i internacionals, sempre en l'àmbit de la toxicologia i les urgències. En aquest treball, responsable del projecte, recollida inicial de les dades, anàlisi de resultats i redacció final.

SÍLVIA MIRALLES CORRALES

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

**ESTRATÈGIES PER ENDARRERIR
L'ENVELLIMENT CEREBRAL:
COMBATRE L'ESTRÈS OXIDATIU I LA
NEUROINFLAMACIÓ**

Estratègies per endarrerir l'envelliment cerebral: combatre l'estrès oxidatiu i la neuroinflamació

Susana Esteban Valdés
David Moranta Mesquida
Margalida Rosa Ramis Escudero
Manuel Jiménez García
Antoni Miralles Socias
Silvia Tejada Gavela
Fiorella Sarubbo

Resum

El desenvolupament de la medicina i la tecnologia ha afavorit l'increment de la proporció de població longeva arreu del món. Aquest context demogràfic ha generat la necessitat de comprendre millor la fisiologia de l'envelliment i, en particular, els canvis que s'esdevenen en el cervell, així com la motivació per trobar estratègies encaminades a prevenir, endarrerir i atenuar-ne les conseqüències. Els mecanismes coneguts com a estrès oxidatiu i neuroinflamació cerebral, juntament amb la disminució de la concentració d'antioxidants a causa de l'edat, tenen un paper clau en l'envelliment cerebral. En aquest context, hi ha molts estudis que suggereixen l'administració d'antioxidants com a estratègia per prevenir el declivi cognitiu associat a l'envelliment. Entre els antioxidants presents habitualment en la dieta mediterrània destaquen els polifenols, els quals han cridat l'atenció de la comunitat científica per les propietats que tenen com a antioxidants i antiinflamatoris, gràcies als quals es modulen diversos mecanismes cel·lulars. Per això, tenen un potencial neuroprotector elevat i són candidats dignes per prevenir els símptomes de l'envelliment. Aquesta revisió destaca el paper neuroprotector dels polifenols com una de les estratègies més fàcils d'adoptar per disminuir els efectes de l'envelliment utilitzant la dieta.

Resumen

El desarrollo de la medicina y la tecnología ha favorecido el incremento de la proporción de población longeva a nivel mundial. Este contexto demográfico ha generado la necesidad de comprender mejor la fisiología del envejecimiento y, en particular, los cambios que ocurren a nivel cerebral, así como la motivación para encontrar estrategias encaminadas a prevenir, retrasar y atenuar sus consecuencias. Los mecanismos conocidos como estrés oxidativo y neuroinflamación, junto con la disminución de la concentración de antioxidantes debido a la edad a nivel cerebral, tienen un papel clave en el envejecimiento del cerebro. Dentro de este contexto, son numerosos los estudios que sugieren la administración de antioxidantes como estrategia para prevenir el declive cognitivo asociado al envejecimiento. Entre los antioxidantes presentes habitualmente en la dieta mediterránea destacan los polifenoles, los cuales han llamado la atención de la comunidad científica debido a sus propiedades como antioxidantes y antiinflamatorios, por medio de los cuales modulan diversos mecanismos celulares. Estas características les otorgan un elevado potencial neuroprotector y les convierten en candidatos dignos para prevenir los síntomas del envejecimiento. Esta revisión destaca el papel neuroprotector de los polifenoles como una de las estrategias más fáciles de adoptar para disminuir los efectos del envejecimiento utilizando la dieta.

1. Introducció

El desenvolupament de la medicina i la tecnologia ha afavorit l'increment de la proporció de població longeva arreu del món. La població envelleix a conseqüència de l'augment de l'esperança de vida i la disminució en la taxa de fecunditat. Segons dades de l'Organització Mundial de la Salut (OMS), en el seu informe «World Population Prospects: The 2012 Revision», el 2050 la proporció de població mundial d'una edat superior a seixanta anys es duplicarà i passarà de l'11 al 22 per cent. Aquest context demogràfic ha generat la necessitat de comprendre millor la fisiologia de l'envelliment i, en particular, els canvis que experimenta el cervell durant l'envelliment, així com trobar estratègies encaminades a prevenir, endarrerir i atenuar-ne les conseqüències.

1.1. Com envelleix el cervell

L'envelliment és un procés fisiològic causat per un conjunt de mecanismes (López-Otín et al., 2013) que incrementen el risc de patir malalties neurodegeneratives. Del conjunt de mecanismes, destaquen fonamentalment l'estrès oxidatiu i la inflamació cerebral (Harman, 1956; Franceschi et al., 2000; Joseph et al., 2009), els quals s'influeixen entre si i afecten l'anatomia, la neuroquímica i la funcionalitat correcta del cervell, la qual cosa crea un estat general que contribueix al deteriorament cognitiu (Glisky, 2007; Esteban et al., 2010a, b; Moranta et al., 2014; Sarubbo et al., 2017a).

Alguns autors consideren que l'envelliment del cervell comença al voltant dels quaranta anys, quan ja s'hi produeixen modificacions morfològiques (Burke i Barnes, 2006) i funcionals. Les modificacions morfològiques més evidents són la pèrdua de pes del cervell i la reducció del volum cerebral, l'increment de l'espai de les circumvolucions i dels ventricles, així com alteracions vasculars. Les neurones també perden grandària. Encara que totes aquestes alteracions es poden considerar com a modificacions normals (habituals) en un cervell envellit, poden anar acompanyades de canvis en els processos de memòria (Hedden i Gabrieli, 2004), però que no impliquen necessàriament una patologia neurològica subjacent o indicis d'una demència incipient. De fet, a mesura que els individus envelleixen, molts aspectes del processament de la informació tornen menys eficients, com la velocitat de processament, la memòria de treball, la funció inhibidora o la memòria a llarg termini; mentre que altres aspectes de la funció cognitiva, com la memòria implícita i l'emmagatzematge de coneixements, són relativament resistents a modificacions durant aquest envelliment (Park i Reuter-Lorenz, 2009). Cal afegir que la memòria és la capacitat encarregada de registrar la informació, fixar-la i recuperar-la més endavant, valent-se de la percepció, l'atenció o la concentració. De vegades, problemes de percepció sensorial, de manca d'atenció i/o concentració fan que sembli que la memòria falli, però no necessàriament indica preludi de demència o afectació cognitiva (Sarter i Paolone, 2011).

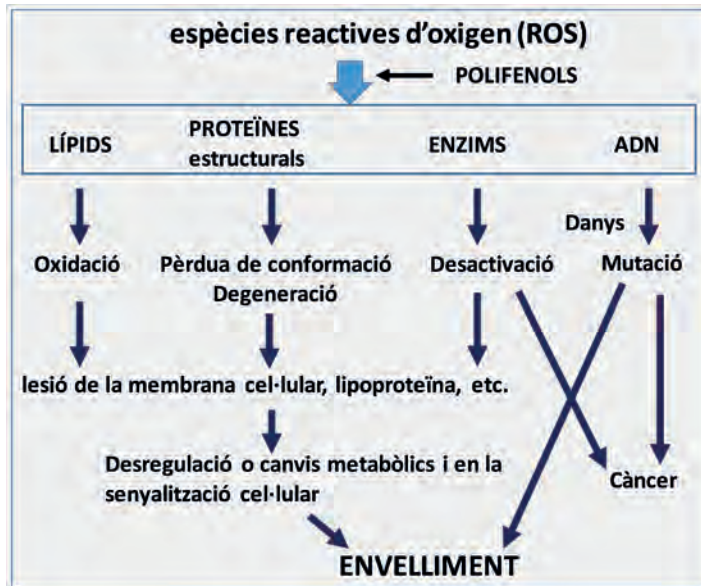
1.2. Causes principals de l'envelliment cerebral

S'han postulat més de 300 teories sobre l'envelliment (Medvedev, 1990). Encara que no es coneixen bé tots els mecanismes moleculars implicats en el procés d'envelliment, s'han assenyalat com a causes fonamentals l'estrès oxidatiu i un increment dels senyals proinflamatoris al cervell.

1.2.1. Estrès oxidatiu

La teoria de l'estrès oxidatiu o dels radicals lliures de l'envelliment la va establir Harman el 1956. Està relacionada amb el procés de respiració cel·lular, l'ús d'oxigen i la seva oxidació incompleta, que condueix a la formació d'espècies reactives d'oxigen (ROS) (Reiter et al., 2001). Aquestes ROS poden provocar alteracions en proteïnes, lípids i en l'àcid desoxiribonucleic (ADN), en un procés conegut com a estrès oxidatiu, el qual és considerat un dels causants del procés d'envelliment i que, fins i tot, pot causar la mort cel·lular (Alexeyev et al., 2004; figura 1). Si bé existeixen mecanismes de defensa contra aquest dany oxidatiu, basat principalment en enzims antioxidants especialitzats, la teoria de l'estrès oxidatiu proposa que l'envelliment és el resultat de l'augment de l'estrès oxidatiu sense els nivells adequats de defenses antioxidants (Harman, 1956), les quals també disminueixen a causa de l'estrès oxidatiu (Sohal et al., 1990a, b; Mariani et al., 2005).

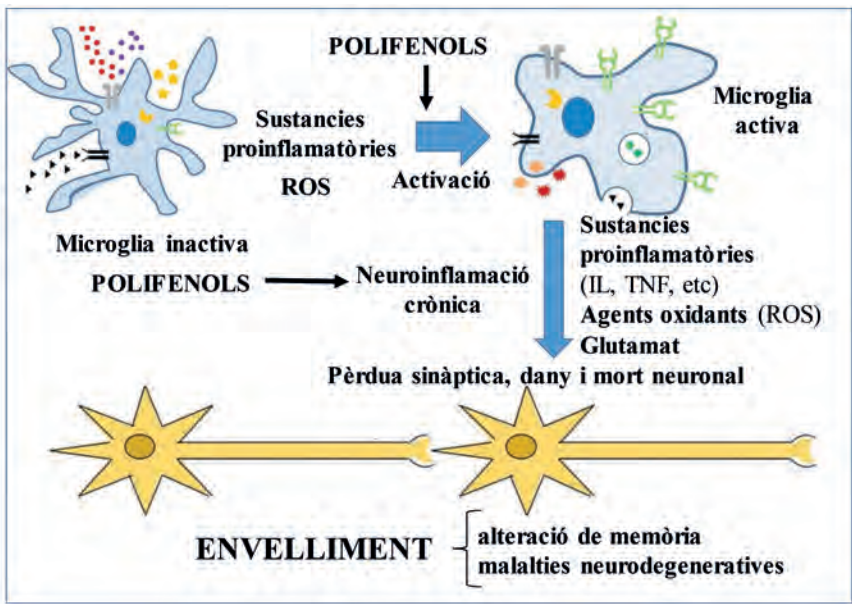
Figura 1 | *Dany oxidatiu per espècies reactives d'oxigen. Paper antioxidant dels polifenols*



1.2.2. Neuroinflamació

Durant l'envelliment també es produeix una alteració del sistema immune, que dona lloc a un increment crònic de baix nivell de l'estat inflamatori del cervell. La neuroinflamació consisteix en un estat reactiu del component immune en el sistema nerviós, provocat per efectors cel·lulars i efectors moleculars. En el cervell, a més de les neurones, trobam les cèl·lules de la neuròglia, entre les quals la micròglia té la funció de defensa enfront de l'agressió de patògens i d'altres factors exògens, promovent la reparació del teixit i facilitant l'homeòstasi al voltant de les neurones. No obstant això, l'activació descontrolada de la micròglia dona lloc a l'alliberació de factors proinflamatoris, com són les citocines (interleuquines, factor de necrosi tumoral (TNF- α)), les ROS i el glutamat (Gibbons i Dragunow, 2006; Takeuchi et al., 2006; Wang et al., 2006). Si aquesta situació es manté de manera crònica, pot provocar una pèrdua sinàptica, dany neuronal i, fins i tot, l'apoptosi de neurones, entre altres conseqüències (figura 2).

Figura 2 | Neuroinflamació. Activació de la neuròglia.
Paper antiinflamatori dels polifenols



L'estudi de la relació entre envelliment i neuroinflamació ha assolit rellevància els últims anys a causa de l'evidència de la seva vinculació amb l'alteració de processos de memòria en l'envelliment i en altres estats patològics del sistema nerviós, com

són algunes malalties neurodegeneratives (Rao et al., 2012; MacEwan, 2002). Hi ha estudis recents que vinculen la neuroinflamació amb diversos tipus de demència frontotemporal, la qual cosa suggereix que la neuroinflamació podria ser un factor més important del que es creia en el desenvolupament de la demència (Bevan-Jones et al., 2020).

2. Què podem fer per combatre l'efecte de l'envelliment sobre la nostra capacitat cognitiva?

El cervell s'ha construït al llarg d'un procés evolutiu, durant el qual s'han anat afegint circuits neuronals, i depèn molt dels estils de vida que desenvolupi l'individu (Mattson i Arumugam, 2018). Això vol dir que el cervell és una estructura plàstica que canvia al llarg de la vida com a resultat de la interacció amb el medi. Per tant, els individus poden prendre part activa en aquest procés adoptant certes mesures per envellir d'una manera més saludable (Murphy i Dias, 2014). Hi ha estructures del cervell altament sensibles al medi ambient i estil de vida, com, per exemple, l'hipocamp, que és una regió àmpliament coneguda per regular l'aprenentatge, la memòria i l'estat d'ànim (Mustroph et al., 2012; Bechara et al., 2013).

Entre les estratègies que podem adoptar fàcilment per intentar endarrerir l'envelliment cerebral, trobam les següents:

2.1. Estratègies per combatre l'estrès oxidatiu i la neuroinflamació. Administració de polifenols

El grup de Neurofisiologia de la Universitat dels Illes Balears (UIB) ha treballat àmpliament en l'estudi d'aquesta estratègia. Tal com hem comentat anteriorment, l'envelliment cerebral s'associa a un desequilibri progressiu entre les defenses antioxidants i les concentracions intracel·lulars de ROS (Reiter, 1998). A més, el declivi cognitiu que acompanya l'envelliment es correlaciona amb una disminució de la concentració d'antioxidants al cervell (Berr et al., 2000). En relació amb això, es va observar que hi ha certes molècules amb capacitat antioxidant que podrien protegir de l'envelliment (Reiter, 1998; Ramis et al. 2015a).

Hi ha nombrosos estudis que suggereixen que l'administració d'antioxidants com la vitamina E (Ramis et al. 2016), els àcids grassos omega-3 (Freitas et al., 2017) i altres molècules presents en fruites i verdures, com són els polifenols (Sarubbo et al., 2015, 2018a, 2019; Ramis et al., 2020), poden prevenir el declivi cognitiu i disminuir, per tant, el risc de patir malalties neurodegeneratives, gràcies a les seves propietats antioxidants i antiinflamatòries (Joseph et al., 2009; Ramis et al. 2015b, Sarubbo et al., 2017a, 2018b).

Des de final de segle passat, els polifenols han atret l'atenció de molts científics per les seves propietats com a antioxidants, antiinflamatoris i la seva capacitat de modular diversos mecanismes cel·lulars, característiques que els atorguen un elevat potencial neuroprotector i els converteixen en candidats dignes per prevenir els símptomes de l'envelliment (Pandey i Rizv, 2009). Polifenols com el resveratrol, la silimarina, quercetina, naringenina, catequina, entre d'altres, són compostos naturals presents en les plantes i aliments comunament consumits en la dieta mediterrània, com el raïm, les fruites vermelles o els cítrics, entre molts altres aliments (Scalbert et al., 2005; Spencer et al., 2008). Aquests compostos tenen la capacitat de travessar la barrera hematoencefàlica i accedir al cervell, gràcies a la seva naturalesa liofílica (Abbott et al., 2010).

En aquest sentit, la pregunta clau és: els polifenols poden prevenir o endarrerir el deteriorament de la memòria, de la capacitat d'aprendre o de la coordinació motora, característics del procés d'envelliment cerebral? La resposta és afirmativa: els polifenols exerceixen nombroses propietats beneficioses que milloren la salut humana (Manach et al., 2005). Hi ha estudis del grup de Neurofisiologia de la UIB que han demostrat que polifenols com el resveratrol, la silimarina, la quercetina, la naringenina i la catequina preserven la cognició en rates velles, en milloren la memòria a curt termini, el treball espacial i la memòria episòdica, l'aprenentatge i la coordinació motora després de tractaments crònics de trenta dies amb aquests polifenols en dosis de 20 mg/kg per dia (Sarubbo et al., 2015, 2018a, b; Ramis et al., 2020).

Els polifenols tenen propietats antioxidant (Halliwell et al., 1997; Khurana et al., 2013) i antiinflamatòria (Rahman et al., 2006; Elumalai i Lakshmi, 2016), inclosa la inhibició d'enzims proinflamatoris i diverses vies de senyalització (vegeu les figures 1 i 2) (Sarubbo et al., 2018b). D'aquesta manera, ajuden a mantenir la massa cerebral (Smoliga et al., 2011), la integritat mitocondrial i a activar diverses vies implicades en la supervivència cel·lular (Moriya et al., 2011; Narita et al., 2011; Kim et al., 2004; Stangl et al., 2007; Yoon i Baek, 2005). En general, aquestes propietats semblen ser els punts clau dels efectes positius dels polifenols enfront de l'envelliment cerebral, la demència (Sarubbo et al., 2017 b) i en malalties neurodegeneratives, i han estat demostrats en models animals d'aquestes malalties i en humans, com la malaltia d'Alzheimer, la malaltia de Parkinson o la depressió (Sarubbo et al., 2017a).

Per tant, una alimentació adequada que contingui antioxidants, vitamines, minerals i carbohidrats (com la dieta mediterrània) no sols optimitzarà el rendiment mental, sinó que reduirà el risc de patir algun tipus de deteriorament cognitiu, ja que actuen com a neuroprotectors ajudant a combatre l'estrès oxidatiu i la neuroinflamació. No obstant això, queden per conèixer alguns punts conflictius en el seu ús terapèutic, com és la seva biodisponibilitat exacta, així com el disseny específic dels tractaments amb polifenols en humans.

2.2. Altres estratègies relacionades amb l'estil de vida saludable: practicar exercici físic moderat i qualitat del son

Tan l'exercici físic com l'entrenament cerebral afavoreixen i multipliquen les connexions entre neurones. És conegut que l'activitat física, social i emocional té un paper molt important en la salut del cervell i en la prevenció de moltes malalties neurodegeneratives, entre les quals l'Alzheimer (Khalsa, 2015; Guure et al., 2017) i Parkinson (Rafferty et al., 2017).

L'activitat física també pot revertir o atenuar la progressió de l'envelliment cerebral, ja que practicar-ne està associat a canvis vasculars, estructurals i moleculars que han demostrat que protegeixen enfront de l'envelliment cerebral, inclosa la reducció de la resistència a la insulina, la reducció de la inflamació i de l'estrès oxidatiu, factors contribueixen a la protecció cognitiva (Freitas et al., 2017). Practicar exercici físic de manera regular i moderada manté el cos en forma, prevé l'aparició de malalties que afecten el cervell (ex.: malalties coronàries), ajuda a la circulació sanguínia, al funcionament dels ronyons, destoxica, millora la capacitat respiratòria i oxigena també el cervell. Alguns estudis indiquen que la pràctica regular d'exercici millora a mitjà i llarg termini la consolidació de la memòria (Saadati et al., 2010). Per contra, la inactivitat física és un factor de risc important per a la demència (Yan et al., 2020). Aquestes millores associades a l'exercici físic han estat atribuïdes a augments en la plasticitat sinàptica en estructures com l'hipocamp (Wagner et al., 2017) i altres àrees cerebrals relacionades amb l'aprenentatge i la memòria (Duzel et al., 2016).

L'exercici i l'alimentació són aspectes complementaris de la regulació de l'equilibri energètic que han influït en l'evolució del cervell modern durant milers d'anys (Gómez-Pinilla i Tyagi, 2013). Algunes observacions posen de manifest un benefici de l'activitat física sobre la salut del cervell quan també se segueix una dieta saludable, com la mediterrània (Freitas et al., 2017; Jackson et al., 2016).

Per altra banda, davant la relació entre el son i el funcionament cognitiu en adults, una pregunta en el camp de l'envelliment cognitiu és si els canvis que es produeixen amb l'edat en la fisiologia del son afecten processos cognitius, com ara la consolidació de la memòria. La revisió de nombrosos estudis porta a suggerir que mantenir una bona qualitat del son, almenys en l'edat adulta i en la mitjana edat, promou un millor funcionament cognitiu i serveix per protegir contra la deterioració cognitiva relacionada amb l'edat (Scullin i Bliwise, 2015). La qualitat del son té un impacte en la salut física, mental i emocional. L'estat d'ànim en el moment de codificació de la memòria influeix en les característiques emocionals de la memòria i en la seva persistència. Es va observar en joves l'existència d'una influència diferenciada entre els diferents tipus d'ansietat i les queixes de memòria no vinculades al rendiment cognitiu real (Pellicer-Porcar et al., 2014).

Referències bibliogràfiques

Abbott, N., Patabendige, A., Dolman, D., Yusof, S. i Begley, D. (2010). Structure and function of the blood-brain barrier. *Neurobiology of Disease*, 37(1), 13-25.

Alexeyev, M., Ledoux, S. i Wilson, G. (2004). Mitochondrial DNA and aging. *Clinical Science*, 107(4), 355-364.

Bechara, R.G. i Kelly, A.M. (2013). Exercise improves object recognition memory and induces BDNF expression and cell proliferation in cognitively enriched rats. *Behavioural Brain Research*, 245, 96-100.

Berr, C., Balansard, B., Arnaud, J., Roussel, AM i Alpérovitch, A. (2000). Cognitive decline is associated with systemic oxidative stress: the EVA study. Etude du Vieillessement Artériel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 48(10), 1285-1291.

Bevan-Jones, WR, Cope, TE, Jones, PS, Kaalund, SS, Passamonti, L. i Allinson, K. (et al.) (2020). Neuroinflammation and protein aggregation co-localize across the frontotemporal dementia spectrum. *Brain*, 143, 1010-1026.

Burke, S. i Barnes, C. (2006). Neural plasticity in the ageing brain. *Nature Reviews. Neuroscience*, 7(1), 30-40.

Duzel, E., van Praag, H. i Sendtner, M. (2016). Can physical exercise in old age improve memory and hippocampal function? *Brain*, 139(3), 662-673.

Elumalai, P. i Lakshmi, S. (2016). Role of quercetin benefits in neurodegeneration. *Advances in Neurobiology*, 12, 229-245.

Esteban, S., Garau, C., Aparicio, S., Moranta, D., Barceló, P., Fiol, MA i Rial, RV (2010a). Chronic melatonin treatment and its precursor L-tryptophan improve the monoaminergic neurotransmission and related behavior in the aged rat brain. *Journal of Pineal Research*, 48, 170-177.

Esteban, S., Garau, C., Aparicio, S., Moranta, D., Barceló, P., Ramis, M., Tresguerres, JAF i Rial, RV (2010b). Improving effects of long-term growth hormone treatment on monoaminergic neurotransmission and related behavioral tests in aged rats. *Rejuvenation Research*, 13(6), 707-716.

- Franceschi, C., Bonafè, M., Valensin, S., Olivieri, F., de Luca, M. i Ottaviani, E. (et al.) (2000). Inflamm-aging. An evolutionary perspective on immunosenescence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 908, 244-254.
- Freitas, HR, Ferreira, GDC, Trevenzoli, IH, Oliveira, KJ i de Melo, RA (2017). Fatty acids, antioxidants and physical activity in brain aging. *Nutrients*, 9(11), 1263.
- Gibbons, H. i Dragunow, M. (2006). Microglia induce neural cell death via a proximity-dependent mechanism involving nitric oxide. *Brain Research*, 1084(1), 1-15.
- Glisky, EL (2007). Changes in cognitive function in human aging. *A Brain Aging: Models, Methods and Mechanisms*. Cap. 1. Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis.
- Gomez-Pinilla, F. i Tyagi, E. (2013). Diet and cognition: interplay between cell metabolism and neuronal plasticity. *Current Opinion in Clinical Nutrition & Metabolic Care*, 16(6), 726-733.
- Guure, CB, Ibrahim, NA, Adam, MB i Said, SM (2017). Impact of physical activity on cognitive decline, dementia, and its subtypes: meta-analysis of prospective studies. *BioMed Research International*, 9016924.
- Halliwel, B., Zentella, A., Gómez, E. i Kershenobich, D. (1997). Antioxidants and human disease: A general introduction. *Nutrition Reviews*, 55(1), S44-9.
- Harman, D. (1956). Aging: a theory based on free radical and radiation chemistry. *Journal of Gerontology*, 11(3), 298-300.
- Hedden, T. i Gabrieli, J. (2004). Insights into the ageing mind: a view from cognitive neuroscience. *Nature Reviews Neuroscience*, 5(2), 87-96.
- Jackson, PA, Pialoux, V., Corbett, D., Drogos, L., Erickson, KI, Eskes, GA i Poulin, MJ (2016). Promoting brain health through exercise and diet in older adults: A physiological perspective. *The Journal of Physiology*, 594, 4485-4498.
- Joseph, J., Cole, G., Head, E. i Ingram, D. (2009). Nutrition, brain aging, and neurodegeneration. *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience*, 29(41), 12795-12801.
- Khalsa, DS (2015). Stress, meditation, and Alzheimer's disease prevention: Where the evidence stands. *Journal of Alzheimer's Disease*, 48(1), 1-12

Khurana, S., Venkataraman, K., Hollingsworth, A., Piche, M. i Tai, T. (2013). Polyphenols: benefits to the cardiovascular system in health and in aging. *Nutrients*, 5(10), 3779-3827.

Kim, HP, Son, KH, Chang, HW i Kang, SS (2004). Anti-inflammatory plant flavonoids and cellular action mechanisms. *Journal of Pharmacological Sciences*, 96(3), 229-245.

López-Otín C., Blasco, MA, Partridge, L. i Serrano, M. (2013). The hallmarks of aging. *Cell*, 153(6), 1194-1217.

MacEwan, D. (2002). TNF receptor subtype signalling: differences and cellular consequences. *Cellular Signalling*, 14(6), 477-92.

Manach, C., Williamson, G., Morand, C., Scalbert, A. i Rémésy, C. (2005). Bioavailability and bioefficacy of polyphenols in humans. I. Review of 97 bioavailability studies. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81(1), 230S-242S.

Mariani, E., Polidori, M., Cherubini, A. i Mecocci, P. (2005). Oxidative stress in brain aging, neurodegenerative and vascular diseases: An overview. *Journal of Chromatography B-Analytical Technologies in the Biomedical and Life Sciences*, 827(1), 65-75.

Mattson, MP i Arumugam, TV (2018). Hallmarks of brain aging: Adaptive and pathological modification by metabolic states. *Cell Metabolism*, 27(6), 1176-1199.

Medvedev, Z. (1990). An attempt at a rational classification of theories of ageing. *Biological reviews of the Cambridge Philosophical Society*, 65(3), 375-398.

Moranta, D., Barceló, P., Aparicio, S., Garau, C., Sarubbo, F., Ramis, M., Nicolau, C. i Esteban, S. (2014). Intake of melatonin increases tryptophan hydroxylase type 1 activity in aged rats: Preliminary study. *Experimental Gerontology*, 49, 1-4.

Moriya, J., Chen, R., Yamakawa, J., Sasaki, K., Ishigaki, Y. i Takahashi, T. (2011). Resveratrol improves hippocampal atrophy in chronic fatigue mice by enhancing neurogenesis and inhibiting apoptosis of granular cells. *Biological and Pharmaceutical Bulletin*, 34(3), 354-359.

Murphy, T., Dias, GP i Thuret, S. (2014). Effects of diet on brain plasticity in animal and human studies: Mind the gap. *Neural Plasticity*, 2014(2), 563160.

Mustroph, ML, Chen, S., Desai, SC, Cay, EB, DeYoung, EK i Rhodes, JS (2012). Aerobic exercise is the critical variable in an enriched environment that increases hippocam-

pal neurogenesis and water maze learning in male C57BL/6J mice. *Neuroscience*, 219, 62-71.

Narita, K., Hisamoto, M., Okuda, T. i Takeda, S. (2011). Differential neuroprotective activity of two different grape seed extracts. *PLoS One*, 6(1), e14575.

Pandey, K. i Rizv, S. (2009). Plant polyphenols as dietary antioxidants in human health and disease. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*, 2(5), 270-278.

Park, DC i Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptive brain: Aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review of Psychology*, 60, 173-196.

Pellicer-Porcar, O., Mirete-Fructuoso, M., Molina-Rodríguez, S. i Soto-Amaya, J. (2014). Quejas subjetivas de memoria en adultos jóvenes: influencia del estado emocional. *Revista de Neurología*, 59, 543-550.

Rafferty, MR, Schmidt, PN, Luo, ST, Li, K., Marras, C., Davis, TL, Guttman, M., Cubillos, F. i Simuni, T. (2017). Regular exercise, quality of life, and mobility in Parkinson's disease: A longitudinal analysis of National Parkinson Foundation quality improvement initiative data. *Journal of Parkinson's Disease*, 7, 193-202.

Rahman, I., Biswas, SK i Kirkham, PA (2006). Regulation of inflammation and redox signaling by dietary polyphenols. *Biochemical Pharmacology*, 72(11), 1439-1452.

Ramis, MR, Esteban, S., Miralles, A., Tan, DX i Reiter, RJ (2015a). Protective effects of melatonin and mitochondria-targeted antioxidants against oxidative stress: A review. *Current Medicinal Chemistry*, 22(22), 2690-2711.

Ramis, MR, Esteban, S., Miralles, A., Tan, DX i Reiter, RJ (2015b). Caloric restriction, resveratrol and melatonin: Role of SIRT1 and implications for aging and related-diseases. *Mechanisms of Ageing and Development*, 146, 28-41.

Ramis, MR, Sarubbo, F., Tejada, S., Jiménez, M., Esteban, S., Miralles, A. i Moranta, D. (2020). Chronic polyphenon-60 or catechin treatments increase brain monoamines synthesis and hippocampal SIRT1 levels improving cognition in aged rats. *Nutrients*, 12(2), 326.

Ramis, MR, Sarubbo, F., Terrasa, JL, Moranta, D., Aparicio, S., Miralles, A. i Esteban, S. (2016). Chronic α -tocopherol increases central monoamines synthesis and improves cognitive and motor abilities in old rats. *Rejuvenation Research*, 19(2), 159-171.

Rao, J., Kellom, M., Kim, H., Rapoport, S. i Reese, E. (2012). Neuroinflammation and synaptic loss. *Neurochemical Research*, 37, 903-910.

Reiter, R. (1998). Oxidative damage in the central nervous system: Protection by melatonin. *Progress in Neurobiology*, 56(3), 359-384.

Reiter, R., Acuña-Castroviejo, D., Tan, D. i Burkhardt, S. (2001). Free radical-mediated molecular damage. Mechanisms for the protective actions of melatonin in the central nervous system. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 939, 200-215.

Saadati, H., Babri, S., Ahmadiasl, N. i Mashhadi, M. (2010). Effects of exercise on memory consolidation and retrieval of passive avoidance learning in young male rats. *Asian Journal of Sports Medicine*, 1(3), 137-142.

Sarter, M. i Paolone, G. (2011). Deficits in attentional control: Cholinergic mechanisms and circuitry-based treatment approaches. *Behavioral Neuroscience*, 125(6), 825-835.

Sarubbo, F., Miralles, A., Moranta, D. i Esteban, S. (2017b). Dietary polyphenols as promising molecules to prevent dementia. Openaccess e-books (ed.). *Dementia: Advances and Treatment*, 1-29.

Sarubbo, F., Esteban, S., Miralles, A. i Moranta, D. (2018b). Effects of resveratrol and other polyphenols on Sirt1: Relevance to brain function during aging. *Current Neuropharmacology*, 16(2), 126-136.

Sarubbo, F., Moranta, D., Asensio, V., Miralles, A. i Esteban, S. (2017a). Effects of resveratrol and other polyphenols on the most common brain age-related diseases. *Current Medicinal Chemistry*, 24(38), 4245-4266.

Sarubbo, F., Ramis, M., Aparicio, S., Ruiz, L., Esteban, S., Miralles, A. i Moranta, D. (2015). Improving effect of long-term resveratrol treatment on central monoamines synthesis and cognition in aged rats. *Age*, 37(3), 9777.

Sarubbo, F., Ramis, MR, Kienzer, C., Aparicio, S., Esteban, S., Miralles, A. i Moranta, D. (2018a). Chronic silymarin, quercetin and naringenin treatments increase monoamines synthesis and hippocampal SIRT1 levels improving cognition in aged rats. *Journal of Neuroimmune Pharmacology*, 13, 24-38.

Sarubbo, F., Tejada, S., Esteban, S., Jiménez, M. i Moranta, D. (2019). Aging: oxidative stress and dietary antioxidants, 2 edition. A *Resveratrol, SIRT1, oxidative stress and brain aging*. Cap. 43, Preedy & Patel.

Scalbert, A., Johnson, I. i Saltmarsh, M. (2005). Polyphenols: antioxidants and beyond. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 81(1), 215S-75.

Scullin, MK i Bliwise, DL (2015). Sleep, cognition and normal aging: Integrating a half-century of multidisciplinary research. *Perspectives on Psychological Science*, 10(1), 97-137.

Smoliga, J., Baur, J. i Hausenblas, H. (2011). Resveratrol and health: A comprehensive review of human clinical trials. *Molecular Nutrition & Food Research*, 55(8), 1129-1141.

Sohal, R., Arnold, L. i Orr, W. (1990a). Effect of age on superoxide dismutase, catalase, glutathione reductase, inorganic peroxides, TBA-reactive material, GSH/GSSG, NADPH/NADP⁺ and NADH/NAD⁺ in *Drosophila melanogaster*. *Mechanisms of Ageing and Development*, 56(3), 223-235.

Sohal, R., Arnold, L. i Sohal, B. (1990b). Age-related changes in antioxidant enzymes and prooxidant generation in tissues of the rat with special reference to parameters in two insect species. *Free Radical Biology and Medicine*, 9(6), 495-500.

Spencer, J., Abd, EL, Mohsen, M., Minihane, A. i Mathers, J. (2008). Biomarkers of the intake of dietary polyphenols: strengths, limitations and application in nutrition research. *British Journal Nutrition*, 99(1), 12-22.

Stangl, V., Dreger, H., Stangl, K. i Lorenz, M. (2007). Molecular targets of tea polyphenols in the cardiovascular system. *Cardiovasc Research*, 73(2), 348-58.

Takeuchi, H., Jin, S., Wang, J., Zhang, G., Kawanokuchi, J., Kuno, R. i Suzumura, A. (2006). Tumor necrosis factor- α induces neurotoxicity via glutamate release from hemichannels of activated microglia in an autocrine manner. *Journal of Biological Chemistry*, 281(30), 21362-21368.

Wagner, G., Herbsleb, M., de la Cruz, F., Schumann, A., Köhler, S., Puta, C., Gabriel, HW, Reichenbach, JR i Bär, KJ (2017). Changes in fMRI activation in anterior hippocampus and motor cortex during memory retrieval after an intense exercise intervention. *Biological Psychology*, 124, 65-78.

Wang, J., Wen, L., Huang, Y., Chen, Y. i Ku, M. (2006). Dual effects of antioxidants in neurodegeneration: direct neuroprotection against oxidative stress and indirect protection via suppression of glia-mediated inflammation. *Current Pharmaceutical Design*, 12, 3521-3533.

Yan, S., Fu, W., Wang, C., Mao, J., Liu, B., Li, Zou. i Lv, C. (2020). Association between sedentary behavior and the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 10, 112.

Yoon, J. i Baek, S. (2005). Molecular targets of dietary polyphenols with anti-inflammatory properties. *Yonsei Medical Journal*, 46(5), 585-596.

Autors

SUSANA ESTEBAN VALDÉS

Madrid (1960). Llicenciada en Biologia (1983) per la Universitat de Granada i doctora (1987) en Ciències (secció de Biologia) per la Universitat de les Illes Balears. Des de 2011 és catedràtica d'universitat de l'àrea de coneixement de Fisiologia, del Departament de Biologia de la UIB. És investigadora principal del grup de recerca en Neurofisiologia, del Departament de Biologia, i col·laboradora del grup de recerca en Neurofarmacologia (UIB-IUNICS-IdISBa). Ha participat en diverses línies d'investigació en neurofisiologia. Al 2002 va emprendre diversos treballs d'investigació en l'àmbit de l'envelliment cerebral com a investigadora principal d'un projecte del Ministeri d'Educació i Cultura. En aquest camp, ha dirigit tres tesis doctorals (una amb pròxima data de defensa) i set treballs de fi de màster, a més de diversos treballs de fi de grau. És coautora de tres capítols de llibre i de devers disset articles científics internacionals d'àmplia difusió en l'àmbit de l'envelliment i de les estratègies neuroprotectores dirigides a prevenir els dèficits cognitius que l'acompanyen.

DAVID MORANTA MESQUIDA

Palma (1977). Llicenciat en Biologia, llicenciat en Bioquímica i doctor en Biologia per la Universitat de les Illes Balears. Actualment, és professor contractat doctor interí del Departament de Biologia de la Universitat de les Illes Balears, associat a l'àrea de Fisiologia d'aquest departament. Els darrers anys, ha participat en la investigació realitzada pel grup de Neurofisiologia de la Universitat de les Illes Balears, relacionada amb l'anàlisi dels mecanismes moleculars responsables de les propietats neuroprotectores de diverses teràpies que han demostrat que endarrereixen l'envelliment cerebral, centrant-se principalment en el paper de l'estrès oxidatiu i els processos neuroinflamatoris.

MARGALIDA ROSA RAMIS ESCUDERO

Binissalem (1987). Llicenciada en Biologia (2010) per la Universitat de les Illes Balears. Duu a terme la seva investigació amb el grup de Neurofisiologia de la Universitat de les Illes Balears, relacionada amb l'estudi dels mecanismes implicats en diverses teràpies dirigides a la prevenció de l'envelliment cerebral i que han demostrat que endarrereixen el deteriorament cognitiu. Ha dut a terme aquesta investigació mitjançant una beca predoctoral de formació del professorat del Ministeri d'Educació. Pròximament,

defensarà la tesi doctoral. Ha assistit a diversos congressos internacionals i és autora de devers onze publicacions científiques internacionals d'àmplia difusió en l'àmbit de l'envelliment cerebral i les estratègies neuroprotectores per prevenir els dèficits cognitius que l'acompanyen.

MANUEL JIMÉNEZ GARCÍA

Palma (1994). Llicenciat en Biologia (2017) per la Universitat de les Illes Balears i màster en Neurociències (2019) per la Universitat de les Illes Balears. Duu a terme la seva investigació amb el grup de Neurofisiologia de la Universitat de les Illes Balears, relacionada amb l'anàlisi dels mecanismes moleculars responsables de les propietats neuroprotectores de diverses teràpies que han demostrat que endarrereixen l'envelliment cerebral, centrant-se principalment en el paper dels processos neuroinflamatoris i de l'estrès oxidatiu. És coautor d'algunes publicacions científiques internacionals en l'àmbit de l'envelliment cerebral i de les estratègies neuroprotectores per prevenir els dèficits cognitius que l'acompanyen. Recentment, ha estat beneficiari d'una beca del Fòrum per a la Investigació de la Cervesa per continuar la seva activitat investigadora.

ANTONI MIRALLES SOCIAS

Palma (1957). Llicenciat en Ciències (secció de Química) i doctor en Ciències (secció de Biologia) per la Universitat de les Illes Balears. Actualment, és catedràtic d'universitat de l'àrea de coneixement de Biologia Cel·lular al Departament de Biologia de la UIB. És investigador del grup de recerca de Neurofisiologia del Departament de Biologia i col·laborador del grup de recerca de Neurofarmacologia (UIB-IUNICS-IdISBa). Ha participat en diverses línies d'investigació en l'àmbit de la neurobiologia. Durant el període 1990-2004, va participar en la caracterització farmacològica i molecular dels receptors d'imidazolines i l'estudi dels mecanismes de modulació farmacològica i fisiopatològica de neuroreceptors i proteïnes de senyalització per a antidepressius i opiacis. En el període 2004-2017, la relació de les proteïnes apoptòtiques, en particular, la via de senyalització del receptor Fas/FADD, les accions antiapoptòtiques mediatitzades per la forma fosforilada de FADD, en relació amb els mecanismes d'acció d'opiacis i d'altres drogues d'abús, han centrat part del seu interès. A més, els últims vuit anys ha col·laborat, com a membre el grup de Neurofisiologia de la UIB, en l'estudi de diverses estratègies neuroprotectores de l'envelliment cerebral en models animals.

SILVIA TEJADA GAVELA

Palma (1978). Biòloga i bioquímica des de l'any 2001 (Universitat de les Illes Balears) i doctora (2010) en Ciències Mèdiques Bàsiques, amb menció europea. Actualment, és professora contractada doctora de l'àrea de Fisiologia del Departament de Biologia de la UIB. És coautora de nombroses publicacions científiques internacionals en l'àmbit de les neurociències. Durant els darrers anys, ha participat en la investigació realitzada pel grup de Neurofisiologia de la Universitat de les Illes Balears relacionada amb l'anàlisi dels mecanismes moleculars responsables de les propietats neuroprotectores de diverses teràpies que han demostrat que endarrereixen l'envelliment cerebral, centrant-se principalment en el paper de l'estrès oxidatiu.

FIORELLA SARUBBO

Itàlia (1988). Llicenciada en Biologia i doctora en Neurociències per la Universitat de les Illes Balears. Actualment, és la responsable de la Unitat de Recerca de l'Hospital Universitari Son Llàtzer i membre de la comissió de recerca del mateix hospital. Ha fet la tesi doctoral amb el grup de Neurofisiologia sobre els mecanismes moleculars i neuroquímics implicats en l'envelliment cerebral i la seva correlació amb la deterioració de les capacitats cognitives, així com en l'estudi d'estratègies neuroprotectores basades en l'ús de molècules naturals, com els polifenols, per prevenir l'envelliment cerebral. Va obtenir una beca postdoctoral de la International Brain Organization per dur a terme un estudi sobre la neurogènesi adulta a l'Institut de Patologia General la Facultat de Medicina de la Universitat Catòlica del Sagrat Cor (Roma).

**TRACTAMENT NO
FARMACOLÒGIC DE LA MALALTIA
D'ALZHEIMER**

Tractament no farmacològic de la malaltia d'Alzheimer

Projecte d'investigació: Assaig clínic per avaluar la possible eficàcia de l'estimulació cognitiva i d'un suplement nutricional en pacients amb malaltia d'Alzheimer

Joan García Caldentey
Carles García Caldentey
Catalina M. Llopart Mateu
Antonio J. García Trujillo

Resum

Objectius: atesa la limitada eficàcia dels fàrmacs disponibles per a la malaltia d'Alzheimer (MA), és important utilitzar tractaments no farmacològics. L'estimulació cognitiva (EC) és una intervenció que augmenta la reserva cognitiva. Souvenaid® és una combinació específica de nutrients que ha demostrat que millora la memòria en la MA lleu. El nostre objectiu principal és avaluar l'eficàcia i la possible interacció positiva d'ambdues estratègies.

Material i mètodes: assaig clínic factorial en fase II, multicèntric, aleatoritzat, cec per a l'avaluador. La intervenció experimental consisteix en EC (programa neuronUp) i l'administració de Souvenaid® 1 pot/dia. La intervenció control consisteix en teràpia ocupacional i suplement nutricional placebo. Durada de les intervencions: 12 setmanes. S'avalua amb escales específiques l'eficàcia per millorar el rendiment de la situació neuropsiquiàtrica. Finalment, la seguretat i la tolerància s'avaluen amb exploracions físiques i neurològiques, constants vitals i control d'esdeveniments adversos.

Resultats: fins ara s'han inclòs a l'estudi 56 pacients amb una edat mitjana de 76,4 anys. Tots pateixen MA en estadi lleu. Fins ara només s'han retirat quatre subjectes per falta d'assistència a la teràpia. A pesar del baix nombre de pacients inclosos, s'aprecia una tendència a la millora del grup tractat. Previsió d'incloure 204 pacients, 52 en cada grup, en 3 anys.

Conclusió: es duu a terme un assaig clínic independent per demostrar l'eficàcia i la possible interacció positiva del tractament no farmacològic en la MA lleu amb EC i Souvenaid®.

Resumen

Objetivos: ante la limitada eficacia de fármacos disponibles para la enfermedad de Alzheimer (EA), es importante emplear tratamientos no farmacológicos. La estimulación cognitiva (EC) es una intervención que aumenta la reserva cognitiva. Souvenaid® es una combinación específica de nutrientes que ha demostrado mejorar la memoria en EA leve. Nuestro objetivo principal es evaluar la eficacia y posible interacción positiva de ambas estrategias.

Material y métodos: ensayo clínico factorial fase II, multicéntrico, aleatorizado, ciego para el evaluador. La intervención experimental consiste en EC (programa neuronUp) y administración de Souvenaid® 1 bote/día. La intervención control consiste en terapia ocupacional y suplemento nutricional placebo. Duración de las intervenciones:

12 semanas. Se evalúa con escalas específicas la eficacia para mejorar el rendimiento de la función memoria, el resto de capacidades cognitivas, la capacidad funcional y la situación neuropsiquiátrica. Finalmente, la seguridad y la tolerancia se evalúan con exploraciones físicas y neurológicas, constantes vitales y control de acontecimientos adversos.

Resultados: hasta la fecha incluidos 56 pacientes con una edad media de 76,4 años. Todos padecen EA en estadio leve. Hasta ahora solo se han retirado cuatro sujetos del estudio por falta de asistencia a la terapia. A pesar del bajo número de pacientes incluidos, se aprecia una tendencia a la mejoría del grupo tratado. Prevista inclusión de 204 pacientes, 52 en cada grupo, en 3 años.

Conclusión: se está llevando a cabo un ensayo clínico independiente para demostrar la eficacia y la posible interacción positiva del tratamiento no farmacológico en la EA leve con EC y Souvenaid®.

1. Introducció

1.1. La malaltia d'Alzheimer

1.1.1. Definició

La malaltia d'Alzheimer (MA) és la causa més freqüent de demència. La demència és una síndrome definida com la declinació en el funcionament quotidià a causa del deteriorament cognitiu (McKhann et al., 2011). Es caracteritza per un dèficit cognitiu que representa una pèrdua respecte d'un nivell previ, que interfereix de forma significativa en el rendiment social o ocupacional. A més del dèficit cognitiu, sol comportar canvis en la personalitat i en la conducta.

La MA es caracteritza clínicament per un inici insidiós, amb un deteriorament cognitiu i funcional progressiu, amb l'aparició en el transcurs de la malaltia de modificacions de l'estat d'ànim, alteracions psicòtiques i de la conducta. La localització de les alteracions neuropatològiques se situa fonamentalment a l'escorça, sobretot en les àrees temporoparietals, on s'observen depòsits cerebrals de β -amiloide, degeneració neurofibril·lar, pèrdua neuronal i atròfia cerebral. Aquestes alteracions neuroanatòmiques justifiquen les alteracions dels processos de neurotransmissió (Delacourte et al., 1999) namely amyloid plaques and neurofibrillary tangles, is still unclear, especially their interrelationship and their link with cognitive impairment.

METHODS: The study included 130 patients of various ages and different cognitive statuses, from nondemented control subjects (n = 60, prospective study).

1.1.2. Epidemiologia

La prevalença de la demència i de la MA augmenta amb el procés d'envelliment (Hofman et al., 1997) but whether atherosclerosis is related to the most frequent type of dementia, Alzheimer's disease, is not known. The apolipoprotein-E genotype has been associated with Alzheimer's disease, and we postulate that it plays a part, together with atherosclerosis, in the aetiology of Alzheimer's disease. We investigated the frequency of dementia and its subtypes in relation to atherosclerosis and apolipoprotein E.

METHODS: We did a population-based study of 284 patients with dementia, 207 of whom had Alzheimer's disease, and 1698 individuals who were not demented. Indicators of atherosclerosis included vessel wall thickness and plaques of the carotid arteries, assessed by ultrasonography, and the ratio of ankle-to-brachial systolic blood pressure as a measure of generalised atherosclerosis. Based on these indicators participants were scored from 0 (no atherosclerosis).

Entre 65 i 69 anys d'edat, la prevalença de la demència és d'1 per cada 100 individus. Amb cada increment de 5 anys, la prevalença de la demència i de la MA es duplica (Hy i Keller, 2000). A 85 anys, les estimacions de prevalença de la demència varien entre el 20% i gairebé el 50% (Hofman et al., 1997) but whether atherosclerosis is related to the most frequent type of dementia, Alzheimer's disease, is not known. The apolipoprotein-E genotype has been associated with Alzheimer's disease, and we postulate that it plays a part, together with atherosclerosis, in the aetiology of Alzheimer's disease. We investigated the frequency of dementia and its subtypes in relation to atherosclerosis and apolipoprotein E.

METHODS: We did a population-based study of 284 patients with dementia, 207 of whom had Alzheimer's disease, and 1698 individuals who were not demented. Indicators of atherosclerosis included vessel wall thickness and plaques of the carotid arteries, assessed by ultrasonography, and the ratio of ankle-to-brachial systolic blood pressure as a measure of generalised atherosclerosis. Based on these indicators participants were scored from 0 (no atherosclerosis).

Després dels 85 anys, sembla que aquesta prevalença de la demència segueix elevant-se. La incidència de la demència també s'eleva considerablement amb l'avanç de l'edat (Jorm i Jolley, 1998). El nombre de casos nous de demència, sobretot de la MA, supera l'1 per cada 100 individus per any des del començament dels 70 anys fins als 80 (Jorm i Jolley, 1998).

1.1.3. Repercussió en la població

Els casos de demència s'incrementen de manera exponencial amb l'edat, i és previsible que els pròxims anys n'hi hagi una autèntica epidèmia mundial a causa de l'envelliment progressiu de la població. Actualment les demències constitueixen la principal causa de discapacitat i de dependència de l'ancià, i comporten una morbiditat i mortalitat molt importants, fet que suposa un cost econòmic, social i sanitari molt elevat, que principalment recau en els familiars. Els programes de detecció precoç i els tractaments disponibles en l'actualitat (farmacològics i no farmacològics) permeten una millora de la qualitat de vida del pacient i el seu cuidador, i una reducció de l'impacte econòmic i social de la malaltia.

La demència suposa una repercussió molt important en les persones que la pateixen i en el seu entorn. La qualitat de vida de qui pateix algun tipus de demència es veu afectada per les seves alteracions cognitives, funcionals i per les alteracions conductuals i psicològiques que hi poden estar associades. Així mateix, aquests individus requereixen nivells d'atenció cada vegada més grans al llarg de l'evolució de la patologia, que, juntament amb la repercussió emocional directa derivada de la malaltia, poden causar problemes de salut mental i física als responsables de tenir-ne cura i als familiars. L'assistència permanent, i en ocasions l'atenció especialitzada, que requereixen les persones amb demència és costosa i té importants implicacions econòmiques per als encarregats de la cura, per als serveis socials i els serveis d'atenció sanitària.

Hem de tenir en compte que incideix en tots els aspectes de la vida d'una persona. Interfereix per definició en la seva autonomia, inclosa la capacitat de realitzar eleccions i judicis morals. El deteriorament cognitiu i de la memòria que hi és subjacent fa que la persona abandoni les activitats amb les quals gaudia i repercuteix en les seves relacions personals. En molts casos també s'hi veuen implicades manifestacions psiquiàtriques com ansietat, depressió, psicosis i alteracions conductuals que poden limitar la llibertat de la persona. En estadis més avançats, la demència causa pèrdua de control motor i impedeix la capacitat de comunicació de pensaments i sentiments de la persona afectada, inclosos els seus desitjos, necessitats i símptomes que pateix. Aquestes circumstàncies fan que aquestes persones puguin estar exposades amb més freqüència a situacions de negligència per part de familiars o cuidadors, o a rebre una atenció mèdica més precària de l'esperable que la mateixa població no afectada de demència.

La qualitat de vida del malalt també es veu habitualment minvada, i l'ambient on es té cura d'una persona amb demència també s'ha de tenir en compte. Freqüentment, les persones dements són traslladades de la seva llar a institucions on perden la capacitat d'influir en el medi circumdant. Al llarg del procés de demència, és important que els individus puguin participar en activitats adaptades a la seva capacitat.

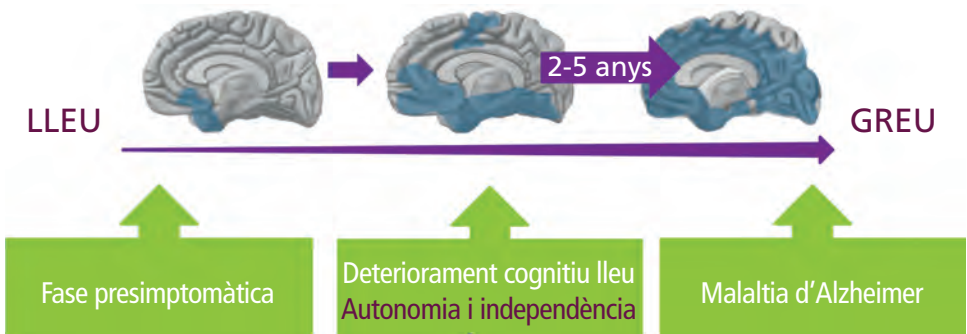
Gran part de la repercussió de la demència recau sobre els responsables de la cura del pacient. L'atenció informal de la demència és a càrrec, molt habitualment, dels cònjuges o de fills adults que, generalment, no tenen gens de capacitat ni experiència prèvia a l'hora de tenir cura de malalts. L'atenció de les demències suposa temps i té un elevat cost econòmic per als encarregats, que pateixen també per l'impacte emocional de la malaltia, així com per la responsabilitat que implica la cura. En general, els cuidadors acaben presentant problemes físics i psicològics, cosa que incideix també en un augment de mortalitat.

1.1.4. Característiques clíniques

La MA, que freqüentment ve precedida d'un estadi de deteriorament cognitiu lleuger (DCL) prodròmic, és un llarg procés que implica una durada potencial d'uns vint

anys o més. Els trastorns en la funció de la memòria episòdica són els símptomes típics inicials de la MA: els pacients repeteixen les seves pròpies paraules en la conversació, tornen a formular la mateixa pregunta o obliden les converses recents. Es tracta d'una deficiència en l'aprenentatge nou i en la codificació de la informació. Tot i que la capacitat de recuperar informació de la memòria a llarg termini finalment es redueix, una característica diagnòstica important és la dificultat per aprendre coses noves. La pèrdua de capacitat de recuperar la informació després de 3-5 minuts és una mesura de l'aprenentatge nou en els pacients amb MA i és una forma habitual de comprovar l'estat de la memòria en els exàmens o proves neurocognitives. També es pot veure deteriorat el llenguatge, manifestat per dificultats en la pronunciació de noms, subjectes i objectes. El llenguatge pot ser vague o buit, amb circumloquis i ús de termes de referència indeterminats com «cosa» i «això». Poden estar deteriorades tant la comprensió del llenguatge parlat i escrit com la repetició. Les persones amb demència poden presentar apràxia, que és el deteriorament de la capacitat d'execució de les activitats motores, encara que les capacitats motores sensorials i la comprensió de tasques estiguin intactes. La capacitat d'utilitzar objectes es pot veure alterada (per exemple la capacitat d'utilitzar un raspall per pentinar-se), així com l'activitat per realitzar actes motors coneguts (com dir adeu amb la mà). També pot aparèixer agnòsia, l'errada en la identificació de persones o objectes, a pesar de tenir la funció sensorial intacta. Els pacients poden arribar a no reconèixer els seus familiars o fins i tot la seva pròpia imatge al mirall. L'alteració de la funció executiva és una manifestació habitual a l'inici de la demència, s'altera la capacitat que permet el desenvolupament abstracte, així com la capacitat per planificar, iniciar, seqüenciar, monitorar i aturar un comportament complex. Els déficits esmentats han d'ocasionar un deteriorament significatiu de l'activitat laboral o social habitual, com anar a treballar, anar a comprar, vestir-se, rentar-se, dur a terme tasques econòmiques i altres activitats habituals de la vida quotidiana. El grau de deteriorament funcional és altament dependent del marc social del subjecte.

1.1.5. Història natural



1.1.6. Tractament

El tractament de pacients amb MA ha de ser una combinació de mesures farmacològiques i no farmacològiques que han d'iniciar-se simultàniament.

1.1.6.1. Tractament farmacològic

El tractament farmacològic és exclusivament simptomàtic. Fins ara no hi ha cap tractament capaç de modificar l'evolució natural de la MA, tot i que els esforços per aconseguir aquest fi són intensos. El tractament farmacològic simptomàtic específic té l'objectiu de millorar els aspectes cognitius i funcionals de la malaltia, tot i que probablement també modifiqui certs símptomes conductuals. S'inclouen els inhibidors de l'acetilcolinesterasa (IACE) i la memantina.

- Inhibidors de l'acetilcolinesterasa: són el donepezil, la rivastigmina i la galantamina. Són fàrmacs generalment ben tolerats, tot i que els efectes adversos gastrointestinals o d'un altre tipus obliguen a suspendre el tractament en alguna ocasió (nivell d'evidència I). No hi ha dades segures sobre la relació cost/eficàcia (nivell d'evidència I) (Clegg et al., 2001)000 people.
- Memantina: és un antagonista no competitiu dels receptors de *N*-metil-D-aspartat. És modestament eficaç a mitjà termini en les alteracions cognitives i funcionals dels pacients amb MA moderada-severa (nivell d'evidència I) (McShane, Areosa Sastre, i Minakaran, 2006).

Es duen a terme diversos assajos clínics amb fàrmacs l'estratègia dels quals s'adreça al processament d'A β 42. Principalment estratègies immunitàries per reduir la quantitat d'A β 42 al cervell. Hi ha certa incertesa sobre cap a on es dirigirà aquest tipus de tractament, pels informes de 2010 d'assajos clínics negatius que varen utilitzar diversos agents dirigits contra l'amiloide en la demència per MA. Els agents anti-tau són un desenvolupament recent apassionant, però encara no es disposa d'estudis definitius sobre aquest abordatge.

En la pràctica clínica habitual, es recomana oferir als pacients amb MA lleu o moderada el tractament amb un IACE (grau de recomanació A), tenint en compte els seus modestos beneficis i els seus escassos efectes adversos. En l'actualitat no hi ha dades que facin preferible un IACE sobre un altre (grau de recomanació A), de manera que l'elecció s'ha de basar en el perfil d'efectes adversos i de medicació concomitant (bona pràctica mèdica). El benefici obtingut inicialment es prolonga almenys un any (grau de recomanació A) i probablement durant períodes de temps més prolongats (grau de recomanació C). Quan la demència és moderada-severa es pot emprar la memantina, que és modestament efectiva (grau de recomanació A). En els pacients que ja reben un IACE, és possible afegir memantina en les fases tardanes (grau de recomanació A).

A mesura que van desapareixent alteracions conductuals, es poden utilitzar psicotròpics, com antidepressius, ansiolítics o neuroleptics.

La limitada eficàcia dels fàrmacs disponibles fins a l'actualitat ha motivat la recerca de noves estratègies farmacològiques i no farmacològiques per al tractament de pacients amb MA. Fins a l'arribada d'algun fàrmac que demostrï ser capaç de modificar el curs de la malaltia, és important destacar la teràpia no farmacològica en la MA.

1.1.6.2. Tractament no farmacològic

L'assistència als pacients amb MA no s'ha de limitar al seu diagnòstic i tractament farmacològic, sinó que s'ha d'abordar el suport i la informació sobre tots els aspectes de la malaltia al llarg de la seva evolució, com la capacitat del pacient per conduir, prendre decisions o gestionar el seu patrimoni (bona pràctica mèdica). A més a més, és important comptar amb els tractaments no farmacològics de la MA, intervencions que comparteixen els mateixos objectius generals del tractament farmacològic, és a dir, retardar el deteriorament, recuperar funcions perdudes o mantenir les preservades, millorar el control dels símptomes no cognitius, conservar les activitats de la vida quotidiana (AVD) i augmentar la qualitat de vida.

El tractament no farmacològic inclou l'estimulació cognitiva (EC) i els suplementos nutricionals (SN). Així doncs, la millor intervenció serà aquella que utilitzi la complementaritat dels tractaments farmacològics i no farmacològics, a fi que la milloria clínica que aporten els nous fàrmacs, si bé limitada en el temps i en la intensitat, es vegi incrementada quan el pacient es troba en un medi activador i socialitzant, en què s'administren els SN adequats i el tractament farmacològic corresponent.

- **Estimulació cognitiva:** es basa en el reconeixement de la **neuroplasticitat** cerebral com a mecanisme fisiològic reparador de les lesions del sistema nerviós central i el concepte de **reserva funcional** com a capacitat de substituir funcions perdudes amb recursos adquirits. Amb la finalitat de millorar o mantenir tant com sigui possible la capacitat funcional del pacient i de reduir la càrrega del cuidador, cada vegada hi ha major evidència de la utilitat d'aquesta teràpia (Cotelli, Calabria, i Zanetti, 2006; Yu et al., 2009). Per entendre el concepte d'EC, és útil comparar el cervell amb un múscul: si tenim una malaltia que destrueix un múscul de forma progressiva, sens dubte la millor opció serà exercitar tot el possible aquest múscul per hipertrofiar-lo i compensar l'atrofia produïda per la malaltia. Deixar el múscul en inactivitat, només pot facilitar la progressió de la malaltia. Amb l'EC, estam exercitant el nostre cervell per retardar l'atròfia que es produeix en la MA. D'aquesta manera, creiem que a través d'aquesta teràpia podem **alentir la velocitat de progressió de la malaltia, reduir-ne alguns símptomes emocionals** (com la irritabilitat i l'apatia), **mantenir la**

comunicació verbal i, així, millorar la qualitat de vida i disminuir la progressiva pèrdua d'habilitats funcionals per a les activitats de la vida quotidiana (García-Trujillo i Llompart Mateu, 2011).

- **Suplements nutricionals:** la **dieta** pot ser un factor molt important en l'aparició i la progressió de la malaltia. Els beneficis de la **dieta mediterrània** han estat demostrats en nombrosos estudis (Willett et al., 1995). Respecte a la MA, hi ha evidència que diferents nutrients inclosos en la dieta mediterrània poden, de forma aïllada, modificar o modular el transcurs de la malaltia o fins i tot el risc de patir-la (Clarke, 2008). No obstant això, a pesar de viure en ple Mediterrani, la nostra dieta no és sempre la recomanada, sobretot en la població anciana. A més a més, moltes vegades és difícil ingerir els nutrients adequats en les dosis adequades, com l'omega-3, present principalment en el peix, que suposaria un consum de grans quantitats de peix. Per aquest motiu, en el darrer any han aparegut diversos SN, entre els quals destaca un preparat líquid anomenat Souvenaid®, que conté precursors i cofactors que poden ser útils per protegir la membrana de les neurones. Diversos estudis ben fets han demostrat la **utilitat de Souvenaid® per millorar les funcions mnèsiques i símptomes neuropsiquiàtrics en pacients en fase lleu i moderada de la MA** (Scheltens et al., 2010, 2012).

2. Hipòtesi i objectius

2.1. Hipòtesi

L'estudi proposat pretén avaluar l'eficàcia de l'estimulació cognitiva i d'un component nutricional (Souvenaid®) en pacients amb diagnòstic d'Alzheimer establert, i la possible interacció positiva entre aquests dos components en una millora almenys a curt termini (dotze setmanes) d'alguns símptomes de la malaltia. La milloria es determinarà mitjançant una puntuació menor en les escales de rendiment de la funció de la memòria, de determinació de la capacitat cognitiva i la capacitat funcional neuropsiquiàtrica; s'espera que l'aparició d'esdeveniments adversos greus no sigui superior a l'esperada per a aquest grup de pacients, així com una bona tolerància al suplement nutricional i adherència a les intervencions.

2.2. Objectiu principal

Avaluar l'eficàcia de l'estimulació cognitiva i del suplement nutricional (Souvenaid®) en la millora del rendiment de la funció de memòria de la Neuropsychological Test Battery (NTB) a las 12 setmanes en pacients amb malaltia d'Alzheimer lleu.

2.3. Objectius secundaris

Avaluar l'eficàcia de l'estimulació cognitiva i del suplement nutricional (Souvenaid®) en la millora de la determinació de la capacitat cognitiva, capacitat funcional, neuropsiquiàtrica, a més de la seva seguretat, tolerància, adherència a les intervencions i cost econòmic a les 12 setmanes en pacients amb malaltia d'Alzheimer lleu.

3. Material i mètodes

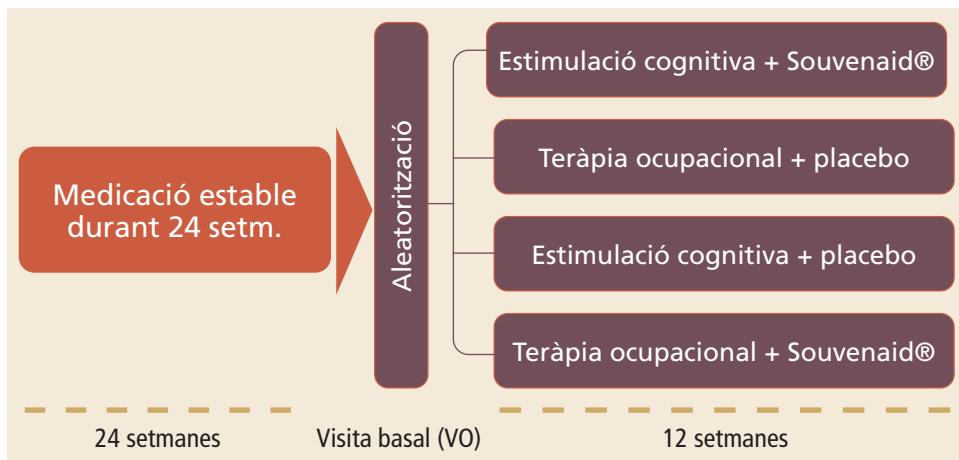
3.1. Disseny de l'estudi

Assaig clínic factorial fase II, multicèntric, aleatoritzat i cec per a l'avaluador, amb quatre branques de tractament.

3.2. Variables de valoració

- Variable principal:
 - Rendiment de la funció de memòria de la Neuropsychological Test Battery (NTB).
- Variables secundàries:
 - Capacitat cognitiva:
 - *11-item Alzheimer's disease Assessment Scale-Cognitive Subscales (ADAS-cog)*
 - *Mini-Mental State Examination (MMSE)*
 - *Clinical Dementia Rating Scale (CDR)*
 - *Clinical Dementia Rating Scale Sum of Boxes Scores (CDR-BS)*
- Capacitat funcional:
 - *Functional Activities Questionnaire (FAQ)*
- Funció neuropsiquiàtrica
 - *Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)*
 - Escala de depressió geriàtrica (GDS)
- Seguretat, adherència i tolerància
 - S'avaluarà amb les exploracions físiques i neurològiques, constants vitals i control d'esdeveniments adversos.
 - S'analitzarà l'assistència a les intervencions

4. Protocol de l'assaig clínic



5. Població en estudi i nombre de pacients

Pacients amb malaltia d'Alzheimer en estadi lleu CDR 1, amb tractament estable durant almenys 24 setmanes. En total s'inclouen 204 pacients, 52 en cada grup de tractament.

L'estimulació cognitiva i la teràpia ocupacional es realitzen de forma gratuïta als pacients que participen en l'estudi, i es duen a terme al Centre Mente.

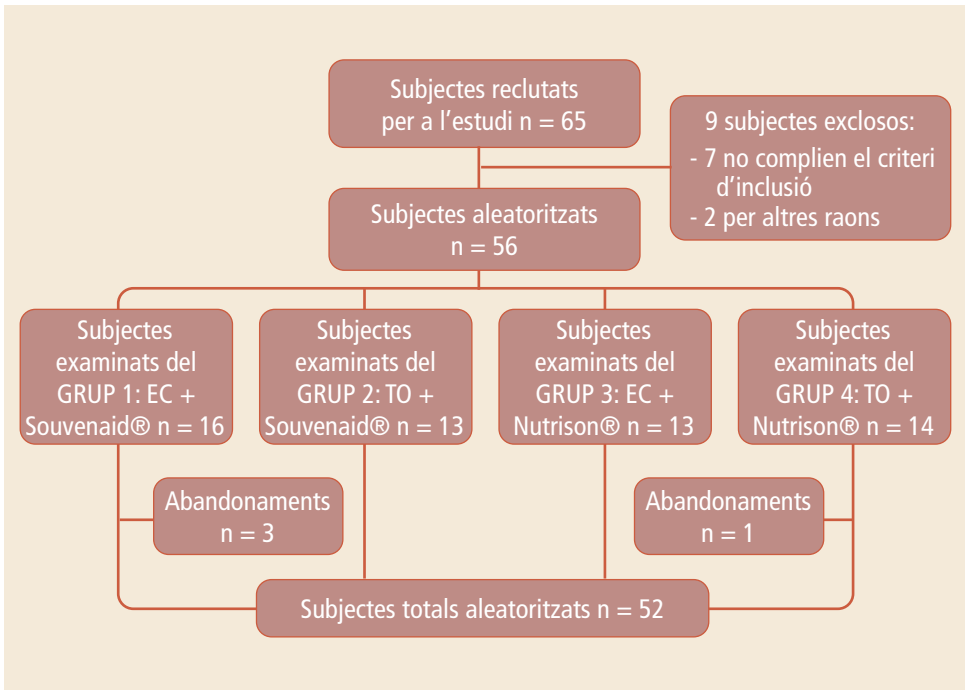
6. Criteris d'inclusió

- Diagnòstic de malaltia d'Alzheimer segons criteris DSM-IV i NINCDS-ADRDA;
- pacients amb malaltia d'Alzheimer en estadi lleu CDR 1, amb tractament estable durant almenys 24 setmanes;
- MMSE major de 20;
- pacients capaços de comprendre el consentiment informat;
- capaços de comprendre el llenguatge oral i escrit;
- capaços de realitzar exercicis d'estimulació cognitiva;

- disposició a prendre suplement nutricional;
- edat: més grans de 18 anys;
- medicació amb inhibidors de l'acetilcolinesterasa estable durant almenys tres mesos,
- disposar d'un cuidador que almenys passi 4 hores al dia amb el pacient.

7. Resultats

Fins ara s'han inclòs 65 pacients, dels quals 9 varen haver de ser exclosos, la majoria per no complir tots els criteris d'inclusió. Dels 56 pacients aleatoritzats, 16 varen caure en el grup més intervencionista (EC + Souvenaid), 13 en cada un dels grups amb una sola intervenció i 14 en el grup purament placebo (TO i Nutrison). Hi ha hagut quatre abandonaments, tots per falta d'assistència a les classes d'EC.



A la següent taula es detallen les característiques clíniques i demogràfiques de la mostra:

Taula 1 | *Característiques clíniques i demogràfiques de la mostra*

Paràmetre	GRUPO 1	GRUPO 2	GRUPO 3	GRUPO 4
	E.C + SOUVENAID® (n=13)	E.C + NUTRISON® (n=13)	T.O + SOUVENAID® (n=13)	T.O + NUTRISON® (n=13)
	Rango; Media (DT)	Rango; Media (DT)	Rango; Media (DT)	Rango; Media (DT)
Edad (años)	67-86; 77.1 (7.6)	65-84; 74.5 (7.8)	69-87; 76.6 (5.9)	64-89; 78.5 (7.1)
Género (M/F)	7/6	5/8	7/6	2/11
Escolaridad (años)	1-4; 2.6 (1.2)	1-4; 2 (0.9)	1-4; 2.5 (1.1)	1-4; 2.2 (1.1)
Duración enfermedad (meses)	0-36; 11.1 (11.9)	0-37; 8.8 (10.7)	0-31; 7.9 (10.5)	1-24; 8.4 (7.4)
MMSE	21-28; 23.8 (2.9)	20-29; 23.7 (7.1)	21-29; 25.2 (3.1)	20-26; 23.4 (2.4)

A la següent taula es detalla l'efecte estadístic dels tractaments en cada una de les escales avaluades:

Taula 2 | *Característiques clíniques i demogràfiques de la mostra*

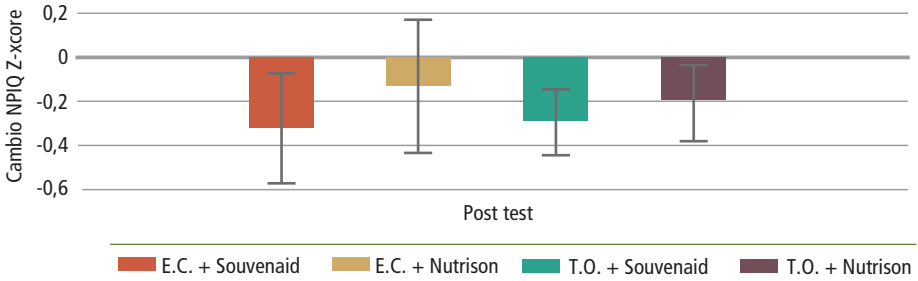
Test cognitiu	Efecto de Estimulación cognitiva	Efecto de Souvenaid	Efecto de interacción E.C * Souvenaid
Escala de calidad de la vida	$p=0,346$	$p=0,017$	$p=0,42$
NPI-Q gravedad	$p=0,651$	$p=0,067$	$p=0,293$
Fluència verbal categoria semàntica	$p=0,354$	$p=0,757$	$p=0,042$
NTB_ Wechsler memory Scale _recuerdo verbal diferido	$p=0,041$	$p=0,096$	$p=0,765$
NTB_ Rey Auditory Verbal Learning test _recuerdo diferido	$p=0,047$	$p=0,905$	$p=0,676$
ADAS _denominación de objetos	$p=0,792$	$p=0,069$	$p=0,069$
ADAS _reconocimiento de palabras	$p=0,016$	$p=0,595$	$p=0,038$
ADAS _recuerdo de instrucciones	$p=0,059$	$p=0,99$	$p=0,99$
ADAS _capacidad para encontrar palabras adecuadas	$p=0,067$	$p=0,535$	$p=0,836$
ADAS _distracción	$p=0,049$	$p=0,231$	$p=0,688$

Legenda: NPIQ= Neuropsychiatric Inventory Questionnaire, NTB= Neuropsychological Test Battery, ADAS= Alzheimer Disease Assessment Scale. ■ P value significatiu

■ Tendència a la significació

En l'anàlisi per veure si hi ha efecte de l'EC, de Souvenaid® o de la interacció d'ambdós; tot i que la mostra és molt petita, ja s'han trobat certes diferències significatives o tendències entre grups que suggereixen cert efecte de les intervencions. En els pacients del grup EC + Souvenaid® es va observar una disminució significativa de la simptomatologia psiquiàtrica (millora de l'estat d'ànim, ansietat, apatia, etc.).

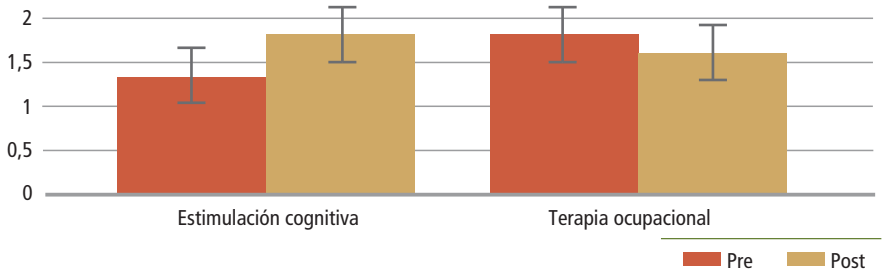
Gràfic 1 | Neuropsychiatric Inventory Questionnaire



Canvi respecte a la línia base en la Neuropsychiatric Inventory Questionnaire. L'error estàndard tan gran és degut al fet que la mostra és molt petita.

En els pacients que reberen estimulació cognitiva es va observar una millora a l'escala de memòria diferida de l'NTB, tant a la part de record visual diferit, com a la de record verbal diferit.

Gràfic 2 | Puntuaciones NTB memoria visual diferida



Gràfic 3 | Puntuaciones NTB memoria verbal diferida

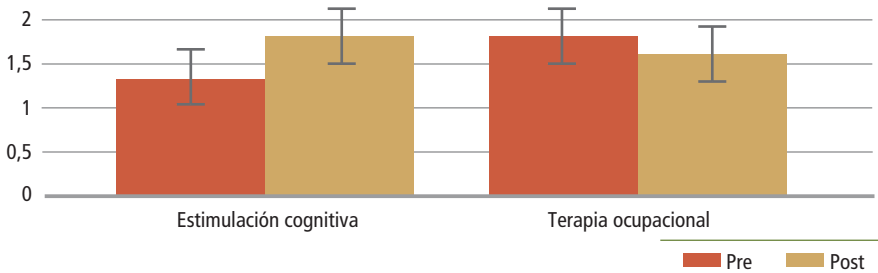


Diagrama de barres en què es mostra la millora en el record visual diferit de l'NTB en aquells pacients que han rebut EC.

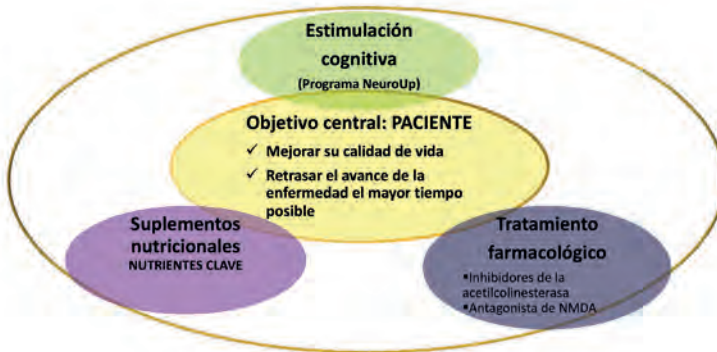
Diagrama de barres en què es mostra la millora en el record verbal diferit de l'NTB en aquells pacients que han rebut EC.

8. Conclusió

És necessari augmentar la mida de la mostra («n» calculada de 204 pacients) per poder trobar diferències estadísticament significatives i corroborar les nostres hipòtesis.

Els resultats preliminars indiquen una millora de la simptomatologia psiquiàtrica en pacients del grup Souvenaid® + EC i una tendència cap a la significació en la part diferida de memòria de l'NTB. Així doncs, la cognició millora un 33-40%. S'objectiva una possible millora de la conducta (apatia, depressió, son, irritabilitat, agitació). També sembla millorar la percepció de qualitat de vida dels pacients i cuidadors. Finalment sembla haver-hi un possible efecte sinèrgic amb l'estimulació cognitiva.

En finalitzar l'estudi, els resultats seran divulgats en congressos nacionals i internacionals i es publicaran en una revista científica internacional. En qualsevol cas, sembla clar que el millor abordatge del pacient amb MA és una atenció integral que inclou el tractament farmacològic, l'estimulació cognitiva i els suplementos nutricionals.



Referències bibliogràfiques

Clarke, R. (2008). B-vitamins and prevention of dementia. *The Proceedings of the Nutrition Society*, 67(1), 75-81. <https://doi.org/10.1017/S0029665108006046>

Clegg, A., Bryant, J., Nicholson, T., McIntyre, L., De Broe, S., Gerard, K. i Waugh, N. (2001). Clinical and cost-effectiveness of donepezil, rivastigmine and galantamine for Alzheimer's disease: a rapid and systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 5(1), 1-137. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11262420>

Cotelli, M., Calabria, M. i Zanetti, O. (2006). Cognitive rehabilitation in Alzheimer's Disease. *Aging Clinical and Experimental Research*, 18(2), 141-143. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16702783>

Delacourte, A., David, J. P., Sergeant, N., Buée, L., Wattez, A., Vermersch, P., ... Di Menza, C. (1999). The biochemical pathway of neurofibrillary degeneration in aging and Alzheimer's disease. *Neurology*, 52(6), 1158-1165. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10214737>

Garcia-Trujillo, A. J. i Llopart Mateu, C. (2011). Tratamientos no farmacológicos: ¿Qué ofrecen? Bases, ámbito de aplicación y eficacia. Terapias alternativas. In A. Martínez-Lage, P; Amer Ferrer, G; Rossiñol Far (Ed.), *Alzheimer 2011. Prevención, Alzheimer, Mediterráneo: Crisol de disciplinas* (p. 217226).

Hofman, A., Ott, A., Breteler, M. M., Bots, M. L., Slooter, A. J., van Harskamp, F., ... Grobbee, D. E. (1997). Atherosclerosis, apolipoprotein E, and prevalence of dementia and Alzheimer's disease in the Rotterdam Study. *Lancet*, 349(9046), 151-154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)09328-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)09328-2)

Hy, L. X. i Keller, D. M. (2000). Prevalence of AD among whites: a summary by levels of severity. *Neurology*, 55(2), 198-204.

Jorm, A. F. i Jolley, D. (1998). The incidence of dementia: a meta-analysis. *Neurology*, 51(3), 728-733.

McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., ... Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia* :

The Journal of the Alzheimer's Association, 7(3), 263-269. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>

McShane, R., Areosa Sastre, A. i Minakaran, N. (2006). Memantine for dementia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), CD003154. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003154.pub5>

Scheltens, P., Kamphuis, P. J. G. H., Verhey, F. R. J., Olde Rikkert, M. G. M., Wurtman, R. J., Wilkinson, D., ... Kurz, A. (2010). Efficacy of a medical food in mild Alzheimer's disease: A randomized, controlled trial. *Alzheimer's & Dementia : The Journal of the Alzheimer's Association*, 6(1), 1-10.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2009.10.003>

Scheltens, P., Twisk, J. W. R., Blesa, R., Scarpini, E., von Arnim, C. A. F., Bongers, A., ... Kamphuis, P. J. G. H. (2012). Efficacy of Souvenaid in mild Alzheimer's disease: results from a randomized, controlled trial. *Journal of Alzheimer's Disease : JAD*, 31(1), 225-236. <https://doi.org/10.3233/JAD-2012-121189>

Willett, W. C., Sacks, F., Trichopoulos, A., Drescher, G., Ferro-Luzzi, A., Helsing, E. i Trichopoulos, D. (1995). Mediterranean diet pyramid: a cultural model for healthy eating. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 61(6 Suppl), 1402S-1406S. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7754995>

Yu, F., Rose, K. M., Burgener, S. C., Cunningham, C., Buettner, L. L., Beattie, E., ... McKenzie, S. E. (2009). Cognitive training for early-stage Alzheimer's disease and dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 35(3), 23-29. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19326826>

Autors

JOAN GARCÍA CALDENTY

Palma (1982). Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Cantàbria i doctor en Medicina per la Universitat d'Alcalá. És especialista en neurologia i va fer la residència a l'Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Va fer una rotació externa a Nova York, a la Columbia University Medical Center, Division of Movement Disorders, sota la tutela de Stanley Fahn, M. D. Va fer la tesi doctoral i ha tingut una especial formació en malalties neurodegeneratives com la malaltia d'Alzheimer. Des de l'any 2014 fa feina a les Balears, al Centro Neurológico Oms 42, a la Clínica Rotger i a l'Hospital Quirón Palmaplanas, amb especial dedicació a aquestes malalties.

CARLES GARCÍA CALDENTY

Palma (1984). Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Navarra. És especialista en psiquiatria i feu la residència a l'Hospital Son Llàtzer, Palma. Va fer una rotació externa a San Francisco, a l'UCSF Memory and Aging Center Clinic. Ha fet feina com a psiquiatre especialista en patologia infantil a l'Hospital Universitari Son Espases. Actualment exerceix com a psiquiatre forense al Centre Penitenciari Brians a Catalunya. Tant durant la seva formació com durant l'exercici de la seva professió ha dedicat especial atenció a la patologia psiquiàtrica a l'envelliment, sobretot amb demència.

CATALINA M. LLOMPART MATEU

Inca (1976). Llicenciada en Psicologia per la Universitat Ramon Llull de Barcelona. Psicòloga general sanitària. Psicòloga experta en neuropsicologia clínica. Formació de postgrau en rehabilitació cognitiva. Des de 2001 fa feina als centres d'estimulació cognitiva Mente, actualment com a coordinadora. Exerceix com a neuropsicòloga al Centro Neurológico Oms 42 i a la Clínica Rotger Quirón Salud.

ANTONIO J. GARCÍA TRUJILLO

Palma (1956). Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de València. És especialista en neurologia i va fer la residència a l'Hospital General de València. Fa quaranta anys que exerceix a les Illes Balears, amb especial dedicació a la malaltia d'Alzheimer. Va ser el principal impulsor dels centres d'estimulació cognitiva Mente, que dirigeix des de fa vint anys.

**UNA ALTRA VISIÓ DE
L'ENVELLIMENT ACTIU:
HABILITACIÓ DELS ENTORNS I
DEPENDÈNCIA**

Una altra visió de l'envelliment actiu: Habilitació dels entorns i dependència

Miquel Àngel Capó-Juan

Resum

A les Illes Balears, així com a la resta del territori espanyol, es manté una tendència creixent de l'esperança de vida. Cada cop més, l'envelliment té un nou paradigma. Hem superat malalties, hem introduït activitat física, hem millorat hàbits alimentaris. El repte d'avui ja no és la supervivència sinó continuar amb el màxim nivell de qualitat de vida. El barem de valoració dels graus i nivells de dependència permet determinar les situacions de dependència moderada, greu i de gran dependència. L'autonomia fora de la llar té una representació molt petita sobre el barem global. Quan anem pel carrer, encara trobem barreres arquitectòniques que ens dificulten la lliure mobilitat; aquestes barreres fan que mai no siguem autònoms i independents, i aquí és on observem que és la societat, o bé la manca de disseny universal, qui genera la mateixa dependència. La valoració de la dependència també s'ha de plantejar fora de l'entorn habitual immediat. L'envelliment actiu i, per tant, una millor promoció de l'autonomia personal, sorgeix d'hàbits saludables com esport, oci, poder sortir a comprar articles de primera necessitat..., amb les adaptacions i el suport que siguin necessaris al medi extern, sobretot encara que no disposem d'un disseny universal per a tothom. La visió actual de la dependència mai no serà la del futur, i, com sempre s'ha dit, les lleis s'han d'adaptar a les demandes de la societat.

Resumen

En las Islas Baleares, así como en el resto del territorio español, se mantiene una tendencia actual creciente de la esperanza de vida. De cada vez más, el envejecimiento tiene un nuevo paradigma. Hemos superado enfermedades, hemos introducido actividad física, hemos mejorado hábitos alimentarios. El reto actual ya no es la supervivencia, sino continuar con el máximo nivel de calidad de vida. El baremo de valoración de los grados y niveles de dependencia permite determinar las situaciones de dependencia moderada, severa y de gran dependencia. La autonomía fuera del hogar tiene una representación muy pequeña sobre el baremo global. Cuando vamos por la calle, aún encontramos barreras arquitectónicas que dificultan la libre movilidad; estas barreras hacen que nunca seamos autónomos e independientes, y aquí es donde observamos que es la sociedad, o bien la falta de diseño universal, la que genera la propia dependencia. Hay que plantear que la valoración de la dependencia también pueda contemplarse fuera del entorno habitual inmediato. El envejecimiento activo, y por tanto una mejor promoción de la autonomía personal, surge de hábitos saludables como deporte, ocio, poder hacer compras de primera necesidad..., con las adaptaciones y el apoyo que sean necesarios, sobre todo mientras no contemos con un diseño universal para todos. La visión actual de la dependencia nunca será la del futuro, y, como siempre se ha dicho, las leyes se deben adaptar a las demandas de la sociedad.

1. Introducció

L'any 1991, l'esperança de vida a Espanya era de 73,50 anys per als homes i de 80,60 anys per a les dones. El 1999 era de 75,40 anys per als homes i de 82,30 anys per a les dones. El 2019 va ser de 82,30 anys per als homes i de 86,20 anys per a les dones. Per tant, tot indica que actualment ens situem en una esperança de vida al voltant de 84 anys (INE, 2020).

L'esperança de vida ha experimentat un creixement important dècada rere dècada. Els avenços científics, les millores en el coneixement i les cures en la salut hi han contribuït. A més, el que també s'observa és la reducció de la bretxa entre homes i dones; l'any 1991 era de 7,2 anys; el 2019 va ser de 5,4 anys (INE, 2020).

Actualment, a les Illes Balears, així com al conjunt dels països desenvolupats, es presenta un model de mortalitat estable, caracteritzat per la concentració progressiva de morts en els estrats superiors de la població (Lluch i Dubon, 2017). En tot cas, a les Illes Balears, així com a la resta del territori espanyol, es manté la tendència actual de l'augment d'esperança de vida. Pel que fa a les dades recollides per l'Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT, 2020), l'any 2017 aquesta esperança de vida se situava en 82,90 anys: 85,44 anys per a les dones i 80,36 anys per als homes.

Cada cop més, l'envelliment té un nou paradigma. Hem superat malalties, hem introduït activitat física, hem millorat hàbits alimentaris. El repte ja no és la supervivència sinó cercar la manera de viure amb la malaltia i continuar amb un màxim nivell de qualitat de vida.

2. Cap a l'autonomia real: habilitació dels entorns

2.1. Antecedents

D'acord amb el marc legislatiu, l'atenció social sorgeix de dos nuclis: d'una banda, del darrer Reial decret legislatiu en matèria de discapacitat (Llei general de drets de les persones amb discapacitat i de la seva inclusió social, 2013), el qual reforça i actualitza la Llei d'integració social dels minusvàlids (LISMI, 1982), en què la tendència es dirigeix cap a la valoració de la persona i el seu entorn; i, d'altra banda, de la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència.

D'acord amb el que estableix l'article 2.2 de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, la dependència és «l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i lligades a la falta o a la pèrdua

d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten l'atenció d'una altra o d'altres persones o ajudes importants per fer activitats bàsiques de la vida diària; o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, d'altres suports per a la seva autonomia personal». Cal assenyalar que «el sistema de Seguretat Social va assumir alguns elements d'atenció, tant en l'assistència a persones grans com en situacions vinculades a la discapacitat: gran invalidesa, complements d'ajuda a tercera persona a la pensió no contributiva d'invalidesa i de la prestació familiar per fill a càrrec amb discapacitat; així mateix, les prestacions de serveis socials en matèria de reeducació i rehabilitació a persones amb discapacitat i d'assistència a la gent gran». L'article 21, sobre la prevenció de situació de dependència, «té per finalitat prevenir l'aparició o l'agreujament de malalties o discapacitats i de les seves seqüeles, mitjançant el desenvolupament coordinat, entre els serveis socials i de salut, d'actuacions de promoció de condicions de vida saludables, programes específics de caràcter preventiu i de rehabilitació dirigits a la gent gran i persones amb discapacitat i als qui es veuen afectats per processos d'hospitalització complexos. Amb aquesta finalitat, el Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència ha d'acordar criteris, recomanacions i condicions mínimes que haurien de complir els plans de prevenció de les situacions de dependència que elaborin les comunitats autònomes, amb especial consideració dels riscos i les actuacions per a la gent gran».

Per tant, la Llei 39/2006 va donar un nou impuls als serveis socials, ja que va generar drets subjectius i va ordenar racionalment el sector i les seves prestacions.

D'acord amb l'article 2.5 de la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears, «els serveis socials s'adrecen especialment a prevenir les situacions de risc, a compensar els dèficits de suport social i econòmic de situacions de vulnerabilitat i de dependència, i a promoure actituds i capacitats que facilitin la integració social de les persones». A més, les polítiques de serveis socials pretenen «detectar, prevenir i atendre les necessitats derivades de la dependència amb l'objectiu de promoure l'autonomia de les persones», segons l'article 3.f, i de «proposar i establir el programa individual d'atenció a la dependència i de promoció de l'autonomia personal, excepte en les situacions en què la persona estigui ingressada de manera permanent en un centre de la xarxa pública», d'acord amb l'article 14.g.

El Decret 86/2010, de principis generals i directrius de coordinació per a l'autonomia i l'acreditació dels serveis socials d'atenció a persones grans i persones amb discapacitat, sobre el servei d'estades diürnes per a persones grans en situació de dependència, exposa a l'annex segon, sobre les condicions suprainsulars de les residències, punt 1.4.1: «Promoció i hàbits saludables, k) Desenvolupament de programes de rehabilitació (fisioteràpia i altres), habilitació personal i social (autonomia personal i funcionament independent), activitats d'oci i temps lliure.»

Per tant, si una cosa queda patent és la importància de promocionar l'autonomia als entorns naturals on les persones en situació de dependència es troben habitualment.

Entenem per entorn natural el medi immediat directe, que podria ser l'entorn domiciliari o educatiu, en cas d'un infant (Capó-Juan, 2020), o centres d'estades diürnes o residències, en cas d'un adult. Tot i que el vertader entorn natural va més enllà d'aquests entorns institucionals.

L'actual Decret 66/2016, de 18 de novembre, pel qual s'aprova la cartera bàsica de serveis socials de les Illes Balears, ofereix valoració, prevenció, atenció assistencial i prestacions a les persones en situació de dependència i/o discapacitat, així com a altres col·lectius vulnerables. Cal destacar, doncs, els centres d'estades diürnes per a persones grans en situació de dependència, on es pretén «el major nivell possible d'autonomia personal i el suport a les famílies o a qui en té cura, així com cobrir les necessitats d'assessorament i orientació per a la promoció de l'autonomia, habilitació o atenció assistencial i personal», i que es converteixen en els eixos fonamentals.

Per tant, els objectius que es fixen en aquests entorns es dirigeixen a promocionar l'autonomia i, a més a més, l'habilitació, tot i que ni la Llei 4/2009, d'11 de juny, ni tampoc la Llei 10/2013, de 23 de desembre, de modificació de la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears remarquin l'habilitació física de l'entorn i l'adaptació de les eines.

2.2. Valoració de la dependència, habilitació dels entorns i autonomia

Al Reial decret 174/2011, d'11 de febrer, s'aprovà 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.

El barem de valoració dels graus i nivells de dependència (BVD) permet determinar les situacions de dependència moderada, greu i de gran dependència:

«a) Grau I. Dependència moderada: quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària almenys un cop al dia o té necessitats de suport intermitent o limitat per a la seva autonomia personal. Es correspon a una puntuació final del BVD de 25 a 49 punts.»

«b) Grau II. Dependència greu: quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària dues o tres vegades al dia, però no requereix el suport permanent d'un cuidador o té necessitats de suport extens per a la seva autonomia personal. Es correspon a una puntuació final del BVD de 50 a 74 punts.»

«c) Grau III. Gran dependència: quan la persona necessita ajuda per realitzar diverses activitats bàsiques de la vida diària diverses vegades al dia i, per la seva pèrdua total d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessita el suport indispensable i continu d'una altra persona o té necessitats de suport generalitzat per a la seva autonomia personal. Es correspon a una puntuació final del BVD de 75 a 100 punts».

«Així mateix, el BVD permet identificar dos nivells de cada grau en funció de l'autonomia personal i de la intensitat de la cura que requereix d'acord amb el que estableix l'apartat segon de l'article 26 de la Llei 39/2006, de 14 de desembre».

El BVD està conformat, per a tots els casos, pels apartats: 1) Menjar i beure; 2) Higiene personal relacionada amb la micció i defecació; 3) Rentar-se; 4) Fer cures corporals; 5) Vestir-se; 6) Manteniment de la salut; 7) Canviar i mantenir la posició del cos; 8) Desplaçar-se dins la llar; 9) Desplaçar-se fora de la llar; 10) Dur a terme tasques domèstiques.

En definitiva, es tracta d'un barem complet que fa justícia als seus principis. Ara bé, segons un càlcul hipotètic (inforesidencias.com, 2020), en cas que la persona no tingui cap problema de demència o malaltia mental i es puntuï la màxima necessitat de dependència a totes les preguntes a l'apartat de fora de la llar, i a la resta d'apartats no s'indiqui cap necessitat de suplència o dependència, resultaria que la persona no tindria cap grau de dependència. Per tant, l'autonomia fora de la llar té una representació molt petita sobre el barem global. Fins i tot, caldria plantejar si la persona avaluada obtindria els mateixos resultats sobre els altres apartats si aquests fossin valorats fora de l'entorn domiciliari. Resultaria, per tant, una persona autònoma per menjar i beure a un restaurant, o per anar a un bany públic, o per rentar-se o vestir-se en un hotel?

Per tant, la llei de dependència, tot i que sigui realista i tingui present l'entorn natural immediat com el domicili habitual, dona poc valor al seu objectiu fonamental, que és la promoció de l'autonomia al millor entorn per fer-ho, el medi extern: el carrer, el supermercat, la farmàcia, el parc, espais de restauració, oci... Ara bé, aquest nou paradigma suposa un repte de plantejament en el qual tots hauríem d'estar implicats: mobiliari urbà, comerços, restaurants..., tot, absolutament tot, habilitat i adaptat.

La llei 51/2003, de 2 de desembre, d'igualtat d'oportunitats, no discriminació i accessibilitat universal de les persones amb discapacitat va marcar fonaments cap a un model social fent referència a entorns accessibles i més practicables. El Reial decret 505/2007, de 20 d'abril, va aprovar les condicions bàsiques d'accés i no discriminació de les persones amb discapacitat per a l'accés i l'ús dels espais públics i de les edificacions. A través del Reial decret 173/2010, de 19 de febrer, es va poder modificar el Codi Tècnic d'Edificació, aprovat pel Reial decret 314/2006, de 17 de març, en matèria d'accés i no discriminació de les persones amb discapacitat. Per tant, a través del Decret 110/2010, de 15 d'octubre,

s'aprova el Reglament per a la millora de l'accessibilitat i la supressió de barreres arquitectòniques, que pretenia definir les mesures necessàries d'espai per a permetre el moviment, així com indicar els aspectes que s'han de tenir en compte a l'hora de dissenyar l'entorn urbà, l'edificació, els sistemes de transport i comunicació, fonamentals per al desenvolupament de la Llei 3/1993 i la normativa bàsica estatal. Tot i la normativa establerta, queda constància que les nostres ciutats encara tenen una assignatura pendent que es diu **disseny universal**, o bé **habilitació i adaptació**, si aquell no és possible.

Per tant, la visió a l'hora de valorar la discapacitat i la dependència ha d'atorgar un valor a la funció i no a la carència. Precisament, la Classificació Internacional de la Funcionalitat (CIF, 2001) va en aquesta línia. D'acord amb la CIF, «El concepte de funcionament es pot considerar com un terme global, que fa referència a totes les funcions corporals, activitats i participació; de manera similar, discapacitat engloba les deficiències, limitacions en l'activitat, o restriccions en la participació. La CIF també enumera factors ambientals que interactuen amb tots aquests "constructes". Per tant, la classificació permet als seus usuaris elaborar un perfil de gran utilitat sobre el funcionament, la discapacitat i la salut de l'individu en diversos dominis».

3. Consideracions finals

Està clar que l'envelliment és imparabile. El que cal valorar és si l'envelliment duu a la discapacitat i a la dependència o si s'ha d'assumir com un procés natural al qual la població està més que destinada, i, per tant, cal habilitar l'entorn per aconseguir l'envelliment més actiu possible. Tal vegada, la clau és que, a part de treballar en la promoció de la salut i els hàbits saludables, s'ha de comptar amb: 1) Investigació i avanços científicotècnics; 2) Un disseny universal, o bé l'habilitació dels entorns i l'adaptació d'eines per atorgar i perllongar la màxima autonomia.

Quan anem pel carrer encara trobem barreres arquitectòniques que ens dificulten la lliure mobilitat. Aquestes barreres fan que mai no siguem autònoms i independents, i aquí és on observem que és la societat, o bé la manca de disseny universal, la que genera la mateixa dependència. La dependència no s'hauria de concebre sols al domicili. Si adaptem el domicili, sempre serem més autònoms; el vertader repte és al fet d'adaptar l'entorn extern, no sols l'immediat.

Mentre valorem les carències no podrem valorar realment l'autonomia, ja que en la promoció es troba el vertader repte. Per tant, cal seguir puntuant d'acord amb els barems establerts de discapacitat i dependència on es valoren les carències?, o podem utilitzar conceptes positius de 67% de capacitat en lloc de 33% de discapacitat, o bé nivell mitjà d'independència en lloc de grau II o dependència greu?

Per altra banda, la CIF (2001), tot i que insisteix en el seu camí cap a la funcionalitat, tampoc no concreta adequadament l'habilitació, i aposta pel concepte de rehabilitació. Com bé sabem, el camí que pot mantenir l'autonomia el màxim temps possible és el que ens condueix a l'habilitació dels entorns i a l'adaptació de les eines. En determinats moments, i segons la lesió, ja no es pot rehabilitar; per tant, tampoc no es podria recuperar allò que mai no ha funcionat de la manera com habitualment estem acostumats. L'únic que podem fer és apostar per l'habilitació, que és allò que ens permetrà l'ús diari, l'autonomia i la independència. Tot, amb la intenció de mantenir-nos actius.

Les conductes saludables són el valor fonamental de la promoció de l'autonomia, i és on l'activitat física adaptada i l'esport obtenen un protagonisme francament destacat. Cal promoure polítiques favorables d'inclusió esportiva a tota la població amb discapacitat i dependència. L'objectiu és perllongar durant el màxim temps possible una autonomia, aconseguint una millora de l'autoestima, de la imatge corporal i de la qualitat de vida relacionada amb la salut (Capó-Juan et al., 2017).

Pel que fa a les institucions com centres de dia o residències, quan es requereixen, és convenient apostar perquè es trobin incloses dins nuclis urbans i que els residents puguin sortir-ne i mantenir-se actius.

Cal recordar que la jubilació es converteix en un procés que pot arribar a ser traumàtic, i, en aquests moments, moltes persones es poden trobar estancades i amb depressió durant períodes en què han d'assumir la nova situació. Trobar activitats per ocupar el temps i substituir la seva activitat laboral, o fins i tot mantenir l'activitat laboral lliurement, també ajuda a la promoció de l'autonomia (Martínez Lucas, 2013).

És important tenir accés a oci i casals i també poder sortir a comprar articles de primera necessitat, ja que, si un mateix no duu a terme l'acció, la seva voluntat d'acció anirà disminuint (Maldonado Briegas et al., 2016). Tot això, amb les adaptacions i el suport que siguin necessaris. Dins la línia de l'activitat, un entorn rural encara permetria més el manteniment actiu, però hauria d'haver-hi nivells més elevats potencials de promoció a l'autonomia de la persona.

Finalment, l'era digital imparabile, la informatització de tots els tràmits (administracions, bancs...) també és un impediment de l'autonomia per manca de coneixements. És necessari un accés a xarxes socials i al món digital apostant per formació que els ajudi a actualitzar-se.

Per tant, si el que es pretén és donar suport a la promoció de l'autonomia, els recursos s'haurien d'invertir en disseny universal del món; i mentre el món no pugui estar

dissenyat d'una forma accessible (física, psíquica i sensorial), coherent i clara per a totes les persones, haurem d'adaptar les eines i els entorns del món en què vivim en aquest mateix instant. El nostre vertader repte és fer possible l'accessibilitat universal en els espais d'ús públic a les Illes Balears.

La visió actual de la dependència mai no serà la del futur, i, com sempre s'ha dit, les lleis s'han d'adaptar a les demandes de la societat. Vivim en un món canviant.

Agraïments

A les meves companyes de feina, Beatriz Manzanal i Pilar Terradas, per la revisió del text i per haver-hi aportat la seva visió sobre aquest camp d'estudi.

Referències bibliogràfiques

Capó-Juan, M. A. (2020). Parálisis cerebral y entorno escolar: actividad física adaptada y fisioterapia. *Npunto*, 26(3), 55-69. <https://www.npunto.es/revista/26/paralisis-cerebral-en-el-entorno-escolar-abordaje-fisioterapico-habilitacion-del-entorno-y-actividad-fisica-adaptada>

Capó-Juan, M. A.; Bennàsar Veny, M.; Aguiló Pons, A.; de Pedro Gómez, J. E. (2017). Revisión sobre aspectos genéricos acerca de la actividad física adaptada en la persona con lesión medular. *Archivos de Medicina del Deporte*, 34(2), 100-104. https://archivosdemedicinadeldeporte.com/articulos/upload/femede_178ingles.pdf

Classificació Internacional de la Funcionalitat (CIF). <https://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/435cif.pdf>

Decret 66/2016, de 18 de novembre, pel qual s'aprova la cartera bàsica de serveis socials de les Illes Balears 2017-2020 i s'estableixen principis generals per a les carteres insulars i locals (BOIB núm. 146, de 19 de novembre). http://www.caib.es/sites/institutestudisautonomics/ca/n/decret_66-2016/

Decret 86/2010, de 25 de juny, pel qual s'estableixen els principis generals i les directrius de coordinació per a l'autonomia i l'acreditació dels serveis socials d'atenció a persones grans i persones amb discapacitat, i es regulen els requisits d'autorització i acreditació dels serveis residencials de caràcter suprainsular per a aquests sectors de població (BOIB núm. 99, de 3 de juliol). https://intranet.caib.es/sites/institutestudisautonomics/ca/n/decret_862010_de_25_de_juny_pel_qual_s'estableixen_els_principis_generals_i_les_directrius_de_coordinacio_per_a_l'autoritzacio_i_l'acreditacio_dels_serveis_socials_d'atencio_a_persones_grans_i_persones_amb_discapacitats_i_es_regulen_els_requisits_d'autoritzacio_i_acreditacio_dels_serveis_residencials_de_caracter_suprainsular_per_a_aquests_sector_de_poblacio-58841/

Decret 110/2010, de 15 d'octubre, pel qual s'aprova el Reglament per a la millora de l'accessibilitat i la supressió de barreres arquitectòniques. https://www.caib.es/sites/institutestudisautonomics/ca/n/decret_1102010_de_15_doctubre_pel_qual_saprova_el_reglament_per_a_la_millora_de_l'accessibilitat_i_la_supressio_de_barreres_arquitectoniques-58857/

Inforesidencias. Barem en vigor des del 18 de febrer de 2012. <https://www.inforesidencias.com/servicios/calculadora-dependencia>

Institut d'Estadística de les Illes Balears. <https://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/poblacio/defuncions/c15a61f7-b12e-42d7-abad-bb6f03343656>

Institut Nacional d'Estadística. *Informe Dones i Homes a Espanya 2020*. <https://www.ine.es>

Llei 13/1982, de 7 d'abril, d'integració social dels minusvàlids (BOE núm. 103, de 30 d'abril). <https://www.boe.es/eli/es/l/1982/04/07/13>

La llei 51/2003, de 2 de desembre, d'igualtat d'oportunitats, no discriminació i accessibilitat universal de les persones amb discapacitat. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-22066-consolidado.pdf>

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

Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears. https://www.caib.es/sites/institutestudisautonomic/ca/n/llei_42009_d11_de_juny_de_serveis_socials_de_les_illes_balears_-67067/

Llei 10/2013, de 23 de desembre, de modificació de la Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears. https://www.caib.es/sites/institutestudisautonomic/ca/n/llei_102013_de_23_de_desembre_de_modificacio_de_la_llei_42009_d11_de_juny_de_serveis_socials_de_les_illes_balears-57788/

Lluch i Dubon, F. A. (2017). Una aproximació al patró actual de la mortalitat general i de la tercera edat a les Illes Balears. *Anuari de l'Envel·liment. Universitat de les Illes Balears*, 49-82. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6263165>

Maldonado Briegas, J. J.; Fajardo Caldera, M. I.; Vicente Castro, F.; González Ballester, S. (2016). Adulto mayor y envejecimiento activo. Caso de éxito de una iniciativa emprendedora. *International Journal of Developmental and Education Psychology*, 1(2), 57-62. <http://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.662>

Martínez Lucas, J. A. (2013). El nuevo régimen jurídico de la jubilación parcial. *Actualidad Laboral* 5, 5. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4613370>

Reial decret legislatiu 1/2013, de 29 de novembre, de la Llei general de drets de les persones amb discapacitat i la seva inclusió social (BOE núm. 289, de 3 de desembre). <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>

Reial decret 505/2007, de 20 d'abril, pel qual s'aproven les condicions bàsiques d'accessibilitat i no discriminació de les persones amb discapacitat per a l'accés i la utilització dels espais públics urbanitzats i les edificacions. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-9607>

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. https://www.caib.es/sites/transparenciaperconselleria/ca/n/real_decreto_1742011_de_11_de_febrero_por_el_que_se_aprueba_el_baremo_de_valoracion_de_la_situacion_de_dependencia_establecido_por_la_ley_392006_de_14_de_diciembre_de_promocion_de_la_autonomia_personal_y_atencion_en_las_personas_en_situacion_de_dependencia_boe_na_42_de_26-01-2011_ver_texto_consolidado/

Autor

MIQUEL ÀNGEL CAPÓ-JUAN

Palma (1983). Doctor en Ciències Biosociosanitàries, màster en Salut i Esport, en Neurociències, i en Gestió i Organització Sociosanitària, graduat en Fisioteràpia i diplomad en Infermeria. Professor associat a la Universitat de les Illes Balears al Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Cap de secció de Valoració i Orientació de la Discapacitat i la Dependència, destinat a la Secció de Valoració i Atenció Primerenca de la Direcció General d'Atenció a la Dependència de la Conselleria d'Afers Socials i Esports. Autor de diversos estudis publicats en revistes sobre intervenció terapèutica en persones amb discapacitat i dependència i qualitat de serveis de promoció de l'autonomia personal. Tesi defensada a la UIB l'any 2017, titulada «Efectivitat de les intervencions fisioterapèutiques en la síndrome de dolor miofascial cervical en persones amb lesió medul·lar».

**PROMOCIÓ DE L'ENVELLIMENT
SALUDABLE EN ELS TREBALLADORS**

Promoció de l'envelliment saludable en els treballadors

M. Teófila Vicente-Herrero

Juan Carlos Rueda Garrido

Asunción M. Fernández Rodríguez

Resum

El concepte d'envelliment és assimilat a fragilitat i es considera un fort predictor de discapacitat, hospitalització, caigudes, pèrdua de la mobilitat i malaltia cardiovascular. Els individus fràgils són els més vulnerables a aquests episodis. Es considera un estat de deterioració prèvia a la pèrdua de funció.

La població a Europa i a Espanya va augmentant en edat en les darreres dècades, per reducció de la natalitat i augment de l'esperança de vida. Però aquest procés no és lineal i està influenciat per molts factors, entre els quals els hàbits i estils de vida, juntament amb la càrrega genètica individual. Envellir té, *a sensu contrario*, altres aspectes favorables que hauríem de saber identificar i fer ressaltar. Actualment el període de vida activa laboralment tendeix a ampliar-se i ens exigeix una actuació urgent i específica en prevenció de riscos derivats del lloc de treball i l'exposició i els efectes que tenen en aquest grup de persones de més edat i, amb això, una actualització continuada.

Comptem per a aquesta missió amb la medicina del treball com a gran aliada, com a especialitat preventiva, secundada per la Llei de prevenció de riscos laborals, que vigila i cuida els nostres treballadors, i que planteja un canvi d'escenari en la visió de la protecció de la salut dels treballadors de més edat. En aquesta mena de polítiques preventives s'ha de comptar amb equips multidisciplinaris que no considerin tan sols els dictàmens mèdics, sinó involucrar-hi tota l'organització, ja sigui de gestió privada o pública.

Resumen

El concepto de envejecimiento es asimilado a fragilidad y se considera un fuerte predictor de discapacidad, hospitalización, caídas, pérdida de la movilidad y enfermedad cardiovascular, siendo los individuos frágiles más vulnerables a estos episodios. Es considerado un estado de deterioro previo a la pérdida de función.

La población en Europa y en España está aumentando en edad en las últimas décadas por reducción de la natalidad y aumento de la esperanza de vida. Pero este proceso no es lineal y está influenciado por muchos factores, entre ellos los hábitos y estilos de vida, junto con la carga genética individual. Envejecer tiene *a sensu contrario* otros aspectos favorables y que deberíamos saber identificar y resaltar. Actualmente el periodo de vida activa laboralmente tiende a ampliarse y nos exige una actuación urgente y específica en prevención de riesgos derivados del puesto de trabajo, su exposición y efectos en este grupo de personas de más edad y, con ello, una actualización continuada.

Contamos para esta misión con la medicina del trabajo como gran aliada, como especialidad preventiva, apoyada por la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que

vigila y cuida de nuestros trabajadores, y que plantea un cambio de escenario en la visión de la protección de la salud de los trabajadores de más edad.

En este tipo de políticas preventivas se debe contar con equipos multidisciplinares que no consideren tan solo los dictámenes médicos, sino involucrar a toda la organización, ya sea de gestión privada o pública.

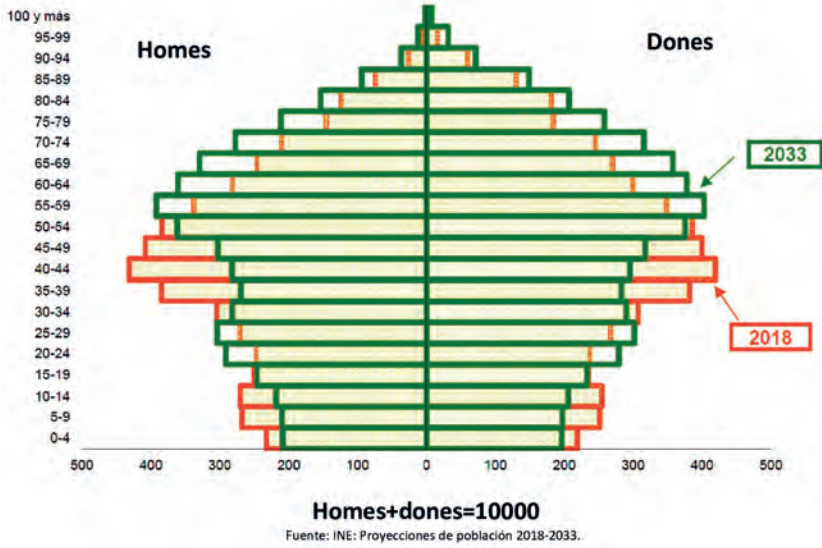
1. Conseqüències de l'envelliment en la població treballadora

1.1. Augment de l'edat dels treballadors

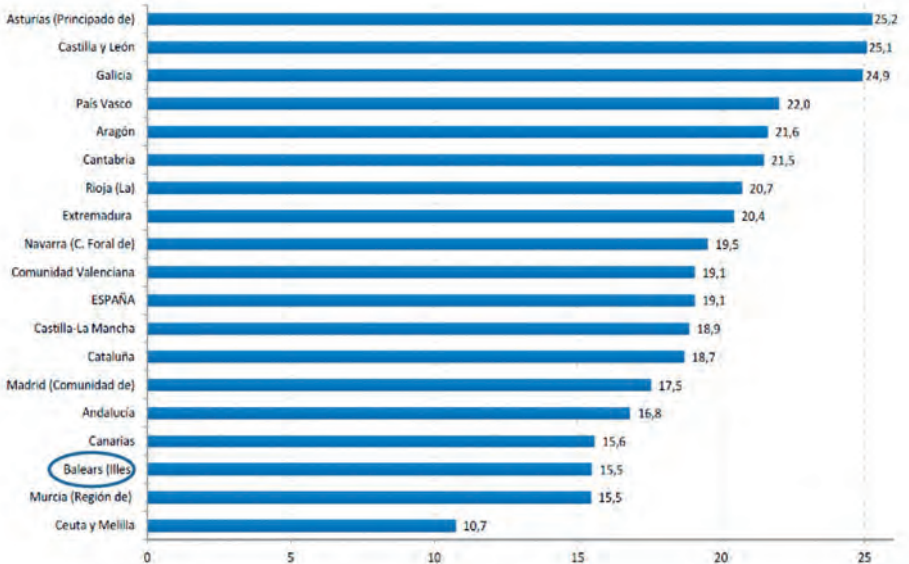
El concepte d'envelliment en la bibliografia mèdica s'assimila al de fragilitat. Actualment, la majoria dels autors concorda a afirmar que l'ancià fràgil o de risc és aquell que, per les seves reserves funcionals reduïdes, presenta més risc de patir esdeveniments adversos i mortalitat (Giménez et al., 2011). Engloba aquest concepte totes les persones que per motiu de l'edat tenen més probabilitat de sofrir esdeveniments adversos de salut i/o discórrer cap a una major pèrdua de funció, cap a la dependència, o fins i tot la mort. La fragilitat, per tant, és un fort predictor de discapacitat, hospitalització, caigudes, pèrdua de la mobilitat i malaltia cardiovascular. Els individus fràgils són més vulnerables a aquests episodis (Romero, L., i Abizanda, P., 2013; Shamliyan et al. 2013). És, per tant, un estat de deterioració prèvia a la pèrdua de funció.

La població a Europa i a Espanya va augmentant en edat, per diverses causes, en les últimes dècades: falta de natalitat i augment de l'esperança de vida. Aquest augment de l'edat mitjana de la nostra població es demostra amb el fet que actualment és de 43,1 anys, mentre que el 1970 era de 32,7 anys. Això, juntament amb la prolongació de la vida activa, provoca que l'edat mitjana dels nostres treballadors hagi anat en augment, fins i tot en franges d'edat superiors a la considerada edat ordinària de jubilació a les nostres empreses. Evidentment, això comporta de manera inexorable la prolongació de l'edat de jubilació més enllà de 65 anys, i en l'actualitat es troba en un marge de 67 anys. Segons reflecteix un estudi de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) (de 2018 a 2068), el 2068 podria haver-hi més de 14 milions de persones més grans de 65 anys, que representen un 29,4% del total de la població. Aquestes dades afecten totes les comunitats autònomes i el conjunt de la població espanyola i dels països del nostre entorn geogràfic i cultural, i dibuixen un panorama complex d'envelliment clar de la població general, i de forma més específica dels nostres treballadors, de manera creixent (gràfics 1, 2 i 3).

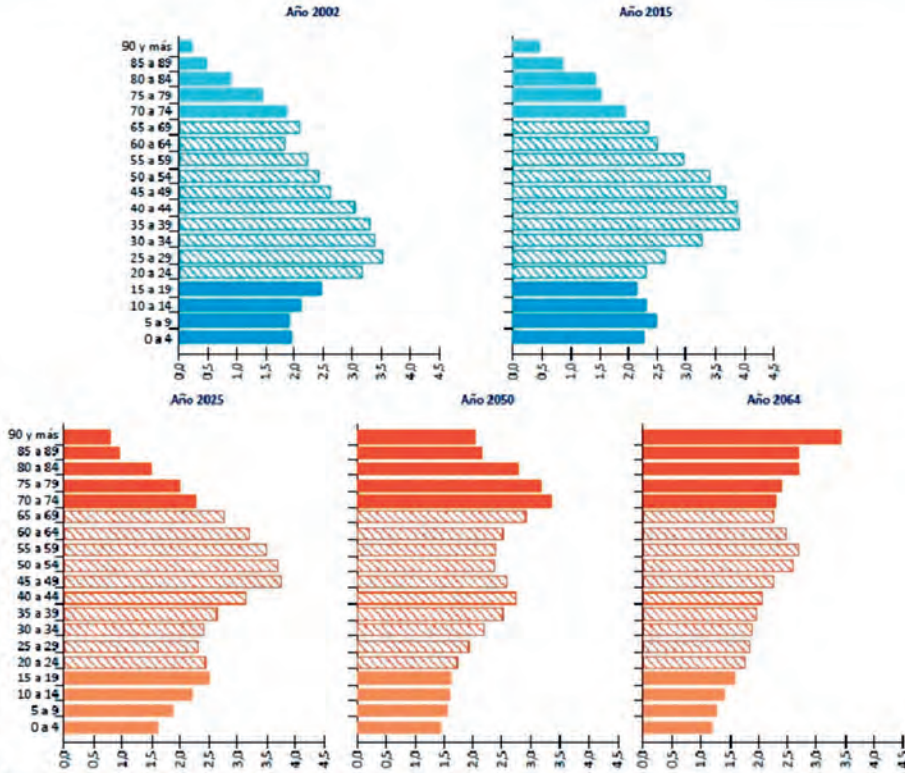
Gràfic 1 | Piràmide de població a Espanya anys 2018-2033



Gràfic 2 | Percentatge de persones de +65 anys per CCAA, 2018



Gràfic 3 | Evolució de la piràmide de població a Espanya (millions de persones). INE



Fuente: Elaboración propia a partir de las Cifras de Población y de las Proyecciones de Población del INE.

1.2. L'envelliment fisiològic

El procés d'envelliment fisiològic té conseqüències moleculars, cel·lulars, d'estructures i òrgans que condicionen el funcionament fisiològic que entenem com a normal. La deterioració de la capacitat funcional normal pot ser considerada un efecte negatiu del procés d'envelliment fisiològic i, en estadis més avançats, pot donar lloc a patologia degenerativa. Hem de tenir en compte en aquest procés d'envelliment la disminució de les capacitats sensorials i físiques, que s'acompanya d'una disminució del nombre de fibres musculars (sarcopènia) i de feblesa del teixit ossi (osteopènia), fets constatats que afavoreixen l'increment del risc de caigudes. En aquest procés de declivi progressiu associat a l'edat, destaquen les dificultats sensorials, com la presbícia i la presbiacúsia. Però aquest procés no és lineal i està influenciat per molts de factors, entre els quals els hàbits i estils de vida, juntament amb la càrrega genètica individual.

Però envellir té, *a sensu contrario*, molts altres aspectes favorables i que, des de l'abordatge dels treballadors grans, hauríem de saber identificar i fer ressaltar. La manera lògica de pensar quan l'experiència ha solcat la nostra vida ens fa ser, en general, més experts, potencia el pensament estratègic i la capacitat d'enfrontar-se als problemes de manera holística i més integradora. No podem perdre de vista que el fet d'envellir segueix una línia progressiva en el temps, no és uniforme en el total de les cèl·lules de l'organisme, no està coordinat com a seqüència de deterioració i és diferent en cada persona. A més, l'experiència laboral acumulada durant els anys previs i els coneixements tècnics adquirits ens fan valorar la capacitat d'aquest grup de treballadors com un recurs indispensable en les nostres organitzacions laborals. Vist d'aquesta manera, el fet d'envellir es converteix en un valor positiu per a les organitzacions.

2. Les causes de l'envelliment

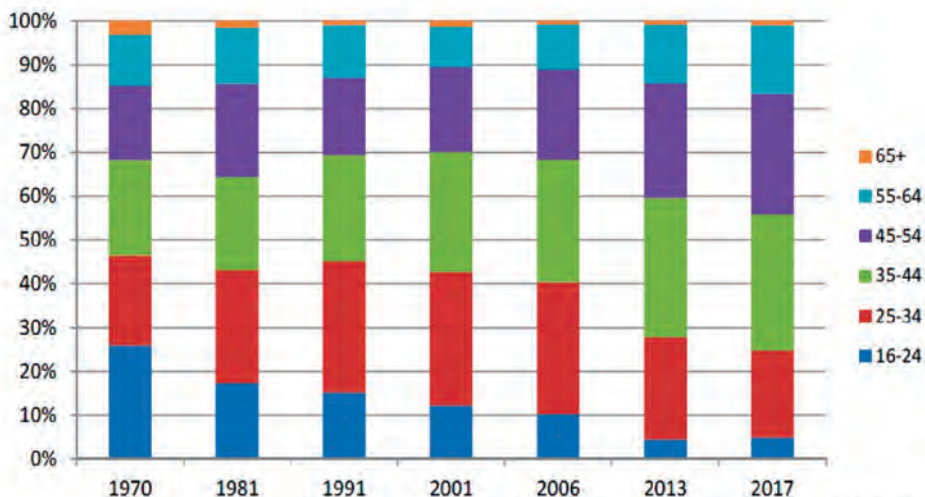
El procés d'envelliment fisiològic té conseqüències a nivell molecular, cel·lular, d'estructures i òrgans, que condicionen el nostre funcionament fisiològic i que entenem com a normal. Aquests efectes de deterioració de la capacitat funcional normalitzada, poden ser considerats efectes negatius del procés d'envelliment fisiològic i, en estadis més avançats poden donar lloc a patologia degenerativa. Hem de tenir en compte en aquest procés d'envelliment la disminució de les capacitats sensorials i físiques, que s'acompanya d'una disminució del nombre de fibres musculars (sarcopènia) i feblesa del teixit ossi (osteopènia), fets constatats que afavoreixen l'increment de risc de caigudes. Dins aquest procés de declivi progressiu associat a l'edat, destaquen les dificultats sensorials, com la presbícia i la presbiacúsia. Però, aquest procés no és lineal i està influenciat per molts factors, entre ells els hàbits i estils de vida, juntament amb la càrrega genètica individual.

Però envellir té a sensu contrari molts altres aspectes favorables i que, des de l'abordatge en els treballadors majors, hauríem de saber identificar i ressaltar. La forma lògica de pensar quan l'experiència solca la nostra vida, ens fa ser de manera general més experts, amb una potenciació del pensament estratègic i amb una capacitat d'enfrontar els problemes de manera holística i més integradora. No podem perdre de vista, que envellir segueix una línia progressiva en el temps, no és uniforme en el total de les cèl·lules del nostre organisme, no està coordinada com a seqüència de deterioració i és diferent entre cada persona. A més, l'experiència laboral acumulada durant els anys previs i els coneixements tècnics adquirits, posen en valor la capacitat d'aquest grup de treballadors com a recursos indispensables en les nostres organitzacions laborals. Vist d'aquesta forma, envellir es converteix en un valor positiu per a les organitzacions.

3. L'envelliment de la població espanyola

3.1. La nostra piràmide de població

Gràfic 4 | *Distribució de la població ocupada per grup d'edat, 1970-2017*



Referència : ABELLÁN GARCÍA, Antonio; ACEÍTUNO NIETO, Pilar, PÉREZ DÍAZ, Julio, RAMIRO FARIÑAS, Diego, AYALA GARCÍA, Alba y PUJOL RODRÍGUEZ, Rogelio (2019). "Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p. [Fecha de publicación: 06/03/2019]. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf>
 Fuente: Censos de la población ocupada-económicamente activa 2006-2017-EPA

La piràmide de població a Espanya continua un procés d'envelliment creixent en les últimes dècades, si prenem com a referència l'augment de la proporció de persones més grans de 65 anys. Segons les dades de l'INE, el 2018 hi havia 8.908.151 persones grans, és a dir, un 19,1% sobre el total de la població espanyola censada. Considerant la població activa a Espanya, la distribució per franges d'edat ha anat canviant els darrers cinquanta anys, amb un percentatge més gran en les franges d'edat avançada, en detriment dels més joves, que tenen cada vegada més difícil l'accés al mercat laboral (gràfic 4).

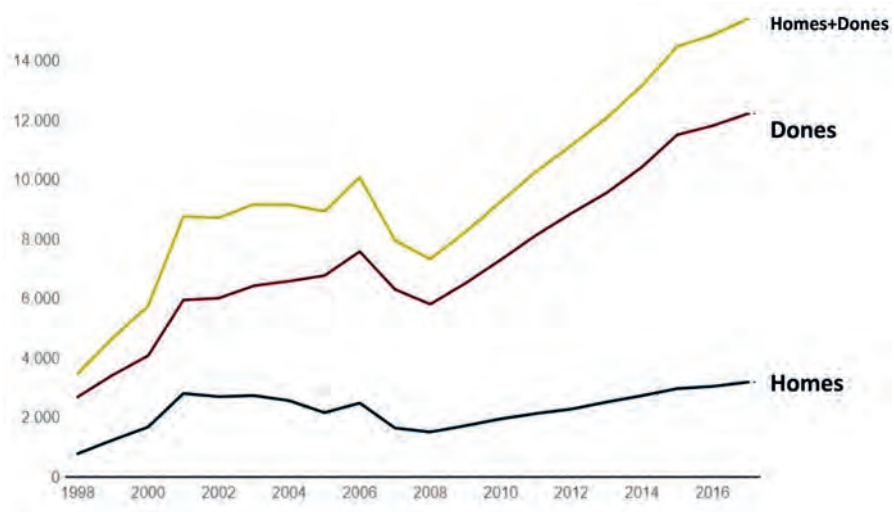
3.2. Projecció de futur

Actualment el període de vida activa laboral tendeix a ampliar-se, tant amb el retard de l'edat de jubilació com per l'augment de l'esperança de vida. Les dades que ens ofereix EUROSTAT el 2018 mostren que a la zona euro hi ha una persona més gran de 65 anys per cada tres treballadors en edat laboral activa. Aquest augment d'edat dels nostres treballadors ens exigeix una actuació urgent i específica sobre els riscos al lloc de treball, l'exposició a aquests riscos i els efectes que tenen en aquest grup de persones

de més edat i, amb això, l'actualització continuada en matèria de prevenció de riscos laborals.

Comptam, per a aquesta missió, amb la medicina del treball com a gran aliada, com a especialitat preventiva, secundada per la Llei de prevenció de riscos laborals, que vigila i cuida els nostres treballadors i planteja un canvi d'escenari en la visió de la protecció de la salut dels treballadors més grans. No podem oblidar que a Espanya, abans de l'assot de la pandèmia de COVID-19, hi havia més de 15.000 persones (figura 5) que superaven el segle de vida, frontera abans reservada per a alguns privilegiats. Si es mantinguessin els ritmes actuals de reducció de la mortalitat per edat sobre la població espanyola, l'esperança de vida en néixer (que actualment se situa en 80 anys, amb un diferencial a favor de les dones, que arriben a 85 anys, enfront dels 80 anys dels homes) el 2050 assoliria de mitjana els 88 anys: 87 en els homes i 90 en les dones, amb un increment de gairebé set anys i cinc anys respectivament, segons el gènere.

Gràfic 5 | *Així ha augmentat en nombre de persones que superen els 100 anys a Espanya*



4. La realitat d'envellir treballant

La vida laboral activa tal com la concebem arriba fins al moment de la jubilació, sempre que no hi hagi una altra causa que hagi forçat a deixar-la abans, per qüestions socioeconòmiques o de salut. Això suposa que des de la medicina del treball hem de continuar actuant en prevenció de riscos amb grups d'edats als quals no estàvem

acostumats i que són freqüents en la nostra àrea d'influència econòmica. Treballar a edats més avançades, per motius diversos i acceptats, no hauria de suposar cap incompatibilitat, si el nostre estat de salut és bo i les condicions de l'activitat laboral desenvolupada ho permeten, ja que l'edat *per se* no és una malaltia ni una patologia en si mateixa. Només quan, a conseqüència dels anys, el treballador vegi disminuïdes les seves capacitats físiques o cognitives, podrà incloure's en l'àmbit d'aplicació de l'article 25 de la Llei de prevenció de riscos laborals (concepte d'especial sensibilitat del treballador).

Determinar l'edat exacta en la qual el treballador accedeix a la jubilació ja és un tema que no resulta tan senzill i que està en continu canvi evolutiu pel context econòmic, social i productiu en què vivim, el qual marca les diferents polítiques d'ocupació, tant nacionalment com internacionalment.

Si bé en la segona meitat del segle XX es va produir un canvi de paradigma productiu en el mercat laboral i es va passar a considerar el treballador gran com un llast, i per això es va produir una fugida de capital humà i d'experiència per a les organitzacions, els problemes macroeconòmics derivats de la crisi de l'actual sistema de protecció social obliguen a fer una revisió d'aquestes polítiques i a considerar l'edat dels treballadors com una oportunitat de millora concordant amb la sostenibilitat del sistema.

Quan revisem la bibliografia medicopreventiva, no apareix cap referència a l'edat del treballador com a criteri d'inclusió en un grup d'especial sensibilitat, sent aquest un concepte individualitzat segons les condicions de cada persona i de les tasques que realitza i les exposicions al risc que comporta el seu lloc de treball. El desenvolupament de l'esmentat article 25 de la LPRL fa referència a la definició dels treballadors especialment sensibles i les mesures de protecció que s'han d'adoptar. Però el factor edat no fa que el grup de treballadors grans estigui de manera automàtica considerat legalment com un grup específic de risc. De forma consensuada, es considera treballador gran aquell que se situa per sobre dels 55 anys, i així ho defineix l'Agència Europea per a la Seguretat i la Salut en el Treball.¹

El concepte d'especial sensibilitat desenvolupat en la LPRL ve de la transposició de l'article 15 de la Directiva marc 89/391/CEE, però en la seva incorporació a la nostra normativa destaca per la falta de concreció i utilització de conceptes jurídics indeterminats i deixa que en la protecció prevalguin aspectes subjectius del treballador sobre els objectius. Queda patent la visió conservadora de la identificació de grups de risc: maternitat, menors i treballadors temporals. En cap moment trobam que l'edat

¹ Towards age-friendly work in Europe: a life-course perspective on work and ageing from EU Agencies. European Agency for Safety and Healthy Workplace. 2017.

suposi un factor que es consideri en si mateix valor de protecció, sinó que són els treballadors, per les seves característiques personals o estat biològic conegut, inclosos aquells que tinguin reconeguda la situació de discapacitat física, psíquica o sensorial, els considerats especialment sensibles als riscos derivats del treball. L'edat podria ser un d'aquests riscos quan fa que es vegin afectades les capacitats del treballador i això implica un risc per a la seva salut o per a la d'altres.

Des d'un punt de vista de la medicina del treball, les repercussions més rellevants que els riscos poden tenir en treballadors grans, que poden interferir en el desenvolupament de les activitats del lloc de treball, es poden esquematitzar de manera general en:

- a. Maneig de càrregues i esforços físics pesats.
- b. Alteracions motivades pels treballs en torns o nocturns.
- c. Condicions mediambientals i de confort, com és la temperatura en l'ambient de treball.
- d. Exposició a sorolls.
- e. Factors psicosocials i organitzacionals.

Conèixer els factors que poden influir negativament en els nostres treballadors grans, així com identificar les limitacions laborals que es poden derivar de la condició física de les persones de més edat és de vital importància per individualitzar un pla d'acció i generar actuacions d'adaptació i integració d'aquest col·lectiu de forma personalitzada en el desenvolupament de les competències de la nostra organització, especialment quan pensam en el futur més immediat.

En aquesta mena de polítiques, no han de comptar tan sols els dictàmens mèdics, hem d'involucrar-hi tota l'organització, ja sigui de gestió privada o pública, centrant-nos en uns punts bàsics i conformant un grup multidisciplinari integrat per:

- Departament de recursos humans: ha de liderar conceptes com la conciliació familiar i laboral i captació del talent.
- Servei de prevenció: per analitzar els riscos laborals al lloc de treball i considerar el factor edat.
- Formació continuada: cal adaptar els plans formatius al col·lectiu de més edat.
- Direcció: ha de planificar el disseny de la plantilla en el futur i plans d'integració de treballadors grans.

- Servei mèdic del treball: ha de liderar programes de salut per a la promoció de l'envelliment saludable.

5. El factor edat en la prevenció de riscos laborals

5.1. Grup de treball multidisciplinari

L'abordatge del factor envelliment laboral des dels diferents enfocaments tècnics d'una organització és un element clau perquè les solucions i mesures adoptades tinguin una aplicació real en la pràctica. En aquesta configuració del grup de treball s'han d'explorar les diferents parts implicades, d'una forma flexible i en funció de l'estructura de l'organització i de la mena de població que s'estudia. Per això hem de comptar amb la participació dels següents col·lectius, amb la presència necessària dels responsables de salut i, de manera concreta, de la medicina del treball:

- Departament de recursos humans
- Servei de prevenció (tècnics, sanitaris i personal administratiu)
- Representants dels treballadors
- Medicina del treball / infermeria del treball (unitats bàsiques de salut).

S'ha d'iniciar el treball conjunt coneixent la situació actualitzada quant a la distribució de l'edat de la nostra població, per departaments i grups o centres de treball. Conèixer la piràmide de distribució de la població sobre la qual s'actuarà ens ajudarà a dissenyar solucions concordes amb l'escenari en el qual ens trobem. Entre les principals mesures a tenir en compte, en aquest inici i amb un enfocament basat en l'edat dels nostres treballadors, es revisaran les avaluacions de riscos específiques dels llocs de treball per poder implementar les mesures de prevenció més adequades.

5.2. El factor edat en l'avaluació específica de riscos

Conèixer la distribució del factor edat en la nostra organització ens pot ajudar a fer-ne el diagnòstic inicial i conèixer les opcions per treballar en prevenció a mitjà termini. El mapa d'edat de la població és un concepte bàsic per aprofundir en el coneixement dels empleats, per això es recomana iniciar-lo tenint en compte els punts següents:

- Analitzar la distribució per edat de la població.
- Identificar quins són els llocs ocupats per empleats de més de 55 anys.
- Analitzar els llocs de treball que poden ser ocupats per empleats de més de 55 anys.

- Analitzar els riscos propis del treball en combinació amb el factor edat.
- Identificar les mesures correctores en els casos que es considerin necessaris.

Quan fem aquesta anàlisi dels riscos específics, no han de fer-se suposicions basades únicament en el criteri de l'edat, pel mer fet de tenir més de 55 anys. La recomanació és revisar l'avaluació de riscos considerant les exigències del treball en relació amb les capacitats funcionals i l'estat de salut de les persones. D'aquesta forma, podrem individualitzar cada avaluació i adaptar-la a les condicions personals dels nostres treballadors.

5.3. Revisió de les avaluacions de risc

Segons la LPRL, la realització i anàlisi de l'avaluació de riscos ha de mantenir-se actualitzada i en contínua revisió. Si incloem el factor edat en aquesta revisió dels riscos manifestats en el lloc de treball, hauríem de seguir un procés estàndard almenys amb els passos següents:

1. Revisió de l'avaluació de riscos amb participació dels treballadors.
2. Identificar els llocs ocupats per persones més grans de 55 anys.
3. Identificar factors de risc que puguin condicionar-se per l'edat.
4. Compartir la revisió amb el Comitè de Seguretat i Salut (CSS) i aprovar-la.

Alguns dels riscos més rellevants i les possibles adaptacions i mesures de protecció per als treballadors amb més de 55 anys són:



- **Sistema osteomuscular:** limitar tasques que impliquin manipulació manual de càrregues i esforços físics.



- **Mobilitat i coordinació:** evitar postures forçades, afavorir els períodes de descans i les pauses laborals programades, actualitzar la formació en maneig i aixecament de pesos.



- **Sistema sensorial:** augmentar la mida de la lletra en PVD, augmentar la mida de les pantalles i les condicions d'il·luminació de l'espai de treball, evitar sorolls i afavorir l'aïllament en tasques que requereixin concentració i atenció.

Seguretat laboral



- **Valorar el risc de caigudes i lesions osteoarticulars, afavorir la visió de cartells.**

Ergonomia laboral



- **Valorar les condicions ergonòmiques del lloc de treball i les tasques que implica pel que fa a manipulació de càrregues, moviments repetits, postures forçades i treball en solitari o en espais confinats.**

Higiene laboral



- **Valorar les condicions mediambientals: temperatura, humitat, corrents d'aire, il·luminació, soroll, etc.**

Riscs psicosocials i organitzatius



- **Valorar els riscos de: treball en torns/ nocturn, ritmes excessius de treball i tasques que impliquin càrrega mental excessiva.**

De manera general, s'avaluaran els riscos associats a cadascuna de les especialitats identificades en la LPRL i en el Reglament dels serveis de prevenció. En pot servir d'exemple l'esquema que es mostra.

Aquesta identificació dels riscos en el lloc de treball pot seguir diferents recorreguts per fer-ne l'anàlisi:

1. Informació del treballador mateix que identifica el risc
2. Revisió de l'avaluació de riscos a càrrec del departament de prevenció
3. Informació i participació activa del Comitè de Seguretat i Salut
4. Auditoria/Inspecció: recerca d'accidents de treball, malalties professionals i del mal laboral en conjunt
5. Vigilància de la salut individual/col·lectiva
6. Promoció de la salut protocol·litzada i integrada en l'estructura empresarial
7. Formació preventiva actualitzada als empleats.

6. Mesures per promocionar l'envelliment saludable

6.1. Promocionar els hàbits saludables

La promoció de la salut i de bons hàbits és el motor de la nostra societat, i també entre els nostres treballadors, des de l'inici del segle XXI. La població general, i per això també la laboral, sap el que implica i significa el concepte de bons hàbits. Aquest aspecte educacional ja s'ha introduït des d'edats molt primerenques, en l'educació primària i secundària, i de manera general en divulgació massiva i en xarxes socials. Però el treball específic de promocionar la salut en i des de les empreses i organitzacions, ha cobrat molt de pes per mesurar l'acompliment de l'activitat i la reinversió en qualitat de vida i salut per als empleats. Com mesurar els resultats i marcar punts de qualitat dels nostres programes és una estratègia que ens obliga a fer un treball rigorós, pròxim i original. En aquests programes de salut, destacam aquells que se centren en la promoció dels bons hàbits pensant en els nostres treballadors més grans però que iniciam de forma molt primerenca en totes les franges d'edat, també en els empleats joves.

Per al disseny d'aquests programes i activitats, és imprescindible disposar d'un diagnòstic previ de la situació de la nostra població, en termes de salut i d'edat. Per a això és una eina imprescindible la informació epidemiològica que emana de l'activitat de vigilància de la salut col·lectiva, on podem relacionar dades de salut dels nostres treballadors amb factors com l'edat i l'ocupació i amb aspectes que es destaquen de manera especial els últims anys, com el gènere (Herrero, Íñiguez i Capdevilla, 2018). Com a part dels resultats d'aquesta vigilància de la salut col·lectiva, podem trobar informació rellevant com l'agrupació per les patologies més prevalents: osteomuscular (cervicàlgia, lumbàlgia, gonartrosi, tendinitis del manegot dels rotatoris), alteracions sensorials (hipoacúsia, alteracions visuals) i de la salut emocional (síndrome ansiosodepressiva, insomni, fatiga mental).

Aquesta informació epidemiològica es nodreix de l'obtinguda mitjançant la vigilància específica de la salut individual, que proporciona, mitjançant la relació personal amb cadascun dels empleats, una informació més concreta com, per exemple, la relativa a:

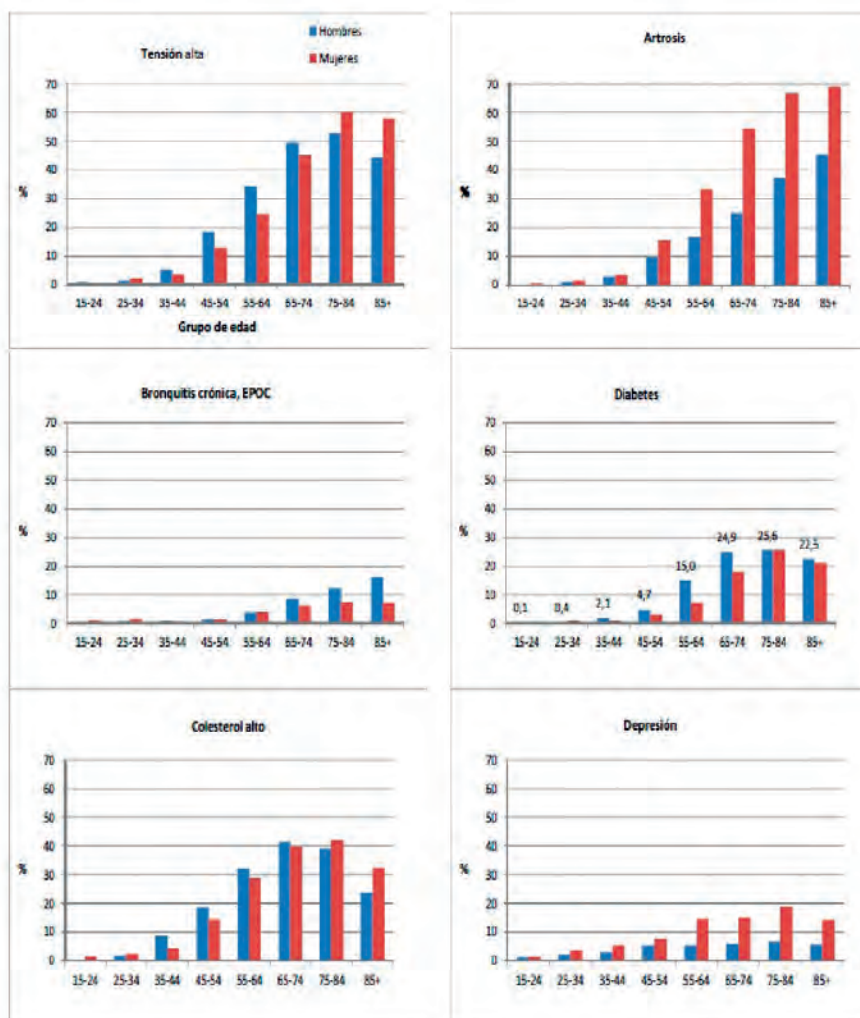
- Processos d'incapacitat temporal de llarga durada i les seves causes, mitjançant els reconeixements posteriors a la reincorporació.
- Valorar específicament els treballadors especialment sensibles segons: edat, riscos del lloc de treball i estat de salut.

Amb tota aquesta informació, estam en disposició de parar esment a les principals àrees en les quals centrar les actuacions, i optimitzar els resultats de millorar l'envelliment

saludable i sense riscos de la nostra població gran modificant-ne els hàbits de vida i les estratègies preventives i de comportament requerides.

6.2. Nutrició saludable

Gràfic 6 | Percentatge de persones amb malalties cròniques per grup d'edat i sexe. 2017



Hi ha forta evidència científica que relaciona l'alimentació i els processos d'envelliment i de prefragilitat, de tal manera que hi ha estudis en animals que demostren de forma directa com la restricció calòrica en ratolins suposa un allargament de la

longevitat (Speakman i Mitchell, 2011). De la mateixa manera, sabem que els estils de vida amb un consum pobre de fruita, verdures i fibra suposen un patró d'escurçament en anys de vida potencial (López-Otín, Galluzzi, Freije, Madeo i Kroemer, 2016). De manera indirecta, l'estudi de la morbiditat associada a aquests estils de vida pot posar de manifest l'aparició de problemes de salut crònics que facilitin el pas a un estat de més fragilitat (figura 6). L'obesitat n'és un dels més destacables, per la seva relació amb malalties com l'arterioesclerosi, el càncer i trastorns neurodegeneratius (Butland, Jebb i Kopelman, 2007).

Si haguéssim de fer unes recomanacions per motivar els nostres treballadors i marcar-los unes pautes senzilles en relació amb l'alimentació, d'una forma genèrica, serien:

- Fomentar una alimentació basada en la restricció calòrica
- Alimentació variada, natural i que contingui la menor quantitat possible de productes processats
- Reduir el consum de carn d'una forma gradual
- Augmentar el consum de llegums, verdures i llavors.²

6.3. Activitat física

Marcar en la nostra agenda de programes de salut un espai prou important per motivar la pràctica d'activitat física (AF) és prioritari. La relació entre longevitat i AF està fortament demostrada, i són nombroses les recerques que evidencien resultats d'augment de l'esperança i de la qualitat de vida en les persones que mantenen activitat física regular, ja que la mobilitat i l'exercici regular disminueixen la morbiditat i mortalitat en les persones. Dades epidemiològiques de l'OMS indiquen que el 85% de la població de gent gran no segueix les recomanacions mínimes d'activitat física, la qual cosa afavoreix un augment dels riscos concomitants inherents a la major fragilitat en aquesta població. Aquestes actuacions han de començar en la població jove, amb estratègies que fomentin i motivin la pràctica de qualsevol mena d'activitat física, ja sigui individual o en equip. Generar aquest tipus d'expectatives i de necessitats en els treballadors és de vital importància, igual que fer recomanacions i comptar amb la col·laboració de professionals en els nostres equips de treball, experts en activitat física i ciències de l'esport, que puguin dissenyar programes adaptats a les necessitats específiques de cada grup d'edat i segons les condicions de la nostra població. Hi ha evidència que exercicis multicomponent en l'adult gran que englobin resistència, força, coordinació, equilibri i flexibilitat són molt efectius en el retard, i fins i tot en la reversió, de la fragilitat (Arc-Chagnaud et al., 2019).

² Summary Report of the EAT–Lancet Commission, 2019.

Són d'interès les activitats amb impacte físic que serveixin per cohesionar grups i motivar per fer-les a les instal·lacions de treball. Exemple d'això són:

- Sessions de ioga/pilates sense aparells
- Sessions d'estiraments, entrenament funcional i consultes individualitzades
- Competicions de passos diaris
- Recorreguts per caminar per les instal·lacions
- Fomentar concerts amb gimnasos o centres esportius.

6.4. Salut emocional

Parar esment a la salut integral dels nostres treballadors és una necessitat cada vegada més clara, igual que fomentar-ne l'enfortiment abans que apareguin problemes de salut i que les actuacions, en comptes de preventives, siguin reactives. Es recomana realitzar programes específics de promoció de la salut en funció de l'edat i de les necessitats biològiques de tots els treballadors, i especialment en els més grans de 55 anys. Es recomana establir programes que ajudin a treballar la gestió del canvi i de la incertesa quan s'aproxima el final de l'etapa laboral:

- Planificació del recanvi generacional
- Rol de mentor
- Relació intergeneracional
- Tallers d'intercanvi d'experiències
- Programes d'autogestió de la salut.

Al marge d'aquesta mena de gestions, podem incidir a fomentar el benestar emocional des de la joventut en la població laboral, per garantir que els treballadors superin els 55 anys en condicions òptimes de salut per afrontar el canvi. En aquest sentit, disposam d'àrees de desenvolupament interessants com són:

- Gestió de l'estrès
- Atenció plena en la nostra vida
- Treball per torns i hàbits saludables
- Higiene del son i rutines per dormir.

És el nostre objectiu llançar un breu missatge inicial, amb algunes idees posades ja en marxa en moltes organitzacions i que aconseguen que els treballadors més grans de 55 anys passin per un procés d'envelliment actiu dins uns paràmetres de salut molt beneficiosos, tant per a ells com per a la nostra societat.

Referències bibliogràfiques

Arc-Chagnaud, C., Millan, F., Salvador-Pascual, A., Correias, G. Olaso-Gonzalez, A.G., De la Rosa, A., Carretero, A., Gomez-Cabrera, M.C. i Viña, J. (2019). Reversal of age-associated frailty by controlled physical exercise: The pre-clinical evidences. *Sports Medicine and Health Science*, (1), 33-39.

Butland, B., Jebb, S. i Kopelman, P., (2007). *Trends and drivers of obesity: A literature review for the Foresight project on obesity*. https://www.foresight.gov.uk/Obesity/Literature_Review.pdf.

Caravia X.M., Roiz-Valle D., Morán-Álvarez A. i López-Otín C. (2017). Functional relevance of miRNAs in premature ageing. *Mechanisms of Ageing and Development*, (168), 10-19.

Enciclopedia Práctica de Medicina del Trabajo: Vol. III. (2019). Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo - INSST.

Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., Seeman, T., Tracy, R., Kop, W. J., Burke, G., i McBurnie, M. A. (2001). Frailty in Older Adults: Evidence for a Phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M157. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.3.M146>.

Jürschik Giménez, P., Escobar Bravo, M. Á., Nuin Orrio, C. i Botigué Satorra, T. (2011). Criterios de fragilidad del adulto mayor. Estudio piloto. *Atención Primaria*, 43(4), 190-196. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.03.020>.

Llei 31/1995, de 8 de novembre, de prevenció de riscos laborals. BOE núm. 269 (s. f.).

López-Otín, C., Blasco, M. A., Partridge, L., Serrano, M. i Kroemer, G. (2013). The Hallmarks of Aging. *Cell*, 153(6), 1194-1217. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2013.05.039>.

López-Otín, C., Galluzzi, L., Freije, J. M. P., Madeo, F. i Kroemer, G. (2016). Metabolic Control of Longevity. *Cell*, 166(4), 802-821. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2016.07.031>.

Romero, L. i Abizanda, P. (2013). Fragilidad como predictor de episodios adversos en estudios epidemiológicos: Revisión de la literatura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(6), 285-289.

Shamliyan T., Talley K.M., Ramakrishnan R. i Kane R.L. (2013). Association of frailty with survival: A systematic literature review. *Ageing Research Reviews*, (12), 719-736.

Speakman, J. R. i Mitchell, S. E. (2011). Caloric restriction. *Molecular Aspects of Medicine*, 32(3), 159-221. <https://doi.org/10.1016/j.mam.2011.07.001>.

Vicente Herrero, M.T., Ramírez Íñiguez de la Torre, M.V. i Capdevilla García, L. (2018). *Salud laboral y género. Riesgos laborales. Especial referencia a fertilidad*. Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo.

Autors

M. TEÓFILA VICENTE-HERRERO

Licenciada en Medicina y Cirugía i doctora por la UV. Especialista en Medicina del Trabajo. Académica correspondiente de la Real Academia de Medicina de las Islas Baleares. Colaboradora docente para residentes de Medicina y Enfermería del Trabajo en la EVES-Valencia. Coordinadora del Grupo de Trabajo de Neurología y de Guías y Protocolos de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo. Directora y coordinadora de la *Enciclopedia Práctica de Medicina del Trabajo* (INSST, 2019), coordinadora/autora de 29 libros y capítulos de libros, 7 documentos científicos y 141 artículos en revistas médicas. Directora de 8 tesis doctorales en la UIB, revisora externa de la revista *Archivos de Prevención de Riesgos Laborales* y miembro de su consejo editorial, vocal del consejo editorial de la *Revista de Medicina Balear* y miembro del consejo de redacción de la *Revista Medicina del Trabajo* (AEEMT).

JUAN CARLOS RUEDA GARRIDO

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Málaga. Doctor por la Universidad Católica de Murcia. Máster en Valoración del Daño Corporal e Invalideces. Colaborador de la Unidad Docente de Formación de Residentes de Medicina y Enfermería del Trabajo en Murcia. Colaborador del Instituto para la Investigación en el Envejecimiento de la UMU y director de una tesis doctoral en este Instituto. Autor de 5 publicaciones científicas. Vocal en la Junta Directiva de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo (AEEMT). Director de los servicios médicos de SABIC Cartagena.

ASUNCIÓN M. FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ

Graduada en Enfermería por la Universidad de Murcia (UMU). Especialista en Enfermería del Trabajo. Doctoranda en el Instituto para la Investigación en Envejecimiento de la UMU. Enfermera en los servicios médicos de SABIC Cartagena.

**LES TECNOLOGIES DE LA RELACIÓ,
LA INFORMACIÓ I LA COMUNICACIÓ
(TRIC) I LA GENT GRAN**

Les tecnologies de la relació, la informació i la comunicació (TRIC) i la gent gran

Josep Lluís Oliver Torelló

Noemi Gelabert Mures

Albert Cabellos Vidal

Resum

Les TRIC són, per a gran part de la població, una eina quotidiana més. Són pocs els serveis, públics o privats, que no utilitzen les noves tecnologies per facilitar la interacció amb el propi servei o per oferir una comunicació i informació més àgils a les persones usuàries. No obstant això, segueixen havent-hi desigualtats, tant en l'accés com en la capacitat per saber utilitzar-les. Al llarg d'aquest article ens centrarem en la situació de les persones grans respecte de l'ús de les TRIC.

Resumen

Las TRIC son, para gran parte de la población, una herramienta cotidiana más. Son pocos los servicios, públicos o privados, que no usen las nuevas tecnologías para facilitar la interacción con el propio servicio o para ofrecer una comunicación e información más ágiles a las personas usuarias. Sin embargo, sigue habiendo desigualdades, tanto en el acceso como en la capacidad para saber usarlas. A lo largo de este artículo nos centraremos en la situación de las personas mayores respecto al uso de las TRIC.

1. Introducció

Una de les qüestions que amb més freqüència apareix a la literatura sobre la irrupció de les noves tecnologies en gairebé totes les dimensions de la vida quotidiana és el que s'ha denominat bretxa o fractura digital, que fa referència a la desigualtat d'accés a aquestes tecnologies per part de diversos col·lectius. El motiu d'aquesta desigual possibilitat d'accés pot ser molt divers, segons quin sigui el col·lectiu al qual ens referim. Existeixen dos tipus de bretxa digital, la primària i la secundària (González i Martínez, 2017). La primera defineix la desigualtat entre els recursos, generalment econòmics, per a les TRIC, mentre que la segona es refereix a la desigualtat que es troba en la diferència de competències i habilitats per utilitzar-les.

Les dades proporcionades per Gil i Rodríguez-Porrero (2017) mostren que les noves tecnologies continuen estant associades a l'edat, encara que cada vegada són més les persones més grans de 55 anys que han utilitzat un ordinador, internet i el mòbil; és majoritari, com veurem després, l'ús d'aquest darrer.

Un dels col·lectius que presenten més risc de quedar al marge de les noves tecnologies és el de les persones grans. El ràpid avenç de la tecnologia informàtica i, en conseqüència, el fet d'haver de familiaritzar-se amb unes eines que no són part de la seva formació anterior constitueixen el primer problema que contribueix a l'abans esmentada fractura

digital. En segon lloc, part del col·lectiu de les persones grans també pateix dificultats econòmiques. De moment, l'accés a internet i a les tecnologies digitals no es considera encara un dret d'accés universal i gratuït. Aquest factor fa un paper dissuasiu i, en moltes ocasions, barra la porta d'entrada a internet al col·lectiu de les persones grans, encara que hi tinguin interès. Finalment, un altre element que dificulta l'accés a les TRIC per part de les persones grans és el que deriva de la pèrdua de capacitats, pròpia del procés d'envelliment. Dificultats relacionades amb la pèrdua d'agudes sensorial, la motricitat fina, la cognició, etc., no són infreqüents, cosa que dificulta notablement la utilització de les TRIC per part del col·lectiu de les persones grans.

D'altra banda, les mateixes tecnologies suposen un factor de primer ordre quant a les possibilitats d'adaptació, tant per a l'ús com per a l'aplicació de les TRIC a determinades necessitats de les persones grans.

En aquest article abordarem ambdues qüestions. En primer lloc, analitzarem els condicionants que dificulten la utilització de les TRIC per part de les persones grans i, en segon lloc, analitzarem algunes de les principals aplicacions i els principals usos de les TRIC orientades a l'ajuda en la vida quotidiana del col·lectiu.

El govern de l'Estat ha elaborat una agenda digital molt centrada en aspectes econòmics (creació d'ocupació, impacte sobre la productivitat, benestar del consumidor), a disposar de xarxes ultraràpides i a aconseguir que la majoria de població utilitzi internet a fi d'arribar als objectius europeus d'inclusió digital per minimitzar la bretxa digital. També s'ha anunciat la redacció d'una nova llei general de telecomunicacions.

En aquesta agenda s'exposen diferents objectius generals de caire social. En concret, se citen els objectius següents:

1. Augmentar la població que accedeix a internet.
2. Augmentar el nombre de persones que accedeixen a internet més grans de 65 anys, de rendes baixes, desocupades i amb baix nivell d'estudis.
3. Incrementar el nombre de professionals en accessibilitat.

També molt recentment s'ha aprovat l'Estratègia TIC de l'Administració, mitjançant el Pla de transformació digital de l'Administració general de l'Estat i els seus organismes públics (Estratègia TIC 2015-2020). La transformació de l'Administració pública suposarà un canvi radical en la forma de relacionar-se del ciutadà amb l'Administració i al qual no n'ha de ser aliè el col·lectiu de les persones grans. A títol d'exemple, la recepta digital serà un dels serveis més utilitzats. Quan l'única forma de relació amb l'Administració

sigui la digital¹ s'haurà d'estar ben segur que ningú pateixi cap discriminació per mor de la falta d'accessibilitat i/o de competència, ja que, si no és així, es contribuirà, de forma negativa, a l'aprofundiment de la bretxa digital, a la qual està especialment exposada el col·lectiu de les persones grans.

2. El marc normatiu a la CAIB

No hi ha una legislació específica que reguli jurídicament l'accés del col·lectiu de les persones grans a les noves tecnologies. Probablement, la necessitat que s'universalitzi l'accés a les noves tecnologies i la definitiva informatització de l'Administració, entre d'altres factors, exigiran determinats avenços en aquest sentit; avenços als quals les persones grans no han de ser alienes.

No obstant això, a la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, fa poc es va promulgar la Llei 8/2017, de 3 d'agost, d'accessibilitat universal de les Illes Balears, que va dirigida a les persones amb discapacitat, i que fa algunes referències a l'accés d'aquestes persones a les noves tecnologies.

Així, l'article 26 regula les condicions bàsiques d'accessibilitat i no-discriminació en els serveis, d'acord amb els apartats següents:

1. Totes les persones físiques o jurídiques que, en el sector públic, prestin algun servei, estan obligades, en les seves activitats i en les transaccions consegüents, a complir el principi d'igualtat d'oportunitats de les persones amb discapacitat i a evitar discriminacions per raó de discapacitat.
2. Els mitjans de comunicació audiovisual han d'incorporar gradualment els sistemes d'audiodescripció, subtitulació i interpretació en llengua de signes per fer accessible la seva programació, d'acord amb el que estableix la Llei 5/2013, d'1 d'octubre, audiovisual de les Illes Balears.
3. Les condicions bàsiques d'accessibilitat i no-discriminació perquè les persones amb discapacitat puguin accedir als serveis a disposició del públic i utilitzar-los són exigibles en els termes establerts reglamentàriament.
4. Les administracions públiques i els proveïdors de serveis públics han d'informar a les seves pàgines web sobre quines són les condicions d'accessibilitat i quins són

¹ Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, i Llei 40/2015, d'1 d'octubre, de règim jurídic del sector públic.

els mitjans de suport disponibles en els serveis que ofereixen, i han de promoure l'ús de les tecnologies de la informació i comunicació en tots els àmbits, com a element facilitador de les relacions amb les persones amb discapacitat que tenen dificultats per desplaçar-se o rebre atenció personal.

5. Els prestadors de serveis han de proporcionar, amb mitjans i sistemes adequats, a les persones usuàries que ho requereixin la informació clara referent als seus serveis, i han de tenir disponible la informació més rellevant en format de lectura fàcil.
6. Els prestadors de serveis que, per les característiques de l'activitat, han de disposar d'una proporció de places, unitats o elements accessibles, han de preveure els mecanismes de gestió adequats per garantir que aquestes places o elements restin disponibles per a les persones a les quals s'adrecen fins que no s'hagi exhaurit la resta de la capacitat de l'establiment. La ubicació d'aquestes reserves de places, unitats o elements accessibles no pot representar cap greuge comparatiu amb la resta d'usuaris, amb l'objectiu de prestar el servei de forma inclusiva i amb igualtat d'oportunitats per a tothom. En tot cas, l'exercici del dret d'admissió no pot utilitzar-se per impedir, restringir o condicionar l'accés de ningú per motiu de discapacitat.
7. Les administracions públiques que ofereixen serveis d'atenció al públic han de disposar d'intèrprets en llengua de signes, especialment en l'àrea de sanitat (hospitals, urgències) en la proporció i en els llocs de treball que s'estableixin reglamentàriament.

A l'article 29 es fa una referència concreta a les condicions d'accessibilitat i no-discriminació en les comunicacions:

1. Les condicions d'accessibilitat i no-discriminació per a l'accés i la utilització de les tecnologies, dels productes i dels serveis relacionats amb la societat de la informació i de qualsevol mitjà de comunicació social són exigibles en els terminis i els termes establerts per reglament.
2. Les campanyes de publicitat i sensibilització de l'accessibilitat de les persones amb discapacitat han de garantir la igualtat de gènere.

L'article 42 (Mesures per eliminar barreres) fa referència a la utilització de sistemes i tecnologies que facin de la via pública un espai més accessible, fomentador de l'autonomia personal i de la seguretat dels usuaris:

1. Les administracions públiques han de promoure mesures de suport i establir mesures d'acció positiva a favor de les persones amb discapacitat per a l'eliminació de barreres físiques, de comunicació i d'altres.
2. Les administracions públiques han de facilitar i promoure el desenvolupament de sistemes i tecnologies que permetin més accessibilitat, autonomia i seguretat, especialment en relació amb l'ús de la via pública.

Com veiem, de forma indirecta, a l'esmentada llei ja s'apunten determinades orientacions referides a l'ús de les noves tecnologies per les persones amb discapacitat; així mateix, s'insta l'ús de les noves tecnologies per fer del medi un espai més accessible i en suma, habitable.

3. La fractura digital i les persones grans

L'OCDE defineix la fractura digital de la següent manera: «la desigualtat entre individus, llars, negocis i àrees geogràfiques en diferents nivells socioeconòmics respecte a les seves oportunitats d'accedir a les TIC i a l'ús d'internet en una àmplia varietat d'activitats» (2001).

El col·lectiu de la gent gran està afectat de ple per aquesta bretxa, ja que, a més de les variables pròpies de la desigualtat social que mesuren l'accés a les noves tecnologies, s'ha d'afegir el factor de l'edat. La desigualtat digital ve a sumar-se i a accelerar les desigualtats social ja existents, de forma que actua agreujant la situació dels que ja estan en pitjor situació.

Així doncs, si es parteix d'una situació d'exclusió, la conjunció d'aquests elements en el marc de la celeritat dels canvis, contribueix a agreujar de forma progressiva aquesta situació de desigualtat, generant també impactes sobre la percepció de dificultat per assolir coneixements en l'àmbit digital; l'autoestima; l'interès per aprendre; la utilitat percebuda dels mitjans digitals; la percepció de necessitat envers aquests coneixements; el grau de competència individual (capital cultural); el grau de suport de l'entorn (capital social); o els objectius perseguits amb l'ús (Serratosa i Cuenca, 2020: 143).

Normalment la bretxa digital es vincula a tres factors:

1. *Accés a les TRIC*. Implica no tenir una bona connexió a internet ni disposar de dispositius eficaços per gestionar aquesta connexió.

2. *Factors relacionats amb la «usabilitat» dels dispositius d'accés.* La democratització de les noves tecnologies exigeix el disseny d'interfícies amigables i adaptades a les particularitats dels diferents usuaris.
3. *Factors relacionats amb la competència digital dels usuaris.* Moltes persones no formen part del grup que s'ha denominat «natiu digital», per això la formació i la generació de competència digital són un dels reptes als quals, de forma paral·lela als ja esmentats, caldrà posar atenció.

Ja el 2011, institucions com ara el defensor del poble d'Andalusia convidaven a la reflexió arran de l'Agenda Digital Europea (Estratègia Europa 2020), en el sentit que calia impulsar, fomentar i estendre la incorporació de tota la població a la societat de la informació i de la comunicació (Defensor del Pueblo Andaluz, 2011; Abad, 2016).

En aquell moment, l'informe esmentat, usant dades de l'enquesta sobre equipament i ús de les tecnologies de la informació i comunicació a les llars els anys 2010 i 2011 (INE), afirma que l'Estat espanyol es trobava a una gran distància dels països més desenvolupats del nord d'Europa (Suècia, Finlàndia o Dinamarca); però també de països més propers (Regne Unit, Alemanya i França). A l'informe s'afirmava que l'Estat espanyol no arribava al nivell mitjà de la Unió Europea.

Temps després, l'any 2019, l'INE va realitzar l'enquesta sobre equipament i ús de tecnologies de la informació i comunicació a les llars, a partir de la qual l'IBESTAT ha elaborat l'enquesta sobre equipament i ús de tecnologies d'informació i comunicació a les llars (TIC-H).

L'enquesta permet explotar les dades per grups d'edat. En tot l'Estat les dades recollides han estat les següents:

Taula 1 | *Resum de dades de persones per sexe, característiques demogràfiques i tipus d'ús de TIC*

	Persones que han utilitzat el telèfon mòbil en els darrers 3 mesos	Persones que han utilitzat internet en els darrers 3 mesos	Persones que han utilitzat internet almenys una vegada per setmana en els darrers 3 mesos	Persones que han utilitzat internet diàriament (almenys 5 dies a la setmana)	Persones que han comprat a través d'Internet en els darrers 3 mesos
Ambdós sexes					
Edat: de 55 a 64 anys	96,1	86,5	80,4	64,9	32,9
Edat: de 65 a 74 anys	89,5	63,6	57,7	43,3	13,5

Homes					
Edat: de 55 a 64 anys	96,8	87,2	80,2	63,9	37,4
Edat: de 65 a 74 anys	89,2	63,7	57,3	42,8	15,6
Dones					
Edat: de 55 a 64 anys	95,4	85,8	80,6	66,0	28,6
Edat: de 65 a 74 anys	89,8	63,5	58,1	43,7	11,6

Font: INE, 2019

La taula anterior ens permet apreciar que el telèfon mòbil és l'aparell més utilitzat per les persones de 55 a 74 anys. El seu ús és generalitzat entre les persones de 55 a 64 anys (96,1%) i en disminueix l'ús entre les persones de 65 a 74 anys (89,5%). Aquestes xifres són gairebé idèntiques en el cas de les dones i dels homes.

L'accés a internet és més reduït, tot i que també és bastant extens. S'aprecia una important diferència entre el col·lectiu de persones de 55 a 64 anys i de 65 a 74 anys. El 86,5% del primer grup d'edat ha accedit a internet en els darrers tres mesos, mentre que del segon grup d'edat només hi ha accedit un 63,6%.

L'ús intensiu d'internet (almenys cinc dies a la setmana) presenta dades més modestes. En el grup de 55 a 64 anys un 64,9% de persones accediren a internet amb la freqüència assenyalada i un 43,3% entre les persones de 65 a 74 anys. La utilització de la xarxa per fer-hi compres obté valors més modestos, 32,9% i 13,5%, respectivament, per als dos grups d'edat analitzats. En aquest sentit, seria molt interessant poder disposar d'aquestes dades després dels mesos de confinament provocats per la pandèmia de la COVID-19. Tot i que sigui a títol d'hipòtesi, podríem trobar que els accessos i usos a la xarxa s'haurien modificat a l'alça.

Si parem l'atenció a la població de més edat, les dades canvien radicalment. Hi ha un nombre important de persones de més de 75 anys que no han accedit mai a internet, que són els mateixos que en fan un ús habitual (entre el 28,8% i el 21,4% en el cas dels homes i entre el 22% i el 16,1% en el de les dones). El nombre de persones que fan un ús diari d'internet és molt baix (14,4% entre els homes i el 10,2% entre les dones).

Les dades referides a les persones de 85 i més anys són molt significatives. En aquest col·lectiu la bretxa digital és molt evident. Només un 12,2% ha utilitzat internet alguna vegada, mentre que un 30,7% ho ha fet amb edats compreses entre els 75 i 84 anys.

Taula 2 | Ús d'Internet per característiques demogràfiques i freqüència d'ús

	Total	Han utilitzat Internet alguna vegada	Han utilitzat Internet en els darrers 12 mesos	Han utilitzat Internet en els darrers 3 mesos	Han utilitzat Internet en el darrer mes	Han utilitzat Internet setmanalment (almenys una vegada a la setmana)	Han utilitzat Internet diàriament (almenys una vegada al dia)	Utilitzen Internet diverses vegades al dia
Total de persones (75 i més anys)								
Sexe: Home	1.722.224	28,8	27,7	27,2	27,0	21,4	14,4	12,0
Sexe: Dona	2.521.598	22,0	21,1	20,8	20,6	16,1	10,2	8,7
Edat: de 75 a 84 anys	2.889.305	30,7	29,6	29,2	29,0	23,0	15,4	13,0
Edat: de 85 i més anys	1.354.517	12,2	11,3	11,1	11,0	8,0	4,6	3,7
Usuaris d'Internet en els darrers 12 mesos								
Sexe: Home	476.389	..	100,0	98,3	97,5	77,3	52,1	43,3
Sexe: Dona	531.512	..	100,0	98,6	97,9	76,2	48,6	41,2
Edat: de 75 a 84 anys	855.176	..	100,0	98,5	97,8	77,7	52,0	43,9
Edat: de 85 i més anys	152.724	..	100,0	98,2	97,3	70,9	40,6	32,7
Usuaris d'Internet en els darrers 3 mesos								
Sexe: Home	468.222	..	..	100,0	99,2	78,6	53,0	44,0
Sexe: Dona	524.194	..	..	100,0	99,3	77,3	49,3	41,8
Edat: de 75 a 84 anys	842.405	..	..	100,0	99,3	78,9	52,8	44,5
Edat: de 85 i més anys	150.011	..	..	100,0	99,1	72,1	41,3	33,3

Font: INE, 2019

Pel que fa a l'ús de les noves tecnologies per part de la població de més edat, les dades referides a la comunitat de les Illes Balears evidencien uns valors superiors als obtinguts a la mitjana de l'Estat espanyol.

Així, podem considerar que l'ús del mòbil és gairebé generalitzat entre la població de 55 a 64 anys (98,6%). L'accés a internet, tot i que no està tan generalitzat com l'ús del mòbil, així mateix és elevat. Un 93,5% dels enquestats manifesten haver-lo utilitzat durant els tres darrers mesos, un 82,4% expressen haver-ho fet, almenys, una vegada per setmana durant els darrers tres mesos; mentre que els usuaris que podríem denominar d'alta intensitat (hi accedeixen almenys cinc dies a la setmana), suposen un 64,3%. El consum a través d'internet és poc habitual (38,9%), tot i que, com hem assenyalat abans, caldria actualitzar aquesta dada després de la crisi generada per la pandèmia de la COVID-19.

També d'igual manera que a la resta de l'Estat, si ens fixam en la població amb edats compreses entre els 65 i 74 anys, el telèfon mòbil és l'aparell més utilitzat. Tot i això, aquest grup d'edat està a 8,1 punts de diferència en comparació amb el grup de 55 a 64 anys. Aquesta diferència s'incrementa molt pel que fa a l'ús d'internet; només un 65,2% dels membres d'aquest grup ha accedit a la xarxa els tres darrers mesos (recordem que la població de 55 a 64 anys ho havia fet un 93,5%), un 55% hi ha accedit una vegada per setmana durant els tres darrers mesos (un 82,4% entre les persones de 55 a 64 anys), i només un 27,1% manifesta haver utilitzat internet almenys durant cinc dies a la setmana (64,3% entre les persones de 55 a 64 anys).

Amb aquestes dades sembla que a més edat menys ús es fa de les noves tecnologies (telèfon mòbil i accés a internet mitjançant qualsevol dispositiu, telèfon mòbil inclòs). Tot i que cal investigar aquest fet amb més profunditat, sembla que el decalatge observat no podria explicar-se només pel deteriorament cognitiu que sol acompanyar el procés d'envel·liment, sinó que l'absència d'aquests elements tecnològics durant gairebé tota la vida passada dels col·lectius esmentats també en dificulta la utilització per aquestes persones.

Taula 3 | *Resum de dades de persones a la CAIB per sexe, característiques demogràfiques i tipus d'ús de les TRIC*

Illes Balears	Persones que han utilitzat el telèfon mòbil en els darrers 3 mesos	Persones que han utilitzat internet en els darrers 3 mesos	Persones que han utilitzat internet almenys una vegada per setmana en els darrers 3 mesos	Persones que han utilitzat internet diàriament (almenys 5 dies a la setmana)	Persones que han comprat a través d'internet en els darrers 3 mesos
Ambdós sexes					
Edat: de 55 a 64 anys	98,6	93,5	82,4	64,3	38,9
Edat: de 65 a 74 anys	90,5	65,2	55,0	27,1	15,4

Homes					
Edat: de 55 a 64 anys	100,0	99,1	85,3	62,8	26,8
Edat: de 65 a 74 anys	89,0	59,0	45,4	34,3	10,8
Dones					
Edat: de 55 a 64 anys	97,2	88,0	79,6	65,8	50,8
Edat: de 65 a 74 anys	91,8	70,9	63,8	20,6	19,6

Font: INE, 2019

Taula 4 | Ús d'internet a la CAIB i freqüència d'ús

Total	Han utilitzat internet alguna vegada	Han utilitzat internet en els darrers 12 mesos	Han utilitzat internet en els darrers 3 mesos	Han utilitzat internet en el darrer mes	Han utilitzat internet setmanalment (almenys una vegada a la setmana)	Han utilitzat internet diàriament (almenys una vegada al dia)	Utilitzen internet diverses vegades al dia	
Total de persones (75 i més anys)								
Illes Balears	82.775	34,9	33,7	33,7	32,8	29,4	17,1	14,6

Font: INE, 2019

Pel que fa a la població analitzada de més edat (més grans de 75 anys) només un 34,9% manifesta haver utilitzat internet alguna vegada, un 33,7% els darrers dotze mesos, el mateix percentatge que els darrers tres mesos, un 32,8% ho ha fet el darrer mes, un 29,4% almenys una vegada a la setmana i només un 17,1% manifesta fer-ne un ús gairebé quotidià accedint-hi almenys una vegada al dia.

4. Principis de l'ús de les noves tecnologies per part de les persones grans: usabilitat

A continuació mostrem alguns punts clau pel que fa a les noves tecnologies i la capacitat de cobrir les necessitats dels usuaris:

- Continuen existint barreres per a l'ús de les diferents tecnologies, com són la seva accessibilitat, pel fet que no es creen per ser utilitzades per les persones grans (González i Fanjul, 2018).
- Cada vegada comença a sorgir un nou perfil de persones grans que mostra interès i autonomia en la utilització de les TRIC (Poveda-Puente et al., 2015).

- Per als programadors, hauria de ser essencial adaptar-se a les particularitats dels usuaris, i més encara en el cas de les persones grans.

La usabilitat de les diferents aplicacions és un concepte amb pocs anys d'existència. La norma internacional ISO 9241-11: Guidance on Usability (1998) fa referència a la usabilitat i ofereix una definició del seu contingut i abast: «La usabilitat es refereix al grau en què un producte pot ser usat per usuaris específics per a aconseguir metes específiques amb efectivitat, eficiència i satisfacció donat un context específic d'ús.»

5. Aplicacions útils per a les persones grans

Com s'ha exposat anteriorment, l'ús del mòbil es cada vegada més generalitzat entre les persones grans. Així, encara que els mòbils presentin més oportunitats per un ús generalitzat per part de les persones grans, aquestes encara es troben amb algunes barreres pel que fa a l'accessibilitat.

La interfície d'un mòbil pot ser poc accessible per a una persona gran (Grosso, 2018). Aquesta dificultat s'incrementa quan la persona té una discapacitat visual, intel·lectual o presenta problemes de mobilitat i destresa (EOI, Escuela de Organización Industrial, 2006). S'ha de destacar que cada vegada hi ha més apps que poden disminuir o eliminar aquesta dificultat. Altres barreres són el desconeixement de les utilitats d'aquests dispositius i de les aplicacions, la capacitat econòmica per accedir a aquestes tecnologies i la poca inclusió de les persones grans en la publicitat d'aquests dispositius (QMAYOR Magacine, 2017).

D'altra banda, la utilització del mòbil i d'aplicacions proporciona diferents beneficis per a aquest col·lectiu. Quant als beneficis, destaquen els següents (Grosso, 2018):

- Ofereixen suport concret per al deteriorament cognitiu.
- Afavoreixen la integració social i familiar, a més d'evitar les emocions i sentiments de soledat i aïllament.
- Ofereixen serveis de cura personal i salut.
- Afavoreixen la independència i l'autonomia personal.
- Augmenten el desenvolupament de noves habilitats cognitives, cosa que produeix una millora de l'autoestima.
- Disminueixen la bretxa digital.

Es destaquen algunes aplicacions que aquest col·lectiu pot utilitzar i que els poden ser útils (taula 5). S'han diferenciat en tipologies segons la seva finalitat (Grosso, 2018; Gil i Rodríguez-Porrero, 2015):

Taula 5 | Selecció d'algunes aplicacions per a persones grans

Finalitat	Aplicació	Descripció
Accessibilitat	Teclado Swiftkey	Permet tenir un teclat amb botons extragrans.
	Phonotto	Interfície més accessible i fàcil d'utilitzar.
	Amplificador de volum GOODEV	Amplificador de so per a persones amb problemes d'audició.
Suport i salut	Life360 Safe365	Localitzador familiar (amb previ consentiment).
	Medisafe Medicamento accesible plus Pillboxie	Recordatori de medicaments.
	Podómetro: contador de pasos Diabetes: M - Management & Blood Sugar Tracker App Instant Heart Rate	Aplicacions per controlar diferents aspectes de la salut com diabetis, pulsacions, etc.
Informació	Dependencia	Eina d'informació per a persones grans dependents, la seva família i/o cuidadors/es.
Estimulació cognitiva	Lumosity	Entrenament cognitiu.

És important destacar també les xarxes socials com són Facebook i Twitter, que poden aportar diferents beneficis a les persones grans (canalJUBILACIÓN, 2019): permeten una connexió amb amics i familiars, a més d'augmentar i enfortir les seves xarxes; són una font d'informació que es pot utilitzar, per exemple, per conèixer què passa o per organitzar nous plans i/o viatges; disminueixen la sensació de soledat i d'aïllament i poden millorar l'activitat mental, ja que permeten escriure, llegir i veure vídeos.

Finalment, no podem deixar de banda, dins els avenços tecnològics, tota la gamma d'aparells i aplicacions informàtiques que tenen com a finalitat prestar serveis de teleatenció a les persones grans. Com exposen Gil i Rodríguez-Porrero (2015: 42) la necessitat de viure de manera autònoma, però garantint una seguretat, tant a un mateix com als familiars, es pot aconseguir a distància a través de l'assistència en què les TRIC monitoren la situació de la persona amb telefonades periòdiques, responen a alertes provocades per l'usuari mateix o pels dispositius instal·lats a l'habitatge o pels sensors del seu terminal mòbil.

6. Conclusions

El grau d'activitat d'una persona, sigui de l'edat que sigui, en relació amb les noves tecnologies ve determinat per la capacitat d'interactuar-hi d'una manera més o menys autònoma. Com hem vist, està sorgint un nou perfil de persones grans usuàries de les TRIC. Aquest grup es caracteritza per ser més actiu i menys reticent a l'hora de relacionar-se, de comunicar-se i d'informar-se a través de les xarxes i, per tant, són més coneixedors dels avenços tecnològics.

El primer grup d'edat que hem incorporat a l'anàlisi (55-64 anys) és el nascut entre 1956 i 1965. Per tant, l'inici de la generalització de l'ús de les noves tecnologies els agafà entre els 30 i els 40 anys. Tot i no ser nadius digitals, el seu coneixement i la seva familiarització amb les xarxes i els aparells tecnològics són molt més elevats que els dels grups d'edats més avançades que hem analitzat.

En aquest sentit, creiem que els perfils que aporten Gil i Rodríguez-Porrero (2015) són molt interessants. No obstant això, pensam que es podria afegir el grau de coneixement i familiarització que té la persona usuària respecte a les TRIC en aquells perfils menys motivats pel seu ús.

L'accelerada transformació digital de la societat actual suposa un important risc d'exclusió de molts de col·lectius. Entre aquests, un dels més exposats és el de les persones grans. Caldrà que els diversos poders públics tinguin en compte aquest risc i, abans de prendre decisions que puguin considerar-se discriminatòries vers el col·lectiu, posin en marxa actuacions vinculades a l'accessibilitat i a la competència digital dels ciutadans que preservin dels impactes negatius els col·lectius més desfavorits.

Com hem pogut comprovar, a pesar que les persones grans cada vegada utilitzen més els mòbils i les aplicacions, l'oferta dirigida a aquest grup és encara molt reduïda i delimitada a una única finalitat. Tot i que coneixem la seva necessitat, el fet que gairebé tota l'oferta es redueixi a l'assistència en l'accessibilitat o a la informació sobre la salut no fa més que mantenir l'estigmatització d'aquest col·lectiu. Hem vist que les persones arriben més preparades i amb més coneixements sobre l'ús de les TRIC que les generacions anteriors, per tant, creiem que, si s'incrementa la utilització d'aplicacions i dispositius mòbils, l'oferta d'altres tipus d'aplicacions dirigides a les persones grans també ho farà.

Referències bibliogràfiques

Abad, L. (2016). *Brecha digital y personas mayores. Informe sobre uso de las TIC y valoración de la formación en nuevas tecnologías*. CEU.

CanalJubilación. (7 de setembre de 2019). Redes sociales pensadas para personas mayores. <https://www.jubilacionypension.com/economia-domestica/estilo-de-vida/redes-sociales-mayores/>

Defensor del Pueblo Andaluz. (2011). *Las personas mayores y las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) en Andalucía. Informe especial al Parlamento*. Defensor del Pueblo Andaluz.

EOI Escuela de Organización Industrial. (2006). *Las nuevas tecnologías asociadas al Servicio de los mayores* [arxiu PDF]. <https://www.eoi.es/es/savia/publicaciones/19474/las-nuevas-tecnologias-asociadas-al-servicio-de-los-mayores>

Gil, S. i Rodríguez-Porrero, C. (2015). *Tecnología y personas mayores. 25 aniversario Ceapat: 12 retos, 12 meses*. Ceapat-Imserso.

Gil, S. i Rodríguez-Porrero, C. (2017). *Tecnología y personas mayores*. Colección Personas Mayores. Serie Guías y Manuales. Imserso.

González, C. i Fanjul, C. (2018). Aplicaciones móviles para personas mayores: un estudio sobre su estrategia actual. *Aula Abierta*, 47(1), 107-112. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.107-112>

González, E. i Martínez, N. (2017). Personas mayores y TIC: oportunidades para estar conectados. *RES: Revista de Educación Social*, (24), 1129-1141.

Grosso, N. (5 de novembre de 2018). *Las mejores apps para ancianos: utilidades y beneficios*. Ancianos.es. <https://ancianos.es/cultura-ocio/mejores-apps-ancianos-utilidades-beneficios/>

INE (2019). Encuesta sobre equipamiento y uso de la tecnología en los hogares. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=6057>

Llei 8/2017, de 3 d'agost, d'accessibilitat universal de les Illes Balears.

Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques

Llei 40/2015, d'1 d'octubre, de règim jurídic del sector públic.

Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2001). *Understanding the digital divide*. Paris. <https://www.oecd.org/sti/1888451.pdf>

Plan de Transformación Digital de la AGE y sus OOPP (2020). https://administracionelectronica.gob.es/pae_Home/pae_Estrategias/Estrategia-TIC-AGE.html

Poveda-Puente, R., Pinazo-Hernandis, S., Pérez-Cosín, J. V. i Belda, J. M. (2015). Personas mayores usuarias habituales de tecnología de la información y la comunicación: análisis del perfil. *AZARBE, Revista Internacional de Trabajo Social y Bienestar*, (4), 51-58.

QMayor Magazine. (16 d'agost de 2017). *Las personas mayores y el uso de la nueva tecnología*. <https://www.qmayor.com/radar-qm/opinion/personas-mayores-tics/>

Serratosa, J. i Cuenca, A. (2020). *Informe: la brecha digital en les persones ateses per entitats socials*. Fundació Ferrer i Guàrdia.

Autors

JOSEP LLUÍS OLIVER TORELLÓ

Barcelona (1960). Llicenciat en Filosofia i Lletres, secció Ciències de l'Educació. Doctor en Pedagogia. Professor titular de Pedagogia Social de la Universitat de les Illes Balears. Membre del GIFES. Va ocupar el càrrec de degà de la Facultat d'Educació de la UIB des de 2010 fins a 2020. La seva recerca se centra en l'atenció a les necessitats de la infància, joventut i família, protecció de menors i pobresa infantil.

NOEMI GELABERT MURES

Palma (1994). Graduada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Contractada com a tècnica d'investigació a l'equip d'investigació GIFES de la UIB a través del programa SOIB Jove - Qualificats. La seva formació es complementa amb diferents cursos i seminaris d'igualtat de gènere i de valoració de dependència. Ha realitzat voluntariat al Projecte Socioeducatiu Naüm.

ALBERT CABELLOS VIDAL

Palma (1986). Graduat en Educació Social per la Universitat de les Illes Balears. Contractat predoctoral FPU del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Membre del GIFES. Les seves línies d'investigació se centren en els processos d'emancipació de la població jove extutelada. Ha treballat d'educador social al programa d'escolaritat compartida Alter Palma, per a joves entre 14 i 16 anys.

**LA MIRADA A LES PERSONES
GRANS DE LES ILLES BALEARS
DES DE LA PREMSA DIGITAL**

La mirada a les persones grans de les Illes Balears des de la premsa digital

Maria Valero de Vicente
Marga Vives Barceló

Resum

Els mitjans de comunicació tenen un paper molt important en el desenvolupament d'una visió positiva de l'envelliment i de les persones grans. La premsa digital, com a mitjà de comunicació, contribueix a construir una imatge de la realitat de les persones grans a través de la publicació de notícies de manera periòdica. L'objectiu d'aquest estudi és analitzar la premsa digital balear i la forma en què tracta la informació. S'ha fet un cerca en els repositoris web de dinou periòdics de tirada autonòmica a partir de diferents paraules clau i s'han seleccionat les notícies publicades durant el darrer any. Com a resultat, s'ha analitzat un total de 230 notícies que corresponen a tretze dels periòdics consultats. Les notícies més freqüents pertanyen a la categoria de societat i successos, seguides per les de política i d'economia. En general, les notícies ofereixen una visió positiva o neutral sobre les persones grans, i inclouen material fotogràfic, també neutral o positiu. Per concloure, la representació de les persones grans en la premsa digital de les Illes Balears és escassa, si bé n'ofereix una visió positiva o neutral, encara que hi ha notícies que en donen una visió negativa associada a la dependència i als problemes lligats amb l'edat. Se suggereixen estudis del públic de persones grans per atendre els seus interessos i necessitats d'informació, respectant la imatge que es transmet a través de les notícies.

Resumen

Los medios de comunicación tienen un papel muy importante en el desarrollo de una visión positiva del envejecimiento y de las personas mayores. La prensa digital, como medio de comunicación, contribuye a construir una imagen de la realidad de las personas mayores a través de la publicación de noticias de manera periódica. El objetivo de este estudio es analizar la prensa digital balear y la forma en que trata la información. Se ha realizado una búsqueda en los repositorios web de diecinueve periódicos de tirada autonómica a partir de diferentes palabras clave y se han seleccionado las noticias publicadas durante el último año. Como resultado, se ha analizado un total de 230 noticias que corresponden a trece de los periódicos consultados. Las noticias más frecuentes pertenecen a la categoría de sociedad y sucesos, seguidas de las de política y economía. En general, las noticias ofrecen una visión positiva o neutral sobre las personas mayores, e incluyen material fotográfico, también neutral o positivo. Para concluir, la representación de las personas mayores en la prensa digital de las islas Baleares es escasa, si bien ofrece una visión positiva o neutral, todavía hay noticias que dan una visión negativa asociada a la dependencia y a los problemas relacionados con la edad. Se sugieren estudios del público de personas mayores para atender a sus intereses y necesidades de información, respetando la imagen que se transmite a través de las noticias.

1. Introducció

Segons l'informe de Pérez Díaz et al. (2020) i segons l'Institut Nacional d'Estadística (INE), a Espanya el dia 1 de gener de 2019 hi havia 9.057.193 persones més grans de 65 anys. Aquestes dades suposen un 19,3% de la població total de l'Estat, i continuen confirmant l'augment de l'envelliment de la població, ja que s'ha passat d'una edat mitjana de 32,7 anys el 1970 a 43,3 anys el 2019. Així mateix, cal fer una menció especial a les persones més grans de 80 anys, que actualment ja suposen un 6,1% de la població total estatal, i les previsions confirmen l'augment exponencial d'aquest grup d'edat.

Sense entrar en més detalls que en diferents capítols de l'anuari de ben segur es tracten, i mantenint com a referència bàsica aquest informe de Pérez Díaz et al. (2020), el perfil de les persones grans continua sent feminitzat (les dones superen en un 32% els homes). Sabem que la generació del *baby boom* arribarà a la jubilació entorn de 2024 i que, si bé la majoria de persones de més de 65 anys es concentren en ciutats com Madrid i Barcelona, és clar que les zones rurals estan més envellides que l'entorn urbà. Igualment, a més edat, més augment de la població que viu sola; especialment les dones (31%), enfront dels homes (17,8%). Les tasques de cures continuen sent femenines en major mesura, especialment de dones entre 45 i 64 anys (48,8%); aquestes cures es dediquen majoritàriament també a una dona (gran) (47,1%).

Pérez Díaz et al. (2020) confirmen que les illes Balears, juntament amb Múrcia i Canàries, són les zones on manco percentatge de persones més grans de 65 anys hi ha (15,5%) en comparació amb Astúries (25,7%) i Castella i Lleó (25,4%). La mitjana se situa al 19,3%.

Seguint amb aquest informe, pel que fa a la economia, a Espanya hi ha 9,7 milions de pensions del sistema de la Seguretat Social. Les de jubilació (6 milions) i les de viduïtat (2,4 milions) són les més freqüents; amb tot, i com assenyalen els autors de l'informe, les pensions de les dones continuen sent més baixes que les dels homes, a causa de les diferents vides laborals, ocupacions o perquè compten amb altres pensions, com la de viduïtat.

Cal també tenir present, finalment, que la proporció de persones de més de 65 anys que continua treballant és de les més baixes d'Europa, i és del 6,5%. Per a aquest col·lectiu les despeses s'acumulen majoritàriament a la llar (aigua, electricitat...), amb un 45%, seguides per les de l'alimentació. Quasi el 90% de la població més gran de 65 anys té la llar en propietat. Finalment, és important remarcar que el nivell educatiu de les persones de més de 65 anys ha augmentat en els darrers quaranta anys, especialment en la reducció de l'analfabetisme.

Totes aquestes informacions ens donen una fotografia anual del col·lectiu de persones de més de 65 anys. En aquest sentit, el capítol presentat vol permetre una primera anàlisi de la imatge de les persones grans que es transmet de forma regular a la premsa autonòmica, especialment tenint present no sols el contingut i el titular de la notícia, sinó també aquells elements que poden complementar la visió que s'hi vol donar, com ara si va acompanyada d'una imatge (i quina és), de l'àmbit territorial a què fa referència i quina és la temàtica (política, societat i successos, salut i benestar, oci i participació o estudis i recerques) de la notícia.

2. La premsa digital. Una primera aproximació

Els mitjans de comunicació, a través de la informació que aporten, no sols són simples transmissors d'informació, també transmeten valors i presenten estils de vida dels protagonistes de les notícies (Santibáñez i Latorre, 2013 citat a Hidalgo i Pérez, 2016). Seguint Bisbal (2010), aquest fet té una influència directa en l'opinió pública, fet que cal tenir present si sabem la gran heterogeneïtat que hi ha al col·lectiu de persones de més de 65 anys.

Per a Aznar et al. (2016), els mitjans de comunicació són bàsics, ja que haurien de permetre un possible reflex de les persones grans, tant per la seva presència en les diferents temàtiques, segons la seva edat i els seus interessos, com per la seva representació, la qual hauria de ser positiva, amb una aposta per una imatge en positiu, que valori la seva participació social i el valor social que representen.

No obstant això, no sempre és així, com assenyala Losada (2004), ja que l'edatisme també pot aparèixer i mantenir-se, i es pot fomentar la seva transmissió a la societat en general. En aquest sentit, no és que sols afecti la manera com les persones grans es perceben, sinó que pot tenir un efecte opressor per al seu benestar (Karen, 2006). Carretón i Ramos (2012) confirmaven aquests efectes negatius en la publicitat, ja que una infraestimació de les capacitats físiques i mentals pot tenir conseqüències negatives en la salut física i en la psicològica, com ara una prematura pèrdua d'independència, major discapacitat o majors índexs de depressions i mortalitat anticipada. Ja fa dècades que autors com Hurd (1999) afirmaven que les imatges estereotipades de les persones grans han servit per definir els comportaments (esperats) en aquest col·lectiu, no obstant això, i com reivindicava la doctora Fernández-Ballesteros (2011), les persones grans volen ser tractades sense diferències per qüestions d'edat.

Així, enllaçant amb la idea de la importància dels mitjans de comunicació per a l'ideari col·lectiu de les persones grans, els quals haurien de transmetre'n una visió real, complexa i heterogènia, Abad (2014) confirmava que un dels objectius hauria de ser la

inclusió de les persones grans en la societat de la informació, a fi que puguin assolir la millor qualitat de vida possible, que els permeti tenir una vida més activa i participativa, per això cal proporcionar-los els instruments necessaris per aconseguir-ho. En aquest sentit, Rodríguez (2010) ja ens feia reflexionar sobre el canvi en la visibilització a les campanyes de publicitat de les persones grans.

Anant una passa més enllà, les tecnologies de la informació i de la comunicació (TIC) han canviat la manera de comunicar-nos amb el món i han provocat canvis socials molt importants per a tothom. Per una banda, la mirada positiva ens permet analitzar-ho com una oportunitat cultural, educativa i comunicativa, especialment perquè permeten l'accés a la informació i a la defensa dels drets; emperò també hem de tenir present la visió negativa, centrada en el diferent accés a les informacions, la desigualtat, les dificultats per a la gestió de la informació i la construcció del coneixement, l'homogeneïtzació cultural i les dificultats per garantir la veracitat de la informació i canalitzar la denúncia social (Castells, 2002; Fernández Palomares, 2003).

Pocs estudis han analitzat aquesta realitat; un d'aquests, el d'Antón Crespo i Fernández Ramos, de 2018, analitzà 799 notícies de persones grans en la premsa digital de més difusió a Castella i Lleó, per revisar quina cobertura de les notícies s'hi difonia. Cal remarcar que Castella i Lleó és una de les zones més envellides de l'Estat, per tant, cobrava especial rellevància. En les seves conclusions, afirmen que cal tenir present que el perfil dels lectors ha variat a causa de les circumstàncies sociodemogràfiques; se centren més en el col·lectiu de les persones grans, si bé encara les notícies són escasses. A més, les variables analitzades (descriptives, sobre l'enquadrament genèric, sobre l'esdeveniment principal i la perspectiva de l'esdeveniment i dels actors) permeten afirmar que no conviden que el lector hi aprofundeixi o que sigui fàcil la comprensió dels receptors sobre el fet que comenten. A més, l'ús de fotografies i vídeos és poc freqüent.

En aquest punt és necessari recuperar una informació rellevant de l'estudi de Pérez Díaz et al. (2020) en què es confirma que és a partir de 55 anys quan hi ha un descens del percentatge de persones que empren Internet; si bé cal remarcar que la denominada bretxa digital era de 78,6 punts el 2007 respecte al grup de més joves, el 2019 era de 35,5 punts. Els homes són els que més empren Internet, en comparació amb les dones.

Per Casado et al. (2015), els beneficis de l'ús d'Internet són diversos: augmenta la comunicació, evita l'aïllament i la soledat..., beneficis que potencien l'envelliment actiu i la dimensió social de la qualitat de vida. L'estudi d'aquests autors confirma que l'augment de l'ús d'Internet (freqüència i recursos) motiva a estar més actius, actualitzats i comunicats, amb ganes de continuar amb un aprenentatge permanent i a entendre Internet com una eina de participació social. Per aquest motiu, serà

necessari oferir una demanada adaptada als perfils de persones grans que permetin la seva assimilació, ús i aplicació (González-Oñate et al., 2015). Si s'aconsegueix, es podrà fomentar l'autonomia per a la recerca d'informació, i aquí la formació adaptada i l'aprenentatge al llarg de tota la vida són bàsics. Cal entendre les persones grans com a agents actius que necessiten satisfer les seves demandes, i no ens podem permetre excloure'ls pel fet que no tinguin accés a Internet.

3. Objectiu de l'estudi

L'objectiu principal d'aquest capítol és fer una aproximació a l'estudi de les notícies publicades a la premsa de les Illes Balears. L'aproximació consisteix en una anàlisi exploratòria que permeti enunciar hipòtesis de treball i de recerca sobre el tractament que es dona a les persones grans i el procés d'envelliment a la premsa de les Illes Balears. Per oferir aquesta visió de les persones grans a través de la premsa, s'han recollit les notícies publicades en periòdics de les Illes Balears en el transcurs d'un any.

4. Mètode

4.1. Criteris de cerca

Per dur a terme aquest estudi s'ha consultat una mostra representativa formada per dinou periòdics que publiquen notícies a les Illes Balears: *Ara Balears*, *Baleares Sin Fronteras*, *Canal 4 Diario*, *Ciutat*, *Crónica Balear*, *Diari de Balears*, *Diario de Calvià*, *Diario de Mallorca*, *Diario de Marratxí*, *Europapress Baleares*, *Gente de Palma*, *Ibeconomía*, *Mallorca Confidencial*, *Mallorca Diario*, *Manacor Comarcal*, *Manacor Noticias*, *Noticias Mallorca*, *Sa Veü*, *Sóller* i *Última Hora Mallorca*. Les fonts d'informació s'han consultat a través de les pàgines web i de cercadors integrats en línia d'aquests periòdics.

La selecció de notícies s'ha realitzat seguint uns criteris de cerca prèviament definits. En primer lloc, les notícies seleccionades havien d'estar publicades en els repositoris en línia dels periòdics i havien d'haver estat publicades entre l'1 de març de 2019 i l'1 d'abril de 2020.

Les paraules clau utilitzades en la cerca són, en castellà: *envejecimiento*, *mayor/mayores*, *abuelo/a*, *anciano/a*, *senectud*, *senil*, *viejo/a*, *jubilado/a*, *jubilación*, *tercera edad*, *avanzada edad*; i en català: *envelliment*, *major/majors*, *padrins/les*, *ancià*, *senectut*, *senil*, *vella*, *jubilat*. Totes les paraules clau van ser introduïdes als cercadors, no obstant això, algunes de les paraules clau no van donar cap resultat, com, per exemple, *senectut*, *senil* i *vell/a*.

4.2. Procediment

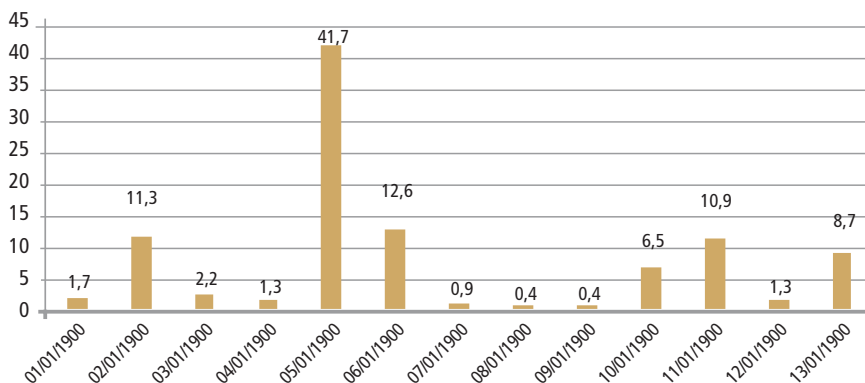
Quant al procediment de cerca, la tasca de cerca i selecció de notícies s'ha realitzat durant tot el mes de març de 2020. La tasca de cerca i selecció s'ha dut a terme en paral·lel. L'han duta a terme dues persones que són alumnes col·laboradores de la Universitat de les Illes Balears, Maria Mercè Lliteras Gomila i Marta Canals Quetglas, que pertanyen al grau d'Educació Social i al de Pedagogia, respectivament.

Els periòdics van ser repartits a parts iguals entre les alumnes que havien de fer la cerca, seguint els mateixos criteris d'inclusió. Es va dissenyar una fitxa per a la recollida d'informació, es va familiaritzar les alumnes col·laboradores en l'ús de l'eina de recollida d'informació i posteriorment van realitzar la cerca a través dels repositoris web de cada mitjà. Una vegada les alumnes van finalitzar la cerca, es van passar les dades als programes Excel i SPSS. Posteriorment, es va analitzar la informació i es va elaborar l'informe.

5. Resultats

A partir de la cerca als periòdics, en el transcurs d'un any s'han trobat 230 notícies publicades relacionades amb població gran. Dels dinou periòdics consultats, només tretze contenen notícies¹ a partir de les paraules clau utilitzades per a la cerca (68,3%), i un no va ser possible consultar-lo a causa de problemes amb el cercador. Dels periòdics consultats, un destaca amb claredat, ja que ha publicat el 41,7% de les notícies ($n = 96$), seguit d'uns altres, amb el 12,6%, l'11,3% i el 10,9% (vegeu el gràfic 1). Del total de notícies, el 17,8% ($n = 41$) es va comprovar que es trobava repetidament en altres periòdics.

Gràfic 1 | Percentatge de notícies recollides en cada periòdic



Font: Elaboració pròpia

¹ Les dades recollides s'analitzen globalment, ja que l'objectiu de l'estudi és donar una visió general de la imatge de les persones grans a la premsa balear.

Quant a la freqüència i el percentatge de notícies per mesos en un any (vegeu la taula 1), els mesos amb major nombre de notícies són març ($n = 52$), juny ($n = 26$) i novembre ($n = 22$). Durant 2019 es van publicar 177 notícies ($n = 177$) pertanyents a dotze periòdics diferents. El 2020, en els tres mesos que s'han revisat, hi ha hagut un total de 53 notícies ($n = 23$) pertanyents a vuit periòdics.

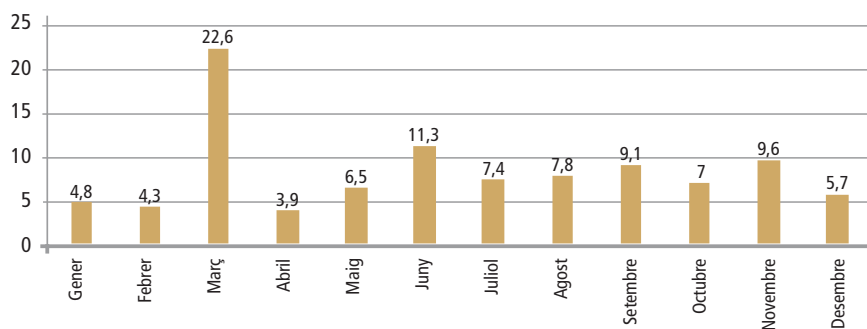
Taula 1 | *Freqüència i percentatge de notícies publicades per mesos durant un any*

Mesos	Freqüència	Percentatge
Gener	11	4,8%
Febrer	10	4,3%
Març	52	22,6%
Abril	9	3,9%
Maig	15	6,5%
Juny	26	11,3%
Juliol	17	7,4%
Agost	18	7,8%
Setembre	21	9,1%
Octubre	16	7%
Novembre	22	9,6%
Desembre	13	5,7%
Total	230	100%

Font: Elaboració pròpia

El mes amb major nombre de notícies és el març, que concentra el 22,6% de les notícies (vegeu el gràfic 2). En el cas del mes de març, el 61,5% de les notícies són de l'any 2020 ($n = 32$). Del total de notícies publicades el març de 2020, el 68,7% és sobre l'impacte de la COVID-19.²

Gràfic 2 | *Percentatge de notícies per mes*



Font: Elaboració pròpia

² Acrònim de l'anglès *coronavirus disease-2019*.

Pel que fa al territori de les notícies (vegeu el gràfic 3), destaquen les notícies d'àmbit local ($n = 123$), seguides de les notícies de caràcter autonòmic ($n = 50$) i estatal ($n = 41$). Mentre que les notícies d'àmbit internacional són anecdòtiques ($n = 12$). De les 123 notícies d'àmbit local, el 29,6% són notícies que pertanyen a la localitat de Palma ($n = 68$), tan sols tres notícies són de municipis de l'illa de Menorca (2,9%) i dues de l'illa d'Eivissa (1,9%).

Gràfic 3 | *Notícies en funció del territori*



Font: *Elaboració pròpia*

Les notícies s'han classificat en diferents categories en funció del contingut principal:

- a) Política i economia: notícies que fan referència a la posada en marxa de polítiques dirigides a persones grans, activitats de caràcter polític relacionades amb aquest col·lectiu i altres elements relacionats amb la seva economia, com la jubilació i les pensions.
- b) Societat i successos: notícies que estan relacionades amb fets que esdevenen en la societat balear i successos desgraciats, com desaparicions, accidents, agressions i altres delictes.
- c) Salut i benestar: notícies que fan referència a la salut i el benestar de les persones grans. Alguns dels temes més rellevants són sobre situació de la dependència, la necessitat d'estratègies que fomentin l'envelliment actiu, qualitat de vida, aspectes relacionats amb la cura residencial i la situació d'emergència sanitària a causa de la COVID-19.
- d) Oci i participació: notícies sobre esdeveniments socials i activitats realitzats per persones grans o dirigits per gent gran. També destaquen les notícies sobre activitats de participació veïnals i la promoció d'oci i temps lliure per a persones grans.
- e) Estudis i recerca: notícies elaborades a partir de la publicació de dades d'un estudi realitzat per un organisme de recerca.

A la taula 2 es pot observar la distribució de freqüències en funció de la temàtica principal. Al gràfic 4 es mostra el percentatge corresponent a cadascuna de les categories. En aquest sentit, destaquen els percentatges de les notícies sobre societat i successos ($n = 88$), seguides de les de política i economia ($n = 48$).

Taula 2 | *Freqüències en funció de la temàtica de les notícies*

Temàtica	<i>n</i>
Política i economia	48
Societat i successos	88
Salut i benestar	34
Oci i participació	34
Estudis i recerca	26

Font: Elaboració propia

Gràfic 4 | *Percentatge en funció de la temàtica*



Font: Elaboració propia

Quant a la forma en què es presenta el contingut de la notícia, el 34,8% ($n = 80$) han enfocat el contingut de manera positiva, és a dir, es proporciona una imatge positiva de les persones grans i la seva situació. Mentre que el 27,8% ($n = 64$) proporcionen una imatge negativa del col·lectiu a través de prejudicis, posen excessivament l'èmfasi en la dependència i en els problemes associats a l'edat, o reflecteixen situacions denigrants, humiliants o fins i tot agressions contra les persones grans. D'altra banda, el 37,4% ($n = 86$) ofereix una notícia de caràcter neutral, merament informativa i descriptiva de la situació tractada.

També s'ha analitzat si les notícies inclouen o no material fotogràfic, i trobam que el 12,6% de les notícies no en té ($n = 29$), el 85,2% sí que adjunta una imatge ($n = 185$) i el 2,2% ($n = 5$), a més d'imatge, mostra enllaços a vídeos o a publicacions en xarxes socials. Quant a la valoració de la imatge, al gràfic 5 s'observa que el 71% de les imatges es classifiquen com a neutrals ($n = 142$), seguides molt per darrere per les valorades de manera positiva ($n = 43$) i les negatives ($n = 14$).

Gràfic 5 | *Percentatge d'imatges en funció de la seva valoració*

Font: Elaboració pròpia

Seguint amb l'anàlisi de les imatges, s'observa que el 50,3% ($n = 100$) es corresponen amb imatges vinculades de manera directa amb el contingut de la notícia. El 48,7% ($n = 97$) també estan relacionades amb el contingut de la notícia però indirectament, mentre que la resta, l'1% ($n = 2$), són imatges que no estan relacionades de cap manera amb el contingut informatiu.

6. Conclusions i discussió

Els resultats de l'estudi exploratori ofereixen una visió general sobre com s'aborden les notícies de persones grans a la premsa digital i quin lloc ocupen. Seguint treballs com el d'Antón Crespo i Fernández Ramos (2018) i Santibáñez i Latorre (2013, citat a Hidalgo i Pérez, 2016), i després de l'anàlisi de les notícies publicades a la premsa digital de les Illes Balears, les notícies sobre les persones grans i per a les persones grans són poc freqüents. La representació de les persones grans està orientada a les categories de notícies sobre societat i successos, política i economia, i es deixen de costat altres aspectes rellevants com la salut i la qualitat de vida, i l'oci i la participació.

Tenint en compte que els mitjans de comunicació són generadors d'opinió, de valors i d'estils de vida (Aznar et al., 2016), i no mers transmissors d'informació, la representació dels interessos i les necessitats de les persones grans és escassa. Això pot entendre's a conseqüència de la bretxa digital que afecta les persones més grans de 55 anys (Pérez Díaz et al., 2020) quant a l'ús d'Internet i, per consegüent, a l'ús de la premsa digital.

En general, la premsa balear i les notícies revisades ofereixen una visió positiva o neutra. No obstant això, algunes notícies continuen oferint una imatge negativa o excessivament centrada en la dependència i en els problemes associats a l'edat. Els mesos de major freqüència segueixen un patró trimestral i la freqüència quant a territori té un caràcter local. Cal destacar que en el darrer període de recollida de notícies la freqüència de notícies publicades sobre persones grans es va veure incrementada a causa de la situació sanitària extraordinària provocada per la COVID-19, i en aquest cas,

les notícies informaven sobre les conseqüències negatives que ha tingut en la població gran. En relació amb el material fotogràfic, en general és de caràcter neutral i pot estar relacionat o no de manera directa amb el contingut.

A partir dels resultats, creiem que, malgrat els esforços, encara queda molt per fer respecte a la representació positiva de les persones grans, l'atenció dels seus interessos i necessitats d'informació. Se suggereix que la premsa digital podria fer un intent d'estudiar els seus lectors més grans de 65 anys, un grup heterogeni quant a interessos, necessitats, ús de tecnologia i lectura de premsa, per respondre a les seves necessitats d'informació, i per establir un protocol de tractament d'informació que fa referència a l'envelliment i les persones grans.

Una de les limitacions més importants d'aquest estudi és que la cerca s'ha realitzat únicament a partir dels cercadors de les pròpies pàgines, cosa que no garanteix que les notícies que apareixen són totes les que s'han publicat. A més, la majoria dels repositoris web no estan adaptats per fer la cerca en funció de diferents criteris (per any, temàtica, paraules clau, etc.). Una altra de les limitacions té a veure amb la valoració subjectiva de les notícies, ja que no disposem de criteris únics per valorar els aspectes més subjectius que tenen a veure amb el contingut, la interpretació dels fets i les situacions. Una possibilitat de millora de la recerca futura implica avaluar la fiabilitat interjutges, a fi de fer la cerca als periòdics de manera paral·lela, amb l'establiment de criteris de classificació més definits i ajustats i el càlcul dels nivells d'acord.

Referències bibliogràfiques

Abad, L. (2014). Diseño de programas de e-inclusión para la alfabetización mediática de personas mayores. *Comunicar*, 42 (XXI), 173-180. <http://dx.doi.org/10.3916/C42-2014-17>.

Antón, M. C., i Fernández, M. Y. R. (2018). La tercera edad en los contenidos informativos de la prensa digital. Estudio empírico de los encuadres noticiosos sobre las personas mayores de Castilla y León. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 24(1), 33-50. <https://doi.org/10.5209/ESMP.59936>.

Aznar, H., Álvarez, A., i Suay, A. (2016). Estudio sobre la contribución de la radio al envejecimiento activo. Fase inicial: análisis cuantitativo de la presencia de la vejez en los magazines de radio. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 22(1), 143-162.

Bisbal, M. (2000). El encuentro de la cultura y la comunicación en el consumo cultural: una perspectiva de comprensión. *Portal de la Comunicación / Cátedra UNESDO de Comunicación*.

Carretón, M. C., i Ramos, I. (2012). Presencia y representación de las personas mayores en la publicidad televisiva: el caso español. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 47(2), 55-61.

Casado, R. M., Lezcano, F., i Rodríguez-Conde, M. J. (2015). Envejecimiento activo y acceso a las tecnologías: un estudio empírico evolutivo. *Comunicar*, 45, 37-46. <http://dx.doi.org/10.3916/C45-2015-04>.

Castells, M. (2002). La dimensión cultural de internet. Universitat Oberta de Catalunya, juliol. <https://www.uoc.edu/culturaxxi/esp/articulos/castells0502/castells0502.html>

Fernández, F. P. (2003). Estudios sociológicos de la educación. A F. Fernández (coord.). *Sociología de la Educación* (pp. 1-34). Pearson.

Fernández, Y. R., i Antón, M. C. (2018). Personas mayores y de género en la prensa digital: estudio empírico desde la teoría del framing. *Prisma Social*, 21, 317-337.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Como quieren ser tratadas las personas mayores. A M. P. Gómez, i P. Díaz (coords.). *Guía práctica del buen trato a las personas mayores* (pp. 15-24). Sociedad Española de Geriatria y Gerontología.

González-Oñate, C., Fanjul-Peyró, C. i Cabezuelo-Lorenzo. (2015). Uso, consumo y conocimiento de las nuevas tecnologías en personas mayores en Francia, Reino Unido y España. *Comunicar*, 45, 19-28. <http://dx.org/10.3916/C45-2015-02>

Hidalgo, J. i Pérez A. (2016). La influencia de los medios de comunicación en la percepción de las personas mayores. *Revista Multidisciplinaria Dialógica*, 13(2), 212-232.

Hurd C. (1999). "We're Not Old!": Older Women's Negotiation of Aging and Oldness. *Journal of Aging Studies*, 13(4), 419-439.

Karen A. (2006). Portrayal of the elderly in the media: a literature review and implications for educational gerontologists. *Ed Gerontol*, 19(1), 71-85. <https://doi.org/10.1080/0360127930190107>

Losada, A. (2004). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención*. Portal Mayores, Informes Portal Mayores, 14. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>

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

Rodríguez, F. M. (2010). El consumo de la televisión en las personas mayores. A J. M. Pérez (coord.). *Alfabetización mediática y culturas digitales*. Universitat Autònoma de Barcelona.

Autores

MARIA VALERO DE VICENTE

Doctora en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster en Intervenció Psicològica en Àmbits Clínics i Socials, i Psicòloga General Sanitària. Actualment és professora ajudant del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre actiu del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES). Entre els seus interessos de recerca destaquen el treball en competències familiars, els programes de prevenció basats en l'evidència i la prevenció de conductes de risc en la infància i l'adolescència.

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 de la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de les Persones Majors (IMAS) i participant en la comissió de Protecció del Major d'aquest observatori.

**MARÍA ZAMBRANO I LA
COMPRESIÓ DE LES NECESSITATS**

María Zambrano i la comprensió de les necessitats

Antoni Joan Colom Cañellas
Lluís Ballester Brage

Resum

Entre les autores de gran rellevància del segle XX, i en procés de recuperació, hi ha María Zambrano. Els seus treballs filosòfics i de debat social i polític tenen la qualitat dels clàssics per la seva atractiva escriptura i per la profunditat de les seves reflexions. En alguns temes es va avançar al seu temps, com en la reivindicació de la humanització i el valor de les emocions en les relacions, en la seva crítica de la societat instrumental i en els treballs en què reivindicava la creativitat, el valor de la producció simbòlica dels humans (poesia, música, etc.). També es troba en Zambrano una aproximació a la teoria de l'educació, que considerà el tema del nostre temps, igual que altres autors del segle XX.

Resumen

Entre las autoras de gran relevancia del siglo XX, y en proceso de recuperación, se encuentra María Zambrano. Sus trabajos filosóficos y de debate social y político tienen la calidad de los clásicos por su atractiva escritura y por la profundidad de sus reflexiones. En algunos temas se adelantó a su tiempo, como en la reivindicación de la humanización y el valor de las emociones en las relaciones, en su crítica de la sociedad instrumental y en sus trabajos reivindicando la creatividad, el valor de la producción simbólica de los humanos (poesía, música, etc.). También se encuentra en Zambrano una aproximación a la teoría de la educación, al considerarla como el tema de nuestro tiempo, igual que otros autores del siglo XX.

1. Una obra a la frontera

Entre les obres de pensadores que en els darrers anys han estat cada vegada més reivindicades, la de la filòsofa María Zambrano (Vélez, Málaga, 1904 - Madrid, 1991) ocupa un lloc destacat. Va ser deixeble d'Ortega y Gasset i Xavier Zubiri, i professora auxiliar de Metafísica de la Universitat de Madrid. Va denominar al seu pensament filosòfic «raó poètica» (Savignano i Alonso, 2005), ja que considerava que el coneixement racional tradicional no pot conceptualitzar, perquè és el seu referent immediat, l'experiència de la vida ancorada en les circumstàncies concretes (Blanco, 2009).

El 28 de gener de 1939 va partir cap a l'exili, del qual retornà el 1984. Zambrano no pot desvincular-se de l'experiència de l'exili, al llarg de 45 anys, viscut a Mèxic, Cuba, Puerto Rico, França, Itàlia i Suïssa. Aquest exili va provocar que la seva obra no fos correctament llegida a Espanya durant quaranta anys (Mora, 2005; Tejada, 2011). Va ser distingida amb el premi Príncep d'Astúries de 1981 i amb el Cervantes de 1989. La seva

obra, segons la crítica una de les més rellevants del pensament espanyol contemporani, inclou els llibres: *Horizonte del liberalismo* (1930), *Pensamiento y poesía en la vida española* (1939), *El pensamiento vivo de Séneca* (1944), *La agonía de Europa* (1945), *Hacia un saber sobre el alma* (1950), *El hombre y lo divino* (1955), *Persona y democracia* (1959), *La España de Galdós* (1960), *España, sueño y verdad* (1965), *El sueño creador* (1965), *La tumba de Antígona* (1967), entre d'altres.

Es tracta d'una filòsofa cristiana i republicana (Palomar, 2013), filla d'una modesta família de mestres, amb un fort compromís social i una àmplia obra reconeguda internacionalment per autors tan diversos com Emil Cioran i Octavio Paz.

A més de la crítica cultural general, en particular alguns joves pensadors han utilitzat part dels seus treballs com a base de les recerques de la filosofia narrativa (Pachón, 2019; Rodríguez, 2015; Villora, 2018). Altres autors reivindiquen la seva lectura específica de la psicoanàlisi. Original en els seus plantejaments, encara que inspirada per l'obra d'Ortega, el pensament de la filòsofa espanyola no és fàcil de captar: dispersa en llibres i articles, la seva obra es va desenvolupar constantment en contacte, i en debat, amb altres autors i amb les qüestions més rellevants que li va tocar viure. Entre 1928 i 1990 va publicar més de cinc-cents articles en periòdics i revistes (Ortega, 2016). Els temes, molt diversos, mostren el seu nivell de compromís social i polític: la situació de la dona, les desigualtats socials, la crisi política a Occident, l'educació, la llibertat i la democràcia. Aquesta activitat de Zambrano evidencia la seva vinculació amb la societat i el moment històric.

Pretenem aquí, malgrat la dificultat d'interpretar una obra tan àmplia, oferir una idea de la seva dimensió i les seves implicacions, de manera que el que segueix pot ser tant una presentació de l'obra de Zambrano com una reflexió sobre la dificultat de definir la naturalesa i el lloc de la racionalitat vitalista en la societat contemporània. Zambrano reivindica una filosofia vinculada a la vida; així, la seva obra es construeix a partir de la reflexió de la vida, encara que veurem que es desenvolupa com una crítica en profunditat. Entre els seus temes de referència es troba també l'educació.

2. Una aproximació a l'educació: el tema del nostre temps

L'educació, d'una o altra manera, és un dels temes sempre presents en la vida i l'obra de Zambrano, com a experiència o com a tema tractat específicament. Provenia d'una família de mestres, amb un fort compromís social i educatiu. Al llarg de la seva vida intel·lectual va ser deixeble i mestra. Reflexionà sobre la relació amb Ortega (Tejada, 2011) i altres referents (Cossío, Unamuno, Antonio Machado), també reflexionà sobre la seva funció com a referent d'altres. Tingué experiències pedagògiques intenses, com

quan participà a les Misiones Pedagógicas de Fernando de los Ríos, com a professora a la universitat, abans de l'exili; també dictà conferències o impartí docència a la càtedra universitària. Els seus treballs sobre educació o relacionats amb el tema educatiu no s'han de veure com un apèndix de la seva filosofia; per contra, «lejos de ser un complemento o añadido en su obra, forma parte, con su pensamiento filosófico, de una forma de vivir y de pensar» (Casado, Sánchez-Gey, 2007). El tractament de l'educació és el mateix que el que reben els seus principals temes i similar a com desenvolupen la seva obra altres autors (Ballester i Colom, 2013): és un tractament asistemàtic, en el qual s'aprofita una qüestió rellevant o un debat públic. En qualsevol cas, s'aprofita la inspiració per anar presentant les idees educatives que defensa. La concepció de sistema en Zambrano se substitueix per la coherència del conjunt d'una obra (Zambrano, 1950/2002). Tal com reconeixen Casado i Sánchez-Gey (2007: 19): «el hecho de que en sus trabajos sobre educación no aporte un 'sistema' ordenado de ideas sobre la misma, en absoluto invalida su discurso como sólido y fecundo 'logos' sobre lo educativo.»

El tractament de l'educació se centra en cinc qüestions clau (Giraldo i García, 2013): (1) la centralitat de l'aula i la relació mestre-alumne, intervinguda per la paraula. (2) La funció del mestre com a creador d'experiències significatives, experiències que ella anomena també «poètiques». (3) L'educació és l'àmbit del desenvolupament sensorial (escoltar, veure...), ja que les experiències significatives desenvolupen l'atenció i la percepció, les amplifiquen i les milloren. (4) L'educació ha de obrir-nos a la relació amb els altres i millorar la capacitat de captació de l'altre, de la diversitat. (5) L'educació és el procés de construcció de la pròpia veu, primer com a veu interior que a poc a poc es converteix en una veu que es comunica. La paraula passa a ser el mitjà de connexió amb nosaltres mateixos, amb els altres i amb el món; però no interpretada com a instrument, sinó com a expressió completa del subjecte i del sentit.

Teoritzar sobre el seu sentit educatiu implica, en primer lloc, definir el *locus* de l'educació, que no pot ser cap altre que la democràcia, que ha de ser fruit del compromís cívic, i, en segon lloc, la seva finalitat o objectiu, centrat a crear la persona, sempre que per això s'entengui el desenvolupament de la humanitat. Educar seria humanitzar, i el trànsit que planteja entre el lloc educatiu i la seva finalitat donaria lloc a l'epicentre de la seva teorització educativa.

El lloc educatiu per excel·lència és l'aula, a la qual Zambrano hi dona una significació àmplia, ja que per a ella qualsevol espai humanitzat és un espai educatiu, ja que humanitzar implica actes de creació humana; és a dir educar és la humanització creativa o la creació d'humanitat. En aquest escenari el compromís civicipolític a què ens referíem és aconseguir societats que permetin la creació de l'home. D'aquí que per a Maria Zambrano l'educació forma part del que s'anomena raó poètica, és a dir, la raó creativa (Casado i Sánchez-Gey, 2007: 69 i seg.; Giraldo i García, 2013: 198). Per aquest

motiu Maillard (1992: 59) afirma que la raó poètica és la realització de la persona en la seva dimensió més absoluta; per tant, si això és així la raó poètica es confon amb l'educació ja que és la raó transformadora de l'interior de l'home, arribar a ser en la seva persona, ser ella i no una altra.

A l'aula s'hi ha de fer present, sobretot, el sentir; sentir que, en la seva màxima expressió, significa experimentar el silenci interior, cosa que al seu torn implica atenció, que només pot donar-se en llibertat, sense pressions externes de cap tipus (Giraldo i García, 2013: 199). Ara bé, atenció i llibertat es conjuguen quan l'ésser humà s'obre al que l'envolta, és a dir, a l'experiència cívica.

A l'aula, entesa com un ampli espai de creació, el paper del mestre és fonamental sempre que hi hagi una coherència entre vida i contingut, per la qual cosa eleva l'exemple a mètode educatiu per excel·lència. Mitjançant l'exemple l'educand aprèn a ser autònom, lliure i crític i mitjançant la paraula el mestre pot evidenciar coherència en la seva conducta. A més, amb la paraula es construeix el món, per la qual cosa, des d'aquesta perspectiva, educar és fer que el futur s'obri a la persona (Zambrano, 1958/2019). En aquest sentit, es podria dir que Zambrano forma part, i al primer lloc, de la plèiade d'educadors que fonamenten la seva obra en la pedagogia de la paraula, com ara Paulo Freire i Lorenzo Milani.

Antropològicament som problema perquè estem inacabats, i sobretot perquè no se'ns diu què hem de fer per completar-nos (Casado i Sánchez-Gey, 2007: 104). Si això és així sorgeix la gran utopia educativa que seria arribar a ser humans, a humanitzar-se cada un de nosaltres en coherència amb el seu ésser (Zambrano, 1958/2019: 35). És a dir, ser en el seu ésser. Per tant, si en l'educació es dona la utopia, al mateix temps se'ns aporta esperança. L'esperança forma, així, part del trànsit, trànsit que es desenvolupa en les diverses aules de la vida i que sempre ha d'estar guiat per un compromís moral —l'exemple, la coherència—, essència de l'única política possible (García i Giraldo, 2015).

Com es pot comprovar, en aquesta revisió ràpida, Zambrano ha pensat atentament en l'educació, amb una certa dilatació i dispersió, però amb coherència. Però, la mirada de Zambrano inclou altres temes.

3. Contra el racionalisme cartesà: la mirada crítica

Per a Zambrano tornar a la filosofia després de la tragèdia històrica que representen la Guerra Civil a Espanya i la Segona Guerra Mundial va ser una decisió vital; va significar la recerca d'un àmbit per reflexionar sobre els esdeveniments personals i col·lectius i encarar els reptes que es presentaven: la possibilitat de la crueltat més extrema, la injus-

tícia social, el totalitarisme. No obstant això, Zambrano experimenta la incongruència de la disciplina davant aquest desafiament, de manera similar a com Adorno es planteja com pensar després d'Auschwitz o de la guerra a Espanya. La resposta d'Adorno es troba en el seu treball amb Horkheimer: una anàlisi de les contradiccions que implica el pensament il·lustrat i el procés de modernització (Horkheimer i Adorno, 1947/2007). Zambrano respon vinculant la filosofia a la vida i a una de les característiques humanes: la creativitat, expressada simbòlicament en la poesia o la religió. En els escrits dels anys quaranta, ja des de l'exili, Zambrano expressava la seva inquietud davant la filosofia reduïda a «metodologia de la ciència» i davant d'una ètica massa ocupada a justificar-se a si mateixa, les veritats, enfront de la vida, queden «duras, invulnerables, estèrils e impotentes» (1950/2002: 82). Zambrano reivindica una filosofia capaç d'orientar la vida: una guia per al «pelegrí moral» (1950/2002). Per això considera que la filosofia ha de ser humil, confrontar-se amb l'experiència comuna més enllà dels àmbits universitaris i especialitzats. La petició de Zambrano de «formas activas, actuantes del conocimiento», nascudes de l'«anhelo de penetrar el corazón humano» i capaces de comunicar amb la persona «vulgar que no es, ni pretende ser, filósofo ni sabio» (1950/2002: 73-74), provoca una obra comprensible i propera, però allunyada dels treballs tècnics que caracteritzen la filosofia dominant des dels anys cinquanta del segle passat. I és rellevant que Zambrano arribi a trobar exemples per a la reflexió filosòfica en figures de dones sense nom: les «dides», les «minyones», les «criades» (avui serien les «kellys»), sense més guia que la seva experiència en el laberint del món (1960/2020).

La agonía de Europa (1940/1988) i *Persona y democracia* (1958/2019) són les obres de referència per comprendre les crítiques que Zambrano fa a la cultura i al pensament occidentals. Comença les seves reflexions sobre la pèrdua dels valors tradicionals i la desaparició del projecte idealista (el progrés social en la història humana com a projecte) en la filosofia dominant. Una de les principals contribucions de Zambrano en aquests dos treballs és explicar com la violència i la destrucció, en la qual Europa havia caigut i que l'havia portat a un «estat de nihilisme», era de fet inherent a la cultura europea mateixa i caracteritzava el cor mateix de la tradició moral cristiana. «Europa se había vuelto violenta, una violencia que abarca todas las formas posibles, una violencia que proviene de las raíces, (...) ¿Dónde se encuentra el origen de la violencia europea? Hacer esta pregunta es como preguntar sobre los orígenes de Europa, antes de su nacimiento, y sobre la sustancia de la vida europea (...)» (Zambrano, 1988: 30). És una certa concepció de la racionalitat, dominant a Europa, justificada instrumentalment (domini de la natura, control social...), el que va provocar l'esclat de violència al cor d'Europa (Palomar, 2013).

Com que els escrits de Zambrano es presenten com una filosofia dedicada a la narració i a la vivència del món, el lector pot creure inicialment que es troba sol davant d'una filosofia de la vida, però aviat percebrà que es tracta tant d'una filosofia de la vida

com d'una filosofia crítica d'una gran amplitud. Filosofia crítica, inscrita, a més, en un vastíssim projecte. En efecte, en la seva obra s'observa un propòsit de construir la lògica que traspasa, organitza i estructura la realitat humana. És a dir, tracta de descobrir el costat ocult, però existent, que uneix realitats humanes tan diverses, per exemple, com la poesia, l'educació, la democràcia o la construcció d'Europa. Igualment, es poden trobar treballs sobre Galdós, Ortega i Sèneca, per exemple. A primera vista sembla, doncs, que l'obstinació es refereix més a una lògica del que és humà que a una temàtica única.

La il·lusió d'alguns pensadors consisteix a no veure que els seus temes concrets són en realitat estampes o signes d'una certa lògica de la vida, i que aquesta lògica organitza una distribució desigual de les destinacions que vivim. Hem de passar, per tant, d'un pensament d'allò concret a una filosofia crítica que posi al descobert, en les diferents situacions i circumstàncies, un joc de posicions i poders. Però les estratificacions d'aquesta investigació assenyalades amaguen, segons Zambrano, encara el nivell més fonamental; o, si es prefereix, les crítiques precedents constitueixen la base d'una antropologia filosòfica. A més, aquesta antropologia es desenvolupa, d'una banda, qüestionant la tradició racionalista d'Occident i, de l'altra, mostrant que aquesta tradició s'ha desenvolupat mitjançant la negació i l'exclusió d'una altra lògica: la de l'intercanvi simbòlic.

El pensament de Zambrano, admirablement construït i ambiciós, és, per tant, un pensament difícil de situar, com el de les seves contemporànies Hannah Arendt, Simone Weil, Simone de Beauvoir i Iris Murdoch (Laurenzi, 2013). Quina és l'etiqueta que pot posar-se al seu discurs? És una filosofia existencial, en la tradició francesa? Es redueix a seguir el camí d'Ortega? Quin és el fonament d'aquest discurs i el camp exacte en què es pot comprovar la seva fecunditat? Aquestes preguntes mostren alhora el desafiament d'una ambició i, sense cap dubte, la riquesa del seu discurs que avança una postura metafísica sota l'aparença d'un continu comentari sobre temes i figures de la vida quotidiana, la literatura o el debat polític.

El recorregut, encara que ràpid i esquemàtic, per les grans articulacions del pensament de Zambrano, permet veure que el seu discurs porta, a poc a poc, no només a una posada en qüestió de la vida quotidiana i de la lògica que estructura aquest món en primera persona, sinó també a una crítica de la font de tal lògica, en la mesura en què apareix vinculada a la tradició del racionalisme occidental que representa, en origen, el cartesianisme. Com diu Tejada: «Zambrano rompe con los presupuestos del vitalismo y, sobre todo, del cartesianismo» (2011: 31), defensant la tesi que l'experiència del subjecte passi a ser central. Ara bé, l'arribada a aquest darrer nivell ofereix resistències, precisament en virtut de l'impacte sobre la nostra mentalitat de tota la ideologia que implica. És a dir, estem tan convençuts que només és vàlida la

nostra lògica de la identificació objectiva que amb prou feines aconseguim (i això quan ho aconseguim) concebre que altres modalitats de coneixement poden ser consistents. D'aquí l'etnocentrisme del coneixement objectiu, pel qual segueix marcat l'enfocament racionalista clàssic de què Ortega és hereu.

Cal posar en qüestió no només els postulats bàsics del sentit comú racionalista, sinó també la lògica del racionalisme dins el qual es desenvolupa bona part del pensament occidental. Cal reconèixer que Zambrano no s'estén en la seva anàlisi ni ofereix una demostració fonamentada respecte als orígens d'aquest racionalisme limitat. Els seus treballs sobre l'ànima, la poesia o el somni són tractats sobre els límits del racionalisme vulgar, però no contra ell. Tracta de mostrar que la lògica dominant només s'imposa per exclusió d'una altra lògica, la de l'intercanvi simbòlic (la poesia i, en definitiva, tot el llenguatge).

Amb aquest canvi de plantejament, s'arriba al que es podria anomenar el positiu o afirmatiu de l'anàlisi de Zambrano. Sens dubte, en relació amb el costat crític, clarament desenvolupat i considerablement nodrit per múltiples i variades anàlisis, aquesta nova faceta roman en una relativa indeterminació.

S'han fet diverses al·lusions al fet que el simbòlic representa un ordre d'intercanvi entre humans, que no se sotmet completament a la lògica racionalista vulgar. Convé precisar a què ens referim amb el concepte del símbol en Zambrano. L'accepció d'aquest terme és totalment pròpia. Quan l'autora parla del simbòlic, no és en el sentit habitualment admès des dels treballs de Saussure o de Benveniste. L'anàlisi del llenguatge que fan aquests autors pressuposa sempre el miratge del referent. Significant i significat es relacionen amb alguna cosa que vol dir, i aquestes perspectives romanen com a límit. Ara bé, Zambrano entén que la separació entre el llenguatge i els símbols, d'una banda, i el món, de l'altra, és una ficció. Si no es té això clar, es torna a establir un referent com a límit del significat, de manera que queden fora del sentit i del significat dimensions completes de la tradició humana, com la intuïció, el pensament sobre l'ànima o el somni.

Zambrano, per exemple, es planteja en diverses ocasions si en l'origen de tot coneixement no es troba sempre una intuïció; si és la raó la que descobreix la realitat o és la intuïció la que permet accedir al sentit i, per tant, als significats més rellevants, els quals ens conviden a actuar, ja que el «sentir originario ha sido y será siempre, ante todo, fuente de acción» (1955/2020).

Zambrano entén la dimensió simbòlica com una cosa que se situa més enllà dels mers signes, no entra en el joc dels indicadors de la suposada realitat tangible, la qual es pot assenyalar i descriure exhaustivament. El simbòlic estableix una relació entre els humans

i la realitat de la qual formen part i de la qual no poden esdevenir autònoms. Arribats a aquest punt, la referència a la poesia i la música poden donar-nos alguna idea de la naturalesa d'aquest intercanvi simbòlic: la poesia i la música són un malbaratament de creativitat, de signes lliures, no sotmesos a l'ordre de les equivalències (signes-significats en un diccionari d'equivalències).

La poesia i la música constitueixen un regal, exemples de l'intercanvi simbòlic entre humans: el que s'ofereix no és un objecte, és indissociable de la relació que s'estableix. En si mateixes, no tenen ni valor d'ús ni valor de canvi econòmic. Aquesta és la paradoxa de la creativitat: és relativament arbitrària, qualsevol creació pot significar plenament la relació. No obstant això, des del moment que s'ha creat i convertit en objecte, és aquest i no un altre.

En realitat, l'exemple de la poesia i la música no és més que una il·lustració o un acostament del que arriba a significar el simbòlic, però dona a entendre que la seva funció és establir un ordre que supera el de les equivalències mecàniques. El simbòlic, en Zambrano, es caracteritza per l'ambivalència i per la llibertat d'interpretació. Es posa així fi a l'accepció clàssica del procés de significació. Mentre l'ordre simbòlic és concebut com una cosa que permet la significació i la comunicació, en Zambrano és comprès com una cosa que la subsisteix; mentre que tradicionalment l'ordre simbòlic és considerat fonament de l'ordre social, en Zambrano és vist com una cosa que permet superar-lo. Mentre la lògica dels significats es desenvolupa en l'univers de la realitat limitada, la lògica del simbòlic entra en flagrant col·lisió amb aquest univers, supera la separació entre el que és real i l'imaginat. Els productes humans formen part de la realitat, més enllà del seu tractament com a objectes (llibre, partitura), pel valor que tenen en si mateixos.

4. El simbòlic i la llibertat

El simbòlic constitueix, precisament, aquesta intrusió d'una lògica de la llibertat que trenca la reclusió en l'univers de l'ordre actual. Zambrano no és una il·lusa, sap molt bé que el que és il·lusori és esperar la subversió del món de les relacions materials pel simple efecte de la creació lliure. No obstant això, sí que es produeix un canvi de la posició davant del món, es produeix un canvi perquè l'intercanvi entre els humans i entre aquests i el món ja no es pot preveure de manera tancada. S'instaura un intercanvi que trenca la previsibilitat limitada, la mediació de noves categories en un text poètic, per exemple, té el valor de la renovació de les visions, el canvi de les posicions vitals. El secret del canvi es troba en aquesta possibilitat de canviar la manera de veure i viure al món.

Podem estar disposats a creure, com Zambrano, que una obra poètica no produeix violència, però sí produeix «un món millor». Potser se'ns pot retreure que la nostra lectura no pren al peu de la lletra els textos de Zambrano, sinó que la interpretació té en compte la provocació suau que realitza l'autora. L'opció d'una proposta no estructurada en un sistema filosòfic, com fa el mateix Ortega, pot produir una certa ambigüïtat, particularment clara en les seves darreres obres. No obstant això, creiem que es tracta d'una manera de fer coherent amb el seu plantejament més profund: la llibertat responsable.

És possible i, a partir d'aquí, podríem llavors proposar una interpretació d'aquest pensament insistint en el seu aspecte obert, d'una banda, lúdic i, de l'altra, tràgic. Potser, per qüestions biogràfiques i històriques (exili, guerra mundial), domina la perspectiva més dura i dolorosa, potser molt més coherent amb el conjunt de la seva obra (Palomar, 2013).

Un dels seus darrers llibres, *La tumba de Antígona* (1967), pot servir per presentar aquesta visió dolguda, però connectada amb el coneixement i el món. L'interès de María Zambrano per la figura d'Antígona l'acompanya al llarg de tota la seva obra.¹ Els motius de l'interès de Zambrano pel personatge de Sòfocles són diversos, i la seva interpretació d'Antígona resulta un exemple de creativitat. A la figura tràgica grega veu Zambrano l'encarnació de tota una època: la seva pròpia, reprimida per la Guerra Civil i el consegüent exili. Però també declara l'autora que aquesta tragèdia de Sòfocles és la «més propera a la filosofia», motiu clau per entendre l'interès de Zambrano: poesia sí, però no aliena al coneixement. A *La tumba de Antígona* l'autora abandona el seu habitual estil assagístic i construeix diverses veus per als seus personatges de ficció. *La tumba de Antígona* és un text clau en la trajectòria de Zambrano. Antígona és en aquesta obra la que parla, però també la que escolta. A *La tumba de Antígona* el model de relacions és presentat i pensat com a productor de coneixement; el coneixement considerat com la base de les relacions. Però, de la mateixa manera que hi ha il·lusió en les relacions emocionals, també es produeix il·lusió de coneixement. Les preguntes d'Antígona, sempre en la seva posició com a dona fins i tot quan els homes la inclouen en les seves intrigues, són el triomf de la dona que vol conèixer. Jugar a conèixer, perquè també es tracta d'un joc, constitueix una manera d'escapar del joc del domini en les relacions personals.

Aquest llibre pot servir per entendre la relació de Zambrano amb tot el que escriu, perquè el coneixement és la modalitat que defineix el joc intel·lectual que practica. *La tumba de Antígona* marca al seu torn una ruptura; és tot el contrari dels llibres immediatament anteriors, centrats a Espanya (1960, 1965). Brillant, ben escrit (com

¹ El 1948 ja havia publicat: *Delirio de Antígona*, en què mostrava com les raons personals poden ser tan rellevants com les raons més consistents.

tots els seus llibres), planteja problemes tan atractius com la impossibilitat d'entendre plenament l'altre; l'altre amb el qual parlem, amb el qual somiem, però al qual no acabem de trobar del tot. Zambrano insisteix que el joc s'acaba quan creiem conèixer-lo, en aquest moment ens tanquem a la comprensió.

5. La relació amb l'altre. L'ètica de la relació d'ajuda

El terme «compassió» pot sonar a alguna cosa superada o oblidada. No obstant això, la seva recuperació per la psicologia actual ens permet mostrar l'avançat de l'enfocament desenvolupat per Zambrano en aquest tema. L'autora parla de pietat i de compassió, gairebé de manera indistinta, tot i que matisa ambdós conceptes. Tot el segon capítol d'*El hombre y lo divino* (1955/2020) està dedicat a la pietat, que és definida de la manera següent: «piedad es el saber tratar adecuadamente con lo otro.»

Aquest plantejament li permet desenvolupar una filosofia-psicologia de la compassió, entesa com a enfocament de la relació amb els altres, amb l'altre; especialment, amb l'altre que es troba en una situació (la circumstància orteguiana) de vulnerabilitat, de patiment o d'exposició al risc. La proposta de María Zambrano vol donar curs a la vida intensa de la persona i per això escriu sobre el desenvolupament de la pietat, i la mena de relació que implica. María Zambrano es refereix a l'acceptació del múltiple i divers que compon la realitat, el tracte amb l'altre és la matriu originària de la vida, del sentit de la vida. Fa referència a una actitud gairebé religiosa, una relació d'ajuda, ser piados és referir-se a l'altre amb la voluntat de donar-li suport. En un segon sentit també és compassió, que ve de compartir la passió d'un altre. És un fenomen intern, tenir pietat és sentir-se mogut per la persona que viu en risc o necessitat. En el fons, és sentir-se mogut a la relació amb els altres, ja que tots ens trobem en aquesta situació. Aquesta acció l'hem anat deixant per a altres, per als professionals de l'ajuda, i aquesta deixadesa té ressò en filosofia, perquè ha portat a aglutinar tots els conceptes relacionats (empatia, pietat, compassió) al d'ajuda, considerat com el concepte més neutre, des del punt de vista laic. Per a Zambrano, en aquest procés s'ha generat poca reflexió, cosa que ha dut a desinteressar la població. S'empobreix el pensament i el llenguatge, però aquest empobriment té una repercussió més gran en l'empobriment de la vida.

Les aportacions de Zambrano mostren que la compassió i la pietat constitueixen un saber de la relació, de les altres persones que conviuen amb nosaltres. Per tant, impliquen empatia, acció solidària, relació profunda amb altres persones, però també un coneixement del que som i del que ens fa millors. No obstant això, la pietat, per a Zambrano, superaria la caritat, l'amor i la compassió, ja que permet una profunda relació sense perdre la individualitat de les persones implicades en la relació (1989/2012). La pietat consisteix a «saber tratar con lo diferente, con lo que es radicalmente otro

que nosotros» (1989/2012: 18). Actualment, aquests termes es troben carregats de connotacions dubtoses, de tipus religiós, de condescendència al marge dels drets socials. Però en Zambrano no pot trobar-se aquest tractament, sinó una reivindicació de vida ètica i social molt més profunda, similar a la desenvolupada per filòsofs com Lévinas (2015), Habermas (1991) i d'altres, i actualment reivindicada per la reflexió ètica sobre la intervenció socioeducativa (Canimas, 2009; Feu, Simó, Serra, i Canimas, 2016) i sobre les relacions socials ètiques.

Com ja s'ha dit, Zambrano proposa una concepció de la vida i de la relació d'ajuda basada en la pietat, entesa com la capacitat d'establir una comprensió profunda del que li passa a l'altre, superior a l'empatia i a la compassió, en la mesura que es desenvolupa a partir de la pròpia experiència de la dificultat i s'estructura com a vivència i acció a favor de l'altre. En els darrers trenta anys, la reivindicació de la compassió, entesa com a més completa que l'empatia, és molt coherent amb les aportacions de Zambrano. Sense empatia, compassió (i pietat, en Zambrano), la relació d'ajuda es converteix en activitat burocràtica o en commiseració absurda (Crespi, 1996).

Només es pot comprendre l'altre si se'l reconeix com algú semblant a nosaltres, com un Jo amb els problemes propis de la condició existencial que ens és comuna. El mestre difícilment pot realitzar aquesta comprensió amb nens i nenes, hi ha una distància insalvable. Però aquest reconeixement sí que pot fer-se quan la relació s'acosta a l'experiència del professional d'ajuda. Zambrano defensa que el coneixement de l'altre serà més autèntic com més hàgim aprofundit en el coneixement de nosaltres mateixos. Per tant, el punt de partida és la maduració personal, l'autoconeixement.

Quan els altres queden reduïts a una massa o a un nombre resulta difícil imaginar-los com a éssers realment existents. Encara que de vegades experimentem un sentiment de connexió, romanem bàsicament indiferents davant les persones grans o davant de qualsevol altra persona i hi mantenim una relació instrumental: la relació d'ajuda és un mitjà de guanyar-se la vida.

Referències bibliogràfiques

Les obres completes de Zambrano han estat publicades per Galaxia Gutenberg (Barcelona). Els volums són:

Vol. I (2015)

(1930). *Horizonte del liberalismo*.

(1937). *Los intelectuales en el drama de España*.

(1939). *Pensamiento y poesía en la vida española*.

(1939). *Filosofía y poesía*.

Vol. II (2016)

(1940). *Nostalgia y esperanza de un mundo mejor*.

(1945). *La agonía de Europa*.

(1943). *La confesión: género literario y método*.

(1944). *El pensamiento vivo de Séneca*.

(1950). *Hacia un saber sobre el alma*.

Vol. III (2011)

(1958). *Persona y democracia*.

(1955-1960). *Los sueños y el tiempo*.

(1965). *El sueño creador*.

(1960). *La España de Galdós*.

(1965 i 1982). *España, sueño y verdad*.

(1967). *La tumba de Antígona*.

Vol. VI (2013)

(1928-1990). *Escritos autobiográficos. Delirios. Poemas*

(1952). *Delirio y destino*

Altres obres de María Zambrano en edicions de referència

(1940/1988). *La agonía de Europa*. Mondadori.

(1940/2000). *La agonía de Europa*. Trotta.

(1950/2002) *Hacia un saber sobre el alma*. Alianza Editorial.

(1955/2020). *El hombre y lo divino*. Alianza Editorial.

(1958/2019). *Persona y democracia*. Alianza Editorial.

(1960/2020). *La España de Galdós*. Alianza Editorial.

(1989/2012). *Para una historia de la piedad*. Torre de las Palomas.

(2011). *Escritos sobre Ortega*. Trotta.

Altres referències

Ballester, L. i Colom, A. J. (2013). Hermenèutica del discurs fragmentari en Walter Benjamin. *Revista de Filosofia*, 38(2), 117-133.

Blanco, R. (2009). *María Zambrano: la dama peregrina*. Berenice.

Cabedo, A. G. (1994). María Zambrano: ronda psicoanalítica. *Asparkia. Investigación feminista* (3), 47-56.

Canimas, J. (2009). Apuntes para una ética de la complejidad (o de si hay lugar para la beneficencia, la piedad y la compasión en la educación social). *RES: Revista de Educación Social*, 5, 1-6.

Casado, A. i Sánchez-Gey, J. (2007). Filosofía y Educación en María Zambrano. *Revista Española de Pedagogía*, 238, 545-557.

Crespi, F. (1996). *Aprender a existir. Nuevos fundamentos de la solidaridad social*. Alianza.

Feu, J., Simó, N., Serra, C. i Canimas, J. (2016). Dimensiones, características e indicadores para una escuela democrática. *Estudios pedagógicos (Valdivia)*, 42(3), 449-465.

García, G. del S. i Giraldo, C. (2015). María Zambrano: Razón poética y educación ¿Utopía o esperanza?. *Ixtli: Revista Latinoamericana de Filosofía de la Educación*, 2(4), 317-331.

Giraldo, C. i García, G. del S. (2013). María Zambrano: una nueva fenomenología acerca de la educación. *Praxis Filosófica*, 37, 193-208.

Habermas, J. (1991). *Escritos sobre moralidad y eticidad*. Paidós.

Horkheimer, M. i Adorno, T. W. (1947/2007). *Dialéctica de la Ilustración*. Trotta.

Laurenzi, E. (2013). Hacia una filosofía de la persona. Un diálogo a distancia entre Iris Murdoch y María Zambrano. *Daimon Revista Internacional de Filosofía*, (60), 95-110.

Lévinas, E. (2015). *Ética e infinito*. La balsa de la Medusa.

Maillard, Ch. (1992). *La creación de la metáfora*. Anthropos.

Mora, J. L. (2005). La recepción del pensamiento de María Zambrano. A *Actas del Congreso Internacional del centenario de María Zambrano. Vélez Málaga, 2004: Crisis y metamorfosis de la razón en María Zambrano*. Tom I, 2005, 186-242.

Ortega, L. P. (2016). El periodismo en María Zambrano (tesi doctoral). Universidad de Málaga.

Pachón Soto, D. (2019). María Zambrano y su relación heterodoxa con la filosofía. *Escritos*, 27(59), 386-403.

Palomar, P. (2013). María Zambrano: a woman, a republican and a philosopher in exile. *The Journal of Education, Culture, and Society*, 4(2), 59-70.

Rodríguez, A. (2015). El mito en María Zambrano. *Ars & humanitas*, 9(1), 138-149.

Savignano, A. i Alonso, F. H. L. (2005). *María Zambrano: la razón poética*. Editorial Comares.

Tejada, R. (2011). Zambrano y Ortega: más allá del magisterio y de la herencia. A Zambrano, M. *Escritos sobre Ortega*. Trotta.

Villora, C. (2018). Reflexiones sobre la religión como saber de salvación desde el pensamiento de María Zambrano. *Sophia, Colección de Filosofía de la Educación*, (24), 87-107.

Autors

ANTONI JOAN COLOM CAÑELLAS

Catedràtic emèrit d'universitat i membre de l'Acadèmia Nacional de Catalunya

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Doctor en Sociologia (UAB) i en Filosofia (UIB), així com Treballador Social (UIB). Professor de Mètodes d'Investigació a la Universitat de les Illes Balears fins 2020. Ha treballat en programes socioeducatius per a joves, Justícia juvenil i serveis socials comunitaris. Ha estat director de la Unitat de Planificació i Estudis del Consell de Mallorca; de l'Institut de Ciència de l'Educació de la UIB i de l'Agència de Qualitat Universitària de la UIB. Membre de GIFES-UIB fins 2020 i del Grup d'Estudis de la Prostitució a les Illes Balears (GEPiB), des de 2003. Col·laborador habitual de l'Anuari de l'Envel·liment. Les seves publicacions es poden trobar en: https://www.researchgate.net/profile/Lluis_Brage

**LES INICIATIVES SOCIOEDUCATIVES
PER A LES PERSONES GRANS
MILLOREN LA SEVA PERCEPCIÓ DE
QUALITAT DE VIDA**

Les iniciatives socioeducatives per a les persones grans milloren la seva percepció de qualitat de vida¹

Liberto Macías González

¹ En aquest article es fa una síntesi d'una de les parts de la tesi doctoral dirigida per la doctora Carmen Orte Socias i el doctor Lluís Ballester Brage.

Resum

Aquest article ha sorgit a partir de la tesi doctoral «Qualitat de vida i educació de persones grans: la influència dels programes universitaris per a majors en el manteniment de la qualitat de vida. Anàlisi longitudinal». En l'article es fa una síntesi de l'apartat dedicat a l'educació de les persones grans i la qualitat de vida. S'hi descriu la revisió sistemàtica que es va dur a terme en les principals bases de dades de ciències socials i ciències de l'educació, com són Redined, ISOC, Dialnet, ERIC i EBSCO, que inclouen tant articles en espanyol com en anglès. En el transcurs de l'article s'analitzen els documents seleccionats, tant estudis experimentals com teòrics, i s'exposen aquells aspectes que són coincidents, les seves diferències, així com a les conclusions a les quals arriben en la realització de les investigacions i els estudis.

Els elements que s'analitzen amb més profunditat tenen a veure amb el perfil dels participants en els programes educatius dirigits a persones grans, l'envelliment de la població i la seva relació amb l'envelliment actiu, la qualitat i la satisfacció amb la vida, la percepció de la salut, les relacions socials, les habilitats, la qualitat ambiental i les activitats de temps lliure. Es fa referència a la importància de l'aprenentatge al llarg de la vida; s'indiquen les motivacions, els beneficis i les barreres dels programes educatius per a les persones de més edat, i acaba amb la valoració que fan, d'aquests mateixos programes, tant alumnat com professorat.

Com a conclusió, cal assenyalar que l'educació específica per a les persones grans fomenta la participació en la societat i impulsa les seves capacitats cognitives i emocionals, així com la millora de la seva qualitat de vida.

Resumen

Este artículo ha surgido a partir de la tesis doctoral «Calidad de vida y educación de mayores: la influencia de los programas universitarios para mayores en el mantenimiento de la calidad de vida. Análisis longitudinal». En el artículo se hace una síntesis del apartado dedicado a la educación de personas mayores y calidad de vida. Se describe la revisión sistemática que se llevó a cabo en las principales bases de datos de ciencias sociales y ciencias de la educación, como son Redined, ISOC, Dialnet, ERIC y EBSCO, incluyendo tanto artículos en español como en inglés. En el transcurso del artículo se analizan los documentos seleccionados, tanto estudios experimentales como teóricos, y se exponen aquellos aspectos que son coincidentes, aquellos en los que se diferencian, así como las conclusiones a las que llegan en la realización de sus investigaciones y estudios.

Los elementos que se analizan con mayor profundidad tienen que ver con el perfil de los participantes en los programas educativos dirigidos a personas mayores, el envejecimiento de la población y su relación con el envejecimiento activo, la calidad y la satisfacción con la vida, la percepción de la salud, las relaciones sociales, las habilidades, la calidad ambiental y las actividades de tiempo libre. Se hace referencia a la importancia del aprendizaje a lo largo de la vida y se indican las motivaciones, los beneficios y las barreras de los programas educativos para los más mayores, finalizando con la valoración que dan, de este tipo de programas, tanto el alumnado como el profesorado.

Como conclusión, cabe señalar que la educación específica para las personas mayores fomenta la participación en la sociedad, impulsa sus capacidades cognitivas y emocionales, así como la mejora de la calidad de vida.

1. Introducció

Les investigacions centrades en l'estudi dels processos propis de l'envelliment i el paper en aquest procés de les diverses activitats que produeixen benestar i satisfacció, mostren que cada vegada hi ha més coneixement de com de valuós és l'aprenentatge per a la població de les persones més grans. L'educació, tradicionalment, ha estat dirigida a un grup determinat d'edat, i, una vegada superada aquesta edat, la persona no tenia possibilitats, o eren molt reduïdes, de continuar formant-se o simplement augmentant o actualitzant els seus coneixements. Com assenyala March (2008), un dels grans desafiaments als quals s'ha enfrontat el sistema educatiu, des de la seva institucionalització legal i la consolidació del dret a l'educació per a tots els ciutadans, ha estat aconseguir veritablement una democratització educativa, fent possible la igualtat d'oportunitats per al conjunt de la població, independentment de l'edat que tingui. McAllister (2010), donant suport a la tesi de Glendenning, afirma que l'educació pot no estar ja vinculada de manera exclusiva a les persones més joves, i posa l'accent en la necessitat d'una comprensió crítica més forta del paper de la provisió d'educació formal per als estudiants de més edat. Per tant, ja no és tan estrany veure en els diferents centres educatius i escenaris culturals un «alumnat no habitual» fins aquest moment.

El professor Pierre Vellas, creador el 1972 de la denominada «Universitat de la Tercera Edat» a França, va plantejar la possibilitat de dissenyar cursos a la universitat i, d'aquesta manera, poder valorar el nivell de qualitat de vida de les persones jubilades assistents. Com es pot apreciar, l'interès no és simplement organitzar una sèrie de cursos perquè els més grans passin el temps; la finalitat va més enllà, es persegueix impulsar la participació activa i fomentar un estil de vida saludable, tant en l'àmbit físic i cognitiu com a escala emocional i de relacions entre iguals o intergeneracionals.

Groombridge (1982), en el seu article «Learning, education and later life», descriu cinc raons que fonamenten la importància de l'educació per a una població que envelleix. Segons aquest autor, l'educació:

1. Promou l'autosuficiència i la independència de les persones grans.
2. Permet a la gent gran fer front de manera més eficaç a un entorn complex i canviant.
3. Per i per a les persones grans, millora el seu potencial per a contribuir a la societat.
4. Anima la gent gran a comunicar les seves experiències entre ells i amb altres generacions.
5. És fonamental per a l'aprenentatge permanent i l'autorealització.

L'Institut Nacional d'Educació Contínua per a Adults (NIACE, per les seves sigles en anglès) (2009), organització educativa a Anglaterra i Gal·les, proposa tres elements que impacten d'una manera positiva tant en la salut com en el benestar de la persona gran, a través de la participació en activitats d'aprenentatge permanent:

1. L'aprenentatge pot ajudar a promoure el benestar, així com la protecció contra la deterioració normal relacionada amb l'edat cognitiva.
2. Quan l'aprenentatge es duu a terme en entorns socials, com sol succeir, pot promoure el benestar indirectament a través de les xarxes relacionals.
3. L'aprenentatge ajuda les persones grans a respondre de manera positiva als canvis en l'entorn i les circumstàncies, per a continuar participant en la societat i romandre físicament i mentalment actives.

Per tant, es proposen dos reptes de futur:

- L'accés a l'aprenentatge al llarg de tota la vida ha de ser considerat com un dret humà. Les polítiques públiques per a l'aprenentatge permanent haurien de centrar-se a mantenir les persones grans saludables, actives i com a membres que contribueixen a la societat.
- Revertir els estereotips negatius cap a la vellesa, la infrautilització de les capacitats mentals de les persones grans i reconèixer-les com un recurs en benefici de la societat i per a elles mateixes com a individus.

En resum, es pot determinar que la importància de la participació de les persones grans en activitats educatives i socioculturals produeix una sèrie de beneficis, tant personalment com pel que fa a la relació amb altres persones, que fan que se sentin més bé amb elles mateixes i, per tant, amb els altres. D'aquesta manera, hi ha una percepció positiva del seu estat vital general; és a dir, estan satisfetes amb la vida. La participació activa en aquestes activitats implica una millora del benestar personal i de la qualitat de vida a través de les pràctiques. Com indiquen Rodríguez, Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas i Prieto-Flores (2018), hi ha infinitat d'activitats culturals i formatives, totes amb un fort component social, com són l'assistència a programes culturals, visites a museus i exposicions, anar al teatre, concerts, etc. Les mateixes autores assenyalen que «la seva vida activa es compon d'activitats personals, culturals i socials, de gaudir de temps lliure, de participació en iniciatives socials, i mostren nítidament els beneficis que aconsegueixen» (p. 75).

2. Metodologia

Es va dur a terme una revisió de la literatura en les principals bases de dades de ciències socials i ciències de l'educació, com són Redined, ISOC, Dialnet, ERIC i EBSCO, incloent-hi tant articles en espanyol com articles en anglès.

Les equacions de cerca utilitzades eren les següents: en les bases de dades en espanyol, [calidad de vida + personas mayores + educación]. En una primera cerca es van trobar 254 documents (98 a Redined, 10 a ISOC i 146 a Dialnet). En les bases de dades en llengua anglesa les equacions de cerca eren [quality of life AND older adults AND education] i [quality of life AND older people AND education], depenent de la base a consultar. En una primera cerca es van trobar 121 documents (84 a ERIC i 37 a EBSCO). Una vegada depurades les cerques i seleccionats els documents que seguien els criteris d'inclusió (treballs que fessin referència al col·lectiu de les persones grans, a la seva qualitat de vida i que estiguessin inclosos en un procés educatiu o formatiu), van resultar 32 documents en espanyol i 29 en anglès.

Una vegada retirats els que es repetien en les diferents bases de dades, la cerca realitzada va aportar 23 articles (16 estudis experimentals i 7 aportacions teòriques) en espanyol i 24 articles (15 estudis experimentals i 9 aportacions teòriques) en anglès. La procedència dels articles en llengua anglesa és la que segueix: 8 treballs dels EUA, 4 treballs de la Xina, 4 treballs d'Espanya, 2 treballs d'Austràlia i d'Itàlia i un treball d'Eslovènia, de Malta, de Polònia i del Regne Unit.

De totes les revistes que es van seleccionar a través de Redined, ISOC i Dialnet, gairebé la totalitat apareixen en el rànquing Scimago Journal (SJR); i, de les seleccionades a

través d'EBSCO i ERIC, també pràcticament totes apareixen en el rànquing Journal Citation Report (JCR) i Scimago Journal & Country Rank (SJR).

A continuació, s'indiquen les revistes i el quartil en el qual es trobaven en el moment de la consulta:

- *Aula Abierta*: Q3
- *Australian Journal of Adult Learning*: Q4; JCR i SJR
- *Computers in Human Behavior*: Q1; JCR i SJR
- *Educational Gerontology*: Q2/Q3; Q4; JCR i SJR
- *Enseñanza de las Ciencias*: Q2
- *International Journal of Lifelong Education*: Q2; SJR
- *London Review of Education*: Q3; SJR
- *Revista Complutense de Educación*: Q2
- *Revista de Educación*: Q2; JCR i SJR
- *Revista de Investigación Educativa*: Q2
- *Revista Española de Geriátria y Gerontología*: Q3
- *Revista Iberoamericana de Educación*: Q4
- *Studies in Continuing Education*: Q3; JCR i SJR
- *Universitas Psychologica*: Q4; JCR i SJR

Mitjançant el següent diagrama de flux, es pot veure d'una manera més resumida el procés seguit per a la selecció de la literatura de les bases de dades espanyoles (figura 1) i en anglès (figura 2):

Figura 1 | *Diagrama de flux de la revisió sistemàtica de la literatura en espanyol*

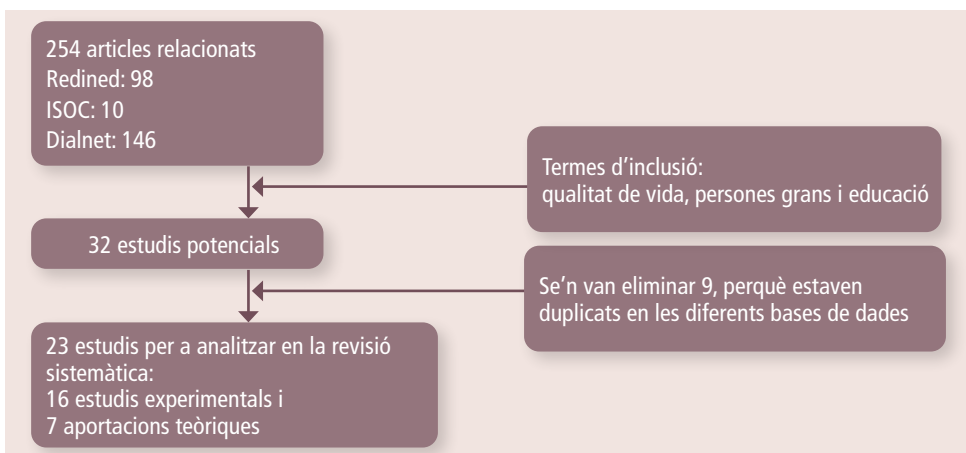
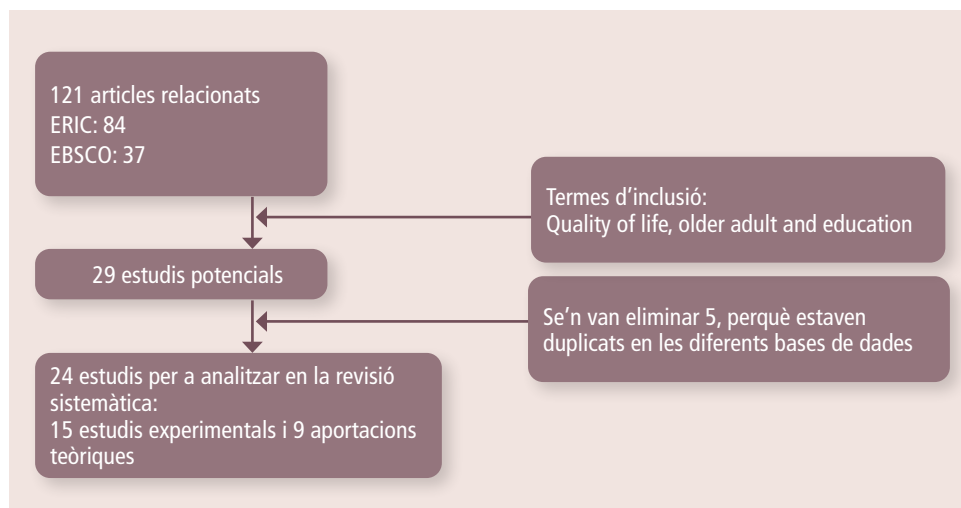


Figura 2 | *Diagrama de flux de la revisió sistemàtica de la literatura en anglès*



3. Resultats

A continuació es farà una descripció dels aspectes més significatius, tant dels estudis experimentals com d'aquells més teòrics, dels diversos elements que es van analitzar en el conjunt dels documents seleccionats:

3.1. Perfil de l'alumnat

En general, el perfil que es descriu com a participant en activitats educatives és una dona amb una edat entre 60 i 69 anys (encara que en algun estudi específic l'edat era inferior a 60 anys i, en un altre, superior a 70), casada, que conviu amb la parella, té un nivell d'estudis primaris o secundaris (en un dels estudis, el nivell d'instrucció se situava en estudis superiors) i està jubilada. En algun cas, el percentatge d'homes va ser una mica superior al de dones, però, en comparació amb el total d'estudis, era una representació mínima. En els diferents treballs es van poder observar lleugeres variacions en els percentatges, encara que bàsicament coincidien, la majoria, en el mateix perfil d'alumnat participant en aquestes activitats educatives.

Una part dels treballs (10 estudis) no especificaven, en la descripció, el perfil dels participants en els programes educatius.

3.2. Envel·liment de la població i envel·liment actiu

Pràcticament en tots els articles es dedica espai per a una introducció en la qual s'exposa com es troba la situació actual de l'envel·liment de la població en general i del col·lectiu de les persones grans en particular. S'exposa el procés de l'envel·liment i el canvi demogràfic que hi ha en l'estructura social en aquest moment; l'augment d'esperança de vida com a factor important en aquest procés; l'envel·liment com una consecució de la societat dels segles XX i XXI. Encara que en la part de l'explicació de l'envel·liment de la població es pot haver citat «l'envel·liment actiu», hi ha una selecció d'estudis que han tractat el concepte d'una manera més extensa, aprofundint en les seves característiques i en la importància que té per al desenvolupament personal de la persona gran.

3.3. Qualitat i satisfacció amb la vida

El terme «qualitat de vida» apareix pràcticament en tots els treballs seleccionats, encara que es tracta de manera diferent. Una part dels treballs se centren a exposar la conceptualització de la qualitat de vida; en uns altres, es tracta de manera conjunta en aspectes com l'educació permanent o s'analitza amb l'envel·liment actiu.

El nivell de satisfacció amb la vida de l'alumnat d'aquestes activitats educatives és molt alt, i així ho reflecteixen els diferents estudis analitzats: els participants que afirmen que n'estan «Satisfets» són el 43% i els que n'estan «Bastant satisfets» són el 54,7% (fan un total del 97,7%). Igualment, els que diuen que n'estan «Molt satisfets» representen el 30,5% i els que n'estan «Bastant satisfets» arriben al 63,4% (tots dos fan un total del 93,9%).

Com a comentaris, es pot destacar que hi ha una correlació entre la satisfacció percebuda i la qualitat de vida. Les persones grans posseeixen, en general, un nivell de qualitat de vida personal molt satisfactori, que es tradueix en una identificació més bona amb les seves necessitats i els seus desitjos, amb el que els agrada o el que no els agrada. També s'ha de destacar que el desig d'ajudar altres generacions més joves, o altres comunitats, és una motivació per al desenvolupament personal i la satisfacció amb la vida.

3.4. Percepció de la salut

La percepció subjectiva de la salut dels participants en programes socioeducatius és molt satisfactòria, i així ho assenyalen els diferents estudis analitzats. En alguns casos, aquesta percepció s'exposa amb una dada percentual, com, per exemple: el 32,7% dels enquestats n'estan «Molt satisfets»; més de 2/3 de la mostra perceben

la seva salut com a «Normal» o «Molt bona»; o, en altres estudis, estan «Molt satisfets» amb la seva salut el 27,5% i «Bastant satisfets» el 62,6% (això fa un total del 90,2%). En altres estudis s'ha constatat que la percepció de bona salut és deguda al fet que aquestes persones no pateixen dolors i es troben bé; per tant, gràcies al fet de no tenir mal, se senten amb més vitalitat i adquireixen nous hàbits de vida més saludables. D'aquesta manera, algun treball assenyala que es fan servir menys els serveis socio-sanitaris. En general, s'observa que la percepció de bona salut i el grau de dependència estan directament relacionats amb la qualitat de vida, i que la gran majoria es perceben com a persones sanes.

3.5. Integració social

Les institucions on es duen a terme els programes educatius es converteixen en llocs de trobada, de creació de noves amistats, i d'aquesta manera generen una funció social positiva de promoció de la integració social, com s'ha pogut comprovar en la majoria d'estudis. Hi ha un efecte positiu en la creació de noves xarxes d'amistat, i d'aquesta manera s'afavoreix la possibilitat de relacionar-se amb persones que no pertanyen al seu entorn més pròxim; és a dir, amb les noves amistats que han trobat a les aules. Entre les expressions de benestar promogudes per l'activitat universitària per a les persones grans es troben les oportunitats d'ampliar les interaccions socials. L'ambient universitari és valorat de manera molt positiva, així com la possibilitat de conèixer altres persones amb interessos, motivacions i inquietuds similars.

3.6. Habilitats cognitives i funcionals

Pel que fa a les habilitats cognitives, funcionals i activitats de la vida diària, les valoracions solen ser molt altes i positives. «Molt bona», un 59,3%; i «Bona», un 33,7%, que fan un total del 93%. Quasi la totalitat de l'alumnat no té dificultats a escala funcional ni cognitiva. Encara que en algun moment expressin que tenen por de perdre la memòria, els que participen en els PUM experimenten un increment en la probabilitat de satisfacció, i les habilitats funcionals es mantenen més ben conservades. D'altres treballs es desprèn que l'exercici intel·lectual permet el manteniment de la qualitat de vida dels més grans, així com la preservació o potenciació de la seva autoestima personal.

3.7. Activitat de temps lliure i oci

Les activitats que més es repeteixen en els estudis són la lectura (en percentatges elevats: entre un 76,8% i un 93%) —des que assisteixen a la universitat, llegeixen més—; caminar, sobretot fer excursions i visites culturals, així com activitats esportives de manera ocasional. Escoltar la ràdio freqüentment és una altra activitat que solen fer.

Assenyalen la importància del voluntariat per l'efecte motivador cap a les activitats d'aprenentatge.

3.8. Qualitat ambiental

En general es mostren satisfets amb les condicions d'habitabilitat en què es troben. Els estudis assenyalen puntuacions que oscil·len entre el 98,8% i el 95,4%.

3.9. Importància de l'educació i de l'aprenentatge al llarg de la vida

La qüestió de l'educació i l'aprenentatge al llarg de la vida com a part significativa per al benestar de les persones grans apareix en diversos treballs que consideren l'educació, i l'educació permanent, com un factor important per a la consecució de la qualitat de vida. D'altres assenyalen els beneficis i la importància de l'aprenentatge al llarg de la vida per a la persona com a factor significatiu per a un envelliment actiu. També identifiquen els diferents models d'educació de persones grans que actualment podem trobar, o la importància de les TIC, ja que contribueixen a la qualitat de vida de les persones de més edat, per la gran influència que tenen en l'apoderament que assolixen els participants en programes d'educació i formació.

3.10. Els programes socioeducatius per a persones grans

De descripcions sobre els diversos programes educatius en trobam en gairebé la totalitat dels treballs seleccionats des de diferents perspectives; per exemple, en els que fan un repàs des de l'inici de la primera «Universitat de la Tercera Edat», tant en l'àmbit internacional com pel que fa a Espanya, o els que exposen els PUM i en descriuen els objectius, les accions en l'àmbit europeu a través dels programes educatius europeus per al col·lectiu dels més grans i les propostes de futur per a millorar els programes actuals. Aquests programes són de gran importància per dos motius: per la valoració que fan del col·lectiu dels més grans, i per la conscienciació de la societat respecte al procés d'envelliment de la població.

3.11. Motivacions per participar-hi

- Desenvolupament de nous coneixements i interès per la cultura. Amb puntuacions, en general, que oscil·len entre el 74,9% i el 93,1%. A més, les persones que continuen participant en tasques intel·lectuals conserven aquesta capacitat al llarg de la vida i valoren com a positiu el fet d'aprendre matèries desconegudes o poder veure-les des d'altres punts de vista.
- Mantenir-se actiu mentalment i físicament. És una motivació destacable el fet de romandre actiu i ocupar el temps d'una manera positiva i útil.

- Conèixer gent nova. Valoren de manera positiva el fet d'haver guanyat amistats, i la companyonia que hi ha a les aules. La possibilitat de conèixer gent nova i de mantenir contactes socials és un factor important per a la percepció de benestar.
- Accedir a estudis que no van poder fer. Hi ha una motivació molt elevada en la possibilitat d'assistir a classe i poder estudiar, ja que en el seu moment no ho van poder fer per diverses circumstàncies. Aquesta adquisició de nous coneixements provoca una gran motivació en aquest perfil d'alumnat.
- Créixer com a persona. La participació en activitats de voluntariat com a part important dels plans d'estudis dels programes educatius per a persones grans és valorada de manera positiva, pel fet que és una manera de conèixer-se i desenvolupar-se com a persona, així com servir d'ajuda als altres.
- Millorar la qualitat de vida. Assistir a classe i participar en els cursos que s'imparteixen a la universitat compleix una funció terapèutica que genera no sentir-se malalt i, en canvi, percebre un estat de benestar.

3.12. Beneficis dels programes educatius

- Ajuden a mantenir-te actiu (físicament i mentalment). La participació en els programes afavoreix el manteniment tant d'una vida activa com de la capacitat psicològica.
- Millora de l'autoestima. Participar en totes les activitats comporta un sentiment d'utilitat als altres, a la comunitat, així com a un mateix, i s'observen millores significatives en l'autoeficàcia.
- Relació amb altres persones i increment d'amistats. L'aspecte relacional és molt ben valorat per les persones participants en programes educatius, amb un 79,7%; amb un 73,3% ho és l'increment de les amistats.
- Millora de la qualitat de vida. Els estudis assenyalen que el 75% de l'alumnat determina que el programa educatiu ha tingut gran influència en la seva qualitat de vida; el 17% afirma que hi ha tingut bastant influència. Arriba a un 92% del total el percentatge d'alumnes que afirmen que haver participat en algun programa de caire educatiu i/o cultural millora la qualitat de vida.
- Millora general. Algun estudi mostra que en un 97,4% s'ha comprovat que hi ha influència dels programes educatius i culturals en l'estat d'ànim dels participants. L'assistència al PUM suavitza l'efecte negatiu de les discapacitats

sobre la probabilitat de satisfacció en la jubilació. En general, els programes per a persones grans són de gran importància social, sanitària, cultural i educativa, i constitueixen un element d'envelliment actiu. Els beneficis es poden agrupar en tres blocs: mentals, físics i psicològics.

- Aprenentatge de competències digitals. La participació en programes d'educació permanent promou l'aprenentatge de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) i afavoreix la inclusió digital del col·lectiu de les persones més grans.

3.13. Barreres que n'impedeixen la participació

- Raons per no matricular-se als programes educatius per a persones grans: a) desconeixement d'aquesta oferta; b) considerar que la persona és massa gran per estudiar, i c) considerar que el lloc on s'imparteix el programa no és l'adequat.
- Raons per les quals no es participa en programes educatius per a persones grans: a) falta de motivació o poc interès per l'aprenentatge; b) interessos intel·lectuals limitats; c) inseguretat i falta de confiança en un mateix; d) falta d'informació; e) deures familiars o personals que impedeixen tenir temps disponible per assistir al programa, i, finalment, f) problemes de salut.

3.14. Valoració de l'alumnat i del professorat participant

Tant l'alumnat com el professorat dels programes educatius valoren de manera positiva aquesta activitat en general. Particularment també succeeix una cosa similar, com pot veure's a continuació:

- Valoració del professorat. L'equip docent en fa una valoració positiva en un 82,7%. En el procés educatiu es crea un ambient positiu entre alumnes i professors. L'alumnat valora, segons els estudis, el tracte humà del professorat, la seva atenció i amabilitat.
- Valoració de les relacions que s'estableixen. Les relacions socials, com s'ha comentat anteriorment, es valoren de manera molt positiva, amb uns percentatges del 67,8%.
- Valoració de les possibilitats instructives. L'alumnat gran ha descobert que té possibilitats d'aprendre, i accepta més bé els canvis que suposa el fet d'anar fent-se gran.
- Valoració de l'experiència universitària. La vida universitària sembla que es converteix en una activitat que ocupa gran part del temps de la gent gran

participant, i no estan disposats a deixar-la. Les activitats són percebudes com una eina que promou la qualitat de vida en el seu dia a dia.

L'equip docent valora el programa educatiu i els alumnes de la manera següent: a) afavoreix l'autoestima i la motivació, perquè se senten útils, vàlids i capaços d'aprendre i participar de manera activa en la societat; b) permet que s'expressin lliurement i que s'escoltin els uns als altres, compartint experiències, inquietuds, problemàtiques, pensaments, discussions, etc.; c) preveu la dependència en tant que tracta de sensibilitzar la gent gran cap a un estil de vida actiu, aprenent a afrontar problemes, afavorint la mobilitat i la comunicació amb altres persones, estimulant el cervell, entretenant-los, generant inquietuds, i ensenyant-los a envellir de manera activa.

4. Conclusions

Analitzant els resultats de tots els estudis seleccionats, s'observa que les conclusions a les quals arriben són molt similars, independentment del lloc d'origen dels estudiants grans i de quina institució fa les activitats educatives i culturals dirigides a persones de més de cinquanta anys. Encara que en el conjunt dels treballs no es tracten els mateixos aspectes, segurament pel fet que cada país posseeix una estructura del sistema educatiu diferent i els programes s'organitzen de manera distinta, sí que s'observa que, pel que fa als resultats, hi ha coincidències. El procés educatiu i la importància que té en l'envelliment actiu fan que l'aprenentatge al llarg de tota la vida esdevingui l'eix fonamental de molts dels programes educatius per als més grans que es fan, pràcticament, a tot el món. Com ha quedat palès, el perfil de l'alumnat que participa en aquestes activitats és molt similar, per no dir idèntic, en programes de l'àmbit nacional i d'altres indrets del món. Tant les motivacions: a) adquirir nous coneixements, b) mantenir-se actiu, i c) conèixer gent, com els beneficis aportats als participants: a) mantenir una vida activa, b) millorar l'autoestima i c) relacionar-se amb altres persones, són comparables en la majoria de programes i activitats educatives. En definitiva, la finalitat principal dels programes educatius va més enllà d'una simple transmissió de coneixements, acadèmics o més divulgatius; aquests programes compleixen una funció social important i de millora del benestar d'un col·lectiu molt important per a les nostres comunitats: les persones més grans.

A continuació s'exposaran algunes de les conclusions extretes dels diversos treballs analitzats, en les quals es veuen els punts de confluència entre la diversa oferta educativa que s'ha mostrat:

- La gerontologia educativa contribueix a millorar l'autoestima dels més grans, genera nous àmbits de relació social i els ajuda a sentir-se útils i, per tant, vàlids.

Els permet mantenir les seves funcions cognitives i els seus interessos, interactuar amb altres persones i sentir-se productius durant el procés d'envelliment.

- Les investigacions que tenen a veure amb l'envelliment i el paper de les diverses activitats en aquest procés mostren que cada vegada hi ha més consciència de la importància de l'aprenentatge i l'educació per a les persones grans.
- Els programes educatius per a les persones grans tracten de proporcionar-los coneixements i activitats que afavoreixin la creativitat, expressivitat, participació i, sobretot, que els ajudin a incrementar la seva qualitat de vida.
- La qualitat de vida i l'envelliment actiu es troben lligats al concepte d'educació permanent, que permet el desenvolupament de capacitats superiors en l'ésser humà, juntament amb el manteniment de les cognitives, físiques, socials, psicològiques i espirituals. La persona gran segueix en possessió de la seva capacitat d'aprenentatge, i el fet de potenciar el manteniment i desenvolupament de les capacitats i habilitats contribueix a l'envelliment actiu.
- L'aprenentatge permanent és important per a la qualitat de vida de les persones. Principalment, perquè les persones grans d'avui dia arriben a la jubilació en condicions de salut, físiques i mentals més aptes i, al mateix temps, l'expectativa de vida després de la jubilació és més elevada.
- Els alumnes obtenen de la seva participació en aquests programes molt més que coneixement; transcendeix l'àmbit educatiu i assoleix totes les esferes rellevants de la persona. El programa fomenta la participació de les persones grans en la societat, impulsa les seves capacitats cognitives i emocionals i, amb això, millora la qualitat de vida.

Referències bibliogràfiques

Groombridge, B. (1982). Learning, education and later life. *Adult Education*, 54(4), 314-326.

McAllister, C. (2010). This is the beginning of my life educationally: older (50+ years) working class adults' participation in higher education in Scotland, through the lens of critical educational gerontology. *International Journal of Lifelong Education*, 29(5), 547-563.

March, M. (2008). La formación universitaria de personas mayores y la promoción de la autonomía personal en la Unión Europea. A M. C. Palmero (coord.). *Formación universitaria de personas mayores y promoción de la autonomía personal. Políticas socioeducativas, metodologías e innovaciones*. Actas del X Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores (pàg. 47-68). Universidad de Burgos.

NIACE Briefing Sheet 92. November 2009. *Mental health and wellbeing and lifelong learning for older people*.

Rodríguez, V.; Rojo-Pérez, F.; Fernández-Mayoralas, G. i Prieto-Flores, M. E. (2018). ¿Cómo interpretan el envejecimiento activo las personas mayores en España? Evidencias desde una perspectiva no profesional. *Aula Abierta*, 47(1), gener-març, 67-78.

Autor

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma (1975). Llicenciat en Pedagogia i doctor en Educació per la Universitat de les Illes Balears. Expert universitari en Intervenció en Qualitat de Vida de Persones Grans per la UNED. Especialista en Envel·liment Actiu, Qualitat de Vida i Gènere (CSIC), i amb formació en dependència i promoció de l'autonomia personal. Actualment, és el coordinador tècnic de la Universitat Oberta per a Majors (UOM), professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre de la comissió de treball de promoció de l'autonomia de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca. Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en l'aprenentatge permanent i la qualitat de vida de les persones grans, en l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació per part dels estudiants grans, així com dels programes i les activitats intergeneracionals.

**L'AVAUACIÓ D'UN PROGRAMA
INTERGENERACIONAL A EDUCACIÓ
PRIMÀRIA. PROPOSTES PER A L'AVAUACIÓ
A PARTIR DE LES LLIÇONS APRESES EN EL
PROJECTE SACHI2**

L'avaluació d'un programa intergeneracional a educació primària. Propostes per a l'avaluació a partir de les lliçons apreses en el projecte SACHI2¹

Victòria Quesada Serra
Marga Vives Barceló
Belén Pascual Barrio
Maria Antònia Gomila Grau
Joan Amer Fernández
Rosario Pozo Gordaliza
Carmen Orte Socias

¹ La proposta d'avaluació i els instruments dissenyats es poden trobar a Orte et al. (2018).

Resum

L'avaluació és un element clau en l'aplicació de qualsevol tipus de programa. Entenem per avaluació d'un programa aquell procés sistemàtic i planificat que es duu a terme per recollir informació sobre el funcionament del programa i els seus efectes. L'article que teniu a les mans mostra dues propostes d'avaluació dissenyades a partir de les lliçons apreses durant el procés d'avaluació en un programa intergeneracional escolar dirigit a alumnes de quart i cinquè d'educació primària, el programa Compartir la Infància 2 (acrònim SACHI2). Es tracta de dues propostes d'avaluació que, si bé tenen alguns elements comuns, pretenen oferir dues possibilitats diferenciades. Per una part, mostrar una proposta d'avaluació que permeti fer una avaluació sostenible i interna del programa intergeneracional, i, per altra banda, mostrar una proposta d'avaluació més meticulosa que permeti fer una avaluació més profunda del programa i que requereix un suport extern per dur-la a terme. A l'article hem desglossat aquestes dues propostes. El text conclou recordant la importància de la sostenibilitat en l'avaluació de programes com a aspecte clau perquè els docents puguin analitzar la conveniència dels programes que implementen a l'aula.

Resumen

La evaluación es un elemento clave en la aplicación de cualquier tipo de programa. Entendemos por evaluación de un programa aquel proceso sistemático y planificado que se lleva a cabo para recoger información sobre el funcionamiento del programa y sus efectos. El artículo que tenéis en las manos muestra dos propuestas de evaluación diseñadas a partir de las lecciones aprendidas durante el proceso de evaluación en un programa intergeneracional escolar dirigido a alumnado de cuarto y quinto de Educación Primaria, el programa Compartir la Infancia 2 (acrónimo SACHI2). Se trata de dos propuestas de evaluación que, si bien tienen algunos elementos comunes, pretenden ofrecer dos posibilidades diferenciadas. Por una parte, mostrar una propuesta de evaluación que permita llevar a cabo una evaluación sostenible e interna del programa intergeneracional, y, por otro lado, mostrar una propuesta de evaluación más meticulosa que permita una evaluación más profunda del programa y que requiere de un apoyo externo para llevarla a cabo. En el artículo se encuentran estas dos propuestas desglosadas. El texto concluye recordando la importancia de la sostenibilidad en la evaluación de programas como aspecto clave para que los docentes puedan analizar la conveniencia de los programas que implementan en su aula.

1. Introducció

Entenem per programa intergeneracional aquell conjunt d'actuacions que impliquen activitats dirigides a trobar uns objectius beneficiosos per a tothom i per a la comunitat, que cerquen la participació de persones de diferents generacions i que requereixen que els participants mantinguin relacions d'intercanvi entre ells (Newman i Sánchez, 2007). De fet, McCrea et al. (2004) defineixen el programa intergeneracional com aquell que cerca fomentar les interaccions entre nins, joves i gent gran, que impliquin una continuïtat i que propiciïn un desenvolupament de relacions.

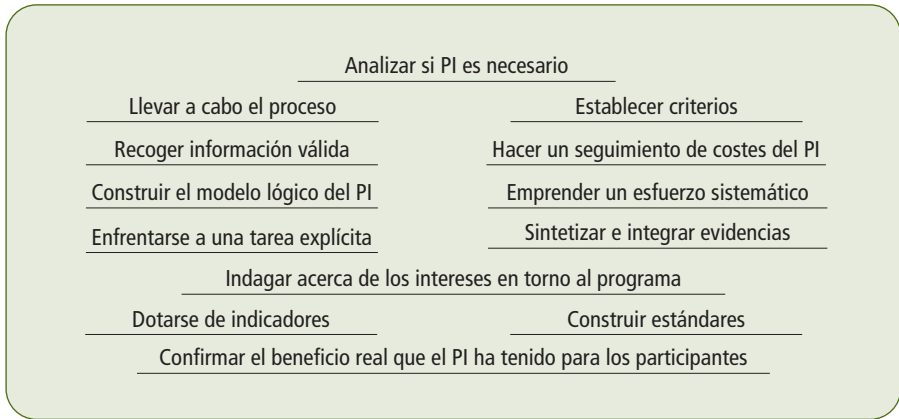
Els programes intergeneracionals basats a l'escola i integrats en el currículum són una forma d'aprenentatge que permet obrir l'escola a la comunitat (Abarrategui, 2018), millorar el sentiment de pertinença dels implicats en la seva comunitat (Lozano et al., 2018) i superar actituds negatives que hi pugui haver envers altres generacions (Sánchez et al., 2018), entre altres beneficis.

Ara bé, quan es preveu implementar un programa n'és imprescindible l'avaluació. Entenem per avaluació d'un programa aquell procés sistemàtic, organitzat i explícit que es duu a terme per recollir informació vàlida que permeti descriure i emetre un judici de valor sobre un fenomen (Sáez i Nieto, 1995). Però, què significa avaluar un programa intergeneracional? Sánchez (2007) estableix una sèrie d'elements per a l'avaluació d'aquest tipus de programes. Com es pot veure a la figura 1, l'avaluació d'un programa intergeneracional (PI) implica fer un esforç sistemàtic que inclou: l'anàlisi de la necessitat real per implementar el PI, establir els criteris i estàndards d'avaluació, recollir informació vàlida, sintetitzar la informació recollida, integrar les evidències, fer un seguiment dels costos del programa i analitzar el benefici real obtingut pels participants, entre d'altres.

Existeixen diverses formes d'avaluació, moments per a l'avaluació i rols d'avaluació. Consideram que una bona avaluació d'un programa ha d'incloure, com a mínim, l'avaluació inicial de les necessitats i del context, l'avaluació del procés durant la implementació del programa, i l'avaluació dels resultats i de l'impacte. Pérez Juste (2006) recomana, a més, que l'avaluació de programes que es desenvolupen als centres educatius integri de forma harmònica l'avaluació del programa amb l'avaluació de l'aprenentatge dels alumnes.

Així, un cop analitzades les necessitats i dissenyat o triat el programa més adient, durant la implementació d'un programa intergeneracional serà clau l'avaluació del procés i dels resultats. Com indiquen Ballester et al. (2016), l'avaluació del programa permetrà explicar què s'ha fet, com s'ha fet, conèixer l'impacte que ha tingut i tenir eines per poder millorar-lo.

Gràfic 1 | Què significa avaluar un programa intergeneracional.



Font: Sánchez, 2007: 25.

A més dels moments i tipus d'avaluació, també són d'una gran importància els agents que duen a terme l'avaluació. Així, els membres del centre poden desenvolupar una avaluació interna o agents externs al centre, una d'externa (Nirenberg, 2005). En qualsevol cas, en un programa socioeducatiu es recomana, sempre que sigui possible, una avaluació participativa en què estiguin implicats els agents interns del centre.

En aquest article es presenten dues propostes d'avaluació d'un programa intergeneracional, desenvolupades a partir de l'experiència i les lliçons apreses després de l'avaluació del programa intergeneracional *Compartir la Infància 2 (SACHI2)*. Cal assenyalar que SACHI2 va ser avaluat a través d'un projecte d'investigació europeu desenvolupat entre el 2016 i el 2018, finançat per la Comissió Europea en el marc de projectes d'associacions estratègiques orientades al camp de l'educació d'adults (KA2).

2. El programa intergeneracional *Compartint la Infància (SACHI2)*

El programa intergeneracional SACHI2 (*Sharing Childhood 2*), també anomenat *Compartint la Infància*, té la finalitat de promoure l'envelliment positiu i establir vincles entre diferents generacions. Es tracta d'un programa que s'implementa en l'àmbit escolar, durant l'horari lectiu, concretament amb alumnes de quart i cinquè d'educació primària, i que té una durada d'un trimestre.

El programa presenta una sèrie d'objectius específics (vegeu el quadre 1).

Taula 1 | *Objectius específics del programa SACH12*

Crear una metodologia intergeneracional per tal que els estudiants aprenguin nous valors intergeneracionals a l'escola, incorporant gent gran en les activitats escolars
Promoure actituds positives envers l'envelliment i demostrar als estudiants que la gent gran pot ser activa i dinàmica
Promoure habilitats socials tant entre estudiants com entre gent gran i construir relacions entre les generacions
Intercanviar coneixements i competències entre generacions
Promoure el procés i la metodologia del treball intergeneracional i incorporar-lo al currículum
Incloure la dimensió intercultural i intergeneracional en el context educatiu

Font: Orte et al., 2018.

Consta de sis unitats didàctiques (vegeu el quadre 2) que es desenvolupen en vuit sessions d'una hora i mitja de durada, en les quals participen els docents, estudiants i persones grans, i s'implementen durant setmanes alternes. Si bé les unitats didàctiques es presenten en aquest article en un ordre determinat, existeix una flexibilitat en la cronologia d'aplicació, i són els docents els qui n'estableixen el cronograma en funció del context i les necessitats. És important indicar que durant aquestes sessions es treballa seguint un aprenentatge col·laboratiu, això és, organitzant l'aula en petits grups de cinc o sis estudiants i una persona gran.

Taula 2 | *Unitats didàctiques del programa SACH12*

1. Comunicació intergeneracional: família i amics
2. Els nostres ídols i models (músics, esportistes, actors, etc.)
3. L'escola d'ahir i d'avui
4. Els nostres jocs predilectes
5. El meu barri: disseny per a un accés universal
6. Celebracions

Font: Elaboració pròpia, a partir d'Orte et al., 2018.

Cal dir també que, a més d'aquestes vuit sessions de treball conjunt a l'aula, les persones grans acudeixen a vuit sessions de coordinació amb els docents, també cada quinze dies, per analitzar la sessió anterior i preparar la següent. Així, durant un trimestre, la gent gran acudeix cada setmana al centre educatiu, ja sigui a treballar amb els mestres o amb els alumnes.

3. Propostes d'avaluació a partir de les lliçons apreses amb l'avaluació del programa SACHI2

A partir de l'avaluació del programa SACHI 2 varen quedar patents les tensions que existeixen entre la voluntat de dur a terme una avaluació complexa i completa i els recursos de què disposen els centres. Aquesta tensió es pot resoldre quan es compta amb el finançament i el suport d'un equip, com va ser, en aquest cas, de la Universitat de les Illes Balears, que permeté dur a terme una avaluació completa i externa del programa.

Això no obstant, per a la millora constant, és important que l'avaluació i la cultura avaluativa s'instaurin en les aules i les institucions. En el nostre cas, en el qual desenvoluparem un programa internacional implementat a l'escola, s'ha de considerar que si es pretén que continuï formant part de l'escola i que es continuï avaluant per poder assegurar-nos, com a docents i professionals, que obtenim els resultats desitjats, és imprescindible que l'avaluació que es dugui a terme sigui sostenible de forma interna.

És per això que, tenint en compte els encerts i errades comesos a partir de l'avaluació en el projecte esmentat, presentam a continuació dues propostes d'avaluació millorades. Les dues propostes representen dues opcions d'avaluació, que han de triar els professionals que vulguin implementar el programa.

El fet de triar una modalitat o l'altra derivarà de la disponibilitat d'una avaluació externa o de la necessitat d'una avaluació interna, de les possibilitats del context específic d'implementació, dels recursos humans disponibles i d'altres característiques específiques. Així, aquestes dues opcions són:

- Proposta 1. Avaluació sostenible i bàsica del programa. És una proposta d'avaluació sostenible i que es pot dur a terme de forma interna amb o sense suport extern. Es pot mantenir de manera indefinida en el temps.
- Proposta 2. Avaluació completa del programa. Avaluació més intensiva, que requereix suport i recursos externs. Aquest tipus d'avaluació no seria possible mantenir-la indefinidament.

Cal indicar que l'ordre en què es presenten les propostes no implica que una sigui millor que l'altra, sinó que l'una o l'altra serà més adient en funció de la finalitat que es persegueix amb l'avaluació.

3.1. Proposta d'avaluació sostenible del programa

L'avaluació bàsica del programa pretén ser una opció per dur a terme una avaluació sostenible, que han de desenvolupar els docents del centre educatiu.

És una avaluació senzilla, però integral, que té l'objectiu d'analitzar com es duu a terme el programa, identificant els punts forts i els febles de la implementació, la satisfacció i les actituds dels participants, i si, a través del programa, es perceben canvis d'actituds dels estudiants envers les persones grans.

Aquesta avaluació es pot dur a terme, en gran mesura, durant el desenvolupament de les sessions i es basa en tres aspectes essencials:

- Avaluació contínua per part de l'equip docent amb la col·laboració de les persones grans.
- Avaluació de la satisfacció dels principals implicats: persones grans i estudiants.
- Avaluació de les actituds dels estudiants envers les persones grans.

Per facilitar la comprensió, al quadre 3 es presenten els elements d'avaluació, concretament l'objectiu d'avaluació que es persegueix, la persona informant o que emplena l'instrument, l'instrument i el moment en què seria idoni aplicar-lo. La proposta d'instruments desenvolupats i complets es poden trobar a Orte et al. (2018).

3.1.1. Avaluació contínua per part de l'equip docent amb la col·laboració de la gent gran

L'avaluació contínua la duu a terme l'equip docent i les persones grans. Els objectius d'avaluació que es pretenen assolir són: analitzar els punts forts i febles de la implementació del programa i reflexionar sobre el procés i les propostes de millora. Per aconseguir-los, es proposen dos instruments: un diari de classe reflexiu, que els docents emplen els dies que treballen i apliquen el programa intergeneracional a l'aula i en el qual reflecteixen les seves impressions i reflexions sobre el programa. Així mateix, el diari també els pot servir per anotar-hi si perceben canvis en les actituds dels participants.

Aquesta eina es complementa amb les actes de les reunions de coordinació de les sessions. Com hem explicat anteriorment, cada quinze dies es reuneixen els docents amb les persones grans que formen part del programa per analitzar els punts forts i febles de la sessió anterior amb els estudiants i planificar la pròxima sessió. Així, les actes d'aquestes reunions es converteixen en una bona eina per poder acomplir els objectius d'avaluació que s'hagin fixat.

3.1.2. Avaluació de la satisfacció dels principals implicats: persones grans i estudiants

Amb l'objectiu d'analitzar la satisfacció dels participants (persones grans i estudiants d'educació primària) i els aprenentatges que s'han dut a terme, es proposa passar

dos qüestionaris molt breus en haver conclòs el programa intergeneracional. Els qüestionaris dissenyats amb aquesta finalitat per al programa SACHI 2 són dos:

- Qüestionari per a persones grans. Consta de set preguntes molt senzilles, una de les quals és de resposta tancada i sis, de resposta oberta. Se'ls demana que ordenin per ordre de preferència les unitats didàctiques tractades, què han après, com consideren que han contribuït al programa, què és el que més i el que menys els ha agradat, les dificultats que han tingut i les recomanacions de millora que hi farien.
- Qüestionari per a estudiants d'educació primària. És un qüestionari molt breu, de cinc preguntes, que tracten els aspectes següents: ordenar segons la seva preferència les unitats didàctiques del programa SACHI2 en què han participat, indicar el que consideren que han après, el que més els ha agradat i el que menys, així com recomanacions de millora que hi farien.

3.1.3. Avaluació de les actituds dels estudiants envers les persones grans

L'avaluació de les actituds dels estudiants envers les persones grans és un aspecte que s'ha d'analitzar, ja que l'objectiu d'aplicar el programa intergeneracional és millorar i generar més relació i coneixença entre generacions.

Així, un objectiu de la proposta d'avaluació és examinar si es produeixen canvis en la manera com els estudiants d'educació primària perceben les persones grans. Per poder valorar-ho, es proposa usar dos instruments que s'han d'aplicar en dos moments diferents per poder analitzar els canvis: abans de començar el programa intergeneracional i en haver-lo acabat.

Una manera útil per poder començar a treballar i conèixer l'actitud dels estudiants envers la gent gran és que escriguin una redacció sobre aquestes persones. Es poden formular una sèrie de preguntes que guiïn la redacció, com ara: com són les persones grans?, a què dediquen el temps?

Si bé consideram més adient fer aquesta recollida d'informació per escrit perquè els estudiants tinguin temps per pensar i puguin fer tranquil·lament la redacció, es pot valorar, com hem indicat, fer-la en forma de debat a classe.

Una segona manera de conèixer les actituds dels estudiants és a través del dibuix. Els dibuixos són una forma d'expressió i, per tant, l'anàlisi d'aquests documents representa una recollida d'informació excel·lent, especialment durant la infància, ja que ofereixen moltes dades de la persona qui els ha realitzat. És per això que a la nostra proposta d'avaluació, de manera complementària a la redacció o al debat, incloem que els

estudiants dibuixin una persona gran. Abans de fer-ho és important que el docent afavoreixi un ambient de tranquil·litat i els indiqui que visualitzin com és una persona gran i a què dedica el temps.

3.2. Proposta d'avaluació completa

L'avaluació completa del programa pretén ser una opció d'anàlisi més intensiu del programa. Aquest tipus pot ser útil la primera vegada que s'implementa un programa intergeneracional després d'haver-lo dissenyat. L'objectiu general d'avaluació, per tant, seria analitzar l'aplicació del programa i els seus efectes, tant els desitjats com els no desitjats.

Aquest tipus d'avaluació completa implica una dedicació de temps i recursos elevada, i, per tant, requereix suport extern. És important indicar que, un cop s'hagi analitzat el funcionament del programa, ja no seria necessari fer aquesta avaluació completa, que plantejam a continuació.

Es basa en cinc aspectes principals:

- Avaluació de la fidelitat en l'aplicació del programa
- Avaluació contínua per part dels participants: equip docent, persones grans i estudiants
- Avaluació de la satisfacció final dels principals implicats: persones grans i estudiants
- Avaluació de les actituds dels estudiants envers les persones grans i de les persones grans envers els infants i el procés d'envelliment
- Avaluar la implementació i l'impacte del programa des de la perspectiva dels docents

Per facilitar la comprensió, al quadre 4 presentam els elements d'avaluació.

3.2.1. Avaluació de la fidelitat en l'aplicació del programa

Avaluar la fidelitat significa analitzar si el programa es desenvolupa tal com ha estat dissenyat. L'objectiu de l'avaluació de la fidelitat és analitzar si els resultats que s'obtenen es poden atribuir al programa i no a altres causes. En el programa SACHI2, l'avaluació de la fidelitat es duu a terme a través d'un registre d'observació semiestructurat que s'emplena durant cada sessió.

Taula 3 | Elements per a la proposta d'avaluació completa i amb suport de recursos externs del programa SACHIZ

Objectius d'avaluació	Persona que l'emplena	Instrument	Descripció de l'instrument	Moment d'aplicació de l'instrument
Estudiar el grau de fidelitat en la implementació del programa	Persona externa (si no és possible, el docent)	Registre d'observació	Eina per a l'observació amb preguntes tancades i obertes	Durant cada sessió
Analitzar els punts forts i febles de la implementació del programa. Reflexionar sobre el procés i propostes de millora	Docents	Diari de classe	Eina descriptiva no estructurada. Ofereix diversos temes que cal considerar i sobre els quals cal reflexionar	Durant el dia en què s'apliqui alguna sessió del programa: al final de cada sessió o de la jornada laboral
Examinar el grau de participació dels implicats i la seva satisfacció durant el programa	Persones grans	Qüestionari d'avaluació continua per a persones grans	Consta de preguntes tancades i obertes	Després de cada sessió
	Estudiants	Qüestionari d'avaluació continua per a persones grans	Consta de preguntes tancades i obertes	Després de cada sessió
Analitzar la satisfacció dels participants respecte del programa	Persona externa (si no és possible, el docent)	Registre d'observació	Eina per a l'observació amb preguntes tancades i obertes	Durant cada sessió
	Persones grans	Qüestionari de satisfacció final (persones grans)	Consta de preguntes tancades i obertes	Al final del programa
Determinar si es produeix un canvi en la manera com els estudiants perceben les persones grans després d'haver participat en el programa	Estudiants	Qüestionari de satisfacció final (versió estudiants)	Consta de preguntes tancades i obertes	Al final del programa
	Estudiants	Redacció sobre les persones grans (es pot substituir per un debat)	La redacció o el debat consta d'una introducció i d'un espai en blanc perquè els alumnes contestin	Dos moments: – Una setmana abans que comenci el programa – Una setmana després d'haver acabat el programa
		Qüestionari d'actituds (estudiants)	Full en blanc amb instruccions		Consta de preguntes tancades
		Grup de discussió (estudiants)	Guia sobre els temes que s'han de tractar	Una setmana després d'haver acabat el programa

continua

Objectius d'avaluació	Persona que l'emplena	Instrument	Descripció de l'instrument	Moment d'aplicació de l'instrument
Determinar si es produeix un canvi en la manera com les persones grans perceben els estudiants i si canvia la seva idea sobre l'envelliment després d'haver participat en el programa	Persones grans	Qüestionari d'actituds (persones grans) Grup de discussió (persones grans)	Consta de preguntes tancades Guia sobre els temes que s'han de tractar	Dos moments: – Una setmana abans que comenci el programa – Una setmana després d'haver acabat el programa
Avaluar la implementació i l'impacte del programa	Docent	Entrevista o qüestionari	Guió de l'entrevista	Una setmana després d'haver acabat el programa

Font: Elaboració pròpia

Per valorar el grau de fidelitat, recomanem la figura de l'observador extern durant totes les sessions a l'aula. En cas que no sigui possible, el docent és qui podrà fer una observació; en aquest cas, participant-hi.

3.2.2. Avaluació contínua per part dels participants: equip docent, persones grans i estudiants, i de l'observador extern

L'avaluació contínua la duen a terme tots els participants i l'observador extern: docent, persones grans, estudiants.

L'avaluació contínua que fan els docents té els objectius d'analitzar els punts forts i febles de la implementació del programa, i reflexionar sobre el procés i les propostes de millora. Per fer-ho, proposam, tal com inclou la proposta d'avaluació bàsica i sostenible, l'ús d'un diari de classe, que s'hauria d'emplenar cada dia que s'apliqui el programa SACHI2.

Les persones grans i els estudiants participen en l'avaluació contínua amb l'objectiu d'explorar el seu grau de participació i satisfacció durant les sessions. Per fer-ho, han de contestar un qüestionari breu, que consta de preguntes obertes i tancades, al final de cada sessió. Així mateix, amb l'objectiu de poder triangular la informació relativa a la participació dels diversos agents, la persona externa recull aquestes dades en cada sessió.

3.2.3. Avaluació final de la satisfacció dels principals implicats: persones grans i estudiants

En acabar el programa i amb l'objectiu d'analitzar la satisfacció dels alumnes i de les persones grans, es passen dos qüestionaris molt semblants, un per a persones grans i un per a estudiants de primària, en el qual se'ls demana sobre la seva satisfacció respecte del programa i els aprenentatges que consideren que n'han derivat. Aquest qüestionari consta de preguntes d'opció tancada i oberta.

3.2.4. Avaluació del canvi d'actitud dels estudiants i de les persones grans

L'avaluació del canvi d'actitud consta de dos objectius. Per una part, determinar si hi ha cap canvi en la manera com els estudiants perceben les persones grans després que hagin participat en el programa. I, per altra part, analitzar si es produeix un canvi en la manera com la gent gran percep els estudiants i si canvia la seva idea sobre l'envelliment després d'haver participat en el programa.

Per avaluar les actituds dels estudiants envers les persones grans utilitzam dos instruments: la redacció sobre la gent gran i el dibuix d'una persona gran. Aquests instruments ja s'han presentat a la proposta bàsica. Per revisar de què consten i com cal implementar-los, es pot revisar la informació que apareix a la proposta bàsica (vegeu l'apartat 3.1.4). Aquests dos instruments es completen amb dos més; en total, són quatre:

- Un qüestionari breu d'actituds, que consta de 27 afirmacions molt breus i senzilles amb les quals els alumnes han d'indicar el seu grau d'acord.
- Un grup de discussió. El grup de discussió permet complementar de manera qualitativa la informació quantitativa que es recull mitjançant el qüestionari.

És important assenyalar que la redacció, el dibuix i el qüestionari d'actituds es duen a terme en dos moments: una setmana abans de començar el programa i una setmana després que hagi acabat, de manera que es podran identificar els canvis que es produeixen en la percepció i les actituds dels infants. En canvi, el grup de discussió s'aplica en haver acabat el programa.

L'avaluació de les actituds de les persones grans envers els infants i el procés d'envelliment es duu a terme mitjançant dos instruments:

- Qüestionari d'actituds per a persones grans. Es tracta d'un qüestionari de 44 afirmacions, en les quals els participants han d'indicar el seu grau d'acord amb cada una. Aquest instrument s'aplica abans i després del programa.
- Grup de discussió. El grup de discussió es desenvolupa en haver acabat el programa i pretén comprendre'n l'impacte i conèixer qualsevol canvi d'actitud, en cas que se n'hagin produït. Així mateix, també es pretén comprendre què han après i què consideren que han aportat les persones grans al programa.

3.2.5. Avaluació final de la implementació i de l'impacte del programa per part dels docents

L'avaluació final de la implementació del programa per part dels docents té l'objectiu de servir com a reflexió sobre els canvis que els docents hagin pogut percebre, si n'hi ha, en les persones grans, en els estudiants i en ells mateixos. Reflexionar sobre el desenvolupament de competències per part dels alumnes, així com analitzar els punts forts i febles que s'han detectat en haver acabat el programa, ja amb una visió de conjunt. Per dur a terme aquesta avaluació es pot optar per un qüestionari de preguntes obertes o bé per una entrevista semiestructurada.

4. Conclusions

La sostenibilitat és un aspecte clau per al bon desenvolupament de l'avaluació de programes. De poc ens serveix tenir un procediment d'avaluació impecable, si a la pràctica no és viable dur-lo a terme. En aquest capítol, hem presentat dues propostes d'avaluació completes, que s'han de triar en funció dels objectius de l'avaluació, del moment en què s'apliqui el programa i dels recursos disponibles.

Hem presentat dues propostes d'avaluació d'un programa intergeneracional, una avaluació completa amb suport extern i una avaluació bàsica i sostenible que han de desenvolupar de forma interna els professors del centre. Ambdues propostes d'avaluació es poden complementar amb una avaluació de l'aprenentatge dels alumnes, tal com recomana Pérez Juste (2006).

Defensem que, quan s'aplica un programa intergeneracional recent dissenyat per primera vegada, després és important que se'n faci una avaluació completa i amb suport extern, si és possible. Un cop analitzats els efectes del programa, tant els previstos com els no previstos, tant els desitjats com els no desitjats, se'n podrà valorar la idoneïtat de la posada en pràctica.

Així, un cop hagi estat validat un programa, és suficient fer-ne una avaluació bàsica o sostenible perquè es pugui posar en pràctica sense renunciar a la valuosa informació que una avaluació del funcionament del programa i dels resultats que s'obtenen ens pot proporcionar per poder valorar si continua essent adient la implementació dels programes que duem a terme al centre escolar.

Volem acabar recordant que, si bé aquestes propostes d'avaluació les hem formulades sobre la base del projecte intergeneracional SACHI2, es poden adaptar i millorar per adequar-les a altres programes intergeneracionals amb estudiants d'educació primària.

Referències bibliogràfiques

Aberrategui, L. (2018). Radio intergeneracional en la escuela: una propuesta para el envejecimiento activo. *Index.comunicación*, 8(2), 211-228.

Ballester, L., March, M., Oliver, J.L. (2016). La evaluación de los proyectos intergeneracionales. El diseño de la evaluación. A: Orte, C i Vives M (eds.). *Compartir la infancia. Proyectos intergeneracionales en las escuelas*, 31-46. Madrid, España: Octaedro.

Lozano Martínez, J., Ballesta Pagán, F.J., Castillo Reche, I.S. i Cerezo Máiquez, M.C. (2018). El vínculo de la escuela con el territorio: una experiencia de inclusión educativa. *Profesorado. Revista de currículum y formación del profesorado*, 22(2), 207-226.

McCrea, JM, Weissmann, M., Thorpe-Brown, G. (2004). *Connecting the generations: a practical guide for developing intergenerational programs*. Generations together.

Miguel Díaz, M. de (2000). La evaluación de programas sociales. Fundamentos y enfoques teóricos. *Revista de Investigación Educativa*, 18(2), 289-317. <https://revistas.um.es/rie/article/view/121011>.

Newman, S. i Sánchez, M. (2007). Los programas intergeneracionales: concepto, historia y modelos. A: Sánchez et al. (eds.). *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Colección Estudios Sociales, 23. <https://obrasociallacaixa.org/documents/10280/240906/vol23_es.pdf/ed49558a-6d16-48e9-a6ee-8c24fe917a61>

Nirenberg, O., Brawerman, J. i Ruiz, V. (2005). *Evaluar para la transformación. Innovaciones en la evaluación de programas y proyectos sociales*. Paidós.

Orte, C. (et al.) (2018). *Guía de Implementación de Programas de Aprendizaje Intergeneracional. Basado en las experiencias del Proyecto SACHI2*. <https://gifes.uib.es/Proyectos/SACHI-2-Sharing-Childhood-2/>

Pérez Juste, R. (2000). La evaluación de programas educativos: conceptos básicos, planteamientos generales y problemática. *Revista de Investigación Educativa*, 18(2), 261-287.

Pérez Juste, R. (2006). *Evaluación de programas educativos*. Muralla.

Sáez Carreras, J. i Nieto, J.M. (1995). Evaluación de programas y proyectos educativos o de acción social. Directrices para el diseño y ejecución. *Revista de Pedagogía Social*, 10, 141-169.

Sánchez, M. (2007). *La evaluación de programas intergeneracionales*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Sánchez, M., Sáez, J., Díaz, P. i Campillo, M. (2018). Intergenerational education in Spanish schools: making the policy case. *Journal of Intergenerational Relationships*, 16, 166-183.

Tejedor Tejedor, F.J. (2000). El diseño y los diseños en la evaluación de programas. *Revista de Investigación Educativa*, 18(2), 319-339. <https://revistas.um.es/rie/article/view/121021>.

Autors

VICTÒRIA QUESADA SERRA

Doctora en Educació. És llicenciada en Pedagogia i Màster en Orientació i Avaluació Socioeducatives. Ha estat investigadora contractada i docent de l'àrea de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació de la Universitat de Cadis. Actualment, és professora 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. Les seves principals línies de recerca són l'avaluació, l'avaluació per a l'aprenentatge, la formació de formadors i els programes socioeducatius familiars escolars.

MARGA VIVES BARCELÓ

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. Va fer una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballar amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida de la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca (IMAS) i participant en la comissió de protecció de les persones grans d'aquest observatori.

BELÉN PASCUAL BARRIO

Llicenciada en Sociologia i Ciències Polítiques i doctora en Ciències de l'Educació. 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 relació família-escola, la intervenció comunitària i les relacions intergeneracionals.

MARIA ANTÒNIA GOMILA GRAU

Llicenciada en Ciències Polítiques i Sociologia en l'especialitat d'Antropologia Social per la Universitat Complutense, doctora en Història per l'Institut Universitari Europeu. Becària Marie Curie a l'Institut d'Ethnologie Méditerranéenne et Comparative de la Universitat de Provença (França), on va desenvolupar un projecte de recerca sobre les relacions intergeneracionals a la família. És professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. És professora també de la UOM. El seus temes d'interès se centren en les relacions intergeneracionals, la família i l'escola.

JOAN AMER FERNÁNDEZ

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>). Llicenciat i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Subdirector de l'Anuari de l'Educació de les Illes Balears. Subdirector del Màster en Intervenció Socioeducativa amb Infància, Adolescència i Família. 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.

ROSARIO POZO GORDALIZA

Doctora europea en Sociologia per la UGR (2011), diplomada en Educació Social (UVA) i llicenciada en Psicopedagogia (ULE) amb diverses especialitzacions de màster en problemes socials, metodologia de recerca social qualitativa, etnicitat i gènere d'àmbit nacional i internacional. Ha estat becària i contractada FPU o Programa de formació de personal investigador del MEC en el Departament de Sociologia de la UGR (2004-2009) amb una tesi sobre delinqüència juvenil femenina i trajectòries de vida de dones joves en justícia juvenil. Des de l'any 2009 fins al 2011, va treballar en projectes de cooperació internacional i gènere, consultoria i recerca social en l'AECID i en diverses ONG. Destaca el seu treball al sud-est asiàtic sobre violència de gènere i tràfic de persones amb finalitats d'explotació sexual. A l'actualitat és contractada doctora a la Universitat de les Illes Balears, al Departament de Teoria i Història de l'Educació i imparteix assignatures de grau i de màster relacionades amb el gènere i la intervenció socioeducativa. És membre del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES-UIB), en el qual desenvolupa la tasca investigadora sobre programes familiars d'intervenció socioeducativa basats en evidències i perspectives de gènere en problemàtiques socials.

CARMEN ORTE SOCÍAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. És catedràtica d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. 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 1997-98 i l'ha dirigida fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears. És la directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC) de la UIB. Va ser la directora de la International Summer Senior University. Entre 2018 i principi de 2019 va ser directora general de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials (IMSERSO) del Govern d'Espanya.

**MALLORCA SENSE FAM
AMB LA GENT GRAN.
AJUDA SOLIDÀRIA EN ALIMENTS
A DOMICILI**

Mallorca Sense Fam amb la gent gran. Ajuda solidària en aliments a domicili

Joan Martorell Caimari

Resum

En aquest estudi es pretén exposar un projecte desenvolupat per l'associació Mallorca Sense Fam, innovador en la seva filosofia i el seu objectiu, entenent que les persones grans han de gaudir d'una qualitat de vida digna, i que moltes d'elles no en gaudeixen per diverses raons, entre les quals hi ha que les pensions que perceben no aconsegueixen en molts casos un mínim vital, que alguns tenen dificultats de mobilitat o que, per qüestions de l'educació rebuda, no acudirán a sol·licitar ajuda. Es preveu també donar suport a les persones que, per diferents circumstàncies, sofreixen una situació de solitud i de necessitat i no poden acudir a rebre ajuda com la que reben mensualment els dimecres les famílies beneficiàries de Mallorca Sense Fam, compostes d'un, dos o més membres, convivint a vegades amb fills i/o nets, i estructurades en quatre grups (A, B, C i D). Aquest projecte va néixer per a ajudar a pal·liar aquesta situació als més grans de 65 anys o als necessitats que viuen sols, amb ajuda en aliments envasats i frescs (fruites, verdures, ous i pa) i també en articles d'higiene personal i de neteja per a la llar, que es lliuren al seu domicili amb una freqüència de quinze dies.

Resumen

En este estudio se pretende exponer un proyecto desarrollado por la asociación Mallorca Sense Fam, innovador en su filosofía y su objetivo, entendiendo que nuestros mayores deben disfrutar de una calidad de vida digna y que muchos de ellos no lo hacen por diversas razones, entre las cuales están las de que las pensiones que perciben no alcanzan en muchos casos un mínimo vital, que algunos tienen dificultades de movilidad o que, por cuestiones de la educación recibida, no acudirán a solicitar ayuda. Se contempla también dar apoyo a las personas que, por distintas circunstancias, sufren una situación de soledad y de necesidad y no pueden acudir a recibir una ayuda como la que reciben mensualmente los miércoles las familias beneficiarias de Mallorca Sense Fam, compuestas por uno, dos o más miembros, conviviendo en ocasiones con hijos y/o nietos, y estructuradas en cuatro grupos (A, B, C y D). Este proyecto nació para ayudar a paliar esta situación en los mayores de 65 años o en aquellos necesitados que viven solos, con la ayuda en alimentos envasados y frescos (frutas, verduras, huevos y pan) y también en artículos de higiene personal y de limpieza para el hogar, que se les entregan en su domicilio con una frecuencia de quince días.

1. Mallorca Sense Fam

Mallorca Sense Fam neix com a associació sense ànim de lucre el dia 3 d'agost de 2009, com a resposta a la pobresa emergent que la crisi econòmica va generar a Espanya el 2008, amb l'objectiu d'ajudar, amb aliments i productes d'higiene personal i neteja, les persones mancades de recursos, i amb la voluntat de sensibilitzar la societat mallorquina davant aquest problema greu.

La finalitat fonamental de l'associació és aconseguir que cap persona sofreixi fam o subalimentació i, per a això, assumeix els objectius següents:

- Aconseguir aportacions econòmiques i/o aliments per a cobrir les necessitats de les persones que passen fam a Mallorca.
- Coordinar-se, donar suport i ajudar les entitats públiques o privades amb les mateixes finalitats, per a ser més eficients.
- Canalitzar les aportacions d'aliments que es puguin rebre o que, per les seves característiques, puguin ser lliurades directament pels donants a les entitats esmentades en el paràgraf anterior.
- Distribuir a les entitats esmentades els recursos alimentaris que es lliurin a l'associació per a altres entitats públiques o privades.
- Facilitar informació i orientació a les persones que sol·licitin ajuda per a cobrir les seves necessitats d'aliments i d'higiene personal i neteja.
- Promoure i gestionar menjadors socials propis, si les circumstàncies així ho requereixen.
- Ser un factor de conscienciació social de les causes que provoquen que hi hagi persones que passen fam.

Els fundadors de l'associació, i membres de la primera junta directiva, van ser: Bernat Vicens Vich, Onofre Rosselló Bauzà, Catalina Aguiló Picó, Bernat Ribas Planells, Llorenç Tous Massanet, Joana Vidal Alcover, Teodor Suau Puig, Isabel Garau Alemany, Aina Calafat Busquets, Rosario Chacártegui Gayà, Margalida Planas Llabrés de Jornets i Matilde Gastalver Martín. Persones que, en un moment d'incertesa davant el que es podia desencadenar per la crisi econòmica, van prendre la decisió, al mes d'agost, d'organitzar-se formant l'embrió que inicià la seva activitat el novembre de 2009 i que, deu anys després, és una associació sense ànim de lucre consolidada i declarada d'Utilitat Pública pel Govern d'Espanya i pel Govern de les Illes Balears. Actualment, la junta directiva està formada per 12 voluntaris, i l'associació disposa també de més de 75 voluntaris; en moments puntuals poden ser-ne més, tots units per un esperit solidari i que fan la seva labor de manera totalment altruista.

La seu, el magatzem i centre de distribució solidària d'aliments i altres productes estan situats al carrer de Vinyet, 9, baixos, a la barriada de Son Espanyolet de Palma.

2. Activitat

L'activitat de Mallorca Sense Fam es desenvolupa a través dels voluntaris que la integren, i únicament una persona, el xofer de la furgoneta, està contractat i percep un sou.

Al magatzem, cada dimarts, entre 6 i 10 voluntaris reben els aliments frescs, fruites i verdures que, procedents de donacions o per compra, són preparats per distribuir-los cada dimecres dematí.

Cada dimecres, entre 25 i 30 voluntaris distribueixen i reposen els aliments envasats en cada prestatgeria, perquè els beneficiaris hi accedeixin i facin la seva «compra» en l'anomenat «Supermercat Solidari», un nou projecte de distribució solidària d'aliments que s'inicia a final del mes d'octubre de 2017. Fins aquesta data, els aliments es lliuraven en bosses, eren els mateixos per a tots els beneficiaris, i únicament en variava la quantitat, tenint en compte el nombre d'integrants de cada família. Actualment, cada família, segons el nombre de membres, té una quantitat assignada de punts, i, en les prestatgeries, cada aliment té un «preu» marcat en punts i un màxim d'unitats que els beneficiaris poden «comprar» (és a dir, retirar, ja que són gratuïts). La família beneficiària acudeix el dia que li correspon al grup en el qual està integrada; hi ha un total de quatre grups, un cada setmana. Un voluntari comprova el grup en les llistes del dia, i el beneficiari passa a fer la «compra» d'aliments envasats per les diferents prestatgeries de cada zona: aliments infantils, productes d'higiene personal i de neteja per a la llar i, finalment, aliments frescs (fruita, verdura, ous i pa). Acabada la «compra» dels aliments, es comprova que cada família beneficiària ha retirat la quantitat d'aliments que li correspon d'acord amb el total dels «punts» que té assignats. De les 9.30 fins a les 12.30 hores, les famílies poden retirar els aliments que necessiten.

Regularment, es disposa del menjar següent: oli, arròs, sucre, batuts de cacau, cacau soluble, cereals infantils, conserves de tonyina i de sardines, crema de verdures, fruita en conserva, galetes, mongetes en conserva, llet sencera, llet de continuació, llegums cuits, tomàquet en conserva, potets infantils de fruita, potets de pollastre, pasta variada, fruites i verdures fresques, hortalisses, magre de porc, pa i productes de forn i pastisseria, patates, taronges, productes de temporada i ous. També les famílies disposen d'articles d'higiene personal i de neteja per a la llar com: rentavaixelles, lleixiu, paper higiènic, detergent de roba, gel de dutxa, pasta dentífrica, raspall dental i sabó de mans.

Mallorca Sense Fam adquireix els aliments que falten en els lots que es reben del FEGA (Fons Espanyol de Garantia Agrària) o del FEAD (Fons Europeu d'Ajuda per als més Desfavorits), també del Banc d'Aliments i de les donacions d'entitats, empreses i particulars, o de les recollides d'aliments com «Operació Quilo», que se celebren diverses vegades a l'any.

3. Integració dels beneficiaris

El procés d'integració de les famílies com a beneficiàries de l'ajuda es fa després de l'entrevista amb l'equip que formen la psicòloga i les set voluntàries responsables d'Assistència Social, en la qual es comprova la documentació corresponent. Una vegada revisada i acceptada, s'incorpora la família a un dels quatre grups (A, B, C i D) que hi acudeixen una vegada al mes.

El perfil mitjà dels beneficiaris és el de parelles joves, amb nins, sense feina o amb ingressos mínims, persones grans que viuen soles, famílies monoparentals i persones sense recursos, amb responsabilitats familiars i/o en estat d'extrema necessitat.

Les persones sol·liciten l'ajuda directament visitant la nostra seu, per indicació d'amics, o derivades dels Centres Municipals de Serveis Socials (CMSS) de l'Ajuntament de Palma, de l'IMAS (Institut Mallorquí d'Afers Socials) del Consell de Mallorca, de la Creu Roja Illes Balears, de Càritas o d'associacions o entitats públiques o privades amb les quals s'ha acordat la derivació de persones necessitades d'ajuda (vegeu la taula 1). L'ajuda s'estén a totes les entitats públiques o privades que així ho sol·liciten, amb el lliurament d'aliments i altres productes, sempre dins les seves possibilitats, ja que la filosofia de Mallorca Sense Fam és treballar en xarxa i oferir l'ajuda a tots els qui la necessiten, sempre d'acord amb les finalitats i els principis estatutaris.

Taula 1 | *Incorporació de beneficiaris a Mallorca Sense Fam i derivació per part d'entitats*

Any	Mallorca Sense Fam	CMSS Ajuntament de Palma	Creu Roja Illes Balears	Associació GREC
2016	47	5	0	0
2017	34	8	0	0
2018	37	5	0	0
2019	34	15	2	2
Suma	152	33	2	2
Total		189		

Font: Mallorca sense Fam

4. Ajuda solidària en aliments a domicili

Entenent que les persones grans han de gaudir d'una qualitat de vida digna i que moltes no en gaudeixen per diverses raons, entre les quals hi ha que les pensions que perceben en molts casos són inferiors al que necessiten per a l'adquisició de l'alimentació pròpia o de la seva família, que tenen dificultats de mobilitat o que, per qüestions d'educació o per un sentiment de vergonya per veure's en aquesta situació, no acudirán a sol·licitar ajuda, volem que aquest projecte serveixi per a ajudar a pal·liar aquesta situació, amb l'ajuda en aliments envasats i frescs i també en articles d'higiene personal i de neteja per a la llar, que es lliuren al seu domicili amb una freqüència que, en principi, és quinzenal des de març de 2019. Igualment, està prevista l'ajuda als adults que viuen sols i que, per diferents circumstàncies, sofreixen una situació semblant i no poden acudir a rebre ajuda com la que reben mensualment els dimecres les famílies beneficiàries de Mallorca Sense Fam, estructurades en quatre grups (A, B, C i D).

La variació en el nombre de les famílies entre els anys 2016 i 2019 és mínima i semblant als anys 2017 i 2018. Quant al nombre d'adults sols, en destaca l'augment el 2016. Respecte al gènere, destaca l'augment en el nombre d'homes l'any 2019 i de dones el 2016. El nombre de persones grans que viuen soles augmenta el 2019, amb un 38,27% sobre el total (vegeu la taula 2). La taula 3 recull el detall de les edats dels més grans de 65 anys que viuen sols i el seu gènere, així com el percentatge, des de 2016 fins a 2019.

Taula 2 | *Distribució dels beneficiaris per famílies, adults sols, gènere i més grans de 65 anys, des de 2016 fins a 2019*

Any	Famílies	Adults sols	Homes	Dones	Més grans de 65 anys sols
2016	52	149	20	37	12
2017	42	87	18	31	20
2018	42	98	18	30	18
2019	53	105	28	32	31
Total	189	439	84	130	81

Font: Mallorca sense Fam

Taula 3 | *Distribució per edat i gènere dels beneficiaris més grans de 65 anys, des de 2016 fins a 2019*

2016			2017			2018			2019		
Edat	Home	Dona	Edat	Home	Dona	Edat	Home	Dona	Edat	Home	Dona
66	0	2	66	0	2	65	0	1	65	1	0
67	1	0	67	1	2	67	0	3	66	0	5

continua

2016			2017			2018			2019		
Edat	Home	Dona	Edat	Home	Dona	Edat	Home	Dona	Edat	Home	Dona
68	0	2	69	1	2	68	0	2	67	1	2
69	0	2	70	1	1	69	1	1	68	1	1
70	0	1	71	0	2	70	1	1	69	3	1
71	1	0	72	1	1	71	2	2	71	1	2
73	0	1	73	1	0	74	0	1	75	1	0
76	1	1	74	1	0	75	0	2	76	1	0
			75	1	0	90	0	1	77	0	3
			76	0	1				78	0	1
			80	1	0				79	0	3
			90	0	1				80	0	1
									81	1	0
									84	1	0
									87	0	1
Suma	3	9	Suma	8	12	Suma	4	14	Suma	11	20
%	25	75	%	40	60	%	22,22	77,78	%	35,48	64,52
Total	81										

Font: Mallorca sense Fam

El nombre de més grans de 65 anys que viuen sols (és a dir, que són famílies d'un membre) és el més significatiu, amb un total de 81, seguit de les famílies de 2 membres, amb 43, i les de 3 membres, amb 25. En les famílies de 4, 5, 6 i 7 membres en la seva composició destaquen el nombre de fills i de nets, en moltes ocasions (vegeu la taula 4).

Taula 4 | *Distribució de les famílies beneficiàries més grans de 65 anys per nombre de membres, des de 2016 fins a 2019*

Any	Família 1 membre	Família 2 membres	Família 3 membres	Família 4 membres	Família 5 membres	Família 6 membres	Família 7 membres	Total
2016	12	12	12	7	6	2	1	52
2017	20	12	4	2	2	1	1	42
2018	18	10	5	5	1	1	2	42
2019	31	9	4	4	3	1	1	53
Suma	81	43	25	18	12	5	5	189
Total	439							

Font: Mallorca sense Fam

L'edat dels membres de les famílies és molt significativa en els més grans de 65 anys, amb un total de 214 persones. El següent factor, de 16 a 64 anys, es compon de famílies integrades per pares i fills. Quant als següents, de 3 a 15 anys i de 0 a 2 anys, ja es tracta de fills i de nets (vegeu la taula 5). Aquesta classificació per edats és la que s'utilitza en els registres i en l'estadística que s'elabora en les memòries d'activitat de Mallorca Sense Fam, seguint les indicacions del FEGA, organisme autònom adscrit al Ministeri d'Agricultura i Pesca, Alimentació i Medi Ambient.

Taula 5 | *Distribució de les famílies beneficiàries per edat i gènere, des de 2016 fins a 2019*

Any	Més de 65 anys		De 16 a 64 anys		De 3 a 15 anys		De 0 a 2 anys	
	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones
2016	20	37	25	43	15	8	1	0
2017	18	31	9	18	2	7	1	1
2018	18	30	13	25	6	4	2	0
2019	28	32	15	17	5	2	2	4
Suma	84	130	62	103	28	21	6	5
Suma	214		165		49		11	
Total	439							

Font: Mallorca sense Fam

El país de procedència o la nacionalitat de les famílies és un factor que es recull en l'estadística, i en destaca per nombre Espanya, en primer lloc, amb 71 beneficiaris; representa un 37,56% del total. Els següents països a destacar són: el Marroc, amb 25 (13,22%); Cuba, amb 19; i República Dominicana, amb 12; Bulgària, amb 8; i l'Equador i Colòmbia, amb 7. Amb menys nombre: el Perú, amb 4; el Brasil, Rússia i Xile, amb 3; i Algèria, Bolívia, Itàlia, l'Uruguai i Veneçuela, amb 2. Finalment, la nacionalitat dels més grans de 65 anys que viuen sols són: Hondures, l'Iran i el Paraguai. En total són 21 nacionalitats durant els quatre anys analitzats (2016-19) (vegeu la taula 6).

Taula 6 | *Distribució de les famílies beneficiàries pel seu país de procedència o nacionalitat, des de 2016 fins a 2019*

País de procedència o nacionalitat	Famílies				Total
	2016	2017	2018	2019	
01. Espanya	20	14	17	20	71
02. Algèria	0	2	0	0	2
03. Argentina	1	1	2	8	12

continua

País de procedència o nacionalitat	Famílies				Total
	2016	2017	2018	2019	
04. Bolívia	0	1	1	0	2
05. Brasil	1	0	1	1	3
06. Bulgària	1	1	2	4	8
07. Colòmbia	1	0	1	5	7
08. Cuba	5	7	6	1	19
09. Equador	4	1	0	3	8
10. Hondures	1	0	0	0	1
11. Iran	0	1	0	0	1
12. Itàlia	0	2	0	0	2
13. Marroc	11	5	4	5	25
14. Paraguai	1	0	0	0	1
15. Perú	1	2	1	0	4
16. Portugal	0	0	1	0	1
17. Rep. Dominicana	2	2	4	4	12
18. Rússia	1	1	1	0	3
19. Uruguai	0	1	0	1	2
20. Veneçuela	1	0	1	0	2
21. Xile	1	1	0	1	3
Total	52	42	42	53	189

Font: Mallorca sense Fam

Aquesta ajuda a domicili està organitzada de la manera següent: cada dimarts es preparen els aliments en bosses, identificades amb una etiqueta en la qual només figura el número del beneficiari, ja que les altres dades (nom, domicili i telèfon) figuren en la llista corresponent a la ruta establerta per a cada dia de lliurament.

Dimecres al matí, a partir de les 9 hores, dia en què es disposa dels voluntaris necessaris per al repartiment (el conductor del vehicle i el que faria el lliurament dels productes), s'organitza la ruta.

El lloc de residència és un dels factors importants en l'organització del programa d'ajuda a domicili. Considerant els codis postals del domicili de les 189 famílies beneficiàries, destaquen els següents carrers, zones o barriades del terme de Palma: Son Espanyolet-Son Armadans, amb 38; Santa Catalina-es Jonquet i Son Rapinya, amb 28; la zona d'av. de l'Argentina-camí de la Vileta, amb 23; l'Eixample-carrer Aragó i Can Capes, amb 18; la Soledat-carrer d'Adrià Ferran i carrer de Trafalgar, amb 14; el Terreno, Gènova i Vista

Alegre, amb 12; la carretera de Valldemossa i General Riera, amb 11. La resta de codis postals de la taula 7 presenten xifres inferiors a 10 famílies.

Taula 7 | *Distribució de les famílies beneficiàries per domicili i codi postal, des de 2016 fins a 2019*

Codi postal del domicili 2016	Famílies				Total	
	2016	2017	2018	2019		
Nucli antic · Jaume II · Plaça Weyler	07001	0	1	1	2	4
Eixample · General Riera	07003	2	2	1	2	7
Eixample · Plaça de Toros	07004	1	1	2	0	4
Eixample Aragó · St. Vicenç Ferrer	07005	0	1	2	6	9
Aragó · Pol. Llevant · Portitxol	07006	5	0	0	2	7
La Soledat · A. Ferran · Trafalgar	07007	2	5	6	1	14
Eixample · Aragó · Can Capes	07008	8	5	3	2	18
Son Cladera · Polígon Son Castelló	07009	2	0	0	0	2
Cra. Valldemossa · General Riera	07010	5	2	2	2	11
Av. Argentina · Camí de la Vileta	07011	4	5	5	9	23
Bonaire · Santiago Rossinyol	07012	0	2	0	0	2
Sta. Catalina · Es Jonquet · Son Rapinya	07013	12	5	6	5	28
Son Espanyolet · Son Armadans	07014	6	9	13	10	38
El Terreno · Gènova · Vista Alegre	07015	3	2	1	6	12
Calvià	07181	0	0	0	1	1
Porreres	07260	0	1	0	0	1
Inca	07300	2	0	0	3	5
S'Arenal	07600	0	0	0	1	1
Can Pastilla · Platja de Palma	07610	0	1	0	0	1
Campos	07630	0	0	0	1	1
Total		52	42	42	53	189

Font: Mallorca sense Fam

El projecte es va centrar, en un principi i per qüestions de logística, en les barriades pròximes a la seu de Mallorca Sense Fam: Camp d'en Serralta, Son Espanyolet, Santa Catalina, Son Armadans i el Terreno; unes zones en les quals pensem que resideix un bon nombre de persones grans que poden necessitar suport. Actualment, l'ajuda arriba a tots els més grans de 65 anys que figuren en els nostres registres, amb una especial atenció als que viuen sols, gràcies a la col·laboració de la Fundació de l'Obra Social "la Caixa".

5. Desenvolupament

Per a arribar a cadascuna de les llars de les persones a les quals desitjàvem atendre, vam tenir la necessitat de comptar amb l'ajuda dels responsables dels CMSS de Ponent, de Mestral i de les treballadores socials, dels responsables del Centre de Salut de Santa Catalina i de la Unitat Bàsica de Salut del Terreno, a través de les infermeres i/o metges d'atenció domiciliària, així com amb les associacions que desenvolupen els projectes de la Fundació Obra Social "la Caixa": Projecte d'Intervenció Comunitària Intercultural (ICI) i d'acompanyament als grans de la barriada del Terreno Sempre Acompanyats, ja que ells eren els que podien detectar les necessitats dels futurs beneficiaris de l'ajuda. La col·laboració per part de la Fundació Obra Social "la Caixa", des de l'inici d'aquest projecte, va ser fonamental, ja que es tracta d'un projecte que s'ajusta als que figuren dins del seu programa d'ajudes a persones grans o a similars. És de gran ajuda, per a la bona finalitat d'aquest projecte, que la gestió personal d'informació i explicació, i l'ajuda solidària en aliments totalment gratuïta per a cada unitat familiar, la facin els professionals citats o per membres de les associacions que duen a terme els programes d'ajuda i d'acompanyament citats, ja que reforça i dona solidesa al projecte. Cada any, Mallorca Sense Fam es marca l'objectiu d'un nou projecte, i ampliar aquesta ajuda a tota la gent de més de 65 anys és l'objectiu durant l'any 2020.

Va ser necessari disposar de l'autorització, aprovació i conformitat de les persones a les quals s'oferia la seva incorporació com a beneficiaris per a poder acudir al seu domicili a dur-los els aliments. L'autorització, aprovació i conformitat quant a la sol·licitud i a la recepció de l'ajuda que s'ofereix es reflecteix en un document que subscriu el titular i representant de la unitat familiar, en el qual s'aporten també les dades personals dels membres de la família que conviuen amb ell. Atès el contingut de la Llei de Protecció de Dades, el beneficiari i representant de la unitat familiar donarà la seva conformitat perquè les seves dades personals i les dels membres que conviuen en el domicili puguin ser tractades per Mallorca Sense Fam, únicament i exclusivament per a la integració en aquest projecte i per a tenir documentat l'informe preceptiu d'acord amb les normes que imposa el repartiment d'aliments dels FEAD i del FEGA.

La quantitat d'aliments s'adequa al nombre de persones de cada unitat familiar, cuidant al màxim que es beneficiï el col·lectiu al qual aniran destinats. A fi d'optimitzar la classe d'aliments per als beneficiaris del projecte, cadascú haurà d'assenyalar al full, preparat expressament, els aliments i/o articles que no desitja rebre i, a més, indicar si sofreix alguna intolerància que hàgim de considerar.

6. Situació actual

El projecte per al 2020 va ser presentat a la Fundació Obra Social "la Caixa" i als integrants del Projecte ICI en el PAC de Santa Catalina al març de 2019. S'inicià amb la incorporació de dues famílies (actualment, un any després, són 77 les famílies beneficiàries), en les quals estan inclosos tots els més grans de 65 anys. Entenem que amb la creació d'aquest servei d'ajuda solidària en aliments a domicili per part de Mallorca Sense Fam, amb la col·laboració especial de la Fundació Obra Social "la Caixa" i l'ajuda dels membres del projecte Sempre Acompanyats, dels integrants del GREC, dels CMSS de l'Ajuntament de Palma, del personal del PAC de Santa Catalina, dels membres del Projecte ICI i de Càritas, s'ha iniciat una nova línia d'actuació en l'ajuda social i solidària per a tota la gent gran que viu sola o amb limitacions de mobilitat.

Inicialment, el repartiment quinzenal de les ajudes es feia en una única ruta. Avui en dia, per a una atenció més bona als beneficiaris, cada quinze dies es fan dues rutes: una a càrrec dels voluntaris de Mallorca Sense Fam a les famílies amb residència en la nostra zona d'influència més pròxima; l'altra ruta, que fa el lliurament a les famílies que no resideixen en la nostra zona d'influència i sí en el terme de Palma, que es duu a terme a través de l'empresa Àngel 24 amb l'ajuda de la Fundació Obra Social "la Caixa". Cada quinze dies, entre les 9.30 i les 10 hores, un voluntari, a través d'una trucada telefònica, comunica als beneficiaris l'hora aproximada en la qual els faran el lliurament de manera personal (vegeu la taula 8). A continuació, dos voluntaris de Mallorca Sense Fam inicien la ruta corresponent amb la furgoneta que es lloga per repartir els aliments frescs (fruita, verdura, etc.) cada dimecres, el mateix dia en què s'atén les famílies a la nostra seu, ja que es disposa d'aquests aliments i, juntament amb els envasats, són els que es reparteixen. Des de març de 2019 a març de 2020, el nombre de lliuraments ha estat de 490, amb un total de 13.230 quilograms (vegeu la taula 9).

Taula 8 | Disponibilitat de telèfon dels beneficiaris

Any	Fix	Mòbil	No en tenen
2016	5	41	6
2017	2	38	2
2018	7	33	2
2019	7	42	4
Suma	21	154	14
Total		189	

Font: Mallorca sense Fam

Fins avui, el grau de satisfacció dels beneficiaris d'aquesta ajuda és molt alt, ja que l'acció dels voluntaris no es limita només al repartiment sinó que s'hi afegeix el tracte delicat i

l'atenció i l'ajuda que ofereixen, sobretot si són dones que viuen soles (actualment, del total de 95 persones més grans de 65 anys, 56 són dones i 46 són homes).

7. Consideracions

Esperem i desitgem continuar disposant de l'ajuda de tots els que han fet possible aquest projecte, per a aconseguir l'objectiu inicial d'ajudar totes les persones grans que ho demanin. Les consideracions per part de Mallorca Sense Fam respecte al desenvolupament d'aquest projecte són:

1. Actualment, tenim capacitat d'atenció quant a la donació i el lliurament d'aliments, i podem disposar dels voluntaris necessaris.
2. Es tracta d'un programa innovador quant a l'atenció a les persones més grans de 65 anys, amb el lliurament quinzenal d'aliments envasats i frescs a domicili perquè preparin el seu menjar, ja que creiem que no hi ha altra associació sense ànim de lucre que ho faci (per exemple, l'Ajuntament de Palma, amb Creu Roja Illes Balears, reparteix menjar, però ja preparat).

Taula 9 | Programa "Ajuda solidària en aliments a domicili".
Març de 2019-2020

Famílies	77	Homes	39	Nombre de lliuraments	490
Persones	95	Dones	56	Total quilos	13.230

Nombre de famílies per nombre de membres						Tenen telèfon		
Membres	1	2	3	4	Total	Fix	Mòbil	No en tenen
Famílies	62	13	1	1	77	7	66	4

Edat dels membres de la família							Adults sols
Més de 65		De 16 a 64		De 3 a 15		Total	62
Homes	Dones	Homes	Dones	Homes	Dones	95	
30	41	8	14	1	1		

Derivació o incorporació de la família				
Mallorca sense Fam	C. M. S. S. Ajuntament	Projecte ICI	PAC Sta. Catalina	TOTAL
49	12	2	5	
Sempre Acompanyats	Càritas	Creu Roja IB	Consell de Mallorca	77
3	4	1	1	

País de nacionalitat	Famílies
Espanya	48
Colòmbia	5
Argentina	4
Equador	4
Cuba	2
Xile	2
Marroc	2
Rep. Dominicana	2
Algèria	1
Bulgària	1
Filipines	1
Itàlia	1
Iran	1
Regne Unit	1
Uruguai	1
Veneçuela	1
TOTAL	77

Codi postal del domicili	Famílies	
Nucli Antic · Jaume III · Plaça Weyler	07001	2
Eixample · General Riera	07003	2
Eixample · Plaça de Toros	07004	3
Eixample Aragó · St. Vicenç Ferrer	07005	4
Aragó · Pol. de Llevant · Portitxol	07006	1
La Soledat · Adrià Ferran · Trafalgar	07007	3
Eixample · Aragó · Can Capes	07008	2
Cra. de Valldemossa · General Riera	07010	4
Avda. Argentina · Camí de la Vileta	07011	10
Sta. Catalina · Es Jonquet · Son Rapinya	07013	11
Son Espanyolet · Son Armadans	07014	24
El Terreno · Gènova · Vista Alegre	07015	9
Calvià	07181	1
S'Arenal	07600	1
TOTAL	77	

Font: Mallorca sense Fam

8. Informació institucional

Associació Mallorca Sense Fam, CIF: G57632234. Domicili: carrer de Vinyet, 9, baixos. 07014 Palma. www.mallorcasensefam.org. E-mail: info@mallorcasensefam.org. Facebook.

La junta directiva, renovada el 12 de gener de 2016 i inscrita en el Registre de la Conselleria de Presidència amb data d'11 de març de 2016, està constituïda pels següents membres i càrrecs, i les responsabilitats que cadascun d'ells té en l'organigrama de Mallorca Sense Fam:

Presidenta: Catalina Aguiló Picó. Vicepresident: Joan Martorell Caimari. Secretària: Jerònima Balaguer Reus. Tresorer: Antoni Horrach Pou. Vocals: Onofre Rosselló Bauzà, Margalida Planas Llabrés de Jornets, María Fernanda Pieras Armengol, Catalina Rubio Zabala, Maria Cristina Alcover García-Calamarte, Pere Joan Miralles Giménez, Maria Antònia Llabrés Espina, María Asunción Moscardó Covo.

9. Registres oficials

Mallorca Sense Fam consta inscrita com a associació sense ànim de lucre amb el número 311000007135 en la Secció Primera del Registre d'Associacions de les Illes Balears el dia 15 d'octubre de 2009, i en el Registre Insular de Serveis Socials de Mallorca, el 9 de març de 2010. Declarada d'Utilitat Pública amb el número 7135 pel Ministeri de l'Interior l'11 de juliol de 2013, i pel Govern balear el 27 de setembre de 2013, en el Registre de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, en el Registre Municipal d'Entitats Ciutadanes, REMEC núm. 1462/13, el 20 de març de 2013, i en el Registre Insular d'Entitats de Participació Ciutadana del Consell de Mallorca, amb el número 57/2014, el 6 de març de 2014.

Declarada d'Utilitat Pública Municipal per l'Ajuntament de Palma el 23 de maig de 2018, amb el núm. 523.

Agraïments

Aquest estudi ha estat elaborat per Joan Martorell Caimari en nom del grup de voluntaris de Mallorca Sense Fam, com a vicepresident, portaveu i responsable de Comunicació, Esdeveniments, Captació de Fons, Imatge i Xarxes Socials, voluntari des del mes de setembre de 2010.

Autor

JOAN MARTORELL CAIMARI

Caimari (Selva) 1947. El mes de setembre de 2010 coneix l'associació Mallorca Sense Fam i hi sol·licita l'ingrés com a voluntari. Un any després, el 2011, entra com a vocal a formar part de la junta directiva. Hi contribueix aplicant els seus coneixements per a donar més visibilitat a Mallorca Sense Fam i desenvolupar tots i cadascun dels projectes que s'han dut a terme a l'associació per a aconseguir ser una entitat reconeguda per la seva labor solidària i assistencial, reconeguda d'Utilitat Pública pel Ministeri de l'Interior del Govern d'Espanya i pel Govern de les Illes Balears, i benllogada per la societat mallorquina per la seva extraordinària labor al llarg dels darrers deu anys. En la seva trajectòria anterior va treballar a l'entitat financera Banca March des de 1963, en diferents departaments i seccions. Va exercir, des de 1976, càrrecs directius en diverses oficines comercials. De 1997 a 2001 va ser subdirector de màrqueting de l'entitat, i l'any 2001 va ser nomenat assessor de qualitat i responsable del servei d'atenció al client. El març de 2005 abandonà l'entitat com a prejubilat i aconseguí la jubilació el maig de 2007.



Universitat
de les Illes Balears



G CONSELLERIA
O AFERS SOCIALS
I I ESPORTS
B
/

Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2020**



IMAS
Departament de Drets Socials
Consell de Mallorca

