Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2013

Universitat de les Illes Balears

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

ANUARI DE L'ENVELLIMENT. ILLES BALEARS **2013**

Universitat de les Illes Balears

Govern de les Illes Balears
Conselleria de Família i Serveis Socials

Consell de Mallorca
Departament de Benestar Social
Institut Mallorquí d'Afers Socials

Colonya
Fundació Guillem Cifre

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2013

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

Consell de Direcció:

Directora:
Dra. Carmen Orte Socias

Consell de Redacció:

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

Secretària:
Sra. Lydia Sánchez Prieto

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

* © del text: els autors 2013
* © de l'edició: Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES), Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i Universitat de les Illes Balears

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

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

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

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

PRESENTACIONS 5
Sandra Fernández Herranz
Consellera de Família i Serveis Socials
Catalina Cirer Adrover
Consellera executiva de Benestar Social i presidenta de l'IMAS

INTRODUCCIÓ 11
Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2013

EL FUTUR DE LES PENSIONS I LES APORTACIONS DE LA GENT GRAN A LA SOCIETAT: UNA ALTRA PERSPECTIVA D'ANÀLISI 21
Martí X. March Cerdà i Carmen Orte Socias

GENT GRAN I MEMÒRIA AL RAIGUER DE MALLORCA: HISTÒRIES DE VIDA SOBRE INFÀNCIA I FAMÍLIA EN EL MARC DE LA POSTGUERRA 45
Joan Amer i Fernàndez, Jaume Gual i Móra i Arnau Amer i Sastre

EL BILINGÜISME COM A FACTOR PROTECTOR DE L'ENVELLIMENT COGNITIU 65
Jaume Pomar Pons i Pilar Andrés Benito

TREBALL COMUNITARI INTERGENERACIONAL: L'EXPERIÈNCIA DE DOS PROJECTES SOCIOEDUCATIUS INTERGENERACIONALS A PALMA 83
M. Belén Pascual Barrio i M. Antònia Gomila Grau

LES NOVES TECNOLOGIES I LA TERCERA EDAT A LES ILLES BALEARS 103
Ferran Dídac Lluch i Dubon

ENVELLIMENT ACTIU I LES TIC 143
Francisco José Perales López

LES SITUACIONS DE CRISI EN LES PERSONES GRANS. LA INFLUÈNCIA DE LA RESILIÈNCIA EN LA SEVA QUALITAT DE VIDA 157
Margalida Vives Barceló

AVALUACIÓ DE LA QUALITAT DE VIDA EN PERSONES GRANS QUE FAN UN PROGRAMA EDUCATIU 173
Liberto Macías González, Carmen Orte Socias i Lluís Ballester Brage

PER QUÈ UN MUSEU PROGRAMA ACTIVITATS AMB, PER A I SOBRE GENT GRAN? 195
Sebastià Mascaró Cabrer, Irene Amengual Quevedo, Antonina Matamalas Enseñat, Eva Cifre Moré i Dora Sánchez González

L'EXPERIÈNCIA ARTÍSTICA DE LA FOTOGRAFIA COM A EINA TERAPÈUTICA: ESTIMULACIÓ EMOCIONAL I NORMALITZACIÓ DE LA IMATGE DE L'ALZHEIMER I LA VELLESA 211
Victòria Alemany Abraham, Clemente Dorado Morgado, Sira Fiz Vozmediano, Antònia Fontanet Cifre, Estefanía Gallardo Nielsen, Maribel Merino Tomé, Antonio Molina Balsalobre, Margarita Roser Hernández, Catalina Rubio López, Blanca Rubio Velázquez, Javier Ureña Morales i Javier Vich Morlà

EXPERIÈNCIA DE MILLORA CONTÍNUA ALS INDICADORS DEL PROGRAMA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA AL CENTRE DE SALUT DE SANT ANTONI 229
Ana López García, María Cruz Trigoso Arjona i María de los Ángeles Sanz Sobrino

CIRURGIA CARDÍACA EN L'OCTOGENARI 243
Fernando Enríquez Palma, Laura Vidal Bonet, Rubén Fernández Tarrío i María Riera Sagrera

PARTICIPACIÓ DELS AMINOFOSFOLÍPIDS EN L'ENVELLIMENT I LES MALALTIES NEURODEGENERATIVES 273
Catalina Caldés Melis

INTERVENCIÓ PER MILLORAR L'ÚS EFICIENT DE LES TIRES DE GLUCÈMIA CAPIL·LAR EN PACIENTS DIABÈTICS 291
Jorge Llosá Céspedes, Ana López García i Rafael Torres García

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDA O DELÍRIUM 305
Margarita Isabel Viñuela Benéitez

SENSIBILITZACIÓ SOBRE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE EN DONES GRANS: COMENÇAR A COMBATRE 319
Lydia Sánchez Prieto i Salud Mantero Heredia

PROGRAMA DE PRIORITAT SOCIAL DE L'IMAS. VALORACIÓ DEL RISC DE DESPROTECCIÓ DE PERSONES GRANS I INTERVENCIÓ PRIORITÀRIA 341
Robert C. Fernández Garcia, Joan Mut Vives i Núria Vaquer Reixach

L'ENVELLIMENT DE LES PERSONES SENSE SOSTRE 365
Biel Gelabert Noguera i Lluís Ballester Brage

PROCESSOS D'ENVELLIMENT I ALCOHOLISME A LES ILLES BALEARS 379
Rosario Pozo Gordaliza

ACTIVITATS NO NORMATIVES DE PERSONES GRANS SENSE RECURSOS. EL CAS EXTREM DE LA QUASIPROSTITUCIÓ DE DONES GRANS A MALLORCA 401
Jaume Perelló Alorda i Lluís Ballester Brage

PRESENTACIONS

Sandra Fernández Herranz
Consellera de Família i Serveis Socials

Des de fa anys, un corrent d'iniciatives i d'opinions reivindica i justifica el paper dels majors a la societat com a elements actius i necessaris, com a font d'experiència, com a peça imprescindible per al desenvolupament de les noves generacions…

Es tracta d'una onada d'anàlisi i estudis que impulsen no només les institucions, sinó també la societat. Una onada que afortunadament està acabant amb certs estereotips reduccionistes que s'havien implantat a les societats occidentals més avançades econòmicament i que insistien en lligar vellesa únicament amb despesa, amb decadència física, amb malalties, amb pèrdua de facultats…

Res més enfora de la realitat, hem pogut veure com els nostres padrins s'estan convertint en la post de salvació de moltes famílies en aquests anys de crisi, esdevenint peces essencials dins molts de llars. Ells són els que, en molts de casos, possibiliten la conciliació laboral i familiar dels seus descendents. Set de cada deu padrins espanyols participen en la cura dels seus nets, segons el Llibre Blanc de l'Envelliment Actiu.

Com a consellera de Família i Serveis Socials, no me cansaré d'insistir en la necessitat de donar el lloc que es mereix a la gent gran, ara i sempre. Precisament, la nova reestructuració de l'equip de govern que s'ha dut a terme enguany a la CAIB, creant aquesta àrea de gestió independent que tenc el privilegi d'encapçalar, té, entre d'altres objectius, estar més a prop dels majors, atendre de manera més directa les seves necessitats i posar-los en valor a la nostra societat.

Estudis com *l'Anuari de l'Envelliment* que edita la Universitat de les Illes Balears contribueixen a enfortir aquesta visió més positiva i, a més, tractant el tema des de diverses vessants i de manera professional i seriosa.

En l'edició d'enguany, podem trobar informacions o reflexions d'interès sobre el futur de les pensions i les aportacions de la gent gran a la societat; sobre les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes; sobre la sensibilització envers la violència de gènere en dones grans; normalització de les malalties cròniques o sobre l'envelliment de les persones sense sostre, entre molts d'altres.

Em resulta especialment significatiu, també, que un projecte de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal del Govern hagi pogut deixar la seva empremta en aquesta publicació amb l'article dels professionals responsables de "El gesto como terapia. Fotografías Antonio Molina". Així, ens dóna l'oportunitat de difondre un poc més aquest programa d'intervenció neurocognitiva i no farmacològica que hem dut a terme el 2013 i que vol utilitzar el gest captat per la càmera com a proposta terapèutica.

Es tracta d'un exemple més que aquest anuari ens aporta, any rere any, una visió global i realista, sense endolcir ni negativitzar el concepte de vellesa. És ja una cita ineludible per a totes les persones que seguim, treballam o ens preocupam pels efectes de la vellesa i la situació dels majors a les Balears.

Per això, vull felicitar responsables del projecte, autores i autors d'aquesta nova edició i recomanar a tothom la lectura amb deteniment dels estudis i aportacions que conté. L'Anuari d'Envelliment de la UIB és molt més que una publicació periòdica, esdevé ja un manual per tenir present i consultar al llarg de l'any i recuperar, així, les impressions i coneixements dels experts que tant ens poden servir a tots.

Catalina Cirer Adrover
Consellera executiva de Benestar Social i presidenta de l'IMAS

Les persones majors són un dels principals col·lectius cap als quals l'Institut Mallorquí d'Afers Socials dirigeix els esforços. No obstant això, no ho feim solament des del punt de vista mèdic o residencial, sinó també, i especialment, des de l'àmbit de la prevenció, amb polítiques i iniciatives que fomentin un envelliment actiu i que, sobretot, s'adaptin a la persona major del segle XXI.

Persones inquietes, amb ganes de viure noves experiències i sensacions, per a les quals any rera any duim a terme un ventall de tallers a les diferents llars que gestionam directament des del Consell de Mallorca, així com els tallers de memòria i habilitats socials que feim a diferents municipis de l'illa amb l'objectiu de prevenir el deteriorament cognitiu.

Però també som conscients que hi ha persones majors que, per diferents motius, no poden valer-se totalment per elles mateixes en el seu dia a dia i a les quals hem de focalitzar la nostra atenció d'una manera especial. Però a més de la gent major, des de les administracions també hem de tenir cura de les persones que els cuiden, figures que esdevenen determinants perquè la gent gran dependent pugui gaudir d'una bona qualitat de vida durant la vellesa.

En definitiva, al Consell de Mallorca tenim clar que com passa amb els infants, que no tots aprenen i assimilen les noves aptituds al mateix ritme, cada persona envelleix d'una manera diferent, bé per la seva capacitat física, bé pel nivell de vida... i per això són importants estudis i treballs com el que avui teniu a les mans i que ens permet veure el procés de l'envelliment des de diferents perspectives i analitzar les possibles mancances que hi ha en les polítiques socials del moment.

Aquest és també un dels motius pels quals a l'IMAS no hem dubtat en col·laborar amb la Universitat de les Illes Balears per poder fer l'Anuari de l'Envelliment, un llibre en el qual participen professionals de l'àmbit dels serveis socials que aporten la seva visió sobre la situació de la persona major a la nostra illa i que ens permet adaptar les nostres polítiques a les noves necessitats que sorgeixen.

Com a responsable del Departament de Benestar Social del Consell confiï que aquest anuari sigui d'utilitat a tots els i les professionals dels serveis socials i responsables del benestar de les persones majors, i vull agrair d'una manera especial la tasca que ha fet la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia de la UIB en l'edició i publicació d'aquest *Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears 2013*.

INTRODUCCIÓ

Direcció de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2013

La contribució a la societat de les persones grans és un aspecte que va cobrant un protagonisme destacat en els estudis sobre l'envelliment de la població. Entre d'altres, els estudis sociodemogràfics, econòmics o antropològics apunten a aquestes dades, tant si el que s'analitza es refereix a la força laboral com a altres aspectes informals, com el suport a la família o el voluntariat, aspectes que també es recullen en alguns dels capítols d'aquest anuari.

El reconeixement de la realitat i la prospectiva socioeconòmica i estadística de l'envelliment, especialment en països envellits com els d'Europa o el Japó, així com la rapidesa amb la qual s'està produint aquest envelliment en països com Cuba, l'Iran i Mongòlia (WHO, 2012), acompanya l'interès per analitzar de forma precisa les diferents aportacions d'aquestes poblacions a la societat des de diversos punts de vista. Una realitat de contribucions econòmiques i socials que ha quedat evidenciada com a fenomen global, també quantificable, a partir de la crisi econòmica d'Europa i especialment dels països del Mediterrani.

És en aquest context en el qual reforçar la salut es va convertint en un element estratègic clau per poder aconseguir i mantenir una vellesa saludable i lliure de dependència, almenys, com més temps millor i fomentar el desenvolupament socioeconòmic. Els estudis sobre la salut de les persones més grans de quaranta anys o més segueixen també aquesta línia i conclouen que: «The current health status of the adult 40+ population and the associated health care costs are in a rocky road. We have embraced chronic diseases as a part of "getting older" and have focused on disease management and acute care versus taking steps as we age to prevent us from acquiring disease in the first place» (Center for Healthy Aging and MetLife, 2013, p. 1).

Efectivament, l'anàlisi de les polítiques que es duen a terme, en aquest cas en el context dels Estats Units, en relació amb l'abordatge dels problemes de salut, també en població més jove, reflecteix la falta de perspectiva preventiva en l'abordatge de l'envelliment, i indica la necessitat de parar esment als problemes actuals d'aquesta població recollits en aquest estudi –problemes com l'obesitat, les conductes relacionades amb la salut i la incidència de malalties cròniques i discapacitat– i dur a terme polítiques d'educació per a la salut, fins i tot en el lloc de treball, per poder millorar la qualitat de vida i allargar els anys de vida d'aquesta població.

Una qüestió també important ha estat visualitzar l'envelliment com un procés al qual s'arriba de forma inevitable i predictible. En aquest procés, i en positiu, cobren gran importància aspectes com l'alimentació, l'educació, l'atenció a la salut, la participació i l'activitat física, mental i social, que són els que han permès la generalització de la supervivència generacional. Recordem que l'Organització Mundial de la Salut (WHO, 2002) recalca aquesta idea en la seva definició de l'envelliment, definit com «el procés d'optimització d'oportunitats per a la salut, la participació i la seguretat, amb vista a millorar la qualitat de vida segons s'envelleix» (p. 17).

Així doncs, protegir, estimular i reforçar la bona salut i la participació és el lema compartit per la majoria d'estudis nacionals i internacionals sobre l'envelliment com a fenomen global, predictible. Cal afrontar els reptes i les oportunitats que brinda aquest col·lectiu per a si mateix i per al conjunt de la societat, i incorporar-los a les estratègies de planificació a tots els nivells d'organització de l'Estat. La inversió en la salut, eliminar les barreres a la participació i els estereotips negatius, a més d'estratègia individual i col·lectiva, forma part dels punts clau considerats per diverses organitzacions internacionals com a forma de trobar l'equilibri entre els reptes i les oportunitats de l'envelliment demogràfic. Entre d'altres, l'Organització Mundial de la Salut (WHO, 2012), a propòsit del Dia Mundial de la Salut.

Sobre aquest tema, adaptar els sistemes de salut a aquesta realitat es considera important i prioritari també en relació amb l'atenció a les malalties cròniques, com malalties cardíaques, accident cerebrovascular, deterioració visual, pèrdua d'audició i demència, les quals són entre dues i tres vegades més freqüents en la població de gent gran, i en relació amb els factors de protecció i de risc que impliquen. De fet, la qüestió és tenir en compte que l'expectativa de vida actual o els anys de vida esperada després de la jubilació està per sobre de deu o vint anys. Això suposa un canvi substancial en les característiques de convertir-se en persona gran, en les formes de vida i convivència, en les relacions, en la presència i participació en la societat i en tants aspectes poc coneguts fins ara però que a poc a poc van transformant les formes de vida actuals.

La proposta de l'Organització Mundial de la Salut (WHO, 2012, p. 7) referent a l'envelliment actiu i saludable des de la perspectiva del cicle vital, inclou diferents aspectes que tenen en compte la possibilitat d'introduir mecanismes de control; cobren gran importància la prevenció, la detecció, l'atenció i el control i seguiment de les malalties no transmissibles de forma precoç i considerant els aspectes següents:

1) Promoure la bona salut i conductes saludables en totes les edats per prevenir o retardar el desenvolupament de malalties cròniques.
2) Reduir al mínim les conseqüències de les malalties cròniques a través de la detecció primerenca i l'atenció de qualitat (primària, a llarg termini i les cures pal·liatives).
3) Crear entorns físics i socials que fomentin la salut i la participació de les persones grans.
4) Reinventar l'envelliment –el canvi d'actituds socials per fomentar la participació de la gent gran.

En aquest context adquireix protagonisme la importància de la detecció i el tractament de diferents problemes físics i/o mentals per prevenir altres conseqüències futures que influeixen i augmenten la discapacitat i la deterioració. Així, per exemple, la pèrdua auditiva i els problemes de comunicació subsegüents, l'aïllament social, la pèrdua d'autonomia i la seva associació amb la depressió i el declivi cognitiu. O la prevenció de caigudes, les quals poden tenir com a conseqüència la pèrdua d'autonomia, confusió, dependència

o depressió. També adquireix importància la necessitat d'intervenir sobre els problemes des de diferents perspectives. És el cas, per exemple, del maltractament a la gent gran, el qual pot produir, a més d'indefensió, una marcada deterioració en les persones que ho sofreixen a diferent nivell, tant físic com psicològic. És possible i necessari intervenir-hi des de diferents sectors i nivells, com serveis de salut, serveis socials o serveis educatius per detectar, prevenir i tractar el problema (ibíd., p. 20).

La necessària visibilitat i presència de les persones grans en l'àmbit social, fora de l'àmbit privat de la família i la llar, és un tema de particular interès que mereix ser analitzat amb més detall. El risc que la gent gran es vagin separant de l'espai social públic és una constant a causa de la separació de la feina (una de les fonts més importants de rutines i activitat social, que segons el que apunten Banks i Mazzonna, 2012, afecta de forma positiva el funcionament cognitiu d'homes grans en ocupacions d'alt nivell de demanda cognitiva), la pèrdua dels amics i familiars, la pèrdua d'autonomia per problemes puntuals o crònics de salut o d'un altre tipus, l'escassa oferta d'activitats diverses –per l'heterogeneïtat de persones i interessos que formen aquest col·lectiu–, i fins i tot, les expectatives socials i individuals a determinada edat. Tot això condiciona de forma molt important la presa de decisions d'aquest col·lectiu en una línia que els allunya cada vegada més de l'àmbit públic i els empeny cada vegada més a l'àmbit privat.

Des del nostre punt de vista, la visibilitat social està estretament vinculada a la participació social, a l'apoderament, a les relacions amb els diversos grups de població i amb la imatge més positiva o negativa, més activa o passiva, que es projecta a un mateix i als altres. La valoració positiva de les persones grans afavoreix la transmissió de la seva experiència i li dóna significat, i els dóna l'oportunitat de valoritzar les seves capacitats.

Reinventar l'envelliment, equilibrar la balança per treballar en les fortaleses i en les oportunitats, enfront de les debilitats i amenaces, té a veure amb tot això: amb el disseny de les ciutats, amb la presa de decisions sobre l'edat de jubilació, amb l'oferta cultural i l'oferta de formació al llarg de tota la vida, amb l'accés universal a les tecnologies de la informació i la comunicació, amb la inclusió d'una figura de la persona gran en els mitjans de comunicació més real i menys estereotipada. També, amb el foment del consentiment informat en temes legals, de salut, herències, cures pal·liatives; en definitiva, és necessari contribuir a construir una nova imatge més real i positiva de la persona gran que coincideixi amb la realitat i amb les expectatives de futur, comptant amb la participació activa de la mateixa gent gran.

Pel que fa a l'anàlisi de la contribució de les persones grans, és important incorporar en el debat el capital temps i la seva distribució entre aquest grup d'edat: «El capital temps és el disponible per a una persona o grup social en un període determinat, sigui el cicle vital complet, anual, setmanal o diari. El capital temps d'un grup resulta de l'agregació del capital temps individual de cadascun dels seus membres» (Durán, 2012, p. 46).

Així doncs, el capital temps també està relacionat amb l'equilibri entre el que es dóna i el que es rep. Com més bona és la salut, en una població de gent gran de gran importància numèrica i de pes demogràfic, més elevat és el seu capital temps (ibíd., p. 49) i amb això el seu potencial econòmic i social.

En qualsevol cas i per aconseguir el millor potencial, tant l'individu com les polítiques públiques han de parar esment als factors ambientals, econòmics, socials, de salut i de serveis, és a dir:

Factors ambientals: promoure ambients facilitadors tenint en compte les diverses formes d'envellir i aquells que viuen en zones rurals i urbanes, al propi domicili o en residències al nivell de: seguretat; transport accessible; prevenció de riscs, caigudes; serveis domiciliaris, de companyia, etc.

Factors econòmics: promoció d'accions en tres àmbits de protecció: sistema de pensions sostenibles, justes i compatibles amb recepció del treball realitzat posterior a la jubilació; jubilació voluntària considerant les diferents motivacions per al treball; valoració de les persones grans quan realitzen treball no remunerat.

Factors socials: promoure l'educació al llarg de tota la vida tenint en compte que això implica un factor protector de la salut al llarg de la vida i també en la vellesa a través de: promoure l'aprenentatge durant la vellesa; considerar les persones grans com un capital humà que ha de ser aprofitat; lluitar contra la discriminació en funció de l'edat.

Serveis socials i sanitaris: tal com s'ha comentat, promoure l'envelliment actiu implica comptar amb una perspectiva del cicle de la vida que prevegi la promoció de la salut i la prevenció de la malaltia tot al llarg de la vida: promoció de la salut i prevenció de la malaltia; atenció primària; cures de llarga durada; atenció sociosanitària. Les recomanacions també inclouen els factors conductuals, en el sentit de promocionar comportaments saludables (pel que fa a salut conductual i funcionament físic) i psicològics (promoure els factors protectors del funcionament cognitiu, promoure l'afecte positiu i el control i estratègies d'afrontament de l'ansietat i la depressió; i promoure el funcionament psicosocial i la participació) (OMS, 2001, 2002, a Fernández-Ballesteros, 2012, pp. 85-86).

Així doncs, envellir de forma positiva és una responsabilitat individual i col·lectiva; ha de ser integral i sistemàtica i, per tant, formar part del nostre guió de vida i també de l'agenda de les polítiques públiques; cal tenir en compte la trajectòria vital i no només un moment d'aquesta, perquè en limita les potencialitats. Referent a aquesta qüestió, recollim les aportacions d'Alan Walker (2012) en el sentit més específic de l'envelliment. L'autor recalca la idea que «la vellesa no és una qüestió cronològica, sinó una pèrdua de funcionalitat i, per tant, és necessari realitzar tots els esforços possibles per evitar aquesta pèrdua o per restaurar-la al més ràpid possible» (p. 91).

En qualsevol cas, bona part dels aspectes comentats estan interrelacionats, tant des d'una perspectiva negativa (si tenim en compte les dificultats i les amenaces) com des d'una perspectiva positiva (en aquest cas, les fortaleses i les oportunitats), i influeixen en la comprensió de l'envelliment i de la vellesa en el context de l'envelliment actiu. Així, fins i tot les activitats de temps lliure cobren sentit i contribueixen a la satisfacció i a la millora del benestar físic i psíquic; especialment si es té en compte la perspectiva de la implicació i participació de les persones grans a l'hora de realitzar-les, i per això és important tenir en compte el perfil dels usuaris i les ofertes possibles.

De fet, la implicació i participació en activitats de temps lliure mostra diferents perfils d'usuaris. Sobre aquest tema, Rodríguez, Fernández-Mayoralas i Rojo (2012) descriuen diversos grups d'acord amb el seu comportament en la realització d'activitats d'oci i participació social i comunitària, a partir de les dades extretes de l'enquesta de l'estudi pilot del projecte ELES (Estudi Longitudinal Envellir a Espanya) amb una mostra representativa de la població de cinquanta i més anys que resideix en habitatge familiar (ibíd., p. 53). Els components que entren en cada classificació reflecteixen la relació entre aspectes com l'edat i el gènere, l'estat civil, el nivell educatiu i formatiu, el nivell econòmic, el lloc de residència i de les xarxes familiars i socials de la població gran estudiada i el temps dedicat a la participació activa de l'individu en el seu procés d'envelliment. El grup majoritari (81%) realitza menys activitats o les realitza en el seu entorn proper, són més grans i tenen menys nivell educatiu i professional. El grup minoritari (el 19%) són persones més actives, més joves, tenen més nivell socioeconòmic i educatiu, són homes i tenen més qualificació professional. Són dades que val la pena tenir en compte en la planificació d'ofertes que possibilitin la participació de la població amb menys activitat i amb més dificultats per tenir-ne.

En qualsevol cas, i encara que es disposa d'evidència empírica cada vegada més sòlida sobre el paper dels diferents components de l'envelliment positiu en la longevitat i la qualitat de vida, encara queda un llarg camí per recórrer en aquest camp. A més, la crisi econòmica i financera en la qual ens trobam a Europa ha obert grans interrogants sobre els reptes econòmics i socials de l'envelliment, als quals alguns estudis d'ampli abast tracten de respondre. Així, per exemple, el quart estudi SHARE 2012 (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), amb dades recollides el 2010-11, l'objectiu del qual és analitzar el procés d'envelliment en profunditat des d'un enfocament multidisciplinari i multinacional. SHARE inclou dades al nivell micro sobre la salut, l'estatus socioeconòmic i les xarxes socials i familiars de més de 65.000 persones de cinquanta i més anys de vint països europeus. Aquests tipus d'estudis i metodologies són cada vegada més importants per a la planificació i la investigació, perquè aporten dades longitudinals de la població gran que permeten conèixer l'heterogeneïtat sobre la manera d'envellir des de diferents aspectes i aporten dades per analitzar en profunditat la situació de la gent gran i proposar mesures adequades. En aquesta línia, SHARE harmonitza amb altres estudis amb el mateix objectiu i semblant metodologia com US. Health and Retirement Study (HRS), English

Longitudinal Study of Ageing (ELSA) i The Irish Longitudinal Study of Ageing (TILDA). A Espanya els esforços segueixen també aquesta mateixa direcció a partir de l'ELES. Així doncs, són aquestes fonts de dades, juntament amb la proximitat als usuaris, el que també hem de tenir en compte en la planificació i racionalitat de les accions destinades al col·lectiu de què parlam.

La publicació d'aquest anuari forma part de les accions de promoció de la qualitat de vida de les persones grans que duem a terme des del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES), el Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques i la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, a través de la disseminació d'informació sobre aquest col·lectiu per part dels professionals i investigadors de les Illes Balears que treballen en diferents àmbits de la salut, socials, educatius, econòmics, etc., amb les persones grans. També a través de la promoció de la investigació i de la formació permanent i especialitzada de professionals de grau, postgrau i màster.

En aquest anuari es presenten vint treballs duts a terme per diferents autors: es tracta de treballs elaborats per professionals i investigadors que desenvolupen la seva tasca en diferents disciplines i àmbits de treball al nivell demogràfic, social, sanitari, mèdic, psicològic i educatiu, en els quals reflexionen sobre la feina que es duu a terme i el que queda per fer.

El grup GIFES, el Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la Direcció de l'Anuari de l'envelliment donam les gràcies a tots els autors i autores per la seva feina i per la seva contribució al fet que aquest sisè anuari es pugui haver dut a terme.

També volem donar les gràcies a les institucions que han fet possible aquesta publicació: la Conselleria de Família i Serveis Socials del Govern de les Illes Balears, el Departament de Benestar Social del Consell de Mallorca i la Fundació Guillem Cifre de Colonya de la Caixa d'Estalvis de Pollença, «Colonya».

Referències bibliogràfiques

Banks, J.; Mazzonna, F. (2012). The effect of education on old age cognitive abilities: evidence from a regression discontinuity design. *Economic Journal*, vol. 122(560), pp. 418-448.

Center for Healthy Aging and MetLife (2013). On the critical list? A MetLife report on the health status of the 40+ populations. White paper.
URL: https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/studies/2013/mmi-health-status-implications-40-population.pdf

Durán, M. A. (2012). El capital-tiempo y la posición económica de los mayores. A: Grupo de Población de CSIC. *Informe una vejez activa en España* (pp. 41-49). Madrid: EDIMSA Editores Médicos, SA.
URL: http://digital.csic.es/bitstream/10261/69327/1/2012VejezActiva.pdf

Fernández-Ballesteros, R. (2012). Envejecimiento activo: algunas consideraciones básicas. A: Grupo de Población de CSIC. *Informe una vejez activa en España* (pp. 83-88). Madrid: EDIMSA Editores Médicos, SA.
URL: http://digital.csic.es/bitstream/10261/69327/1/2012VejezActiva.pdf

Rodríguez, V.; Fernández-Mayoralas, G.; Rojo, F. (2012). Actividades de ocio y participación como base de una vejez activa. A: Grupo de Población de CSIC. *Informe una vejez activa en España* (pp. 53-80). Madrid: EDIMSA Editores Médicos, SA.
URL: http://digital.csic.es/bitstream/10261/69327/1/2012VejezActiva.pdf

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) 2012.
URL: http://www.share-project.org

Walker, A. (2012). Envejecimiento activo: desarrollando su potencial. A: Grupo de Población de CSIC. *Informe una vejez activa en España* (pp. 91-92). Madrid: EDIMSA Editores Médicos, SA.
URL: http://digital.csic.es/bitstream/10261/69327/1/2012VejezActiva.pdf

World Health Organization (WHO) (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva, World Health Organization, Department of Health Promotion, Non-communicable Disease Prevention and Surveillance.
URL: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf

World Health Organization (WHO) (2012). *Good Health adds life to years. Global brief for World Health Day 2012.* Geneva, World Health Organization. URL: http://www.who.int/world_health_day/2012

EL FUTUR DE LES PENSIONS I LES APORTACIONS DE LA GENT GRAN A LA SOCIETAT: UNA ALTRA PERSPECTIVA D'ANÀLISI

El futur de les pensions i les aportacions de la gent gran a la societat: una altra perspectiva d'anàlisi

Martí X. March Cerdà
Carmen Orte Socias

Resum

Aquest article té com a objectiu fonamental l'anàlisi del futur de les pensions, en el marc de l'envelliment demogràfic i dels canvis en les funcions i aportacions de les persones grans a la societat i a l'economia. S'analitza el futur de les pensions, estudiant l'informe dels experts sobre la sostenibilitat del sistema de pensions, que no només s'ha de basar en les cotitzacions a la seguretat social, sinó també en el coneixement de les aportacions que fa el col·lectiu de gent gran a la prosperitat econòmica i a la cohesió social i familiar. En aquest sentit, es proposen diversos elements per a la construcció d'un indicador que analitzi aquestes aportacions socials i econòmiques de la gent gran a la societat en les seves diverses dimensions.

Resumen

Este artículo tiene como objetivo fundamental el análisis del futuro de las pensiones, en el marco del envejecimiento demográfico y de los cambios en las funciones y aportaciones de las personas mayores a la sociedad y a la economía. Se analiza el futuro de las pensiones, estudiando el informe de los expertos sobre la sostenibilidad del sistema de pensiones, que no sólo debe basarse en las cotizaciones a la seguridad social, sino también en el conocimiento de las aportaciones que hace el colectivo de personas mayores a la prosperidad económica y a la cohesión social y familiar. En este sentido se proponen varios elementos para la construcción de un indicador que analice estas aportaciones sociales y económicas de las personas mayores a la sociedad en sus diversas dimensiones.

1. El canvi de paradigma cultural i l'envelliment

És un fet contrastat i constatat que les tendències demogràfiques, en el context europeu, dibuixen una línia clara cap a l'envelliment de la població, una tendència que tindrà i ja té conseqüències importants i significatives per a l'economia, per a les polítiques socials i pel manteniment de l'estat del benestar. Així, a partir de l'anàlisi d'un informe d'Eurostat (2011, 36-41) sobre l'envelliment actiu i la solidaritat intergeneracional, es constaten les tendències demogràfiques següents:

1. Eurostat's population projections suggest that there will be less than two people of working age (15 to 64 years) for every older person aged 65 or more in the EU by 2060, compared with a ratio of almost four to one today; it is important to note that demographic dependency ratios such as these may be further influenced by underemployment or unemployment (which have the potential to reduce further the

number of persons actually in work and supporting the remainder of society). The most rapid changes in the size of the working age population are expected to take place during the period.

2. Population projections foresee little overall change in the total number of inhabitants in the EU between 2010 and 2060. However, the structure of the population is expected to become much older, with a marked change in its age profile, as the older sections of the population account for an increasing share of the total number of inhabitants. Indeed, the changes that are foreseen are unprecedented, as there are no historical examples of age distributions being shaped like inversed pyramids, with the oldest age classes bigger than the youngest ones.

3. While patterns relating to the overall size of the population will be mixed during the coming 50 years, there is more certitude as regards a general ageing of the world's population. Its projected median age is foreseen to rise from 29.2 years in 2010 to 39.1 years by 2060. This pattern of increasing longevity will be repeated across each of the continents; a more rapid process of demographic ageing in lower and middle income countries (than in developed world economies) is widely expected. Latin America and the Caribbean as well as Asia are likely to be the continents with the fastest growth in their median age between 2010 and 2060.

Per tant, és evident que aquests canvis demogràfics a Europa —conseqüència de molts factors de caràcter econòmic, social, cultural i familiar— tindran i tenen conseqüències significatives a tots els nivells de l'estructura social, de la política, de les relacions intergeneracionals, de la política social, de les pensions, del mercat de treball, de l'edat i de les condicions de jubilació. Tanmateix, plantejar aquesta qüestió de l'envelliment demogràfic només des de la perspectiva de les pensions no només és un error sinó que significa ignorar altres variables importants: les polítiques familiars, les polítiques actives i passives de treball, les polítiques educatives, les polítiques econòmiques o les polítiques fiscals. Aquesta tendència demogràfica, en el cas d'Espanya, es concreta en el fet que és un dels països més envellits d'Europa. Malgrat que les Illes Balears tenen una de les poblacions menys envellides en comparació amb la de les altres comunitats autònomes, no queden excloses, a causa la seva pròpia dinàmica demogràfica, del procés d'envelliment que, en general, s'experimenta en tots els països desenvolupats.

Totes aquestes realitats i tendències demogràfiques i socials que configuren la realitat espanyola i balear han de ser analitzades en funció de les seves conseqüències i impactes. Efectivament, el coneixement i la comprensió d'aquesta realitat tindrà importants efectes en tots els àmbits, que cal considerar en tots els sentits i en tots els aspectes. Quins són aquests efectes? Quines són les seves característiques?

1. El procés d'envelliment de la societat i de la població contribuirà, de manera important, a la modificació de les relacions entre generacions, amb tot el que aquest fet implicarà en tots els àmbits. Es tracta d'una qüestió fonamental des de la perspectiva econòmica, social, cultural i política.

2. La modificació de les relacions intergeneracionals suposarà, tal com es dugui a terme, un canvi en el conjunt de la societat, en les seves relacions socials, en la cultura de l'envelliment, en la concepció de les pensions, en la manera de tractar la situació de les persones grans, en el desenvolupament de les polítiques socials, en la manera de concebre els processos de jubilació, en el valor de la solidaritat, en el paper del voluntariat...

3. El replantejament concret i específic dels patrons del temps de treball i de jubilació:

   - Increment del valor social de la vida autònoma, de l'envelliment actiu
   - Modificacions de les condicions de treball
   - Replantejament de la política de pensions
   - Combinació de les pensions públiques i dels plans de jubilacions i pensions privats
   - Reestructuració de la Seguretat Social
   - Augment de l'edat de jubilació
   - Combinació del treball i de la jubilació
   - Noves maneres de viure la jubilació
   - Nous rols i noves funcions de les persones grans
   - Noves relacions familiars entre padrins, pares i fills
   - Noves maneres de gestionar els serveis per a persones grans
   - Noves maneres per part de les persones grans de donar resposta a les seves necessitats

I en aquest context plantejat, una variable que cal analitzar, per tot el que significa, és el que implica l'envelliment actiu i les aportacions que les persones jubilades fan a la societat, aportacions i funcions que es caracteritzen per passar d'una situació de passivitat a una situació d'activitat, d'activisme, de conducta prosocial, etc. El perfil i les característiques de les persones grans ja no seran iguals a les que hem conegut fins ara. Estam assistint a un canvi cultural, a un canvi de paradigma, a un canvi de concepció, a un canvi profund de la societat, l'economia, el lleure, els serveis socials, les polítiques de benestar social, etc.

Per tant, resulta evident que les polítiques sobre l'envelliment, sobre les persones grans, no es poden reduir al tema de les pensions. Cal tenir una visió més integral, més global de la qüestió. Estam, sobretot als països de la Unió Europea, davant d'un nou paradigma, d'una nova cultura, d'una nova concepció de l'envelliment. I això implica no només tenir una diagnosi seriosa i rigorosa sobre aquest sector de la població, sinó plantejar les polítiques adequades per donar resposta als problemes existents. Aquest és el repte al qual cal donar resposta.

Donar una resposta a aquesta nova situació i realitat de les persones grans des de la perspectiva de les pensions no només és un error metodològic de plantejament, sinó que implica un reduccionisme polític, social, econòmic, cultural... Efectivament, tot i que la problemàtica de les pensions s'ha de plantejar de manera adequada, cal tenir en compte que no hi ha només una manera d'analitzar aquesta qüestió, i que, a més, és necessari considerar les aportacions que fa aquest sector de població a la societat en forma de salari indirecte. És quelcom que és necessari estimar. S'està construint, doncs, un nou paradigma de l'envelliment, una nova concepció de les persones grans. Estam, en definitiva, davant una nova societat que s'està estructurant d'una manera cada vegada més desigual,[1] una societat que es preocupa cada vegada més per l'eficiència que per la distribució adequada dels recursos. I aquest és un tema que no només afecta, lògicament, la gent gran, sinó, també el conjunt de la societat i determinats col·lectius socials.

Efectivament, ens trobam davant una nova mirada, unes noves mirades sobre les persones grans en relació amb diverses qüestions com la salut, la sexualitat, la longevitat, la felicitat, el compromís, els drets de ciutadania, la globalització, les relacions intergeneracionals, la bellesa, les noves tecnologies, la vida quotidiana, el voluntariat, el mercat de treball, les relacions familiars, l'economia, l'habitatge, la ciutat, el territori, el turisme, etc. Però hi ha noves mirades perquè la realitat està canviant, perquè la realitat ha canviat, perquè la realitat és dinàmica; i tot això, ara més que mai.

L'IMSERSO (2009) en una obra interessant, *Nuevas miradas sobre el envejecimiento*, ens planteja no només les conseqüències actuals de l'envelliment, sinó també la necessitat de desmuntar mites, estereotips i totes les falses percepcions que avui en dia existeixen en relació amb la vellesa i el procés d'envelliment. Per tant, les noves mirades cap a l'envelliment no són una qüestió de voluntarisme, no són una qüestió de desitjos de veure les coses d'aquesta manera. Les noves mirades sobre l'envelliment són fonamentalment l'impacte de tot el que ha passat i està passant actualment en relació amb les persones grans. La realitat de la gent gran és cada vegada més una altra, és cada vegada més distinta, és cada vegada més diversa.

En aquest context de noves mirades i de noves percepcions, és important fer referència a dos autors: per una part, Gonzalo Berzosa i, per l'altra, Rocío Fernández-Ballesteros i altres. Efectivament, aquests autors, des de perspectives diferents, aporten noves reflexions sobre aquesta nova realitat de la gent gran. Així, Gonzalo Berzosa (2009, 258) respecte de la nova concepció sobre les persones grans diu el següent:

[1] La problemàtica de la desigualtat està generant a Espanya i a Europa molts estudis que, de manera directa o indirecta, es refereixen al sector de les persones grans. En aquest sentit, cal tenir en compte una sèrie d'obres que analitzen aquesta problemàtica: Consejo Económico y Social de España (2013), Fundación Foessa (2013), Intermon Oxfam (2012), Jenkins, Brandolini, Micklewright i Nolan (2012), Laparra i Pérez-Eransus (2012), Milánovic (2006), Navarro (2012) i Stiglitz (2012).

> "El desempeño de nuevos roles de la vejez no es fácil porque si bien todo cambio genera resistencias en el modelo social de persona mayor se destacan tres resistencias que frenan y desvirtúan la conquista de algunos colectivos. En primer lugar está la resistencia personal a algo desconocido. Al no disponer de imágenes sociales que reproduzcan nuevos modelos de ser mayor la aventura individual se frena por la amenaza de lo desconocido. En segundo lugar hay una resistencia, que surge del entorno en el que viven las personas mayores, que se circunscribe muchas veces a su familia y al vecindario. El contexto determina el modelo que deben seguir porque demandan viejas tradiciones y repetición de modelos anteriores. Esta segunda resistencia afecta directamente a muchas mujeres mayores que han realizado su proyecto vital en el ámbito familiar y han cumplido un secular papel social de **«cuidadoras»** de padres, suegros, maridos e hijos. Han llegado a edades avanzadas con pocos recursos económicos y carentes de redes sociales. Se han realizado en el ámbito privado y ellas, que han sido el apoyo natural de muchos durante largos periodos de su vida, se encuentran ahora con que sus hijos y sus familiares están dispersos y lejos, por razones laborales o afectivas, y no pueden apoyarse en ellos, como siempre habían esperado que algún día les sucediese. Esta resistencia es fruto de la dispersión familiar que nuestra sociedad industrial conlleva y de los diversos modelos de familias que se han establecido en el siglo XXI. La tercera resistencia al cambio se plasma a través de los medios de comunicación que muchas veces repiten imágenes del pasado y refuerzan con su lenguaje visual los modelos que hay que superar."

Per tant, com qualsevol canvi personal, social, polític, econòmic, cultural, etc., hem d'assenyalar l'existència de resistències importants i significatives en tots els àmbits. En el cas de les persones grans, ja hem vist que Gonzalo Berzosa les planteja de manera clara i que no només dificulten que els nous rols de les persones grans es puguin desenvolupar, sinó també que la societat les pugui percebre de manera positiva.

En aquesta mateixa perspectiva, Antonio Bustillos, Rocío Fernández-Ballesteros i Carmen Huici (2012) han investigat els efectes sobre el comportament que té l'activació no conscient de categories socials tant entre els joves com entre les persones grans. Així, i en relació amb els resultats obtinguts, els autors esmentats (356-357) ens plantegen el següent:

> "Nuestros resultados apoyan decisiones políticas tomadas por Naciones Unidas en 1999, seguidas por los Países Miembros (entre ellos España), por las que se modificó el denominativo «viejo» por «persona mayor» (o «persona de edad»). También tienen implicaciones prácticas en su utilización en la reducción de los estereotipos culturales, la recomendación realizada en el II Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento (Naciones Unidas, 2002, Cuestión 4ª, Imágenes sobre el envejecimiento, p. 43). Como se ha puesto de relieve, el uso de etiquetas

> denigratorias promueve que estos estereotipos negativos se sigan aplicando a los miembros del exogrupo de forma automática (Fernández-Ballesteros, Huici, Bustillos y Molina, 2007). Por su parte, cuando los miembros del grupo de mayores son categorizados a través de la etiqueta denigratoria se aplicarán los estereotipos del grupo a sí mismos, incluso modificando su propio comportamiento. Desde un punto de vista aplicado nuestros resultados ponen de manifiesto la relevancia de la utilización de etiquetas positivas para referirse a miembros de grupos estigmatizados, en este caso personas mayores."

Per tant, els canvis en relació amb les persones grans tenen moltes dimensions i perspectives, tant de caràcter objectiu com de caràcter subjectiu, però, tot plegat, ens donen una visió global sobre aquesta nova realitat, sobre aquestes noves mirades, sobre aquestes noves percepcions de les persones grans. Ens trobam, doncs, davant un nou paradigma de l'envelliment, que en els propers anys tindrà importants efectes en tots els àmbits de la societat. Si el segle XX fou l'escenari del canvi de la situació de la dona dins la societat, el segle XXI, sobretot en els països desenvolupats, suposarà un canvi significatiu amb relació a les persones grans.

2. La reforma de les pensions: un informe interessant però parcial

Una de les conseqüències no només del procés d'envelliment sinó també de decisions polítiques, ideològiques i econòmiques és el debat sobre la reforma de les pensions que s'està plantejant amb més força que mai. Efectivament, el debat sobre les pensions es planteja, fonamentalment a Espanya —però també en altres països europeus— com a conseqüència de dues realitats: per una part, l'envelliment demogràfic de la societat i, per l'altra, la crisi econòmica que està sofrint, especialment, Europa.

En aquest context, d'envelliment de la població espanyola i de la crisi econòmica, el govern espanyol va encarregar a una sèrie d'experts un informe[2] sobre el futur de les pensions, sobre, tal com es diu al mateix informe, el factor de sostenibilitat del sistema públic de les pensions. Un informe que s'ha rebut amb polèmica, no només per la composició del grup d'experts des d'una la perspectiva ideològica, sinó, sobretot, per les conclusions que es desprenen de l'informe. Així, una de les conclusions és que s'admet la probable disminució significativa de la prestació de jubilació mitjana sobre el salari mitjà. En tot cas serà el Pacte de Toledo l'encarregat de donar forma final a les propostes dels experts.

Quines són les propostes dels experts sobre el futur de les pensions? És evident que el tema del futur de les pensions no pot ser competència dels experts, ja que ens trobam davant

[2] Informe del Comité de Expertos sobre el factor de sostenibilidad del sistema público de pensiones.

una qüestió que afecta no només el futur dels pensionistes, sinó també el futur, en part, de la societat. Això significa que el tema no només és d'una gran complexitat, sinó que es necessita la participació dels sectors afectats, i també de la societat, organitzada a través de les diverses entitats. En definitiva, ens trobam davant un tema «polític» amb tot el que significa «la política» en la cruïlla actual.

A més, cal tenir en compte, també, que fer projeccions de caràcter econòmic o demogràfic resulta complex, ja que resulta impossible controlar totes les variables que condicionen l'evolució demogràfica i la situació econòmica. Fer, a més, un informe sobre les pensions en un moment com l'actual pot implicar una tendència cap al pessimisme o cap a una ideologització excessiva en el moment de prendre decisions.

Tanmateix, cal assenyalar que ens trobam davant un informe que té elements interessants, que aporta idees positives, que fa una anàlisi que té elements de realitat i que fa propostes que s'han de tenir en compte. És, en definitiva, un informe que ha de contribuir a prendre les decisions adequades en relació amb el futur de les pensions. En tot cas, un informe que necessita altres aportacions, altres reflexions. El que resulta evident és que el tema de les pensions condiciona molts aspectes de la política actual i de la realitat futura.

Quines són les conclusions més significatives de l'informe esmentat? De les diverses conclusions, cal destacar la que es refereix a la idea i a la proposta del factor de sostenibilitat de les pensions. Es tracta, en qualsevol cas, d'assegurar que el sistema de pensions es pugui sostenir per si mateix, intentant reforçar el sistema davant les tensions de les tendències demogràfiques i de les condicions socials i econòmiques. En definitiva, el factor de sostenibilitat pretén garantir l'equilibri entre les despeses i els ingressos d'un sistema públic de pensions.

Per tant, de l'informe dels experts, cal assenyalar, en primer lloc, la seva aposta pel sistema públic de pensions, i aquest és un fet fonamental, no només perquè garanteix la universalització de les pensions, sinó també un cert nivell d'equitat del sistema i un nivell mínim de dignitat cap a aquest col·lectiu de persones grans. Efectivament, difícilment es podrà garantir la universalització de les pensions si aquest sistema no es fa des de la cosa pública. Les aportacions del sistema de pensions o dels plans de jubilacions, a més de ser parcials, no arriben a la majoria de la població. A més, el sistema públic de pensions es fonamenta en un pacte intergeneracional, en un acord entre generacions, en què els treballadors actuals paguen les pensions dels jubilats actuals, en funció de les seves aportacions passades al sistema, i així successivament. Un sistema de pensions que possibilita no solament més cohesió social sinó també més cohesió familiar, més solidaritat, menys individualisme i més igualtat social.

De totes maneres, aquesta aposta pel sistema públic de pensions no només és una decisió que s'emmarca en el que planteja l'article 50 de la Constitució espanyola, sinó en les

polítiques que els diversos governs espanyols han dut a terme i que es van concretar amb la signatura del Pacte de Toledo, un pacte que necessita una actualització permanent, d'acord amb les circumstàncies econòmiques, polítiques i socials. Aquesta actualització permanent, però, no pot posar en qüestió la filosofia bàsica de les pensions, ni tampoc pot introduir elements d'incertesa en el sistema que afectaran un col·lectiu tan vulnerable com el dels pensionistes.

Tot i el que hem plantejat, és evident que l'informe dels experts, malgrat la seva aposta per les pensions públiques i per la sostenibilitat del sistema, ha causat preocupació entre els jubilats, els grups polítics i parlamentaris i els sectors de la societat civil per diverses raons: per una part, perquè les pensions poden baixar i poden estar per sota de l'increment del nivell de vida i, per l'altra, per l'aposta pels plans de jubilacions i pensions privades, en uns moments en què el poder adquisitiu de les famílies espanyoles ha baixat de manera considerable en tots els sentits i s'ha perdut la possibilitat de l'estalvi, sobretot entre les famílies de classe mitjana.

Així doncs, l'informe del comitè d'experts és positiu, però introdueix elements d'incertesa amb relació al paper del sistema públic de pensions i la seva fortalesa i amb relació a l'actualització de les pensions que es fa cada any. Aquest és un dels nuclis clau del problema. És una de les qüestions sobre les quals cal seguir reflexionant, que té relació amb tot el que significa el factor de sostenibilitat de les pensions públiques.

En aquest context plantejat, resulta prou interessant analitzar la fórmula per calcular el factor de sostenibilitat i resulta interessant perquè és en relació amb aquests aspectes que es pot analitzar la dimensió política i social de dita sostenibilitat. Així el **factor de sostenibilitat** es compon de dues fórmules. Per una part, el **factor d'equitat intergeneracional (FEI).** Aquesta fórmula analitza la pensió inicial en funció de les cotitzacions realitzades i la modera en la proporció que s'hagi incrementat l'esperança de vida de la persona jubilada en funció de l'esperança de vida que s'hagi plantejat com a referència. Per l'altra part, **el factor de revalorització anual (FRA),** que pretén equilibrar el creixement de les pensions en funció dels ingressos disponibles, el nombre de pensions entre les quals s'ha de repartir i l'anomenat efecte de substitució. Això vol dir que, si hi ha dèficit, es modera el creixement de les pensions i, si hi ha superàvit, s'incrementa.

A partir d'aquesta anàlisi de les fórmules plantejades per calcular el factor de sostenibilitat de les pensions, podem fer una sèrie de reflexions:

a. Tot i que l'informe pretén garantir la sostenibilitat de les pensions, és evident que aquestes es col·loquen en una situació d'una certa inestabilitat, en funció de les dues fórmules proposades.

b. Les pensions poden disminuir la seva quantia en funció de les variables plantejades pels experts.
c. La fórmula de sostenibilitat de les pensions introdueix, de manera indirecta, la qüestió dels plans de jubilacions i de pensions privats.
d. La sostenibilitat de les pensions hauria d'introduir, en qualsevol cas, la qüestió del finançament global d'aquestes. És a dir, les pensions s'han de sostenir només en funció de les cotitzacions a la Seguretat Social o l'Estat hauria de tenir altres fórmules de finançament a través d'aportacions específiques.
e. La sostenibilitat de les pensions necessita, en qualsevol cas, la ratificació política; en aquest sentit, els experts la remeten al mateix al Pacte de Toledo. Això significa, per tant, que calen decisions polítiques que facin possible la concreció d'aquesta sostenibilitat.
f. La sostenibilitat de les pensions té a veure, també, amb l'evolució de la demografia i de l'envelliment demogràfic. Aquesta implica, per tant, la necessitat de debatre les polítiques familiars que es duen a terme, així com la delimitació de l'edat de jubilació i de les seves condicions.
g. La sostenibilitat de les pensions té a veure, també, amb l'evolució de l'economia de manera general i, al mateix temps, amb el model econòmic, amb el tipus de contracte, amb la qualitat de les contractacions, amb el nivell de qualificació laboral, amb la política de cotitzacions, etc.
h. Un altre element que caldrà desenvolupar amb relació a les pensions fa referència a la seva distribució, al seu nivell d'equitat, a les diferències entre les pensions màximes i les mínimes.
i. La política de pensions s'ha de correlacionar amb la política que es dugui a terme en la qüestió de la dependència o les altres polítiques s'han de correlacionar amb l'envelliment i l'envelliment actiu.
j. La política de pensions necessita, tal com es planteja a l'informe dels experts, transparència i control. Transparència i control són dos condicionants fonamentals perquè es pugui generar la confiança necessària entre la ciutadania.
k. I, finalment, és evident que tot el que s'ha plantejat amb relació a la sostenibilitat de les pensions requereix la participació dels sectors afectats, de la ciutadania, dels grups polítics i de les organitzacions sindicals i empresarials.

És evident, doncs, que ens trobam en una cruïlla bàsica pel futur de les pensions a Espanya. A més, cal tenir en compte que aquest informe no només respon a una sèrie de fets i dades objectives, sinó que, a més, la Unió Europea exigeix una reforma de les pensions. Aquesta reforma, en qualsevol cas, va en la línia de la seva disminució, com una manera de fer sostenible el sistema públic de pensions. Per tant, el debat i les reflexions sobre les pensions requereixen ampliar les mirades i les perspectives. No hi ha una sola manera d'abordar les pensions, no hi ha una sola manera de fer-ne possible el manteniment i la sostenibilitat. No hi ha una sola manera de fer possible que la dimensió pública de les pensions sigui una realitat de present i de futur.

Per tant, cal anar més enllà de l'informe dels experts, tot i la utilitat, l'interès, les reflexions i les aportacions que té. L'informe ha de ser una oportunitat per seguir reflexionant sobre el present i el futur de les pensions. Es necessiten més estudis i informes, més reflexions i debats, més idees i més participació. Les pensions són fonamentals per possibilitar no només una societat cohesionada, sinó un col·lectiu que pugui viure una vida decent, digna i respectuosa amb els drets humans i la consecució d'una bona qualitat de vida.

3. Les pensions i l'anàlisi d'un nou factor: el factor de les aportacions de les persones grans a la societat (faps)

La pregunta, doncs, que ens podem formular en relació amb les pensions i el seu finançament és si realment és necessari plantejar que aquestes necessiten una aportació econòmica que vagi més enllà de les cotitzacions a la Seguretat Social que fan els treballadors i els empresaris. Es tracta d'una reflexió necessària que suposa, prèviament, plantejar-se una sèrie de qüestions: implica definir el tipus d'estat del benestar que volem i que necessitam, implica plantejar-se el model de finançament d'aquest estat del benestar, implica reconèixer el nivell d'aportació de cada ciutadà, implica reflexionar sobre el nivell de participació de la societat civil en el procés de consolidació de l'estat del benestar, etc.

Tanmateix, la reflexió sobre si hi ha d'haver més aportacions a les pensions, a més de les cotitzacions socials, és necessària. A més, és necessari conèixer la despesa pública dels diferents estats de la Unió Europea en relació amb les pensions. La participació de la despesa en pensions, en percentatges, de cada país en relació amb el PIB és una dada molt significativa que ens ajuda a conèixer aquesta realitat i, a més, implica una reflexió sobre la possibilitat d'incrementar aquestes aportacions per via fiscal. Quines són les dades que tenim en relació amb aquesta qüestió? Les dades següents són dades reals i previsions d'aquestes dades en funció de les projeccions demogràfiques i d'altres tipus:

Taula 1 | *Gasto público en pensiones en la UE. En porcentajes del PIB, 2004-2050*

	2004	2010	2020	2030	2040	2050	Δ 2004/2050
Bélgica	10,4	10,4	12,1	14,7	15,7	15,5	5,1
Dinamarca	9,5	10,1	11,3	12,8	13,5	12,8	3,3
Alemania	11,4	105	11,0	12,3	12,8	13,1	1,7
España	8,6	8,9	9,3	11,8	15,2	15,7	7,1
Francia	12,8	12,9	13,7	14,3	15,0	14,8	2,0
Irlanda	4,7	5,2	6,5	7,9	9,3	11,1	6,4

	2004	2010	2020	2030	2040	2050	Δ 2004/2050
Italia	14,2	14,0	14,0	15,0	15,9	14,7	0,5
Luxemburgo	10,0	9,8	11,9	15,0	17,0	17,4	7,4
Holanda	7,7	7,6	9,0	10,7	11,7	11,2	3,5
Austria	13,4	12,8	12,8	14,0	13,4	12,2	-1,2
Portugal	11,1	11,9	14,1	16,0	18,8	20,8	9,7
Finlandia	10,7	11,2	12,9	14,0	13,8	13,7	3,0
Suecia	10,6	10,1	10,4	11,1	11,6	11,2	0,6
Reino Unido	6,6	6,6	6,9	7,9	8,4	8,6	2,0
UE-14	10,6	10,4	10,8	12,1	12,9	12,9	2,3

Font: Econonomic Policy Committee (2006)

De l'anàlisi d'aquestes dades podem extreure les conclusions següents: a) en primer lloc, cal diferenciar les dades reals de les projeccions de futur. Tot i que les projeccions de futur són interessants, no deixen de ser una hipòtesi que la mateixa realitat s'encarregarà de confirmar o no. Es tracta d'un tema que requereix diversos matisos tant en funció del que hi ha com del que es planteja de cara al futur. b) En segon lloc, cal assenyalar que les despeses en pensions en relació amb el PIB posen de manifest que Espanya està per sota de la mitjana dels països de la UE dels anys 2004 i 2010, i de les previsions de l'any 2020 i 2030. c) En tercer lloc, cal assenyalar que les despeses en pensions en relació amb el PIB resulten superiors a Espanya, amb relació als diversos països de la UE, a partir de les previsions de l'any 2040. d) I, finalment, cal posar de manifest que aquestes dades signifiquen que Espanya no gasta en aquests moments el que es planteja en la mitjana de la UE. Per tant, hi ha un recorregut significatiu.

Això suposa, per tant, no només que les pensions a Espanya són més baixes que a la resta dels països de la UE —de mitjana— sinó que les depeses generals també són més baixes. Aquesta dada implica una reflexió sobre si és possible que les pensions tinguin altres aportacions, a més de les cotitzacions socials. Efectivament, tot i que es tracta d'un tema sobre el que cal reflexionar i prendre decisions des de la racionalitat, el rigor, la sostenibilitat, el manteniment de l'estat del benestar, etc., cal tenir en compte una sèrie de fets importants que es produeixen a Espanya:

1. S'està demostrant que les pensions són un factor de primera importància en relació amb el fet que moltes famílies poden dur una vida relativament digna gràcies a les pensions dels pares i padrins. Es tracta d'un fet important, que no s'havia donat mai a Espanya i que posa de manifest que les pensions són un baluard contra la crisi econòmica i l'atur que afecta moltes famílies espanyoles. L'existència de les pensions està impossibilitant la caiguda en **l'exclusió social.**

2. Les pensions són, doncs, un factor important de **cohesió familiar**, en un sentit intergeneracional. Les famílies es mantenen en una situació d'unió entorn de les pensions dels pares i dels fills.

3. El manteniment del poder adquisitiu de les pensions és, a més, un element clau no només de cohesió familiar i que evita l'exclusió social, sinó també un factor que possibilita, en moments de crisi, un cert consum de béns de primera necessitat. Per tant, la revisió de la quantia de les pensions, en relació amb l'IPC, resulta important perquè els efectes plantejats continuïn de manera significativa.

4. Aquesta situació, però, implica una disminució no només de la qualitat i del nivell de vida de les persones grans, sinó també, i això és important, una pèrdua de la seva independència i de la seva autonomia de vida personal, social, d'oci, etc.

En aquest context plantejat, és interessant analitzar el que, pel que fa a aquesta qüestió, planteja un estudi de l'Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya (2012) sobre l'impacte de la crisi en les persones grans. Cal senyalar que les dades d'aquest estudi, però també d'altres, posen de manifest que les persones grans són cada vegada més un puntal bàsic per a les seves famílies i per a les joves generacions. I això inclou des d'ajuts econòmics fins a la cura dels néts o ajudes d'altres tipus. Els resultats obtinguts mostren que una bona part de les persones grans constitueixen un element clau en la sostenibilitat de moltes famílies lliurant ajut econòmic, ajut material o oferint allotjament als fills. Una altra dada rellevant és que una de cada quatre persones del grup de pobresa ha hagut d'acollir a casa seva els seus fills —i els néts, si n'hi ha— que es troben encara en una situació pitjor: sense feina, sense prestacions o sense possibilitat de pagar un habitatge o un lloguer. Per contra, un 31% de les persones d'aquest mateix grup ha perdut algun tipus de suport (majoritàriament dels fills i filles, encara que també ajuda dels serveis socials).

Tot això implica que les persones grans, d'acord amb aquests resultats i en funció del nivell d'atur general i juvenil que està sofrint la societat espanyola, són un factor de contenció social, són un element fonamental per evitar una conflictivitat social important i significativa. És a dir, que aquest suport social que està donant el col·lectiu de gent gran als fills i néts s'ha d'analitzar des de la perspectiva de la cohesió social i de l'existència d'una societat estable. Es tracta, doncs, d'una nova funció de les persones grans que no s'havia donat al llarg de la història recent. Això implica una importància i un impacte de les pensions d'acord amb aquestes funcions i, per tant, que la disminució de les pensions pot tenir conseqüències negatives, tant de manera directa com de manera indirecta.

Per tant, en el marc dels canvis socials i en el procés del que s'ha denominat l'envelliment actiu, cal assenyalar que estam, ara i aquí, al segle XXI, davant un canvi de rol de les persones grans que va més enllà del que s'havia conegut fins ara. Efectivament, estam

passant d'una situació de pocs anys de vida després de la jubilació a un increment de l'esperança de vida; d'un col·lectiu caracteritzat per la seva passivitat a un grup de persones grans cada vegada més actives; d'un col·lectiu poc visible a un col·lectiu cada vegada amb més elements de visibilitat; d'un col·lectiu poc consumidor a un col·lectiu que gaudeix —amb diferències i dificultats— i a un grup que forma part de la societat de consum; d'un col·lectiu amb poques aportacions econòmiques a un grup cada vegada més important per al desenvolupament de l'economia i al PIB; d'un col·lectiu poc solidari a un grup cada vegada més solidari i amb més aportació social...

Per tant, quan es parla de les persones grans, és necessari parlar, d'acord amb la realitat actual, d'un col·lectiu divers, actiu, plural, visible... La percepció que era un col·lectiu que no aportava res a la societat està passant a la percepció que és un col·lectiu que, malgrat la jubilació, segueix aportant a la societat diversos actius que contribueixen no només a la prosperitat econòmica sinó també a la cohesió social i familiar. Per tant, aquest canvi en la realitat de les persones grans, en la percepció d'elles mateixes, en les funcions que compleixen... implica que cal dur a terme una anàlisi sobre les conseqüències que té en el tema de les pensions. Efectivament, la qüestió de les pensions relacionada amb el procés d'envelliment de la població, les dificultats per mantenir l'estat del benestar, els problemes per fer sostenible la despesa de les pensions i les noves funcions i aportacions de les persones grans a la societat impliquen fer una reflexió sobre el finançament de les pensions.

Així doncs, i en aquest sentit, cal assenyalar que, si aquestes tendències sobre l'envelliment es mantenen i el col·lectiu de persones grans es consolida com un col·lectiu que fa possible el manteniment de la cohesió social i familiar, cal reflexionar sobre el finançament de les mateixes pensions. Efectivament, si l'aportació de les persones grans fos nul·la, segurament no caldria plantejar-se si és necessària una partida dels pressupostos de l'Estat per consolidar les pensions. I la resposta a aquesta pregunta no pot se negativa, sinó que cal obrir una línia d'estudi, de reflexió i de debat.

Segons la nostra opinió, cal estudiar la construcció d'un nou indicador que pugui fer una primera aproximació a les aportacions del col·lectiu de les persones grans al PIB de la societat, analitzant les activitats diverses que contribueixen al creixement econòmic del país. I en funció de l'anàlisi d'aquest indicador, cal estudiar si s'han de fer aportacions dels pressupostos estatals a la borsa de les pensions, com fer-ho, en quina quantitat, com es poden distribuir, els criteris de dita distribució, etc. Per a la construcció d'aquest indicador és necessari no només tenir clar el que s'ha d'estudiar, sinó també la metodologia necessària per fer-ho. No és una qüestió fàcil ni a curt termini, però sí necessària per poder tenir la màxima informació i el màxim coneixement per abordar una decisió d'aquestes característiques i d'aquest impacte.

Pel que fa a aquesta qüestió, vegem una sèrie d'exemples que ens permetran construir aquest indicador, aquest nou factor que podríem denominar el factor de les aportacions

de les persones grans a la societat (FAPS). El coneixement, la construcció i els efectes d'aquest factor podrien possibilitar que es pogués tenir la informació necessària per conèixer aquesta contribució de les persones grans i discutir si aquestes aportacions s'han de traduir en una nova manera de finançar les pensions.

De quins exemples podem parlar pel que fa a aquesta qüestió? A més de la informació de l'informe de la Creu Roja sobre el paper de les pensions de les persones grans per mantenir la cohesió social i familiar, cal fer referència a altres exemples que posen de manifest la transcendència de determinats aspectes que possibiliten una contribució més gran de la gent a la societat. Així, tot i que no es tracta de ser exhaustius en la relació dels diversos aspectes a analitzar, aquests exemples poden ajudar a tenir una idea del que es pretén analitzar i conèixer.

1. El projecte d'investigació de Concepció Paxot (2012) «Pensiones y educación: efectos combinados sobre la distribución inter y intrageneracional de la renta» té com a objectiu contribuir a l'anàlisi de l'efecte de l'estat del benestar, en el seu conjunt, en la redistribució intra i intergeneracional de la renda.

   Atesa la complexitat d'aquest tema, el projecte es dirigeix, en concret, als dos programes públics de més envergadura entre els dirigits als dependents grans (pensions) i joves (educació). Per avaluar la distribució tant inter com intrageneracional serà necessari combinar tècniques de macro i micro simulació. Amb això serà possible simular els efectes redistributius de les reformes del disseny d'aquests programes socials davant l'envelliment de la població —un dels principals desafiaments de l'agenda política actual—. En aquest projecte d'investigació es parteix del fet que els ciutadans espanyols consumeixen més renda de la que obtenen del treball fins al 26 anys i a partir dels 58. És una dada interessant però que cal analitzar des de diverses dimensions: a) quina és la renda que construeixen els ciutadans espanyols al llarg de la seva vida i quina és la que consumeixen; b) com evoluciona tant la construcció de la renda com el consum al llarg dels anys; c) quin consum de renda i quina construcció es fa a partir de la jubilació i fins a la mort en funció de diverses variables: anys, edat, sexe, nivell d'estudis, lloc on es viu, professió, classe social, etc. En aquest sentit seria interessant analitzar el que plantejam en aquest article: com evoluciona el nivell de renda d'acord amb les aportacions que fan cada vegada més les persones grans a la societat, a través de diverses activitats. En aquest mateix sentit, és interessant tenir en compte una de les reflexions del projecte esmentat des de la perspectiva metodològica (Patxot, 38):

   > "Es indudable la necesidad del análisis interdisciplinar. El desarrollo de las políticas públicas de bienestar viene impulsado por dinámicas sociopolíticas que condicionan la evolución de la distribución inter e intrageneracional de la renta. En ese sentido, la distribución de recursos públicos propiciada por estas políticas públicas es el producto

de decisiones gubernamentales sobre las que pesan factores que se analizan desde la sociología y la ciencia política. El análisis sociopolítico ha puesto de manifiesto que el peso demográfico y social de ciertos segmentos sociales, articulados en forma de movimientos y grupos de presión organizados, ha influido sobre las líneas de desarrollo histórico de los estados de bienestar, forjando perfiles institucionales característicos. A estos perfiles (llamados habitualmente regímenes de bienestar) les corresponden mecanismos específicos de distribución de recursos por parte del sector público, que influyen indirectamente en la distribución privada de recursos entre hogares."

Aquesta reflexió del projecte d'investigació posa de manifest, en qualsevol cas, que no es tracta d'una qüestió neutra o asèptica; la política de distribució de recursos i de la renda entre els diversos sectors socials i de població exigeix decisions polítiques. Per tant, en el cas de les pensions, ens trobam davant un tema d'una importància política i social. Per tant, les decisions sobre aquesta qüestió no són tècniques, però sí que és necessari que es fonamentin sobre dades serioses i rigoroses, sobre evidències contrastades. Estudis com el que hem comentat poden contribuir a aquest coneixement, totalment necessari per poder construir aquest factor de les aportacions de les persones grans a la societat (FAPS).

2. Un dels aspectes que requereix una investigació seriosa i amb rigor és, sense cap dubte, la que fa referència a la funció educativa que els padrins fan amb relació als néts. No es tracta d'entrar en la dimensió qualitativa de l'educació, sinó simplement en la dimensió de l'escolarització, del que suposa «tenir» els néts a casa mentre els pares treballen o el fet d'anar-los a cercar de l'escola, o tenir-ne cura quan surten de l'escola, els vespres o els caps de setmana, fent una funció de «cangur». Efectivament, quin és el cost de l'educació infantil, quin és el cost d'encarregar-se d'anar a cercar els néts a l'escola, quin és el cost de fer de cangur els dies feiners o els dies del cap de setmana. Cal tenir en compte que l'educació infantil és un nivell car, és un nivell educatiu que suposa una important inversió per part dels pares i de les administracions. I això cal que es calculi de manera rigorosa i fiable. Ens trobam davant una de les aportacions més importants de les persones grans a la família i a la societat, tant des d'una dimensió econòmica i social, com des d'una dimensió educativa. Una qüestió que amb la crisi econòmica ha sofert un desenvolupament important en tots els aspectes. En aquest sentit, i com a exemple del que implica aquesta qüestió, cal fer referència a dues obres que, si bé no analitzen el cost dels serveis educatius dels padrins, sí que impliquen una anàlisi de la funció educativa dels padrins (Megías i Ballesteros, 2011; Bernad, 2012).

Per tant, es tracta d'un nou rol en què l'educació juga un paper fonamental i que suposa un canvi en les funcions tradicionals que han acomplert les persones grans en el procés de socialització dels néts. Es tracta d'un canvi, com a conseqüència dels canvis familiars i socials, que posa de manifest una sèrie de fets: a) la manca de preparació, en general,

dels padrins per desenvolupar sense angoixa les noves funcions educatives en uns moments de crisi de l'educació, de crisi de la família, de crisi de valors i de crisi social de quasi tot; b) la necessitat, per part de la societat, de valoritzar aquesta nova funció educativa; una valorització des de diverses perspectives: de les persones grans, l'econòmica, la social, la cultural i la ideològica. Així, és evident que caldria conèixer l'impacte econòmic que té el fet que els padrins cuidin els néts. Es tracta d'una qüestió important davant la visió que tenen alguns sectors de la societat sobre el fet que les persones grans no aporten res a la societat i que, a més, suposen una càrrega social, econòmica i familiar.

3. Un altre dels aspectes que cal analitzar amb l'objectiu de conèixer, de manera concreta i operativa, les aportacions de les persones grans a la societat és, sense cap dubte, la qüestió de l'ofici de cuidador informal. Efectivament, ens referim al paper, fonamentalment, de la dona com a cuidadora de persones dependents: pares, familiars o marit. A més, es tracta d'un tema que, si bé pareixia que l'anomenada Llei de la dependència estava en procés de minimitzar, la no aplicació real d'aquesta fa que els cuidadors informals i els familiars siguin imprescindibles en tots els àmbits i en tots els aspectes. Des d'aquesta perspectiva, és evident que les aportacions econòmiques, socials i familiars de les persones grans amb relació a la dependència són fonamentals. I el seu càlcul resulta necessari amb l'objectiu de poder saber el que la societat s'estalvia en relació amb la dependència en funció del treball que fan els cuidadors informals i familiars, bàsicament persones grans i dones. Es tracta d'una orientació que requereix que es facin estudis que ens donin dades contrastades. Així, en aquest context, resulta interessant la línia de feina que duu a terme la sociòloga María Ángeles Durán, la qual ha reclamat una «economia innovadora que interpreti el treball de la cura de les persones amb problemes de dependència en els diversos nivells com una activitat productiva». Tot i que Durán té una quantitat important d'obres sobre aquest tema, algunes resulten significatives en el marc de la filosofia del present article (Durán, 2006; 2012). En definitiva, conèixer el valor econòmic i social del treball remunerat que porten a terme les persones grans en el si de les famílies, tant amb persones dependents com amb persones no dependents, és fonamental a l'hora d'analitzar l'aportació de les persones grans al PIB.

4. Un altre aspecte que està en procés de creixement és el que fa referència a la incorporació de les persones grans a les ONG com a voluntàries. Efectivament, el procés d'envelliment de la societat, l'increment del nombre de persones que arriben a la jubilació amb bones condicions físiques i psicològiques, la crisi de l'estat del benestar, la necessitat que, des de la societat, les ONG donin resposta a les necessitats socials, el nivell educatiu, cultural i professional més alt de les persones grans, etc., tenen com a conseqüència la importància creixent de les persones grans voluntàries dins les ONG. Es tracta d'un tema que cal analitzar i estudiar no només en funció del nombre de jubilats que s'integren a les ONG, sinó fonamentalment per les seves funcions, per la resolució dels diversos problemes socials, per l'avaluació positiva de les seves tasques,

pel que estalvien a la societat, a l'Estat, a les administracions públiques, etc. Ens trobam, doncs, davant un fet de present i de futur. Així, el tema del voluntariat exigirà que hi hagi organitzacions cada vegada més organitzades, més transparents, més eficaces, més eficients i més ben valorades socialment i, per tant, un voluntariat més format, més preparat, més organitzat, amb drets i deures. I això significarà un canvi qualitatiu de les organitzacions de voluntaris que donaran resposta als diversos sectors i problemes socials, educatius, culturals, sectorials, etc. Una qüestió, doncs, que caldrà analitzar i estudiar amb profunditat per conèixer les aportacions reals en termes econòmics i socials. Un camí nou i prou interessant.

En aquest sentit, Causapié, Balbontín, Porras, Mateo i Sánchez (2011, 347), en el marc del *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*, fan una sèrie d'aportacions sobre el voluntariat i les persones grans:

- Es necesario revisar y plantear nuevos modelos para el desarrollo de la acción voluntaria de las personas mayores que requeriría, entre otras, acciones de promoción desde la infancia y la escuela. Las organizaciones no gubernamentales deben «empoderar» a las personas mayores incorporándolas en las estructuras y órganos directivos.
- La formación de voluntarios y su fidelización requiere una metodología propia para las personas mayores.
- Las actividades de voluntariado de las personas mayores deben inscribirse en la intergeneracionalidad, fomentar la fluidez relacional entre generaciones y evitar segregar por edad.
- El voluntariado de carácter social es el más extendido entre las personas mayores, principalmente entre las mujeres.
- El voluntariado de actividades medioambientales, de gran potencial educativo y de modificación de actitudes, hasta ahora marcadamente juvenil, va incorporando progresivamente cada vez más personas mayores.
- El voluntariado cultural que desarrolla las posibilidades de aprendizaje y relaciones sociales gratificantes tiene cada vez más una mayor respuesta entre las personas mayores.

Per tant, és evident que el tema del voluntariat té un llarg recorregut entre les persones grans d'ací al futur, durant tot el segle XXI. A Espanya, la debilitat progressiva de l'estat del benestar, li dóna unes possibilitats cada vegada més importants en tots els aspectes. És una qüestió, doncs, que implicarà estudis seriosos i rigorosos sobre les aportacions al PIB.

5. No hi ha cap dubte que un element fonamental de les societats actuals és el consum. Quan baixa o puja el consum resulta evident que l'economia, l'atur i altres indicadors econòmics, socials, laborals i d'altres tipus sofreixen canvis significatius. En aquest context, i malgrat el fet que les rendes dels pensionistes a Espanya no siguin gaire importants, és evident que les persones grans s'han convertit en un objecte del desig de

les empreses per diverses raons: perquè tenen una renda fixa, perquè tenen consolidat el pagament dels seus habitatges, per la seva capacitat d'estalvi, per la seva capacitat de ser més visibles en el camp del consum, etc. Hi ha exemples que posen de manifest que ens trobam davant un canvi amb relació a la consideració de les persones grans com a consumidores: la importància del turisme sènior, que en temporades baixes i en zones determinades contribueix a mantenir hotels oberts, per l'estalvi que suposa per a les administracions públiques, i la transcendència que va tenir fa temps el termalisme social dirigit a persones grans i que va implicar el renaixement econòmic, social, cultural i de salut dels balnearis. Però, també, resulta significatiu el fet que la publicitat comenci a utilitzar cada vegada més les persones grans com a reclam.

Per tant, és evident que conèixer la importància que té el consum de les persones grans en relació amb el PIB és una qüestió a investigar, a estudiar i a analitzar. Una societat que es fonamenta en el consum per al creixement econòmic i social necessita conèixer les aportacions d'aquest col·lectiu al desenvolupament econòmic, des de la perspectiva del consum privat, des de la perspectiva d'un grup de persones, que malgrat la seva vulnerabilitat i les disminucions de les seves pensions, és un element important per mantenir un cert nivell de consum. Estudiar aquest consum és una necessitat i un repte que ens pot ajudar a tenir més informació sobre aquesta dimensió econòmica de les persones jubilades grans en el context d'una societat de consum en crisi.

6. Veure les persones grans com a ciutadans compromesos amb la participació política i social és i seria una altra manera de poder mesurar el nivell de les aportacions de la gent gran a la societat. Efectivament, **el poder gris** es un concepte en expansió que reflecteix una realitat cada vegada més important i significativa de la nova realitat de les persones grans en la societat del segle XXI, en les societats més desenvolupades, en les societats envellides, en les societats democràtiques o en procés de democratització. Els analistes polítics i sociològics posen de manifest que la participació no només és un fet totalment necessari en tots els àmbits, sinó que, amb la incorporació de les noves persones grans, aquesta té un nou impacte que cal analitzar de manera seriosa. Mesurar la participació política i social és quelcom necessari que té unes conseqüències econòmiques. La no participació en té d'altres i cada dia són més evidents i més clares. Segurament es tracta de la dimensió més difícil de mesurar, però, per això, resulta necessari analitzar-la i estudiar-la de manera seriosa i rigorosa. Es tracta de la construcció d'una nova ciutadania en la qual les persones grans tindran un paper més significatiu, tal com ho planteja Subirats (2011, 87) d'una manera prou interessant:

> "Las personas mayores son personas que quieren participar activamente y de manera integral en la sociedad española. Una sociedad que encara este siglo con la preocupación de velar, de forma equilibrada y equitativa, por el conjunto de necesidades y expectativas de todas las personas sea cual sea su edad, género o

condición. Es necesario estimular y reconocer la gran contribución de las personas mayores al bienestar del país, y el papel que han jugado y seguirán jugando en relación con la gente que les rodea, en relación con las comunidades donde viven y se relacionan, y en relación con el conjunto del país y del mundo.

Estos valores y deseos contrastan con una realidad en la que más bien se considera a las personas mayores como objeto de atención, más que como sujetos dotados de autonomía, y mucho menos como personas capaces de desarrollar críticamente esa autonomía. En este artículo-ensayo se abordará este tema tratando de poner de relieve los elementos normativos (valores) que entendemos han de inspirar los aspectos sustantivos y operativos de las políticas que más afectan a ese gran colectivo de españoles. Queremos contribuir a construir nuevos relatos y, consiguientemente, nuevas políticas con y para las personas mayores."

Així doncs, de l'anàlisi d'aquests elements, d'aquests aspectes plantejats i d'altres que cal seguir estudiant i esbrinant, cal definir de manera operativa, de manera clara, de manera numèrica, el factor de les aportacions de les persones grans a la societat (FAPS), que, per una part, complementi el factor de sostenibilitat dels experts i que, per l'altra, sigui un element de referència en el cas que es consideri políticament, socialment i econòmicament necessari que en els pressupostos generals de l'Estat s'incrementin els recursos econòmics de les pensions. Saber aquesta aportació general de les persones grans, dels jubilats, al PIB d'Espanya és de gran importància en els moments actuals d'envelliment demogràfic de la societat, de crisi de les pensions i de la seva sostenibilitat, i de la posada en marxa de la filosofia de l'envelliment actiu.

Referències bibliogràfiques

AA. VV. (2009). *Nuevas miradas sobre el envejecimiento*. Madrid, IMSERSO.

Bernad, J. A. (2012). *De professió avi. Ser avis avui (...amb fonaments i vocació).* Barcelona, Graó.

Berzosa, G. (2009). Hacia una nueva cultura del envejecimiento: ser persona mayor activa, relacionada y comprometida socialmente. *AA. VV.* (2009). *Nuevas miradas sobre el envejecimiento* (253-270). Madrid, IMSERSO.

Bustillos, A., Fernández-Ballesteros, R., Huici, C. (2012). Efectos de la activación de etiquetas referidas a la vejez*. Psicothema*, 24(3), 352-357.

Causapié, P., Balbontín, A., Porras, M., Mateo, A., Sánchez, M. (coords.) (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco.* Madrid. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Consejo Económico y Social de España (2013). *Informe sobre distribución de la renta en España: desigualdad, cambios estructurales y ciclos*. Sessió Ordinària del Ple de 20 de febrer de 2013.

Durán, M. A. (2006). El contrato social implícito entre cuidadores y cuidados. *Ábaco, Revista de cultura y ciencias sociales*, 49-50, 89-106.

Durán, M. A. (2012). Jubilados, però no viejos. *Lychnos*. *Cuadernos de la Fundación General CSIC*, 8, 82-83.

Eurostat (2011). *Activ ageing and solidarity betwen generations. A statiscal portrait of the European Union 2012.* Belgium, European Union.

Fundación Foessa (2013). *Análisis y perspectivas 2013. Desigualdad y desarrollo social en España*. Madrid.

Intermon Oxfam (2012). *Crisis, desigualdad y pobreza. Aprendizajes desde el mundo en desarrollo ante los recortes sociales en España*. En, http://www.intermonoxfam.org/es/documentos/13/12/12/crisis-desigualdad-pobreza

Jenkins, S., Brandolini, A., Micklewright, J., Nolan, B. (2012). *The Great Recession and the Distribution of Household Income.* Oxford University Press.

Laparra, M., Pérez-Eransus, B. (coord.) (2012). *Crisis y fractura social en Europa: Causas y efectos en España*. Colección de Estudios Sociales, Obra Social La Caixa.

Megías, I., Ballesteros, J. C. (2011). *Abuelos y abuelas... para todo: percepciones en torno a la educación y el cuidado de los nietos.* Madrid, Fundación de Ayuda para la Drogadicción (FAD).

Milánovic, B. (2006). *La era de las desigualdades* Madrid, Editorial Sistema.

Navarro, V. (dir.) (2012). *El impacto de la crisis en las familias y en la infancia*. Barcelona, Ariel.

Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya (2012). *L'impacte de la crisi en les persones grans.* Barcelona. Creu Roja.

Paxot, C. (2012). Pensiones y educación: efectos combinados sobre la distribución inter e intrageneracional de la renta. Lychnos. *Cuadernos de la Fundación General CSIC*, 8, 35-40.

Stiglitz, J. (2012). *El precio de la desigualdad*. Madrid, Taurus .

Subirats, J. (2011). El reto de la nueva ciudadanía. Nuevos relatos y nuevas políticas para distintas personas mayores. En, P. Causapié, A. Balbontín, M. Porras, A. Mateo (coords.). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco.* Madrid, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad Secretaría General de Política Social y Consumo Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

Autors

MARTÍ X. MARCH I CERDÀ

Pollença, 1954. Llicenciat i doctor en Ciències de l'Educació per la Universitat de Barcelona. Catedràtic d'universitat de Sociologia de l'Educació i Pedagogia Social de la UIB. Està especialitzat en avaluació de programes educatius i socials, estudis sociològics de l'educació i en pedagogia social en els seus diversos àmbits, sobre els quals té diverses publicacions, comunicacions i ponències en congressos, etc. Ha estat director del Departament de Ciències de l'Educació de la UIB durant diversos anys i director general d'Universitat del Govern de les Illes Balears (1999-2003). Ha estat director del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques i actualment és vicepresident de la Societat Iberoamericana de Pedagogia Social. Fins al curs 2010-2011 va ser vicerector primer de Planificació i Coordinació Universitària de la UIB. Imparteix l'assignatura de Gerontologia Educativa en el grau d'Educació Social de la UIB.

CARMEN ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. L'any 1998, juntament amb el Professor Martí X. March Cerdà van crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears que la Dra. Orte ha dirigit fins al mes de juliol de 2013.

És la directora de la càtedra d'atenció a la dependència i promoció de l'autonomia personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de l'any 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar del Ministeri de Ciència i Tecnologia i diverses investigacions europees en el context de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans amb diversos països europeus.

GENT GRAN I MEMÒRIA AL RAIGUER DE MALLORCA: HISTÒRIES DE VIDA SOBRE INFÀNCIA I FAMÍLIA EN EL MARC DE LA POSTGUERRA

Gent gran i memòria al Raiguer de Mallorca: històries de vida sobre infància i família en el marc de la postguerra

Joan Amer i Fernàndez
Jaume Gual i Móra
Arnau Amer i Sastre

Resum

En els darrers anys assistim a l'auge d'una línia d'investigació des dels estudis locals que mostra interès per les històries de vida de la gent gran, protagonistes de la societat preturística i del trànsit d'aquesta a la societat turística actual. L'objectiu del present treball s'emmarca en aquesta línia de recerca, tot recollint la intrahistòria protagonitzada per dones i homes que ara superen els vuitanta anys d'edat. Ens interessen les condicions de la infància i la família en l'etapa de la postguerra i el primer franquisme. La metodologia utilitzada ha estat la història de vida, amb posterior buidatge i anàlisi de contingut de les entrevistes realitzades. Els resultats apunten els principals aspectes que estructuren els relats dels entrevistats, al voltant de la infància, l'organització familiar de les tasques reproductives i productives, el festeig i matrimoni, la feina i la relació amb el moment històric. Com a conclusió, es destaca la importància de complementar, amb els relats i les intrahistòries de la gent gran, tant les visions de la postguerra des de la ciència històrica com les representacions d'aquella època des dels mitjans de comunicació de massa.

Resumen

En los últimos años asistimos al auge de una línea de investigación desde los estudios locales que muestra interés por las historias de vida de la gente mayor, protagonistas de la sociedad preturística y del tránsito de esta a la sociedad turística actual. El objetivo del presente trabajo se enmarca en esta línea de investigación, recogiendo la intrahistoria protagonizada por mujeres y hombres que ahora superan los ochenta años de edad. Nos interesan las condiciones de la infancia y la familia en la etapa de la posguerra y el primer franquismo. La metodología utilizada ha sido la historia de vida, con posterior vaciado y análisis de contenido de las entrevistas realizadas. Los resultados apuntan los principales aspectos que estructuran los relatos de los entrevistados, alrededor de la infancia, la organización familiar de las tareas reproductivas y productivas, el cortejo y matrimonio, el trabajo y la relación con el momento histórico. Como conclusión, se destaca la importancia de complementar, con los relatos y las intrahistorias de la gente mayor, tanto las visiones de la posguerra desde la ciencia histórica, como las representaciones de aquella época desde los medios de comunicación de masas.

1. Introducció

Els estudis de la vellesa es caracteritzen per la pluralitat de perspectives científiques i d'anàlisi que contribueixen a la recerca. Tant la gerontologia socioeducativa com l'*Anuari de l'envelliment* recullen aquesta dinàmica. És així que estudis centrats en les històries

de vida de la gent gran tenen ple interès i vigència en aquest anuari. L'objectiu general del present capítol és estudiar les condicions de vida de la infància i la família durant la postguerra, a base de recollir narracions sobre la seva vida en aquella època de gent més gran de vuitanta anys a 31 de desembre de 2013. S'ha escollit aquesta franja d'edat per garantir que les persones entrevistades tinguessin ús de raó a l'etapa estudiada. Totes viuen en municipis del Raiguer (Mallorca).

Les històries de vida de la gent gran s'analitzen amb la finalitat d'obtenir dades objectives sobre l'època i sobretot per estudiar com recorden aquella etapa, tot parant esment en les principals fites o els esdeveniments que estructuren el seu relat. A l'hora d'analitzar les narracions, partim de la perspectiva de la «construcció social de la memòria» (Rovira, 1998), que entén que construïm i recordam les vivències i els fets des del moment present i en funció del moment present.

El present estudi constitueix també una reivindicació de la intrahistòria, de les petites històries quotidianes que s'emmarquen en l'etapa de la postguerra. Es tracta d'històries viscudes, plenes de sentit i complementàries a les interpretacions aportades des de les ciències històriques sobre aquesta etapa. Més enllà de la Guerra Civil, etapa més investigada, aquí fixam la nostra atenció en la immediata postguerra i el primer franquisme.

La recerca que ha emmarcat la redacció d'aquest capítol constitueix en si mateixa un exemple de treball col·laboratiu i de diàleg intergeneracional. Fins a quatre generacions diferents han participat en l'elaboració:

- Les deu persones entrevistades, més grans de vuitanta anys, nascudes a la dècada de 1920 o principis de la dècada de 1930.
- Dos dels tres autors tenen entre 60 i 70 anys i són persones nascudes a la dècada de 1940.
- El tercer autor és una persona de la dècada de 1970.
- Dues alumnes col·laboradores tenen al voltant de vint anys i són nascudes a la dècada de 1990.

A més, en el marc d'un anuari de l'envelliment i la gent gran, dos dels autors del capítol són persones més grans de 65 anys que dediquen part de la seva nova etapa vital (etapa vital que s'estudia en aquest anuari) a aprofundir en una de les seves principals aficions, la investigació etnogràfica i els estudis locals.

Els estudis locals recullen àmplia bibliografia sobre històries de vida de gent gran: en són exemples, entre d'altres, el llibre *Un poble, un temps* (Miralles, 1974), *Sant Joan, un temps* (Costa, 1995), *Converses amb la nostra gent* (Vallbona, 2001), *Gent de Campanet. Veus d'un món perdut* (Ferrà-Ponç, 2003), *Gent de ca nostra. Mancor de la Vall* (Gual, 2010). A Menorca n'és un exemple la feina de Salort i Piris (2012), i a Eivissa, el llibre de Marí (2006). També

les revistes de la premsa forana inclouen entrevistes a persones grans dels seus pobles i fins i tot monogràfics dedicats a recollir el seu testimoni i relat d'èpoques passades. A mig camí entre la sociologia i la història, cal destacar *Memòries d'un segle. Històries de vida* (Ballester, Carbonero, Horrach, Mascaró i Santiago, 1997). I des de la història, tenim el treball de memòria històrica de Dones republicanes (Capellà, 2009).

Des de la Universitat Oberta de Majors es porten a terme tallers d'històries de vida, amb implicació del seu alumnat (Macias i Ballester, 2011). A més, cal destacar la tasca del Consell de Mallorca, a través de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, amb iniciatives com l'exposició *Caixes d'històries de vida* (2011) o els tallers d'entrenament de memòria desenvolupats en molts municipis de Mallorca.

El capítol s'estructura en diferents parts. En primer lloc, com a context teòric, s'exposen les característiques de la perspectiva de la construcció social de la memòria, en tant que és la perspectiva d'anàlisi que s'adopta. En segon lloc, com a marc històric, s'apunten els principals trets de les famílies de la primera meitat del segle XX a l'Estat espanyol, tot fent referència tant a les característiques del model de família burgesa i les seves ressonàncies en les famílies de procedència pagesa i obrera com al model familiar impulsat des del franquisme (Chacón i Bestard, 2011). En tercer lloc, a l'apartat de metodologia, s'expliquen la tècnica de la història de vida i el disseny del nostre estudi. En quart lloc, a l'apartat de resultats, recollim els principals temes tractats a les entrevistes, il·lustrats amb els passatges més significatius aportats pels protagonistes. A l'últim, en cinquè lloc, a l'apartat de discussió i conclusions, subratllam les principals reflexions al voltant de la forma com es construeix socialment la memòria de la postguerra i sobre el fet que les aportacions dels entrevistats contribueixen a un millor coneixement històric d'aquella etapa.

2. Context teòric i històric

2.1 Context teòric: la construcció social de la memòria

La memòria és una qüestió present, debatuda i discutida, d'interès social i acadèmic. La importància social de la memòria va molt lligada actualment al fenomen del canvi social i tecnològic constant, en tant que la transformació del treball, de les ciutats, de les relacions personals, de la mobilitat o dels paisatges quotidians, entre d'altres, comporta el recurs a la memòria, com a relat del passat i com a reacció contra l'eventual oblit del que es va deixant enrere. Pel que fa a l'interès acadèmic, les disciplines de la neurociència i la psicologia són cèntriques en l'estudi de la memòria, mentre que aquí, des d'una perspectiva sociològica i històrica es vol fer una aportació complementària, tot col·laborant a un coneixement més pluridisciplinari del fenomen.

Segons Rovira (1998), «fer memòria» comporta donar vida als records, tot parlant d'una experiència del passat des d'un present concret. Quan feim memòria, comprimim, reduïm i simplificam records, així com incorporam anacronismes i fragments segmentats. Revisam fets passats perquè tinguin coherència amb el nostre present. Rovira (1998) parla de la construcció social de la memòria, perquè aquesta està mediatitzada per les eines que ens proporciona la societat, com, per exemple, a través de la socialització en un entorn concret (en el cas del nostre estudi, en diferents municipis del Raiguer de Mallorca). Exemples de construcció social de la memòria segons el moment històric els tenim amb el tractament del record de la Guerra Civil durant el franquisme i, més recentment, amb la reivindicació de la «memòria històrica», que comporta la recuperació de l'oblit de tota una part de les víctimes de la guerra, les de la part de la legalitat republicana.

2.2 Context històric: Família i postguerra en el franquisme

A partir del segle XIX i fins ben entrada la dècada dels seixanta del segle XX, s'estén i predomina un model de família conjugal, inspirat en els principis de la família burgesa. Aquest model es fonamenta en tres eixos (Aguado, 2011; Roigé, 2011):

1) Un discurs sobre el paper de la dona: dedicada a la bellesa, al sentiment i a l'atenció dels fills. Comporta la reclusió de la dona a l'àmbit domèstic, amb la redefinició de la maternitat i la infància.
2) Un nou ideal de matrimoni basat en l'amor.
3) Una separació de les esferes de producció, d'una banda, i de reproducció i residència, de l'altra, tot apareixent el concepte de la privacitat i l'àmbit domèstic com a lloc acollidor per descansar del treball remunerat.

Les famílies obreres i del món rural es troben d'entrada lluny d'aquest model, emperò els discursos, reformes socials i accions institucionals impulsen l'expansió del model de família burgesa, que tindrà el seu apogeu en les dècades dels anys cinquanta i seixanta del segle XX (Aguado, 2011; Roigé, 2011). Pel que fa als discursos, cal parlar sobretot dels discursos jurídic, mèdic i religiós/moral. El discurs jurídic és determinat per l'aprovació del Codi Civil el 1889. Aquest codi parteix d'un model de família conjugal amb domini masculí, on l'home ha de protegir la dona i aquesta ha d'obeir l'home i on la dona està a l'interior de la casa i l'home té el paper exterior, i és l'administrador de béns i el representant legal. El discurs mèdic és dissenyat principalment per l'higienisme, que promou la figura de la dona com a responsable de la cohesió familiar a través de l'alimentació sana, la neteja i la cura de la infància. És un discurs que considera també poc recomanable el treball extradomèstic de la muller. El discurs religiós i moral de l'Església catòlica entén que el marit és el cap de família i que la dona s'ha de sotmetre i obeir; mentre que els fills han d'obeir els pares i aquests els han de cuidar, protegir i educar en la virtut.[1]

1 Encíclica Lleó XIII. *Arcanum divinae sapientae. Carta encíclica sobre la familia.* Trobat a Roigé (2011).

Conjuntament amb l'expansió del model de família conjugal, cal parlar també de la ideologia del franquisme en tant que promou la família com a institució social essencial, tot inspirant-se en la doctrina social catòlica, amb els eixos següents (Roigé, 2011):

1) Família com a primer vincle del teixit social que per agrupació constitueix l'entitat nacional.
2) Foment de la natalitat, no només com una qüestió familiar o moral, sinó com a projecte polític del règim.
3) Defensa de la família tradicional: model d'autoritat masculina que relega la dona a un paper de procreació i cura de la llar.
4) «Moralitzar» els costums familiars després de la República, amb la derogació o penalització de la coeducació, el matrimoni civil, el divorci i els anticonceptius.

3. Metodologia

Les històries de vida

El present capítol utilitza la tècnica de les històries de vida, tècnica que subratlla la importància dels elements subjectius a la societat (Ballester et al., 1997). Macias i Ballester (2011: 531) les defineixen així:

Són les històries de persones que ens ajuden a reconstruir, a saber què ha passat, quines situacions varen viure en un temps en què nosaltres no hi érem, però en què els narradors en varen ser protagonistes de primera mà.

Pel que fa al tipus d'entrevista, es porta a terme una entrevista semiestructurada, tot seguint el criteri de Bourdieu (1999) d'una escolta activa i metòdica.

Població d'estudi

La població d'estudi són sis dones i quatre homes, d'una edat mitjana de 87,1 anys. El criteri d'inclusió era ser més gran de vuitanta anys i resident a la comarca del Raiguer. El criteri d'exclusió era no comptar amb les persones que eventualment tinguessin les capacitats memorístiques o de dicció afectades severament.

Taula 1 | *Població d'estudi*

	Naixement	Poble on resideix	Feina que va tenir	Feina dels seus pares
Entrevistat 1	1929	Selva	Sabater	Amitgers i carboners
Entrevistat 2	1927	Mancor	Sabater, comercial i empresari sabata	Sabater i saig / jornalera
Entrevistada 3	1925	Inca	Pagesa	Pagesos
Entrevistada 4	1922	Lloseta	Jornalera i cosidora	Sabater/cosidora

	Naixement	Poble on resideix	Feina que va tenir	Feina dels seus pares
Entrevistat 5	1924	Búger	Pagès i sabater	Jornalers
Entrevistada 6	1924	Campanet	Secretària	Taller espardenyes
Entrevistada 7	1930	Sa Cabaneta	Amitgera	Picapedrer / mestressa de casa
Entrevistat 8	1932	Caimari	Amitger / Amo de possessió	Carboners
Entrevistada 9	1918	Alaró	Sabatera	Sabater/mestressa de casa
Entrevistada 10	1928	Alaró	Botiguera	Sabater/botiguera

Instrument

Per recollir la informació s'ha utilitzat un guió d'entrevista dissenyat específicament per a aquest estudi i que recollia els ítems següents:

- Família. Dinàmica familiar i organització econòmica. Relacions intrafamiliars.
- Escola. Anys de permanència. Mètode educatiu. Motiu d'abandonament estudis.
- Amistats infantils i jocs.
- Educació moral i religiosa. Catequesi i primera comunió.
- Primera feina i successives.
- Servei militar (en el cas dels homes).
- Festeig/noces/matrimoni.
- Relacions amb el moment històric.
- Valoració global. Comparació abans i ara.

Procediment

Una vegada elaborat l'instrument definitiu per a la recollida de la informació, ens posàrem en contacte amb les persones grans per fer les entrevistes i explicar-los la finalitat de l'estudi i la rellevància de la seva participació; també els indicàrem que les seves aportacions serien anònimes. Les entrevistes tenien lloc a ca les persones entrevistades, sovint amb la presència de la persona mediadora que ens havia portat fins a l'entrevistat, com un element de confiança tractant-se de gent gran.

Anàlisi de les informacions

Per aconseguir els objectius plantejats, la proposta metodològica utilitzada és qualitativa. La informació recollida a través de l'entrevista semiestructurada es categoritza a partir dels temes que apareixen a les respostes dels protagonistes entrevistats. Les preguntes del guió de l'entrevista estructuren les categories prèvies, mentre que les informacions que anaven més enllà de les preguntes plantejades al guió es recollien com a categories emergents. Per al buidatge, es classifica el contingut de les transcripcions de les entrevistes, començant amb uns ítems principals i continuant amb uns ítems més específics.

4. Resultats

En aquest apartat es recullen les principals idees aparegudes a les històries de vida i s'il·lustren amb fragments de les entrevistes. A l'hora d'estructurar la informació hem tingut en compte els principals blocs de les entrevistes: infància i família d'origen, escola, religió, feina, matrimoni i família de destinació, i a l'últim, una valoració global.

Pel que fa a la infància i la família d'origen, es demanava per l'organització dintre de la família per al treball productiu i reproductiu. En el treball reproductiu, a més de la mare, eren molt importants les filles en la tasca de cura de la casa i d'eventuals germans petits:
E3: Érem dues germanes, perquè s'altra era petita, i una feia dissabte i s'altra feia es dinar.
E4: Sa germana major era sa que es cuidava de sa cuina, i sempre deia: «Bon Jesús, si he de ser com mumare, no m'envieu homo.» Sa germana major de ben prest s'hagué de posar a fer es menjar i mumare els dilluns tenia una dona per rentar o si havien d'emblanquinar, perquè amb tots ets al·lots no tenia temps.

E7: Si havia d'anar a jugar m'enduia a n'Arnau [el germà petit]*, el sèiem en terra devora noltros, l'havia de vetllar, l'havia de tenir.*
També es destaca el paper de la mare en l'organització econòmica i de subsistència del nucli familiar, així com el seu rol de suport educatiu:

Entrevistador: Amb tants de germans, devíeu fer ses sopes primes...
E9: No mos faltava res. Mumare era molt manyosa i ho feia tot a sa família.

E1: Per això, encara que tenia moltes feines a sa casa, sempre que podia, m'asseia devora ella i m'ensenyava a llegir mentre feia ses feines de casa; volia que quan anàs a s'escola, en es sis anys, ja sabés llegir bé.

Pel que fa a la feina dels pares dels entrevistats, bona part desenvolupaven tasques agrícoles, mentre que alguns dels homes entrevistats, fills de pagesos, passen a treballar al sector de la sabata:
E1: *Feien carbó a Lluc, a ca s'Amitger. Quan s'acabava s'època des carbó, mon pare llavors feia d'exsecallador, empeltador i totes ses feines des camp. Jo, encara que vaig ser sabater, també he sabut fer feina al camp perquè mon pare me'n va ensenyar.*

E8: Mon pare carboner i collidor d'olives i això, i mumare ses feines de la casa i feina pes camp. Lo que hi havia llavors.

Entrevistador: Quines feines hi havia pes camp?
E8: Començant cavar favar, fer herba en es blat, segar favar. Llavors sembràvem faves o blat i tot se feia «a mano».

En altres casos, els pares treballaven ja en la sabata:
E4: Mon pare feia de sabater a Lloseta i mumare de cosidora de roba d'home i de dona. Mon pare feia de sabater de sabata fina a casa per a un taller del poble de davant can Garriga. Li duien es retalls i ell segut a una cadira feia es fils... I mumare feia de sastre també a casa.

Entrevistador: Es vostre pare, quina feina feia?
E9: Era sabater i feia feina a ca nostra; duia sa feina de can Beia, que era una fàbrica que hi havia a Alaró, però sa feina la feia a ca nostra. Sabia fer sa sabata completa, la començava i l'acabava.

Pel que fa a l'escola, es preguntava pels records i el mètode educatiu. Es recullen diferències molt importants en funció del gènere:
E1: Vaig anar a escola fins als tretze anys. Però sempre estàvem a disposició de ses feines de mon pare. Si hi havia oliva, a collir oliva. Ens havien de menester tres dies per fer feina al camp..., ja deixàvem s'escola. Es mestres no hi posaven cap pega, ja ho sabien.

E2: En Cavaller es preocupava molt; passava llista, i es que no hi era, ell enviava un al·lot a cercar-lo, i si era un que faltava molt, hi anava ell personalment a ca seva a demanar explicacions a sa família. Era molt exigent, però ensenyava i aprenies molt.

Entrevistador: A s'escola, però, hi havia molt de càstig, molta de disciplina?
E8: Si feies bonda, jo, sa veritat, sempre he procurat fer bonda, però n'hi havia que sempre seguit estaven agenollats, i palo i verga. Se pegava molt, llavors.

Entrevistadora: I com era anar a classe a ca ses monges, què vos ensenyaven?
E7: Res, un poc a escriure i es rosari cada dia i Salve Regina, i res, res... I s'horabaixa passàvem es rosari i mos ensenyaven de fer randa i a brodar.

Entrevistador: Vàreu anar a escola de petita?
E9: Sí. Jo era sa petita de sa casa i vaig poder anar a escola; vaig anar a ca ses monges. Es matí llegíem i escrivíem, es capvespre fèiem «labor», i jo , en lloc de fer «labor», guardava sa neboda.

A les entrevistes també surt el motiu d'abandó dels estudis:
E7: Ah, perquè ja te dic, llavors havia de guardar es germà i perquè mumare tenia sa petita i havia de guardar es germà i ja no vaig anar a escola pus.

E2: Llavors jo veia que ses meves germanes anaven a fer feina i mumare anava a collir oliva, no podia seguir estudiant i no aportar res a sa família, ho vaig deixar molt a pesar de don Arnau.

Un altre aspecte pel qual es demanava a les entrevistes eren els jocs infantils (Duran, 1994), i aquí també cal distingir les respostes en funció del gènere. Pel que fa a les dones:
E3: A corda, a botar, a «fixo». No hi havia pepes, de vegades de pedaç en feien amb una canya i un tros de pedaç. I ets al·lots amb un cèrcol passejar i...

E4: Record que jugàvem a «rueda la rueda»: es posaven totes en cercle i una es col·locava al mig i cantaven una cançó que deia: «Dime, niña, por qué lloras que estás arrodillada aquí. Porque mi madre no está y la estoy esperando», i després es posava un mocador als ulls a sa d'enmig, s'aixecava i havia d'agafar-ne una.

E6: A què jugàveu?
Mos enfilàvem a n'es arbres, hi havia murteres, jugàvem a cases, jo sempre volia ser sa botiguera, i componíem pedretes i cosetes així, i llavors hi havia ullastres i alzines a sa vorera, i fèiem com una cova i mos hi amagàvem, i llavors una se casava i li fèiem un «manto».

E9: Jugàvem a «caso». Amb un guix dibuixàvem en terra uns quadres i unes retxes i a peu coix, anàvem passant es quadre i retxes. També jugàvem molt a botar amb una corda.

Pel que fa als homes:
E1: Jugàvem a bolles, que eren de test. Fèiem també guerres de cavalls, mos dúiem a mè i jugàvem a tomar-nos a terra. Teníem també cèrcols, n'hi havia d'acer amb una maneta, altres que eren de pneumàtic que els havien serrat i amb un garrot el feies córrer. Jugàvem a banya, a es clotet, a veure qui tomava a s'altre. Tenir una bicicleta, jo no sé qui pogués tenir una bicicleta, ningú no en tenia.

Pel que fa a la religió, es fa especial èmfasi en la catequesi i en la comunió:
E7: Unes doctrines, que diuen, i cada dia havíem de saber una oració. Parenostre, totes ses avemaries…

Entrevistadora: I la vostra comunió com la celebràreu? Què vàreu fer?
E7: Vàrem anar a missa a peu i després férem xocolata i ensaïmades per berenar.

E4: Sa comunió en aquella època es feia en dia fener, es pares treballaven i sa germana que era sa padrina jove me va acompanyar fins l'Església. Es refresc fou un tassó de llet, xocolata o cafè amb una ensaïmada.

En algunes entrevistes també es fa esment del poder dels capellans a l'època:
E1: Es rector era l'amo des poble; ell comandava, juntament amb so manescal.

E2: Sí, en aquell temps es capellans comandaven…

Pel que fa a la feina, a les entrevistes s'apunten les feines al llarg de la vida i les respectives transicions:
E3: Vàrem posar casa al carrer París, però es meus sogres necessitaven es meu home per fer feina. Anàvem i veníem, fèiem feina amb sos sogres.

Entrevistador: Feina defora es camp no n'heu feta mai, ni un taller ni sabates a ca vostra...?
E3: No, no, no... tocar terra i sol i aigua. No ho saben es joves d'avui en dia lo que era. Tot lo dia a cavar, de quan sortia el sol fins que se ponia...

E2: Sí. Vaig començar a fer feina, me vaig posar a fer de sabater.

Entrevistador: Quan muntàreu sa fàbrica i com vos va anar?
E2: Noltros vàrem començar es taller l'any 1957 i érem quatre socis, vàrem ser es primers que començàrem a Mancor [...]. Després, degut a què mos va anar bé sa feina, compràrem tres solars i hi posàrem sa fàbrica.

E4: Als 14 anys anava a collir ametlles, garroves, a vermar i a collir olives a sa finca d'Aumadrà i a s'Estorell. Mos aixecàvem a les 6 del matí i hi anàvem a peu.

E4: De feina de més major cosia com mumare, que va morir quan jo tenia 22 anys. Però jo vaig seguir cosint amb una cosina meva que estava al Forn Nou, anàvem a ca sa cosina, que feia es calçons, i jo, ses camies.

E6: Després de Solleric vaig anar a una fàbrica d'espardenyes, que això no ho vaig deixar mai, a temporadetes a ca nostra en fèiem.

Pel que fa al festeig i al matrimoni, els entrevistats comenten com eren els seus casos:
Entrevistador: Com vares conèixer la que seria la teva esposa?
E1: Jo ja la coneixia de vista i m'agradava sa seva manera de ser. Es meu germà festejava un poquet més avall. Un vespre vaig anar as cine i va ser quan començàrem ses relacions. Vàrem festejar tres anys i llavors mos casàrem.

Entrevistador: Vares festejar molt de temps?
E2: No. perquè jo ja era granat. Em va costar un poc aconseguir sa meva dona. Llavors s'usava demanar entrada.

Entrevistador: Com vàreu conèixer es vostre home?
E3: Estava veïnat d'allà baix i mos vèiem molt, i com que es diumenges anàvem a fer una volta pes camp amb ses amigues, i mos vàrem conèixer així.

Entrevistador: Com varen ser ses noces?

E3: No com ara que fan aquests «banquetes», vàrem anar a Fonda España i vàrem fer xocolata i ensaïmada, llavors s'usava així.

E10: *Vaig festejar devers set anys. Es meu home també era d'Alaró, i el vaig conèixer perquè passava per davant ca nostra.*

Quan es casaven feien un refresc?
E10: *Sí, quan jo em vaig casar ja feien «xocolate» i ensaïmades.*

Pel que fa a les relacions amb el moment històric, és important saber quina edat tenien els entrevistats en relació amb distints esdeveniments (vegeu Taula 2):

Taula 2 | *Edat dels entrevistats en diferents moments històrics*

	Naixement	Edat a l'inici de la Guerra Civil (1936)	Edat en acabar la Segona Guerra Mundial (1945)	Edat en el moment de la mort de Franco (1975)
Entrevistat 1	1929	7	16	46
Entrevistat 2	1927	9	18	48
Entrevistada 3	1925	11	20	50
Entrevistada 4	1922	14	23	53
Entrevistat 5	1924	12	21	51
Entrevistada 6	1924	12	21	51
Entrevistada 7	1930	6	15	45
Entrevistat 8	1932	4	13	43
Entrevistada 9	1918	18	27	57
Entrevistada 10	1928	8	17	47

A les entrevistes es recullen informacions sobre l'economia de la postguerra, en especial en relació amb el racionament:

Entrevistador: De s'estraperlo recordau res?
E3: Jo sé de gent què en feia, però noltros no en vàrem fer mai. Havies d'estar alerta perquè no és com ara, havies de declarar tot lo que tenies. Si deies que collies deu quarteres de blat, te deien que només en podies tenir cinc, que t'havien de bastar per menjar, i ses altres les havies d'entregar.

E4: Hi havia molt poc menjar i venien farina de blat de moro i amb això feien uns panets.

Entrevistador: I des racionament què recordau? Ses cartilles...
E5: Sí, mos donaven de racionament pa que no era menjador.

Entrevistador: De què era es pa? De blat de les Índies?
E5: Jo què sé, de tota classe de porqueries i molt de segó.

Entrevistador: Recordau algun esdeveniment de sa Fiscalia de Taxes?
E9: Sí, venien i inspeccionaven sobretot ets aliments, farina, blat, oli, etc. Moltes vegades, quan sa fiscalia venia en es poble, mos avisàvem uns a altres. Amb freqüència posaven multes.

Entrevistador: També vàreu conèixer ses cartilles de racionament?
E10: Sí, jo a sa botiga venien amb sa cartilla, cada clienta en tenia una, i hi anotava sa quantitat que s'enduien, sobretot de farina i de sucre.

E1: Es poblers per s'oli anaven «locos», perquè no en tenien. Què fèiem noltros? Amb so carro, amb bicicleta, a peu inclús, sempre d'amagat, anàvem a sa Pobla, deixàvem s'oli i veníem carregats d'arròs, patates, mongetes; per això no vàrem patir mai.

Com a valoració final, els demanàvem una comparació entre la vida d'abans i la d'ara:
E2: Es canvi ha estat molt gros. Es joves d'avui no ho comprenen. Per exemple, fent feina tota sa setmana, incloent-hi es divendres fins a dissabte a migdia, no guanyàvem un euro.

E3: Comoditats n'hi ha moltes, perquè llavors ho havies de rentar tot i ara tens una «lavadora», hi ha molts d'«*adelantos*», *llavors no hi eren. Ara es joves d'un estiu a s'altre tiren sa roba, no la poden dur de nou, llavors això no hi era. Havies d'estar més alerta, era una altra vida.*

E6: No voleu censura, voleu llibertat i sa llibertat espenya tot, llibertat d'una cosa moderada, però es llibertinatge lo que hi ha en el món. Ses bones costums se perden, se perden es valors principals.

E7: Llavors era massa estret i ara és massa ample. Ara hi ha massa llibertat i abans menys. Trob que hi hauria d'haver una cosa mitja.

5. Discussió i conclusions

En aquest apartat comparam el marc teòric i històric amb els resultats de les històries de vida. A les entrevistes trobam que les preguntes realitzades són sobre temes cabdals de la vida dels entrevistats i vénen a ser uns politxons de la memòria, tot fent de pals de paller que estructuren els records en els relats de les seves biografies vitals (Rovira, 1998). A més, el relat dels entrevistats està influenciat per l'estructura social i política del present, en tant que ens determina com recordam el passat.

Amb referència als records de la família d'origen, molt en consonància amb l'època històrica, als relats surten unes mares al càrrec del treball reproductiu i de cura de la casa, amb eventuals eixides al treball extradomèstic. Per a la cura de la família i la casa, sovint tenen el suport de les filles. Pel que fa als pares, són els principals responsables, en la majoria dels casos, de l'economia productiva o aportació monetària a l'economia familiar, però sovint amb aportacions en forma de treball per part de la resta de membres. La majoria de les famílies d'origen dels entrevistats són nombroses.

En relació amb els records de l'escola, les narracions dels protagonistes assenyalen diferències de gènere. Pel que fa a la permanència a la institució escolar, aquesta era una mica menor en el cas dels nins, que se n'absentaven per donar suport a les feines agrícoles familiars. Les dones apunten les activitats que feien a «costura» en escoles de monges. En conjunt, es detecta un reconeixement de la figura dels mestres. Els jocs i les amistats reben també especial atenció.

Quant a la formació religiosa, important per l'època estudiada, ocupa un lloc rellevant la comunió, especialment en el vessant festiu, i es dóna la coincidència en tots els casos que se celebrava modestament amb xocolata i ensaïmada. A les entrevistes també s'esmenta la centralitat social dels capellans.

Amb referència al món laboral, les característiques socioeconòmiques dels municipis del Raiguer queden recollides amb la presència de trajectòries en el món de la sabata, a més de les esperades del món agrícola. Uns quants dels sabaters entrevistats passen de treballar en tallers de ca seva a treballar en fàbriques durant la dècada dels cinquanta. En el cas de les dones, les trajectòries laborals apareixen conjuntament amb el treball no remunerat de cura de la família i la llar. Els seus treballs extradomèstics són en tallers a casa o en tasques agrícoles. En el cas de l'agricultura, algunes entrevistades treballen a la propietat familiar o de la família política, d'altres fan d'amitgeres conjuntament amb el marit, i moltes han fet eventualment de collidores a grans possessions.

En relació amb el festeig i el matrimoni, l'aportació de records era potser més escassa, i es manifesta una certa resistència o pudor a parlar-ne, lligat tal vegada al fet de no conèixer personalment els entrevistadors. Tal vegada les dones entrevistades fan qualque aportació més, comparat amb els homes. Cal tenir present que un aspecte que condiciona la configuració de les famílies són les característiques del festeig. Com apunta Roigé (2011), la separació en la vida social entre homes i dones de la mateixa cohort generacional incidia en la formació de les parelles. Les ocasions per a les trobades entre gèneres solien ser els passeigs dels diumenges i els balls de les festes populars. A més, per iniciar el festeig, calia l'autorització dels pares de la núvia i l'acord entre els pares respectius. El sacerdot té un paper important en les històries matrimonials també durant la primera meitat del segle XX, ja que hi fa de mediador, conseller matrimonial i confident (Roigé, 2011).

A les entrevistes surt que el temps de festeig estava controlat i que es feia amb la supervisió d'una persona de confiança.

A l'últim, amb referència al moment històric, els records sobre l'economia de la postguerra tenen una centralitat significativa. Les persones entrevistades apunten les estratègies per a la subsistència, i principalment les característiques de l'alimentació de l'època.

Com a addenda a les reflexions fetes en aquest apartat, hem d'apuntar que les representacions de la postguerra presents als mitjans de comunicació de massa (especialment la televisió) poden tenir incidència. En altres paraules, en el record de la postguerra hi tenen un paper les representacions socials que del passat fan els mitjans, a través de sèries televisives com, per exemple, *Amar en tiempos revueltos* (TVE), *Cuéntame* (TVE) o *Temps de silenci* (TV3). Aquestes sèries tenen el paper de destacar els aspectes que «mereixen» ser recordats de l'època.

Pel que fa a les limitacions de la recerca, es té en compte que la relativa desconeixença entre entrevistadors i entrevistats determinava el transcurs de les trobades, tot i que s'acudís a les entrevistes habitualment amb un mediador o persona coneguda per ambdues parts. És cert també que el guió de les preguntes influeix en el contingut i en la forma de les informacions aportades, en el sentit que les persones entrevistades exposen els seus records en funció d'allò que hom els demana i no a partir d'una estructuració pròpia del relat i dels records.

En conjunt, cal assenyalar que la «construcció social de la memòria», com a narracions fetes des del moment present, agafa aquells fets i records del passat que tenen més coherència amb el moment actual i també els records que donen sentit i una continuïtat al relat de les trajectòries vitals dels entrevistats. L'exercici de posar a parlar gent gran sobre l'etapa històrica del primer franquisme i la postguerra esdevé un vehicle molt important per al diàleg intergeneracional i per conèixer aquestes persones i les etapes que han viscut. A més, la tècnica de les històries de vida utilitzada a l'article ha demostrat ser un instrument amb potencial comunicatiu i una eina recomanada per al treball socioeducatiu amb gent gran.

6. Agraïments

En primer lloc a les persones entrevistades, que resten en l'anonimat per desig exprés. Al professor Lluís Ballester Brage per les seves indicacions sobre la metodologia de les històries de vida, i a les alumnes col·laboradores Maria Francisca Mas Riera i Nuria Buendía Sánchez.

Referències bibliogràfiques

Aguado, A. (2011). Familia e identidades de género. Representaciones y prácticas (1889-1970). Chacón, F., Bestard, J. (dirs.). *Familias. Historia de la sociedad española desde la Edad Media a nuestros días*. Madrid, Cátedra.

Ballester, L., Carbonero, M. A., Horrach, A., Mascaró, P., Santiago, J. (1997). *Memòries d'un segle. Històries de vida*. Palma, Sa Nostra Obra Social i Cultural.

Bourdieu, P. (1999). Comprender. Bourdieu, P. (dir.) *La miseria del mundo*. Madrid, Akal.

Capellà, M. (2009). *Dones republicanes*. Palma, Lleonard Muntaner.

Chacón, F., Bestard, J. (dirs.) (2011). *Familias. Historia de la sociedad española desde la Edad Media a nuestros días*. Madrid, Cátedra.

Costa, C. (1995). *Sant Joan, un temps*. Sant Joan, Col·lectiu Teranyines, Monografies Santjoaneres.

Duran, D. (1994). *L'enginy de l'oci: estudi etnogràfic dels jocs i festes.* Porreres, Ajuntament de Porreres.

Ferrà-Ponç, D. (2003). *Gent de Campanet. Veus d'un món perdut*. Campanet, Ajuntament de Campanet.

Gual, J. (2010). *Gent de ca nostra*. *Mancor de la Vall. Homes i dones que han fet poble*. Palma, Documenta Balear.

Macias, L., Ballester, L. (2011). Els alumnes de la UOM experimenten mitjançant les històries de vida. *Anuari de l'envelliment 2011*. Palma, Universitat de les Illes Balears.

Marí, E. (2006). *La història del meu avi*. Eivissa, Institut d'Estudis Eivissencs.

Miralles, J. (1974). *Un poble, un temps*. Barcelona, Publicacions de l'Abadia de Montserrat.

Roigé, X. (2011). De la Restauración al franquismo. Modelos y prácticas familiares. Chacón, F., Bestard, J. (dirs.) *Familias. Historia de la sociedad española desde la Edad Media a nuestros días*. Madrid, Cátedra.

Rovira, M. (1998). *La construcció social de la memòria*. Suficiència investigadora del Doctorat de Sociologia. Universitat Autònoma de Barcelona.

Salort, P., Piris, L. (2012). Històries de vida. Recerques d'història oral a Menorca. *VIII Jornades d'Història Local i Patrimoni Cultural a Menorca*. Alaior, 9-11 març 2012.

Vallbona, J. (2001). *Converses amb la nostra gent*. Calonge, editat per Revista Dies i Coses, col·lecció Pagofigo, 1 i 3.

ANNEX. Guió de les entrevistes

FAMÍLIA. Feina pares. Dinàmica familiar: organització econòmica, relacions pares-fills (diferenciant relació amb el pare i relació amb la mare), relacions pare-mare, relacions entre germans, relacions amb la família extensa («besar mans»)...

ESCOLA. Fins quan vàreu anar a escola? Com era l'escola (demanar una mica sobre el mètode, disciplina...?) Amics d'infància i escola. Què fèieu? A quins jocs jugàveu?

Si vàreu haver de partir abans d'acabar els estudis, per què vàreu haver de partir? Tipus de feina per la qual vàreu deixar escola.

RELIGIÓ. Catequesi, educació moral i religiosa, primera comunió (com la celebren), «caciquisme» del capellà al si del poble...

PRIMERA FEINA i successives.

En el cas d'eventuals «eixides» i emigracions: demanar per les relacions familiars durant les absències (quan la persona que partia era a fora).

SERVEI MILITAR (en el cas dels homes).

FESTEIG/MATRIMONI/NOCES i arrencada (com muntaren ca seva).

RELACIONS AMB EL MOMENT HISTÒRIC. Racionament, dècada dels seixanta, mort de Franco.

(Conversa de la biografia arriba fins a l'actualitat: fills, néts...).

VALORACIÓ FINAL. Com ha canviat la vida d'abans a ara? El bo i el dolent.

Autors

JOAN AMER I FERNÀNDEZ

Selva, 1976. Llicenciat i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Des de 2010 és professor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears. És membre del grup de recerca GIFES (Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social).

JAUME GUAL I MÓRA

Mancor, 1943. Llicenciat en Filosofia per la Universitat Pontifícia de Sant Tomàs de Roma i llicenciat en Filosofia i Lletres (secció Filosofia) per la Universitat de València. Autor del llibre *Gent de ca nostra. Mancor de la Vall. Homes i dones que han fet poble* (2010). Premi Berenguer d'Anoia 2007. Ha estat president de la delegació d'Inca de l'Obra Cultural Balear. Col·laborador de les revistes de premsa forana *Montaura* i *Inca Revista*. Els seus interessos en la recerca són la investigació etnogràfica i els estudis locals, principalment del municipi de Mancor.

ARNAU AMER I SASTRE

Selva, 1947. Llicenciat en Filosofia i Lletres, secció Història Moderna i Contemporània, per la Universitat de Barcelona. És coautor amb Pere Segura de l'opuscle «Les cases de neu a Mallorca» (1997) i amb Llorenç Massutí de *L'obra d'Eduard de Plandolit com a impulsor de l'ús de l'electricitat* (2006). Els seus interessos en la recerca són la investigació etnogràfica i els estudis locals, principalment del municipi de Selva.

EL BILINGÜISME COM A FACTOR PROTECTOR DE L'ENVELLIMENT COGNITIU

El bilingüisme com a factor protector de l'envelliment cognitiu

Jaume Pomar Pons
Pilar Andrés Benito

Resum

L'objectiu principal d'aquest capítol és abordar una característica important de la nostra comunitat de referència, les Illes Balears. Es tracta d'examinar fins a quin punt el bilingüisme és un factor protector de l'envelliment cognitiu. Per aconseguir aquest propòsit, revisarem les evidències científiques que apunten cap a la reserva cognitiva com a factor rellevant i més concretament els factors que semblen modular els efectes de l'edat en el funcionament cognitiu. Per això, revisarem els estudis que han utilitzat diversos paradigmes experimentals per explorar la relació entre el bilingüisme i els processos de control d'interferència, la planificació, la memòria de treball i d'altres processos executius. També advertirem quins mecanismes es proposen per explicar els avantatges cognitius dels bilingües, i si els terminis d'instauració d'una demència poden diferir en funció de ser bilingüe o no. Acabarem parlant dels substrats neuronals que es relacionen amb la plasticitat funcional de l'experiència multilingüe, i que es presenten com a candidats a una possible reserva cognitiva.

Resumen

El objetivo principal de este capítulo es abordar una característica importante de nuestra comunidad de referencia, las Illes Balears. Se trata de examinar hasta qué punto el bilingüismo es un factor protector del envejecimiento cognitivo. Para conseguir este propósito, revisaremos las evidencias científicas que apuntan hacia la reserva cognitiva como factor relevante y, más concretamente, los factores que parecen modular los efectos de la edad en el funcionamiento cognitivo. Para ello, revisaremos los estudios que han utilizado diversos paradigmas experimentales para explorar la relación entre el bilingüismo y los procesos de control, la planificación, la memoria de trabajo y otros procesos ejecutivos. Advertiremos también qué mecanismos se proponen para explicar las ventajas cognitivas de los bilingües, y si los plazos de instauración de una demencia pueden diferir en función de ser bilingüe o no. Acabaremos hablando de los sustratos neuronales que se relacionan con la plasticidad funcional de la experiencia multilingüe, y que se presentan como candidatos a una posible reserva cognitiva.

1. Introducció

La societat occidental en general i la balear en particular presenten un important envelliment demogràfic (Gómez-Redondo, Génova, Robles 2007). Malgrat que aquest fet és positiu perquè és un assoliment important d'una societat avançada, també suposa un repte que hem d'afrontar. No es tracta únicament de viure més temps, sinó de viure amb una bona qualitat de vida i amb unes funcions mentals al més preservades possible. Per això és important que

puguem identificar els factors que potencien aquest funcionament cognitiu. Atès que vivim en una comunitat bilingüe, en aquest capítol analitzarem l'evidència científica que suggereix que les persones que parlen quotidianament dues o més llengües al llarg de la vida tenen una millor reserva cognitiva i, per tant, possiblement també unes millors capacitats cognitives.

2. Canvis neuropsicològics en l'envelliment

Els investigadors que treballen dins de la neuropsicologia de l'envelliment consideren que és fonamental poder caracteritzar el perfil cognitiu de l'envelliment i conèixer els mecanismes que poden actuar com a factors compensatoris davant les possibles pèrdues cognitives. Per això, és necessari entendre l'envelliment com un fenomen dinàmic, amb canvis de diversa índole que afecten el cervell i la cognició de la nostra gent gran, generant no només efectes negatius sinó també positius (Baltes, Freund, Li 2005).

És important assenyalar que els canvis que es produeixen durant l'envelliment repercuteixen en el sistema nerviós i cognitiu de manera diferencial. Moscovitch i Winocur (1992) mostren que el procés de canvi estructural afecta principalment l'escorça prefrontal (Raz et al. 1998; Raz et al. 2005; Raz et al. 2010) i el volum de l'hipocamp i les regions temporals (Raz et al. 2010). Pel que fa als canvis de funcionalitat neurològica, s'observa una manca de connectivitat cerebral (Gratton et al. 2009), un canvi anteroposterior —tendència a activar més les regions frontals i menys les temporals— (Davis et al. 2008) i una reducció de la asimetria de l'activitat cerebral —en la qual tots dos hemisferis s'activen durant la realització d'una tasca cognitiva— (Phillips, Andrés 2010; Cabeza 2002). Quant als canvis cognitius a què aquests canvis neurològics indueixen, l'atròfia de les àrees frontals i la reducció de connectivitat neuronal donen lloc a pèrdues en capacitats atencionals i executives (West 1996), amb problemes de concentració i atenció selectiva (vegeu Kramer i Madden 2008 per una revisió). En aquest sentit, a mesura que ens fem grans, la nostra capacitat d'inhibir estímuls irrellevants és un dels principals factors que expliquen aquesta disminució (Andrés, Parmentier, Escera 2006; Andrés, Guerrini, Phillips, Perfect 2008; Andrés, Van der Linden 2000; Hasher, Lustig, Zacks 2007). Aquests dèficits també són exagerats en les malalties tipus Alzheimer (Amieva et al. 2004; Perry, Hodges 1999). En segon lloc, el deteriorament del volum hipocampal i temporal que s'observa a mesura que la gent es fa gran afecta típicament les capacitats de memòria, principalment de memòria explícita o declarativa.

3. El concepte de reserva cognitiva

Ara com ara, és molt habitual trobar investigacions d'àmbits disciplinaris diferents, incloent-hi el de la neurociència cognitiva, que han posat el punt de mira en la recerca dels factors que, associats al pas del temps, poden, de manera directa i indirecta, actuar

sobre els processos cognitius bàsics i el seu suport físic, comportant-se com a moduladors i atenuant l'impacte negatiu que pot comportar l'envelliment.

Després d'observar amb freqüència una baixa correlació entre els signes i símptomes disfuncionals mostrats per pacients amb demència i el nivell de gravetat de patologia cerebral mostrat, Katzman i els seus col·laboradors (1989) van proposar la noció de reserva cognitiva. D'aquesta manera, es qüestionava la vinculació directa entre estructura i funció, i s'originava interès per l'estudi de factors tals com el nivell d'escolaritat en la probable reducció del minvament cognitiu durant l'ancianitat (vegeu Stern 2009 per una revisió).

Els estudis que durant els darrers anys s'han ocupat de cercar factors neuroprotectors han apuntat cap a diverses possibilitats que poden formar part d'aquesta complexa equació, tals com l'educació i la cultura, el nivell sociocultural, l'activitat física i també conèixer i fer ús de diverses llengües. Park i Reuter-Lorenz (2009) plantejaven la primera variable, relacionant l'eficiència i l'optimització cognitiva quan s'executen tasques amb el fet d'haver après al llarg de la vida estratègies adquirides mitjançant l'educació i la cultura. Scarmeas i Stern (2003) van poder establir que les persones amb un nivell educatiu i lloc de treball més elevat o amb moltes activitats d'oci, tenen més flux vascular a les àrees temporoparietals. A la senescència aquests subjectes tenen un funcionament cognitiu més flexible, generen més alternatives a l'hora de resoldre problemes i, així, compensen els dèficits que es generen per raó de l'edat (Stern 2002; 2009). Molt recentment, Wilson et al. (2013) han mostrat que la pràctica freqüent d'activitats cognitivament estimulants tant en edats primerenques com en avançades està relacionada amb el funcionament cognitiu a l'envelliment, resultat que reforça la idea de reserva cognitiva acumulada al llarg de la vida.

Un altre factor de l'equació està donat per l'activitat física de les persones grans; els guanys que generen aquestes activitats en les persones grans es fan patents en diferents àmbits: fisiològic, estructural i cognitiu (vegeu Pérez, Padilla i Andrés 2012 per una revisió). Un increment de reg vascular cerebral fa que hi arribi més glucosa, oxigen i aminoàcids, la qual cosa afavoreix una millor actuació de les funcions cognitives. Aquest increment de flux es pot aconseguir mitjançant l'exercici aeròbic, com ara caminar o nedar. Així, l'increment de producció de factors neurotròfics per aquest motiu provocaria que la plasticitat neuronal fomentés creixements axodendrítics i reforçament de les connexions sinàptiques, la qual cosa provocaria una recuperació en àrees particularment afectades per l'edat, com l'hipocamp i els lòbuls frontotemporals (Rodríguez, Sánchez 2004). En un treball recent del nostre equip (Padilla, Pérez, Andrés, Parmentier 2013) hem establert que les persones sanes que practiquen una activitat aeròbica de manera regular tenen una millor capacitat d'inhibir una resposta incorrecta que les persones que no practiquen cap esport. A més, aquestes persones també tenen més capacitat de memòria de treball (Padilla, Pérez, Andrés, Parmentier 2013). Aquests resultats són consistents d'acord amb

les conclusions de Guiney i Machado (2013) i suggereixen que la pràctica regular d'activitat física aeròbica deu produir canvis permanents en el cervell que afavoreixen la reserva cognitiva en general i les funciones executives en particular.

Una peça clau a afegir a aquesta equació és el fet de conèixer i parlar més d'una llengua. Sembla que el factor del bilingüisme juga un paper important quant a la qualitat de l'envelliment cognitiu, cosa que representa una variable que afecta especialment les persones grans de la nostra societat a les Illes Balears. La resta d'aquest capítol la dedicarem a tractar específicament d'aquest factor de reserva cognitiva.

4. El bilingüisme com a factor protector de l'envelliment cognitiu

La recerca en neuropsicologia sobre l'envelliment mostra de manera consistent que existeix una correlació entre el fet de ser bilingüe i unes bones funcions cognitives, tals com els processos de control de la interferència, la planificació i les tasques duals. Un dels primers estudis que esmenten la possible relació entre el bilingüisme i unes bones funcions cognitives va ser un estudi epidemiològic dut a terme per Johnson et al. (1997). Aquests autors van explorar la prevalença de la demència probable en la comunitat rural homogènia dels amish als EUA del mitjà oest. Aquesta comunitat proporcionava la possibilitat d'investigar sobre un grup aïllat genèticament, amb baix nivell d'educació formal i baixa exposició a la vida moderna, amb establiments intergeneracionals i fortes xarxes socials. Els resultats van revelar que els amish presentaven puntuacions més altes en el funcionament cognitiu (mesurat pel MMSE, Folstein et al. 1975) que la població general. Els factors associats amb la protecció cognitiva proposats van ser: el benestar econòmic, l'estabilitat social, la bona nutrició i l'accés a la medicina. A més, un factor que els autors van emfatitzar va ser el fet que tots els amish són bilingües, fet que es relacionava per primera vegada amb la teoria de la reserva neuronal proposada deu anys enrere (Katzman et al. 1988). Aquesta hipòtesi s'ha confirmat en diversos estudis experimentals dels darrers vint anys, i en una revisió recent dels estudis duts a terme fins avui, Bialystok, Craik i Luk (2012) conclouen que els efectes del bilingüisme poden, fins i tot, manifestar-se com un retard en l'edat d'aparició de les pèrdues de memòria en les persones amb demència. Aquest paper del bilingüisme com a factor protector de la demència serà tractat en la darrera secció d'aquest capítol.

Per mostrar els avantatges d'un millor control executiu de la interferència dins un context experimental, Bialystok et al. (2004; 2007) van utilitzar tasques del tipus Simon (Simon 1969) en les quals s'ha de donar una resposta lateralitzada davant estímuls que es presenten a la dreta o a l'esquerra d'un monitor. El punt clau d'aquesta tasca és que la resposta (per exemple, dreta o esquerra) pot ser incongruent amb el lloc de la pantalla en el qual apareix l'estímul (per exemple, esquerra o dreta). Els temps de reacció són més lents en aquestes circumstàncies que quan la resposta (dreta o esquerra) és congruent amb el lloc de la

pantalla en què apareix l'estímul (dreta o esquerra). Aquest fenomen es considera com la signatura de processos d'interferència que han de ser controlats mitjançant processos d'inhibició. Els resultats en aquesta tasca mostren que els participants bilingües són millors que els participants monolingües, fet que suggereix que les capacitats d'inhibició són més eficients en els participants bilingües. A més, les diferències associades a l'edat eren més reduïdes en els participants bilingües que en els monolingües.

Per mesurar els processos inhibitoris també s'han emprat tasques de *priming* negatiu (Tipper 1985). Aquest procediment permet analitzar si haver ignorat un estímul aplicant processos d'inhibició influeix en el seu posterior reconeixement. El fet que el temps de reacció davant una condició en què l'estímul diana actual (assaig n) apareixia en l'assaig anterior (assaig n-1) com a estímul distractor fos més lent que davant una condició en què l'estímul diana (assaig n) no hagués aparegut abans com a estímul distractor, és interpretat com el resultat de mecanismes d'inhibició aplicats per inhibir el distractor en l'assaig anterior (n-1) i que alenteixen el temps de reacció en l'assaig actual (n). Aquest allargament en els temps de reacció és conegut com a *priming* negatiu (PN). Treccani et al. (2009) van mostrar que els bilingües no només inhibien millor la informació espacial rellevant —tasca Simon—, sinó que també mostraven un efecte de PN més elevat. Costa et al. (2008) també van explorar el rendiment de subjectes monolingües i bilingües a l'Attention Network Task (ANT) (Fan et al. 2002), la qual avalua tres xarxes atencionals: l'alerta, l'orientació i el control executiu. Els resultats van revelar que els bilingües eren més ràpids i més eficients que els monolingües particularment a la xarxa de control executiu.

Quant a un possible avantatge dels bilingües sobre la capacitat de planificació i monitorització en entorns ecològics, Craik i Bialystok (2006) van explorar monolingües i bilingües joves i grans administrant una tasca simulada de «preparació d'esmorzar». Els resultats van mostrar un declivi substancial de control executiu en persones grans, encara que els subjectes grans bilingües van invertir menys temps en la tasca. Aquest resultat es va prendre com a evidència a favor d'un control més directe sobre la tasca per part dels bilingües, ja que dedicaven més temps a la planificació i a la monitorització.

Bialystok et al. (2006b) també van investigar fins a quin punt les persones bilingües podien dur a terme amb més facilitat una tasca d'antisacades oculars, la qual també necessita mecanismes d'inhibició. El resultat va mostrar que les persones bilingües resolien el conflicte de manera més ràpida que les monolingües. Finalment, pel que fa al test de Stroop, Bialystok et al. (2008) van mostrar que hi havia un efecte d'interferència més reduït en els bilingües que en els monolingües, i això es produeix tant en els participants bilingües joves com en els grans.

També s'ha proposat que el bilingüisme té un impacte significatiu sobre les capacitats cognitives, que impliquen no només control inhibitori, sinó també altres processos cognitius com memòria a curt i llarg termini. Per exemple, Bialystok (2006b) i Bialystok

et al. (2004) van demostrar que el bilingüisme també pot modular els processos de memòria de treball. Morales et al. (2012) han demostrat que aquesta relació entre bilingüisme i memòria de treball existeix des d'edats molt primerenques i que pot ser determinant en el desenvolupament de les funcions executives al llarg de la vida i durant l'envelliment. El nostre equip (Ljunberg, Hansson, Andrés, Jossefson, Nilsson 2013) també ha mostrat recentment que les persones bilingües tenen un millor rendiment en tasques de memòria episòdica, un tipus de memòria que es veu precoçment afectada per l'envelliment causat per l'atròfia de l'hipocamp i de les regions temporals. En aquest estudi es va investigar longitudinalment (a intervals de cinc anys i durant trenta anys) l'actuació cognitiva d'un grup de 1.000 persones que vivien a Suècia. Els resultats van revelar que les persones classificades com a bilingües tenien millors puntuacions en tasques de memòria episòdica que les persones classificades com a monolingües, i això a partir d'edats primerenques i al llarg de tota la vida fins a les darreres etapes. Curiosament, els bilingües també obtenien millors puntuacions en tasques de fluència fonèmica, però no semàntica. Atès que la fluència fonèmica té una component frontal més important que la fluència semàntica, aquest darrer resultat dóna suport a la idea que l'avantatge de les persones bilingües està relacionat amb processos cognitius que depenen dels mecanismes de control i de les regions frontals.

Per tant, «l'avantatge bilingüe» sembla que afecta d'una manera més general del que es creia inicialment. En conseqüència, resulta plausible que l'experiència contínua amb dos sistemes lingüístics tingui com a resultat un augment inespecífic de les capacitats executives durant l'execució de tasques prou demandants, més que no pas un efecte específic sobre una capacitat concreta. Aquesta possibilitat va ser investigada per Emmorey et al. (2008), que hi van incloure una nova variable característica dels subjectes bilingües: la seva capacitat per produir paraules de manera simultània en dues llengües. Es van comparar monolingües i bilingües de dos tipus: *unimodals* i *bimodals* (poden utilitzar el llenguatge de signes i el llenguatge parlat al mateix temps). Els autors van concloure que l'avantatge dels bilingües en control executiu es relaciona amb l'experiència dels bilingües unimodals (que és el tipus de bilingüisme habitual) a l'hora de seleccionar ítems de dues llengües en la mateixa modalitat.

Finalment, Kavé et al. (2008) van mostrar que el nombre de llengües parlades contribuïren significativament en la predicció de les puntuacions de les proves cognitives més enllà de l'efecte d'altres variables demogràfiques, com l'edat, el gènere, el lloc de naixement, l'edat d'immigració i el nivell educatiu.

5. Mecanismes explicatius dels avantatges cognitius del bilingüisme

Es podria pensar que és el context el que determina quin sistema s'activarà al cervell dels bilingües. És a dir, si un bilingüe catalanocastellà es troba a Madrid, el context farà que solament s'activi el castellà al seu cervell. En canvi, les dades experimentals demostren

que el context no anul·la completament l'activació de la llengua no utilitzada en aquell moment. De fet, per entendre els avantatges cognitius relacionats amb el bilingüisme és important tenir en compte que existeix una activació dels dos sistemes lingüístics a la ment dels bilingües en qualsevol moment. Un dels efectes que demostren aquesta coactivació són els efectes de *priming* croslingüístic observats entre llengües (una paraula d'una llengua facilita la recuperació d'una paraula semànticament relacionada de l'altra llengua). El model de Green (1998) permet comprendre l'avantatge en els processos executius (i particularment inhibitoris), ja que postula que l'ús de dues llengües depèn d'un sistema atencional, amb recursos limitats, l'utilitzat per a tasques no verbals, i que permet als bilingües el control simultani de dos sistemes lingüístics en competició. Hi ha estudis que donen compte d'aquest avantatge dels bilingües en tasques no verbals. Aquest avantatge seria, doncs, un avantatge «executiu» dels bilingües, amb un rol fonamental dels processos inhibitoris, que s'estén al llarg de tot el cicle vital.

Per acabar, és important esmentar l'existència de factors que poden modular les diferències en el control inhibitori entre monolingües i bilingües. Per una banda, el nivell de competència en L1 —primera llengua— i L2 —segona llengua—, molt relacionat, alhora, amb l'edat d'adquisició, amb els processos de socialització i amb el seu ús. L'impacte del nivell de competència en L1 i L2 sobre el funcionament inhibitori i la resolució del conflicte en subjectes bilingües joves i grans va ser explorat per Zied et al. (2004) mitjançant una versió bilingüe del test de Stroop. Els autors van concloure que manipular i dominar dues llengües podria augmentar l'eficiència dels mecanismes inhibitoris. D'altra banda, els processos de canvi de llengua són també importants: com més actiu sigui el bilingüisme (canvis regulars entre llengües al llarg del dia), més gran serà l'avantatge dels bilingües respecte dels monolingües en els processos inhibitoris (Soveri, Rodriguez-Fornells, Laine 2011).

6. Bilingüisme i demència

Des d'un punt de vista més fisiològic, els mecanismes subjacents als efectes protectors del bilingüisme encara no estan clars, però autors com Valenzuela i Schadev (2006a) proposen que podrien ser increments en els nivells de fosfocreatina en repòs, la neurogènesi, la sinaptogènesi, l'arborització dendrítica i la reorganització funcional de les xarxes neurals. El fet que el bilingüisme afavoreix el funcionament cognitiu en general i l'executiu en particular fa demanar-se fins a quin punt el bilingüisme al llarg de la vida podria fins i tot endarrerir l'aparició dels símptomes de demència. Per respondre a aquesta pregunta, Bialystok, Craik i Freedman (2007) van explorar les històries clíniques dels pacients monolingües i bilingües que havien estat diagnosticats amb malaltia d'Alzheimer. Malgrat que eren equivalents en tota una sèrie de variables, els resultats van revelar que els pacients bilingües desenvolupaven símptomes clars de demència 4,1 anys més tard que els monolingües. Aquests resultats van ser replicats per

Craik et al. (2010) dins un context en el qual els pacients monolingües presentaven un nivell educatiu més alt que els bilingües, excloent-ne així la hipòtesi que l'avantatge dels bilingües pot estar vinculat a un millor nivell socioeducatiu.

7. Substrat neuronal dels avantatges cognitius del bilingüisme

Com ha quedat palès en les seccions anteriors, el context dins el qual es duu a terme la recerca sobre bilingüisme i funcionament cognitiu és el de la neuroplasticitat funcional, és a dir, l'estudi de com l'experiència modifica l'estructura cerebral i les seves funcions. Per exemple, diversos estudis han revelat que la implantació d'una segona llengua al cervell és molt diferent en funció del moment d'adquisició. Si un infant neix en un ambient bilingüe i, per tant, aprèn dues llengües des dels seus primers dies, les dues llengües apareixen representades a les mateixes zones del cervell. En canvi, si l'infant aprèn la segona llengua més tard o a l'edat adulta, les dues llengües estan representades a zones diferents del cervell (Kim et al. 1997). Vegem ara els principals resultats que han contribuït a identificar el substrat neural que atorga als bilingües cert avantatge en tasques que impliquen resolució de la interferència, i que, d'altra banda, podrien representar una possible reserva cognitiva (Stern 2002).

Autors com Hernández et al. (2001) i Rodríguez Fornells et al. (2005) han revelat que el canvi entre llengües activa regions de l'escorça prefrontal, l'àrea de Broca i el cíngol anterior, i han conclòs que podria estar implicat en l'atenuació de la interferència que resulta de suprimir i activar dues llengües en alternança, de manera que el canvi de llengua requereix el control executiu de l'atenció. Abutalebi et al. (2007) també van explorar el control atencional voluntari de dues llengües en bilingües i van concloure que els processos de control exercits sobre llengües en competició en contextos en què les dues llengües es troben actives es caracteritzen per activacions del nucli caudat esquerre i de l'escorça del cíngol anterior d'una manera diferent de les de les àrees utilitzades en canviar de registre dins d'una mateixa llengua.

Quant als aspectes fonològics, Golestani i Pallier (2007) van concloure que el volum de substància blanca en regions implicades en l'articulació i la memòria de treball fonològica (MTF) pot predir la qualitat de la pronunciació de sons estrangers. Klein et al. (1994) van utilitzar la tomografia per emissió de positrons (TEP) per demostrar que aprendre una segona llengua després dels cinc anys incrementa l'activitat al putamen esquerre, i van concloure que aquest juga un paper fonamental en els processos articulatoris de l'L2 per l'increment de demanda de més recursos cognitius.

Un altre aspecte que fins ara ha estat pobrament estudiat, però que és de vital importància per comprendre el possible «avantatge bilingüe», és la diferència neural en els processos

articulatoris entre bilingües primerencs i tardans. Frenck-Mestre et al. (2005) van comparar els correlats neurals dels processos articulatoris en subjectes bilingües primerencs i tardans, i aquests últims van mostrar una activació més elevada del putamen esquerre, en comparació amb els bilingües primerencs, ja que evidencien una activació bilateral, independent de la llengua parlada, de l'escorça motora, els ganglis basals, el cerebel i l'àrea motora suplementària. Atès que el paper dels ganglis basals en l'activació cerebral de subjectes bilingües cobrava més importància (Frenck-Mestre et al. 2005; Klein et al. 1994; Price et al. 1999), Crinion et al. (2006) van explorar si també s'activen a l'hora de distingir la llengua que es troba en ús, i van concloure que el nucli caudat podria estar implicat en la monitorització i el control de dues llengües en ús.

Finalment, Kovelman et al. (2008a; 2008b) van assenyalar la possibilitat que hi hagués un substrat neural específic del bilingüisme (*bilingual signature*) que mostraria un funcionament lateralitzat en funció del context. Els resultats semblen mostrar que les persones bilingües activarien més l'escorça prefrontal esquerra en ambients monolingües, mentre que si el context és bilingüe, s'observa més activació d'àrees anàlogues contralaterals.

8. Conclusions

En l'última dècada, importants grups d'investigació han focalitzat els esforços en l'estudi del paper del bilingüisme com a factor protector de l'envelliment cognitiu, i l'han considerat com un actor rellevant dins del ventall de factors que es presenten com a influents neuroprotectors. La nostra capacitat de poder parlar i entendre diversos idiomes, més que una mera particularitat cultural, es presenta com un component capaç de modelar la nostra estructura i funció cognitiva al llarg del cicle vital. Això afavoreix diversos aspectes neuropsicològics subjacents a diversos dominis mentals, i genera cert avantatge neurocognitiu en arribar a la vellesa.

En aquest capítol no s'han esmentat els possibles costs associats al bilingüisme (com ara una grandària del lèxic més reduïda o una freqüència de fenòmens tipus «punta de la llengua» més elevada) (vegeu Bialystok, 2009 per a una revisió). L'evidència empírica disponible suggereix, però, que la relació cost-benefici que pot generar el bilingüisme proporciona un saldo favorable per al funcionament cognitiu al llarg de la vida en general i durant l'envelliment en particular.

Referències bibliogràfiques

Abutalebi, J., Annoni, J. M., Zimine, I., Pegna, A. J., Seghier, M. L., Lee-Jahnke, H., Lazeyras, F., Cappa, S. F., & Khateb, A. (2007). Language control and lexical competition in bilinguals: An event-related fMRI Study. *Cerebral Cortex*, *18*, 1496-505.

Amieva, H., Phillips, L. H., Della Sala, S., & Henry, J. D. (2004). Inhibitory functioning in Alzheimer's disease. *Brain*, *127*, 949-964.

Andrés, P., & Van der Linden, M. (2000). Age-related differences in supervisory attentional system functions. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, *55*, 373-380.

Andrés P., Parmentier, F., & Escera, C. (2006). The effect of aging on involuntary capture of attention by irrelevant sounds: A test of the frontal hypothesis of aging. *Neuropsychologia*, *44,* 2564-2568.

Badzakova-Trajkov, G., Kirk, I. J., & Waldie, K. E. (2008). Dual-task performance in late proficient bilinguals. *Laterality*, *13*, 201-16.

Baltes, P. B., Freund, A. M., & Li, S. C. (2005). The psychological science of human ageing. M. L. Johnson (eds.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*, *47-71*. Cambridge, Cambridge University Press.

Bialystok, E. (1999). Cognitive complexity and attentional control in the bilingual mind. *Child Development*, *70*, 636-644.

Bialystok, E. (2001). Bilingualism in development: Language, literacy, and cognition. Nova York, Cambridge University Press.

Bialystok, E. (2009). Bilingualism: The good, the bad and the indifferent. *Bilingualism: Language and Cognition*, *12*, 3–11.

Bialystok, E., Craik, F. I., Grady, C., Chau, W., Ishii, R., Gunji, A., & Pantev, C. (2005). Effect of bilingualism on cognitive control in the Simon task: evidence from MEG. *Neuroimage*, *24*, 40-9.

Bialystok, E., Craik, F. I., Klein, R., & Viswanathan, M. (2004). Bilingualism, aging, and cognitive control: evidence from the Simon task. *Psychology and Aging*, *19*, 290-303.

Bialystok, E., Craik, F. I., & Freedman, M. (2007). Bilingualism as a protection against the onset of symptoms of dementia. *Neuropsychologia*, *45*, 459-64.

Bialystok, E., Craik, F. M., & Luk, G. (2012). Bilingualism: Consequences for mind and brain. *Trends in Cognitive Sciences*, *16*, 240-250.

Bialystok, E., Craik, F. I., & Ruocco, A. C. (2006a). Dual-modality monitoring in a classification task: the effects of bilingualism and ageing. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *59*, 1968-83.

Bialystok, E., Craik, F. I., & Ryan, J. (2006b). Executive control in a modified antisaccade task: Effects of aging and bilingualism. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, *32*, 1341-54.

Bialystok, E., Craik, F. I., & Luk, G. (2008). Cognitive control and lexical access in younger and older bilinguals. *Journal of Experimental Psychology*, *34*, 859-73.

Cabeza, R. (2002). Hemispheric asymmetry reduction in old adults: The Harold model. *Psychology and Aging*, *17*, 85-100.

Chee, M. W., Soon, C. S., Lee, H. L., & Pallier, C. L. (2004). Left insula activation: a marker for language attainment in bilinguals. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, *101*, 15265-70.

Costa, A., Hernandez, M., & Sebastian-Galles, N. (2008). Bilingualism aids conflict resolution: Evidence from the ANT task. *Cognition*, *106*, 59-86.

Craik, F. I., & Bialystok, E. (2006). Planning and task management in older adults: cooking breakfast. *Memory and Cognition*, *34*, 1236-1249.

Craik, F. I., Bialystok, E., & Freedman, M. (2010). Delaying the onset of Alzheimer disease: Bilingualism as a form of cognitive reserve. *Neurology*, *75*, 1726-29.

Crinion, J., Turner, R., Grogan, A., Hanakawa, T., Noppeney, U., Devlin, J. T., Aso, T., Urayama, S., Fukuyama, S., Stockton, K., Usui, K., Green, D. W., & Price, C. J. (2006). Language control in the bilingual brain. *Science*, *312*, 1537-1540.

Emmorey, K., Luk, G., Pyers, J. E., & Bialystok, E. (2008). The source of enhanced cognitive control in bilinguals: evidence from bimodal bilinguals. *Psychological Science*, *19*, 1201-1206.

Fan, J., McCandliss, B. D., Sommer, T., Raz, A., & Posner, M. I. (2002). Testing the efficiency and independence of attentional networks*. Journal of Cognitive Neuroscience*, *14*, 340-347.

Folstein, M. F., Folstein, S. E., & Mc Hugh, P. R. (1975). Mini-mental State, A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, *12*, 189-98.

Golestani, N., & Pallier, C. (2007). Anatomical correlates of foreign speech sound production. *Cerebral Cortex*, *17*, 929-934.

Gómez-Redondo, R., Génova, R., & Robles, E. (2007). Envejecimiento, longevidad y salud. Bases demográficas en España. Ballesteros, S. (ed.). *Envejecimiento saludable: Aspectos biológicos, psicológicos y sociales*, *41-76*. Madrid, UNED.

Gratton, G., Rykhlevskaia, E., Wee, E., Leaver, E., & Fabiani, M. (2009). Does White matter matter? Spatiotemporal dynamics of task switching in aging. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *21*, 1380-1395.

Green, D. W. (1998). Mental control of the bilingual lexico-semantic system. *Bilingualism: Language and Cognition*, *1*, 67–81.

Guiney, H., & Machado, L. (2013). Benefits of regular aerobic exercise for executive functioning in healthy populations. *Psychonomic Bulletin and Review*, *20*, 73-86.

Hamers, J. F. (2004). A Sociocognitive *model* of bilingual development. *Journal of Language and Social Psychology*, *23*, 70-98.

Hasher , L., Lustig, C., & Zacks, R. T. (2007). Inhibitory mechanisms and the control of attention. Conway, A. R. A., Jarrold, C., Kane, M. J., Miyake, A., Towse, & J. N. (eds.). *Variation in working memory*, *227-249*. Nova York, Oxford University Press.

Hernandez, A. E., Dapretto, M., Mazziotta, J., & Bookheimer, S. (2001). Language switching and language representation in Spanish-English bilinguals: An fMRI Study. *Neuroimage*, *14*, 510-520.

Johnson, C. C., Rybicki, B. A., Brown, G., D'Hondt, E., Herpolsheimer, B., Roth, D., & Jackson, C. E. (1997). Cognitive impairment in the Amish: a four county survey. *International Journal of Epidemiology*, *26*, 387-94.

Katzman, R., Terry, R., DeTeresa, R., Brown, T., Davies, P., Fuld, P., Renbing, X., & Peck, A. (1988). Clinical, pathological, and neurochemical changes in dementia: a subgroup with preserved mental status and numerous neocortical plaques. *Annals of Neurology*, *23*, 138-44.

Kaushanskaya, M., & Marian, V. (2007). Bilingual language processing and interference in bilinguals: Evidence from eye tracking and picture naming. *Language Learning, 57*, 119-163.

Kavé, G., Eyal, N., Shorek, L., & Cohen-Mansfield, J. (2008). Multilingualism and cognitive state in the oldest old. *Psychology and Aging*, *23*, 70-78.

Kim, K. H., Relkin, N. R., Lee, K. M., & Hirsch, J. (1997) Distinct cortical areas associated with native and second languages. *Nature, 388*: 171–4.

Kovelman, I., Baker, S. A., & Petitto, L. A. (2008a). Bilingual and monolingual brains compared: a functional magnetic resonance imaging investigation of syntactic processing and a possible «neural signature» of bilingualism. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *20*, 153-69.

Kovelman, I., Shalinsky, M. S., Berens, M., & Petitto, L. A. (2008b). Shining new light on the brain's «bilingual signature»: a functional Near Infrared Spectroscopy investigation of semantic processing. *Neuroimage*, *39*, 1457-1471.

Kramer, A. F., & Madden, D. (2008). Attention. Craik, F., & Salthouse, T. A. *The handbook of aging and cognition*, *189-245*. 3a edició. Nova York, Psychology Press.

Ljunberg, J., Hansson, P., Andés, P., Jossefson, M., & Nilsson, L-G. (2013). *A longitudinal study of memory advantages in bilinguals*. PLOS One, *in press*.

Meuter, R., & Simmond, M. (2007). The aging bilingual and executive function: Beyond the Simon effect. *In The 6th International Symposium on Bilingualism*. 30 maig – 2 juny. Universitat d'Hamburg, Alemanya.

Morales, J., Calvo, A., & Bialystok, E. (2013). Working memory development in monolingual and bilingual children. *Journal of Experimental Child Psychology, 114*, *in press*.

Moscovitch, M., & Winocur, G. (1992). The neuropsychology of memory and aging. *The handbook of aging and Cognition*, 315-372.

Padilla, C., Pérez, L., Andrés, P., & Parmentier, F. (2013). Exercise improves cognitive control: evidence from the Stop signal task. *Applied Cognitive Psychology*, 505-511.

Park, D., & Reuter-Lorenz, P. (2009). The Adaptive brain: Aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review of Psychology*, *60*, 173-196.

Perani, D., Abutalebi, J., Paulesu, E., Brambati, S., Scifo, P., Cappa, S. F., & Fazio, F. (2003). The role of age of acquisition and language usage in early, high-proficient bilinguals: An fMRI study during verbal fluency. *Human Brain Mapping*, *19*, 170-182.

Pérez, L., Padilla, C., & Andrés, P. (2012). L'activitat física i altres factors de reserva cognitiva en l'envelliment. Orte, C. *Anuari de l'envelliment*, 249-264

Perry, R. J., & Hodges, J. R. (1999). Attention and executive deficits in Alzheimer's disease. A critical review. *Brain*, *122*, 383-404.

Phillips, L., & Andrés, P. (2010). The cognitive neuroscience of aging: new findings on compensation and connectivity. *Cortex*, *46*, 421-424.

Price, C. J., Green, D. W., & Von Studnitz, R. (1999). A functional imaging study of translation and language switching. *Brain*, *122*, 2221-35.

Ransdell, S. E., & Fischler, I. (1987). Memory in a monolingual mode: When are bilinguals at a disadvantage? *Journal of Memory & Language*, *26*, 392-405.

Raz, N., Gunning-Dixon, F. M., Head, D., Dupuis, J. H., & Acker, J. D. (1998). Neuroanatomical correlates of cognitive aging: evidence from structural magnetic resonance imaging. *Neuropsychology*, *12*, 95-114.

Raz, N., Lindenberger, U., Rodrigue, K. M., Kenedy, K. M., Head, D., Williamson, A., Dahle, C., Gerstorf, D., & Acker, J. D. (2005). Regional brain changes in health aging adults: general trends, individual differences and modifiers. *Cerebral Cortex*, *15*, 1676-1689.

Raz, N., Ghisletta, P., Rodrigue, K. M., Kennedy, K. M., & Lindenberger, U. (2010). Trajectories of brain aging in middle-aged and older adults: Regional and individual differences. *Neuroimage*, *51*, 501-511.

Rodriguez-Fornells, A., Van der Lugt, A., Rotte, M., Britti, B., Heinze, H. J., & Munte, T. F. (2005). Second language interferes with word production in fluent bilinguals: brain potential and functional imaging evidence. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *17*, 422-33.

Rosselli, M., Ardila, A., Araujo, K., Weekes, V. A., Caracciolo, V., Padilla, M., & Ostrosky-Solis, F. (2000). Verbal fluency and verbal repetition skills in healthy older Spanish– English bilinguals. *Applied Neuropsychology*, *7*, 17–24.

Scarmeas, N., & Stern, Y. (2003). Cognitive reserve and lifestyle. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *25*, 625-634.

Soveri, A., Rodriguez-Fornells, A., & Laine, M. (2011). Is there a relationship between language switching and executive functions in bilingualism? Introducing a within-group analysis approach. *Frontiers in Psychology*.

Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the International Neuropsychological Society*, *8*, 448-60.

Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia, 47*, 2015-2028.

Tipper, S. P. (1985). The negative priming effect: Inhibitory priming by ignored objects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology: Human Experimental Psychology*, *37A*, 571–590.

Treccani, B., Argyri, E., Sorace, A., & Sala, S. D. (2009). Spatial negative priming in bilingualism. *Psychonomic Bulletin Review*, *16,* 320-7.

Valenzuela, M. J., & Sachdev, P. (2006a). Brain reserve and dementia: A systematic review. *Psychological Medicine*, *36*, 441–454.

West, R. L. (1996). An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin*, *120*, 272-292.

Wilson, R., Boyle, P., Yu, L., Barnes, L., Schneider, J., & Bennett, D. (2013). Life-span cognitive activity, neuropathologic burden, and cognitive aging. *Neurology*, *in press*.

Zied, M., Phillipe, K., Pinon, K., Havet-Thomassin, V., Aubin, G., Roy, A., & Le Gall, D. (2004). Bilingualism and adult differences in inhibitory mechanisms: evidence from a bilingual Stroop task. *Brain and Cognition*, *54*, 254-256.

Autors

JAUME POMAR PONS

És llicenciat en Psicologia i té un postgrau d'Especialista en Neuropsicologia. Professionalment es dedica a la pràctica privada com a especialista en Neuropsicologia, principalment dirigida a població infantojuvenil. Forma part del grup de recerca Neuropsicologia i Cognició, de l'Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut, IUNICS (UIB-CAIB). És membre del Consorci de Neuropsicologia Clínica (CNC) i de la Associació Espanyola de Neuropsicologia Clínica Infantil (ASENCI). Actualment està començant la seva tesi doctoral sota la direcció de la Dra. Pilar Andrés.

PILAR ANDRÉS BENITO

Professora Titular de Neuropsicologia a la Universitat de les Illes Balears i Responsable del grup de recerca Neuropsicologia i Cognició de l'Institut Universitari d'Investigació en Ciències de la Salut (IUNICS). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de Barcelona i Doctora en Psicologia (Neuropsicologia) per la Universitat de Lieja (Bèlgica). Membre de la Societat Espanyola de Psicologia Experimental (SEPEX) i de la Experimental Psychological Society (EPS, Regne Unit).

TREBALL COMUNITARI INTERGENERACIONAL: L'EXPERIÈNCIA DE DOS PROJECTES SOCIOEDUCATIUS INTERGENERACIONALS A PALMA

Treball comunitari intergeneracional: l'experiència de dos projectes socioeducatius intergeneracionals a Palma

M. Belén Pascual Barrio
M. Antònia Gomila Grau

Resum

L'interès per conceptes com solidaritat intergeneracional i educació intergeneracional es reflecteix en les polítiques, els programes i les iniciatives europees orientats a la promoció de les actuacions intergeneracionals com a eines d'inclusió social i participació ciutadana activa. L'àmbit i el nivell d'acció d'aquestes actuacions arreu d'Europa segueixen sent molt diversos, tot i que majoritàriament són iniciatives locals que parteixen de la comunitat. A l'article es presenten els principals elements que fonamenten aquestes iniciatives a partir de l'anàlisi de dues experiències comunitàries (de col·laboració directa entre centres educatius i de serveis socials) que es duen a terme actualment en dos barris de Palma: el projecte Mestres de la vida, del barri de Cas Capiscol, i el projecte Uns nins molt mestres i unes padrines amb molta escola, del barri de Son Gotleu.

Resumen

El interés por conceptos como solidaridad intergeneracional y educación intergeneracional se refleja en las políticas, los programas y las iniciativas europeas orientados a la promoción de las actuaciones intergeneracionales como herramientas de inclusión social y participación ciudadana activa. El ámbito y el nivel de acción de estas actuaciones en toda Europa siguen siendo muy diversos, aunque mayoritariamente son iniciativas locales que parten de la comunidad. En el artículo se presentan los principales elementos que fundamentan estas iniciativas a partir del análisis de dos experiencias comunitarias (de colaboración directa entre centros educativos y de servicios sociales) que se llevan a cabo actualmente en dos barrios de Palma: el proyecto Maestros de la vida, del barrio de Cas Capiscol, y el proyecto Unos niños muy maestros y unas abuelas con mucha escuela, del barrio de Son Gotleu.

1. Introducció

Els projectes intergeneracionals dins l'àmbit de l'escola tenen com a finalitat crear un espai relacional entre els infants i les persones grans per tal de fomentar la creació de vincles afectius i de col·laboració entre aquestes dues generacions.

Les experiències d'arreu d'Europa i d'Espanya mateix són molt variades i nombroses. La majoria sorgeixen d'iniciatives d'institucions socials de la societat civil o de l'administració local com a projectes comunitaris que no sempre tenen una estructura i un finançament estable que en permeti la continuïtat. Aquest article recull dues experiències de treball comunitari que es duen a terme actualment en dos barris de Palma: el projecte Mestres de

la vida, del barri de Cas Capiscol, i el projecte Uns nins molt mestres i unes padrines amb molta escola, del barri de Son Gotleu. Ambdues experiències neixen de la col·laboració entre el centre educatiu i el centre de serveis socials de la zona, amb una finalitat de cohesió social del barri, però, tot i que parteixen de problemàtiques semblants, s'acaben desenvolupant de maneres diferents. El projecte Mestres de la vida, de Cas Capiscol, aprofita la posada en funcionament de l'escola d'educació infantil i primària del barri per donar resposta a la necessitat de connectar-hi un elevat nombre de persones estrangeres nouvingudes a partir de la creació de vincles entre els alumnes d'infantil i els padrins dels casals de la tercera edat del barri. El projecte de Son Gotleu, Uns nins molt mestres i unes padrines amb molta escola, neix d'una col·laboració puntual a proposta de l'escola d'Es Pont i coincidint amb la celebració del Dia del Llibre. La iniciativa s'ha convertit en un taller de lectoescriptura en què participa l'alumnat de cinquè curs de primària i un grup de padrines residents al barri.

2. De què parlam quan parlam d'educació intergeneracional

L'educació intergeneracional s'entén dins el marc d'experiències que fomenten les relacions entre les generacions i que cerca la interrelació entre aquestes com a element educatiu de tothom. És, doncs, l'intercanvi de coneixement entre persones de diferents edats perquè aprenguin juntes, unes de les altres (ENIL,[1] 2012). Els projectes i programes d'educació intergeneracional són, en aquest sentit, els «vehicles socials que creen intercanvi de recursos i d'aprenentatge entre les generacions grans i les més joves» (Kaplan, 2001). Aquests programes faciliten una interacció intencional entre grups de persones de diferents edats en una varietat de situacions i a partir d'activitats cooperatives i significatives que proporcionen proximitat, comunicació, sentiments i pensaments compartits (ICIP,[2] 1999; Hatton-Yeo i Ohsako, 2001). La relació que es fomenta, per tant, és una relació bidireccional, basada en interaccions, tant formals com informals, que tenen lloc en ambdues direccions. La suma d'aquestes interaccions és el que determina la qualitat de vida tant de la generació més jove com de la generació més gran (ENIL, 2012; IMSERSO, 2009).

Taula 1 | *Algunes propostes de millora de la qualitat dels programes d'educació intergeneracional*

Educació intergeneracional
Interrelació de generacions diferents com a element educatiu de tots
Interaccions formals i informals
Intercanvi de coneixement
Aprenentatge conjunt
Varietat de situacions

[1] ENIL (European Network on Independent Living) http://www.enil.eu/
[2] ICIP (International Consortium for Intergenerational Programmes) http://www.icip.info

Programes d'educació intergeneracional
Intercanvi continuat de recursos
Interacció intencional entre grups de persones de diferents edats
Relació bidireccional
Intencionats, continuats i organitzats
Beneficiosos per a ambdues parts i tant individuals com socials
Basats en activitats cooperatives i significatives, que proporcionen proximitat, comunicació, sentiments i pensaments compartits

Aquests projectes de l'àmbit social permeten fer front als nombrosos canvis de la societat actual, relacionats amb la transformació demogràfica i l'envelliment; la transformació de l'estat del benestar; els canvis del mercat laboral i la transformació dels processos de producció que genera la societat del coneixement; les transformacions de la família, i la creixent tendència cap a una societat més individualista, atomitzada, amb estils de vida flexibles i canviants. Així, davant una societat moderna que «perd» espais de contacte intergeneracional, els projectes intergeneracionals representen, segons el que reporta l'informe EAGLE[3] (EAGLE Consortium, 2008), un benefici atès que permeten unificar generacions segregades i construir «una millor comprensió entre les generacions; encoratja la ciutadania activa i la participació social; promou el treball a través de les generacions, permet compartir recursos professionals i socials i de coneixement entre les generacions, ajuda a fer front a problemes que són comuns entre les generacions i manté i construeix capital humà i social simultàniament».

En l'àmbit individual, les investigacions mostren els importants beneficis de la relació entre les generacions, tant per a les més grans (evitar l'aïllament, augmentar la vitalitat, millorar la capacitat per fer front a les malalties, aprendre, desenvolupar vincles d'amistat, incrementar l'autoestima i motivació, etc.) com per a les més joves (incrementar l'autoestima, la confiança, la responsabilitat social, el reconeixement de les persones grans i l'envelliment, el rendiment escolar, etc.) (IMSERSO, 2009; Bentancor, 2009; ONU, 2002) i les intermèdies, pel que fa a l'impacte que reben de tots els canvis produïts en les altres: millora de les relacions familiars, la comunicació, les competències, el coneixement, el reconeixement i el suport mutu.

Superant la perspectiva de servei i tenint en compte la bidireccionalitat com a tret inherent del programa intergeneracional, Kaplan i Thang (2002) consideren que aquests programes permeten oferir més funcions productives, combatre l'edatisme (o discriminació per causa de l'edat), promoure valors prosocials entre els més joves, fomentar la comprensió intergeneracional i el suport mutu enfront dels canvis en l'estructura familiar, i mobilitzar coneixements, habilitats, energies i recursos dels més joves i dels grans.

[3] EAGLE (European Approaches to Intergenerational Livelong Learning) http://www.eagle-project.eu

L'interès per conceptes com solidaritat intergeneracional i educació intergeneracional es reflecteix en les polítiques, els programes i les iniciatives europees orientats a la promoció de les actuacions intergeneracionals com a eines d'inclusió social i participació ciutadana activa. Així i tot, l'àmbit d'acció i el nivell d'aquestes actuacions arreu d'Europa segueixen sent molt irregulars. En alguns països les experiències d'educació intergeneracional estan poc sistematitzades i es duen a terme, bàsicament, dins l'àmbit familiar (Grècia) o estan centrades gairebé de manera exclusiva en estratègies laborals (Itàlia) o simplement es desenvolupen de manera molt local i informal (Finlàndia) (EAGLE Consortium, 2008). L'informe de l'ENIL (2012, 29), en l'anàlisi sobre la pràctica de l'educació intergeneracional a Europa detecta que la majoria d'experiències són impulsades per organismes no governamentals o la societat civil molt més que no pas per estratègies del sector públic. A més, molt poques se centren en l'educació o la formació, ja que en general estan relacionades amb polítiques i actuacions d'envelliment actiu. Quan sí que van orientades a l'educació, els processos d'aprenentatge poques vegades estan fonamentats en la reciprocitat i no solen involucrar més de dues generacions.

Taula 2 | *Els beneficis dels programes d'educació intergeneracional*

Beneficis individuals		Beneficis socials
Beneficis per a la gent gran	Beneficis per als infants	Elements de millora
Autoestima i motivació	Autoestima	La comprensió intergeneracional
Vitalitat	Confiança	La ciutadania activa i participació social
Capacitat per fer front a les malalties	Responsabilitat social	El suport mutu enfront dels canvis en l'estructura familiar
Capacitat per aprendre més funcions productives	Rendiment escolar	La compartició de recursos professionals i socials
Desenvolupament de vincles d'amistat	Reconeixement de les persones grans i l'envelliment	El combatiment de l'edatisme o la discriminació per causa de l'edat
Socialització (evitar l'aïllament)	Valors prosocials	La mobilització de coneixements, habilitats, energies i recursos dels més joves i dels grans

En l'àmbit escolar, l'educació intergeneracional té èxit com a impulsora d'una forma permanent de cooperació entre les generacions i els diferents grups en la societat (Comissió Europea, 2012a). En una anàlisi global sobre els projectes intergeneracionals que es desenvolupen en l'àmbit escolar, Kaplan (2001) distingeix entre els programes que tenen connexions amb àrees curriculars acadèmiques, programes dirigits a la provisió de serveis i programes centrats en el compromís i la participació intergeneracional. En el cas espanyol, gran part dels projectes intergeneracionals que es desenvolupen a les escoles parteix de la idea de pal·liar o compensar una certa manca d'espais —familiars i extrafamiliars— en què es puguin desenvolupar relacions intergeneracionals (Sánchez, Díaz i Guirao, 2007), o bé pretén fomentar la solidaritat i evitar el conflicte intergeneracional (ENIL, 2012).

En general, els projectes i programes d'aprenentatge intergeneracional tenen una forta dimensió social, atès que tots mantenen una orientació comuna i estan centrats en els principis de solidaritat, participació, cooperació i interacció (Albuerne i Juanco, 2002). Aquests projectes tracten de temes tant intracurriculars com extracurriculars i tenen lloc en diferents ambients educatius, com escoles i universitats, però també en altres espais alternatius com residències o llars per a persones grans. Amb participants de perfils diversos, els projectes també mostren una gran varietat de possibilitats: padrins retirats (o que retarden la jubilació) que ajuden a l'escolarització d'infants i donen suport als docents, com ara The granddad programme —Suècia 2002— (Kristin Boström, 2012), A good working life —Dinamarca 2000— (Comissió Europea, 2012b), Lire et faire lire —França 1999— (Comissió Europea, 2012b), Los mayores también cuentan (Sanchez i Díaz, a Pinazo i Sánchez, 2005), Mayores activos en la escuela[4] —2011— (IMSERSO, 2012), i persones grans voluntàries com a assistents educatives o treballadores d'una companyia, que ensenyen a partir de la seva experiència als joves universitaris —BMW Group, Alemanya 2003— (Comissió Europea, 2012b). Altres projectes segueixen la direcció inversa, per exemple, joves estudiants universitaris fan de voluntaris ensenyant informàtica a les persones grans (Kaplan, 2001; Comissió Europea, 2012a; Project SILVER).[5]

A Europa, alguns dels programes intergeneracionals desenvolupats dins l'àmbit escolar que han tingut més continuïtat en el temps són The granddad programme, de Suècia (que es va crear el 2002 i que el 2012 encara se segueix duent a terme dins el funcionament ordinari dels centres educatius) i el programa A good working life, de Dinamarca (creat el 2000 i que encara està vigent).

Els projectes de formació o educació intergeneracional no estan exempts de les problemàtiques generals que afecten els projectes de promoció de les relacions entre diferents generacions. Una planificació i un disseny dolent (que afecten la capacitat per atreure participants potencials), una metodologia poc adequada (no col·laborativa) i avaluació insuficient, que no permeten mesurar l'impacte que les actuacions tenen en els grups beneficiaris en són algunes de les principals (Comissió Europea, 2012a; Domínguez, 2012). Una fonamentació teòrica i conceptual limitada i les dificultats que afecten la seva sostenibilitat i continuïtat en el temps (bàsicament per un deficient finançament) en són altres de comunes (Domínguez, 2012).

Però una de les principals crítiques que s'han fet concretament als projectes d'educació intergeneracional és la visió unilateral que en caracteritza molts. Tot i l'èmfasi en la reciprocitat com a element que ha de definir els projectes i que, de fet, defineix en general els projectes de promoció de les relacions intergeneracionals, els orientats a la formació encara se segueixen desenvolupant a partir de la definició d'un proveïdor i

[4] OFECUM (Oferta Cultural de Mayores) (www.ofecum.es).
[5] http://www.intergenerationallearning.eu/

d'un receptor de serveis (Kaplan, 2001). L'intercanvi, la interrelació i la reciprocitat que caracteritzen els primers (dirigits a la promoció de les relacions intergeneracionals) no solen incorporar-se als segons (educació intergeneracional). Hi ha una tendència bastant generalitzada a desenvolupar activitats que responguin a les necessitats de la gent gran i pocs projectes defineixen els objectius respecte de totes les generacions de gent implicada (infants, joves, adults, gent gran...) (ENIL, 2012). La majoria de les iniciatives són enteses com a oportunitats de participació de les persones grans en la vida social i comunitària[6] i més possibilitats d'inclusió social de persones en risc d'aïllament social. En aquest sentit, Sánchez i Díaz (2007) especifiquen la necessitat d'un bon disseny dels projectes, amb uns objectius definits a partir de la detecció de les necessitats de totes les generacions implicades en el projecte i no sols d'una.

Taula 3 | *Algunes propostes de millora de la qualitat dels programes d'educació intergeneracional*

Beneficis per a la gent gran	Elements de millora
Mancances en la planificació i el disseny Avaluació insuficient	Necessitat d'un bon disseny dels projectes, amb uns objectius definits a partir de la detecció de les necessitats de totes les generacions implicades en el projecte, i no sols d'una
Metodologia poc adequada (no col·laborativa)	Importància del treball comunitari en xarxa
Limitacions de la fonamentació teòrica i conceptual	Formació i guia dels professionals de la intervenció socioeducativa (centres educatius, serveis socials, etc.) sobre l'educació intergeneracional, per tal de proporcionar les competències i la confiança per crear noves iniciatives
Dificultats de sostenibilitat i continuïtat en el temps (finançament)	Garantir un bon finançament dels projectes i més reconeixement per part de l'Administració educativa i l'administració local
Augment de la burocratització i les rigideses que puguin condicionar l'estabilitat o afectar el grau d'autonomia i dinamisme de l'actuació	Fomentar la coresponsabilitat de tots els agents implicats directament en l'acció educativa (Administració pública i entitats col·laboradores) Acompanyar la implicació de l'Administració pública en un procés de negociació i reflexió amb la resta d'agents sobre els criteris que estructuren la relació

L'informe *One step up in later life* (Comissió Europea, 2012a) també assenyala tota una sèrie de requisits o elements que cal tenir en compte per tal de garantir l'èxit dels programes d'educació intergeneracional. El primer és més reconeixement per part de l'Administració educativa i l'administració local. Això estimula la creació de xarxes amb diversitat d'actors que permeten posar en marxa iniciatives locals, implicant les autoritats locals. La importància del treball comunitari en xarxa també és una de les característiques

[6] La inclusió de gent gran en aquests projectes en valoritza el coneixement i l'experiència en la societat, però també la seva capacitat d'aprendre en un context de promoció de l'envelliment actiu.

associades a l'èxit d'un programa d'educació intergeneracional esmentades per Sánchez et al. (2007). Una altra de les recomanacions és garantir un bon finançament dels projectes, que haurien d'estar inclosos en els pressupostos educatius, fins i tot dels mateixos centres, com a element que garantiria la continuïtat dels projectes. Altres elements en són la formació i guia, per a professors i altres professionals de l'educació i dels serveis socials, sobre l'educació intergeneracional, per tal de promoure la sensibilitat però també proporcionar les competències i la confiança per crear noves iniciatives.

Les experiències Els mestres de la vida (Cas Capiscol) i Uns nins molt mestres i unes padrines amb molta escola (Son Gotleu), de Palma, representen algunes de les iniciatives més sòlides d'educació intergeneracional que s'han desenvolupat a les Illes. Es tracta de dos projectes comunitaris sorgits de la col·laboració puntual que han involucrat centres educatius, serveis socials i centres de gent gran de la zona en una xarxa orientada a millorar la cohesió social del barri. En aquest article es descriuen els dos projectes i s'analitzen quins són els elements que han permès assolir els objectius definits i garantir la continuïtat en el temps.

3. El projecte Mestres de la vida

El projecte neix amb el nom El dia de les padrines, durant el curs 2006-2007, un any després de la posada en marxa del CEIP Cas Capiscol. El curs 2012-13, el nom es canvia per Mestres de la vida, que sintetitza més bé el component educatiu del projecte.

Les característiques i necessitats socials del barri, una població de nivell socioeconòmic baix i un gran nombre de població estrangera, impulsaren la posada en marxa d'un projecte que ajudés a la cohesió social a partir de la convivència i la participació. L'objectiu se centrava, doncs, en la creació de vincles afectius a través d'estratègies de treball conjunt entre els infants del centre educatiu i les persones grans dels casals de la tercera edat de la zona amb una orientació clarament educativa. Per una part, un objectiu és estimular l'aprenentatge dels infants a partir de la convivència i participació de la gent gran del barri d'una manera sistemàtica. Per l'altra, revalorar la figura social de les padrines i els padrins com a agents educatius actius més enllà de la seva edat, capacitats (nivell educatiu) i estatus social.

El grup de padrines participants acompanya els alumnes d'infantil al llarg de tres anys, seguint el grup per tal de mantenir el vincle durant aquest temps. Tot i que el projecte no s'estén a l'etapa de primària, els tres anys d'infantil i la participació constant en les activitats extracurriculars que es duen a terme al centre permeten mantenir el contacte i els vincles afectius creats. Alhora, això permet acompanyar els docents dins l'aula i oferir-los un suport educatiu, que en l'actual context d'augment de la ràtio (27-28 nins per aula) representa un element de qualitat important.

Al marge de les activitats programades, amb la seva participació directa un cop per setmana, el centre incorpora les padrines en totes les activitats que es duen a terme dins l'escola. Les sortides, excursions, festes i diades, setmanes culturals i altres activitats que permetin el contacte directe i l'organització conjunta entre professorat, famílies i padrines es fomenten especialment com a estratègia dins un model inclusiu que cerca el màxim de participació i col·laboració dels membres de la comunitat educativa. Així mateix, tot i que és el centre el que dissenya el marc pedagògic de les actuacions (establert en la programació general anual) i en fa l'avaluació interna (els serveis socials porten a terme l'avaluació externa), és a partir de la col·laboració amb les mateixes padrines que es creen i estructuren les activitats específiques. Totes les activitats es fonamenten en el treball col·laboratiu, la participació i l'oci (activitats lúdiques). L'interès principal és potenciar les relacions i, per tant, són activitats molt flexibles (amb format de tallers) que permeten fer-hi canvis sense modificar l'objectiu.

El funcionament del projecte segueix una cuidada organització del treball col·laboratiu, de tipus formal i informal, tant de les dues institucions que componen la xarxa (serveis socials i centre educatiu) com dels agents participants (professionals, padrines, famílies, alumnat). Aquesta intensa participació genera l'establiment d'un estatus específic d'aquestes participants i contribueix de manera molt important a crear una imatge de les padrines com a part integrant del centre (apareixen a les fotos de les festes...). La continuïtat de les padrines en el projecte al llarg dels anys —sempre condicionada per les capacitats físiques i mentals per poder participar-hi— també constitueix un dels elements que ha permès donar estabilitat a la iniciativa.

Tot i que les padrines pertanyen al barri, la selecció de les participants per part dels serveis socials té en compte la diversitat en múltiples aspectes: edat (dels 55 als 80), situació familiar (s'eviten els vincles familiars entre aquestes i els infants del centre), nivell socioeconòmic i nivell educatiu. Un dels requisits bàsics per poder participar-hi és que siguin catalanoparlants, per tal de ser coherents amb el projecte lingüístic del centre.

Així i tot, la posada en marxa d'aquest projecte intergeneracional exigeix un gran esforç per part del professorat i dels serveis socials. La selecció i l'acompanyament de les persones grans al centre és tasca dels serveis socials, que també són els encarregats de gestionar els possibles conflictes que puguin sorgir. Així mateix, és el cos docent el que suporta el principal pes de l'organització i la coordinació, i qui ha de gestionar la participació de les padrines intentant aprofitar les capacitats de cadascuna en les distintes àrees en què intervenen.

D'altra banda, el projecte suposa un cert cost i, per tant, una necessitat de recursos. Fins ara, part d'aquestes necessitats han estat cobertes per les subvencions municipals canalitzades a través dels serveis socials. Però la reducció de les ajudes aportades per

l'Ajuntament en els darrers cursos ha fet que la participació econòmica de les famílies hagi de ser elevada. De fet, i en relació amb els recursos econòmics, la inclusió de l'entorn (el barri) dins el projecte socioeducatiu no té lloc únicament a través de les padrines dels casals, sinó que el projecte intenta implicar també el comerç local com a proveïdors dels recursos materials necessaris per dur a terme les activitats (menjar, papereria...). Així i tot, la seva participació és indirecta i inestable. No hi ha una coordinació al mateix nivell que es fa amb les institucions i entitats implicades i la seva participació depèn molt de les estratègies d'obtenció de recursos financers.

Els resultats en els nins i les padrines emocionalment han estat valorats com a satisfactoris en les avaluacions internes per part del professorat, que els valora pel nivell d'implicació dels infants («els infants respecten molt les padrines») i de les padrines, que «exerceixen una veritable funció de padrines», atès que s'impliquen de manera afectiva en les activitats dels infants (quan un està trist el consolen, per exemple, i es fa d'una manera molt espontània). El professorat també valora l'acollida del projecte per part dels pares com a molt positiva, mesurada en l'acollida, el nivell de participació en les activitats conjuntes i la contribució en les despeses generades pel projecte.

El fet que el programa hagi coincidit amb la creació del centre ha permès, segons el centre, a configurar una identitat pròpia que incorpora la presència i participació de les padrines com una característica específica del centre i li dóna un valor afegit. La incorporació del barri (mitjançant la participació de les persones grans dels casals) a l'escola ha de constituir l'element de cohesió del barri al voltant del centre educatiu.

4. El projecte Uns nins molt mestres i unes padrines amb molta escola

El projecte del barri de Son Gotleu (Palma) s'anomena Uns nins molt mestres i unes padrines amb molta escola i es va iniciar l'abril de 2012 a proposta de l'escola Es Pont i coincidint amb la celebració del Dia del Llibre. La iniciativa compta amb la participació de l'escola i el centre municipal de serveis socials Llevant Nord (Àrea de Benestar Social i Igualtat de l'Ajuntament de Palma). El que va ser una col·laboració puntual s'ha convertit en un taller mensual de lectoescriptura en què participa l'alumnat de cinquè curs de primària i un grup de padrines residents al barri.

Aquest projecte intergeneracional s'integra en altres accions educatives dins la iniciativa. El barri educa, impulsada per la comissió educativa de Son Gotleu i en la qual participen els centres educatius (de primària, de secundària, públics i concertats) del barri. El manteniment dels vincles entre diverses institucions i l'existència d'una xarxa de suport a l'acció educativa n'afavoreix el manteniment i obre la possibilitat que la pràctica sigui transferida a altres centres educatius.

La gestió del projecte és responsabilitat del CEIP Es Pont (en col·laboració amb els serveis socials) i els infants s'encarreguen del procés i la programació. Aquests últims són els encarregats de decidir el contingut i preparar les activitats, amb l'orientació del professorat, que marca les pautes i els acompanya en el procés. Els nens tenen el protagonisme i els professionals, a part del suport en la programació, fan el seguiment del projecte.

Paral·lelament al programa intergeneracional, les padrines participen en un projecte de serveis socials, Actius XL, un programa destinat a persones grans en situació de risc per aïllament social, solitud i necessitats específiques, principalment de relació. L'objectiu principal del projecte és facilitar la seva integració en la comunitat a través d'un espai relacional i d'aprenentatge. El grup pretén afavorir un espai de trobada entre iguals que possibiliti construir una xarxa relacional mínima, millorar les habilitats personals i de relació amb els altres i activar la participació en la comunitat. Les activitats habituals són diverses: taller de memòria, taller de risoteràpia, tallers psicosocials, taller de manualitats, taller sobre habilitats i hàbits de vida saludables.

Les sessions del programa intergeneracional (també del grup de gent gran) s'organitzen en forma de treball en petits grups i dinàmiques del cercle restauratiu. Les activitats que es plantegen són senzilles, participatives, de continguts relacionats amb temes d'interès per als participants i, molt sovint, basades en el joc i l'ús de materials facilitadors (fitxes amb imatges i paraules relacionades, objectes personals, etc.). L'aprenentatge és participatiu i es fonamenta en l'escolta, l'expressió de sentiments, el fet de sentir-se bé i el respecte als ritmes dels participants.

Les activitats conjuntes permeten el coneixement mutu, compartir experiències, aprendre lectura i escriptura, avançar en els aprenentatges i aproximar les vivències. Les valoracions que fan les padrines se centren en els aspectes següents:

- Percepció d'haver après (tot i l'edat) i d'haver ensenyat
- Percepció positiva sobre el comportament dels infants
- Reconeixement de l'esforç, la paciència i l'escolta per part dels infants
- Expressió de satisfacció i gaudiment, entre altres coses, pel fet «d'haver pogut tornar a l'escola»
- Voluntat de continuar participant en el programa el curs següent

Les padrines hi participen activament i animen altres persones a participar-hi. Afirmen que ho passen bé, que la seva vida té més sentit i que, mentre hi participen, s'obliden dels problemes. Elles aporten a la relació comprensió, paciència i experiència i els nins aprenen a adaptar-se a un altre ritme i a les necessitats de les padrines. Les valoracions dels nins es poden resumir de la manera següent:

- Percepció d'aprenentatge sobre la vida dels altres
- Percepció d'aprenentatge de com ensenyar i preparar activitats
- Percepció d'aprenentatge de com escoltar atentament
- Percepció positiva de la gent gran: «poden aprendre i ens poden ensenyar»
- Percepció de l'aprenentatge mutu: «ens ha agradat compartir el que cadascú podia donar»

Específicament, el rol que desenvolupen les professionals requereix competències relacionades amb la seva capacitat per entendre els processos de relació i aprenentatge que van construint els participants (incloent-s'hi elles mateixes). D'acord amb les seves apreciacions, a part de coneixements específics, són necessàries actituds que permetin la col·laboració, la cessió d'autonomia, donar temps als processos i la capacitat per generar dinàmiques en què els mateixos participants tinguin el protagonisme. És a dir, la pràctica requereix la flexibilitat suficient per generar processos i espais d'aprenentatge que tinguin sentit en si mateixos i que s'adaptin als ritmes i les necessitats dels seus participants.

D'acord amb això, es considera imprescindible l'accessibilitat de l'activitat i que es fonamenti en una pràctica «senzilla» que, relacionada amb el context més pròxim als participants, permeti el canvi. Més que no pas conceptes que poden no ajustar-se a la seva realitat, les professionals afirmen que «la senzillesa des de la qual s'està fent el treball és un element fonamental, l'activitat és creativa i mai difícil». Els temes i les situacions que sorgeixen en el taller ofereixen als nins i a les dones grans noves vivències, nous coneixements i l'aprenentatge d'actituds. Des d'aquest punt de vista, «el grup té el valor i es genera una relació més sana» que els permet sentir-se bé i passar-s'ho bé, produint gradualment un canvi de pensament i de sentiments mutus; «l'activitat és sana en si mateixa i el canvi sorgeix per si mateix».

5. Conclusions

La comunicació i la interacció entre els petits i els grans propers en la quotidianitat no només afavoreixen el desenvolupament infantil sinó que beneficien el benestar dels adults grans (Bentancor, 2009). No obstant això, no totes les persones grans poden exercir un paper educatiu en la seva família i desenvolupar aquest potencial relacional amb els seus propis néts. Tot i així, les relacions intergeneracionals, entre persones grans i infants, poden produir-se més enllà de l'àmbit familiar, de manera espontània, a partir del contacte quotidià o a través dels programes intergeneracionals. És més, un programa intergeneracional pot aportar millores en les relacions familiars, ja que l'espai i el temps d'intercanvi que proporciona no es produeix de manera natural ni espontàniament en el si de totes les famílies. El programa facilita un canvi en els models de relació i l'aprenentatge de competències socials i comunicatives que pot revertir en benefici de les relacions familiars i amb la comunitat. A més, permet l'accés a la població amb més dificultats.

En aquest sentit, els projectes analitzats s'emmarquen dins un model d'interrelació i partenariat entre l'escola, la família i la comunitat (Epstein i Salinas, 2004) que permet aquest aprenentatge experiencial i la implicació recíproca entre els centres educatius i altres agents de la comunitat, concretament els centres de serveis socials. Els projectes fomenten i tenen cura de la creació de vincles afectius que permetin tant a les padrines participants sentir-se part del centre, com als docents, nins i les seves famílies considerar les padrines com una part més de la comunitat educativa.

Una primera aproximació als projectes i als seus participants ens permet descriure els principals factors relacionats amb el desenvolupament i l'eficàcia. Les experiències mostren la importància de la planificació i el suport professional (Bentancor, 2009) per al desenvolupament del programa. Es valoren les actituds favorables a la col·laboració, el respecte als temps necessaris per al desenvolupament natural dels processos, el protagonisme dels mateixos participants, l'accessibilitat de l'activitat, la pràctica «senzilla» i de proximitat, les noves vivències i l'experimentació, el valor del grup, etc. La confluència d'aquests factors genera relacions i vincles saludables (sentir-se bé, passar-s'ho bé) i crea els sentiments comuns a partir de l'experiència compartida i la confiança que aporta la pertinença al grup.

Un dels efectes del treball intergeneracional és el seu impacte favorable sobre la percepció del procés d'envelliment, tant per als nins com per als professionals. La participació en els programes suposa una «aportació a la solidaritat intergeneracional des de la generativitat com a procés de responsabilitat social i la perspectiva d'integració de la vellesa en el projecte vital» (Bentancor, 2009, 13-14). En aquest sentit i pel que fa als programes analitzats, entenem que formen un espai favorable a l'experimentació per al desenvolupament d'estratègies de suport i complementarietat que potencien la comunicació entre el centre educatiu i la comunitat i, per tant, la capacitat d'acció educativa de la comunitat. Tot i així, hi ha diferències quant a l'orientació amb què aquesta acció té lloc en cada un dels projectes en qüestió. Una primera línia d'intervenció parteix de la col·laboració i el suport a la tasca educativa del professorat i se centra en el sentit mateix del voluntariat i tot allò que el voluntariat aporta als lligams comunitaris. La segona línia té una clara tendència cap a la intervenció formativa (en el marc d'un projecte d'intervenció comunitari), tant per als infants com per a la gent gran. El pilar sobre el qual es basa el projecte és el suport d'orientació sistemàtica a les dones participants i el protagonisme dels nins en l'organització de les activitats. En ambdues iniciatives i pel que fa a les activitats específiques, el paper organitzatiu recau sobre l'escola, que és la que estructura les activitats formatives i lúdiques i organitza els àmbits de participació dels membres implicats (famílies, padrines, infants, docents...).

Pel que fa a l'avaluació, cap dels dos projectes té instruments fixos sistematitzats, sinó que es fa a partir d'avaluacions internes (reunions de valoració) que es perllonguen al llarg de tot el curs. Els indicadors, en canvi, són clars: en el projecte de Cas Capiscol, l'indicador d'avaluació

que fa servir l'equip professional és el grau d'integració o el grau en què creix el sentiment d'identificació amb el centre. Així mateix, també es té en compte el nivell d'acollida i el grau d'implicació dels nins i de les seves famílies. En el projecte de Son Gotleu, els principals indicadors són la percepció que infants i persones grans tenen dels diferents aprenentatges assolits, així com el grau de reconeixement mutu i millora de la qualitat de vida percebuda.

Apuntàvem anteriorment que l'informe ENIL (2012) detecta que la majoria d'experiències d'educació intergeneracional a Europa són impulsades per organismes no governamentals o de la societat civil. En relació amb les dues experiències analitzades, entenem que aquest fet es converteix en un element de reforç, ja que la iniciativa comunitària aporta la proximitat i l'autonomia necessàries per a una adaptació a les necessitats concretes de cada context. Els processos d'avaluació en són un exemple, ja que permeten una revisió i adaptació constant a les circumstàncies que determinen el desenvolupament de les activitats.

En tot cas, el suport públic consisteix en la promoció, la divulgació i el reconeixement públic de les experiències així com de la tasca dels professionals i dels serveis que duen a la pràctica aquestes accions. D'altra banda, les experiències analitzades mostren la formació com a element inherent als projectes (tant pel que fa a l'experiència dels infants com pel que fa al projecte formatiu de les padrines). Tot i que tenen connexions amb àrees curriculars acadèmiques, els programes analitzats se centren en el compromís i la participació intergeneracional, més enllà de la provisió de serveis. Es basen en els principis d'interacció, solidaritat, participació i cooperació. Aquests projectes constitueixen una oportunitat per millorar el grau d'inclusió social de persones grans en risc d'aïllament social, a través de la seva participació en la vida social i comunitària. Ambdues experiències adopten una visió bidireccional, integren la reciprocitat en la definició dels projectes educatius i estableixen objectius per a les dues generacions implicades, infants i persones grans.

Els projectes estan impulsant una forma permanent de cooperació entre generacions —i diferents grups, professionals, famílies, voluntariat, etc.— (Comissió Europea, 2012a) que crea models positius de relació intergeneracional i promou una cultura participativa en la comunitat. D'acord amb el marc conceptual prèviament descrit, els programes aconsegueixen:

- Estimular la creació de xarxes amb diversitat d'actors
- Mantenir i construir capital humà i social
- Crear espais en què es poden desenvolupar relacions intergeneracionals
- Fomentar la solidaritat i evitar el conflicte intergeneracional
- Posar en marxa iniciatives locals, implicant-hi les autoritats locals

Tot i els beneficis d'aquest tipus de programes, hi ha tota una sèrie d'elements que en dificulten la transferència a altres escoles, municipis o institucions (públiques o privades).

La manca d'autonomia suficient que atorgui una plena capacitat als centres educatius per organitzar la creació i el desenvolupament d'aquest tipus de projectes és un dels elements destacats. D'altra banda, aquests programes no formen part d'una estratègia integral, ni de l'àmbit de serveis socials ni de l'àmbit educatiu, que els integri dins l'estructura de funcionament ordinari dels centres educatius o, fins i tot, de l'actuació institucional dins l'àmbit social. De fet, la continuïtat dels projectes està molt determinada pel nivell d'implicació dels professionals (educatius i serveis socials) i per la capacitat de dinamització i mobilització d'aquests professionals dels diferents col·lectius participants (infants, professorat, famílies i gent gran). A més, el finançament d'aquests projectes depèn de partides de l'administració local (i no de l'Administració educativa), de curta durada i subjectes a condicions que canvien en cada convocatòria.

Malgrat aquestes limitacions, el fet que les iniciatives parteixin de la comunitat millora la participació i la motivació dels agents participants. La flexibilitat que permet una iniciativa local i el fet que aquesta iniciativa sorgeixi de baix cap a dalt, impliquen el protagonisme de tots els agents i la coresponsabilitat i autonomia necessàries en un projecte comunitari. Caldria, doncs, recollir les recomanacions d'alguns dels informes impulsats per la Comissió Europea (*One step up in later life*, 2012; EAGLE Consortium, 2008; ENIL, 2012) però tenint en compte l'equilibri necessari que hi ha d'haver entre la iniciativa comunitària i la intervenció de l'Administració pública. En aquest sentit, és necessari acompanyar la implicació de l'Administració en un procés de negociació i reflexió amb la resta d'agents sobre els criteris que estructuren la relació entre aquests (Albaigés et al., 2009) i sobre les necessitats del context i la voluntat dels agents socials participants.

Referències bibliogràfiques

Albaigés, B., Selva, M., Baya, M. (2009*). Infants, família, escola i entorn: Claus per a un temps educatiu compartit.* Barcelona, Ajuntament de Barcelona i Fundació Jaume Bofill.

Albuerne, F., Juanco, A. (2002). Intergeneracionalidad y escuela: Trabajamos juntos, aprendemos juntos. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 45, 77-88.

Bentancor, A. (2009). *Educando desde una visión integral de la vida. Perspectiva del trabajo intergeneracional en centros educativos*. Servicio de Psicología en la Vejez. Facultad de Psicología. Universidad de la República. Disponible a: http://inmayores.mides.gub.uy/

Castro, M. (2007). *Relaciones intergeneracionales y bienestar de las personas mayores*. Tesis doctoral. Editorial de la Universidad de Granada. Disponible a: http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/1634/1/1684256x.pdf

Comissió Europea (2012a). *One step up in later life*. Learning for Active Ageing and Intergenerational Solidarity: Conference Report. DG Education and Culture. Brussels, 19-21 novembre 2012. Disponible a: http://ec.europa.eu/education/adult/doc/confageing/report_en.pdf

Comissió Europea (2012b). *Annex 3: Case Studies*. ED Education and culture. Danish Tecnological Institute. Disponible a: http://ec.europa.eu/education/adult/doc/active-annex3_en.pdf

Domínguez, M. E. (2012). Programas intergeneracionales: reflexiones generales a través de un análisis DAFO. *Revista Electrónica de Psicología Social*. Poiésis, 24.

EAGLE Consortium (2008). *Intergenerational Learning in Europe*. Policies, Programmes & Practical Guidance. Socrates. Grundtvig. Disponible a: http://www.menon.org/wp-content/uploads/2012/11/final-report.pdf

ENIL (European Network on Independent Living) http://www.enil.eu/

Epstein, J. (2001). School, family, and community partnerships: preparing educators. and improving schools. Boulder, Westview press.

Epstein, J.; Salinas, K.C. (2004) Partnersing with Families and Communities. Schools as Learning Communities, 61, 8, 12-18. Disponible a: http://www.ascd.org/publications/educational-leadership/may04/vol61/num08/Partnering-with-Families-and-Communities.aspx

Hatton-Yeo, A., Ohsako, T. (eds.) (2001). Intergeneration programmes: public policy and research implications an international perspective. Stoke-on-trent: The Beth Jonson Fundation en Bentancor. *Educando desde una visión integral de la vida perspectiva del trabajo intergeneracional en centros educativos*. Documentos del Portal Inmayores del Gobierno de Uruguay. Disponible a: http://inmayores.mides.gub.uy/innovaportal/file/2395/1/alejandra_bentancor_mod..pdf

IMSERSO (2009). *Ponencia C. Relaciones intergeneracionales.* II Congreso del Consejo Estatal de las Personas Mayores. Madrid, Ministeri de Sanitat i Política Social.

IMSERSO (2012). Proyecto «Mayores activos en la escuela». Mejor Juntos 2011. Premio Generaciones Unidas (Andalucía, Extremadura, Castilla - la Mancha) Caja Sol, Obra Social. Disponible a: http://www.ofecum.es/images/MAYORES%20ACTIVOS%20EN%20LA%20ESCUELA.pdf

Kaplan, M. S. (2001). *School-based intergenerational programs*. UNESCO. Disponible a: http://www.unesco.org/education/uie/pdf/schoolbasedip.pdf

Kaplan, M., Thang, L. L. (2002). Intergenerational Programs in Japan: Symbolic Extensions of Family Unity. M. Kaplan, N., Henkin, A. Kusano (eds.). *Linking lifetimes. A global view of intergenerational exchange,* 151-171. Lanham. Nova York, University Press of America.

Kristin Boström, A. (2012). *The Swedish Granddad program, an example of intergenerational learning in educational and training settings*. Swedish National Centre for Lifelong Learning Jönköping University. Comunicació presentada a EAC-ACTIVE Ageing Conference, 19-21 octubre de 2012. Disponible a: http://ec.europa.eu/education/adult/doc/confageing/bostrom_en.pdf

ONU (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. A/CONF.197/9. Nova York, Organització de les Nacions Unides.

Pinazo, S., Sánchez, M. (2005). *Gerontología: actualización, innovación y propuestas.* Madrid, Pearson-Prentice Hall.

Sánchez, M. (dir.) (2007). *Los programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Colección de Estudios Sociales, 23. Barcelona, La Caixa.

Sánchez, M.; Díaz, M. P. (2005). Los programas intergeneracionales. Pinazo, S., Sánchez, M. *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. Madrid, Pearson-Prentice Hall.

Sánchez, M., Díaz, P., Guirao, C. (2007). *Programas intergeneracionales en los centros educativos de Granada*. Área de Proyectos de OFECUM. Disponible a: http://redintergegra.lacoctelera.net/post/2007/04/19/programas-intergeneracionales-los-centros-educativos-de

Sanz, R., Mula, J. M., Moril, R. (2011). *La relación abuelos-nietos-escuela: una excusa o una necesidad*. XII Congreso Internacional de Teoría de la Educación 2011. Universidad de Barcelona.

Autores

M. BELÉN PASCUAL BARRIO

Palma de Mallorca, 1968. Llicenciada en Ciències Polítiques i Sociologia a la Universitat Complutense de Madrid. Doctora en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora contractada doctora al Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears. Membre del grup de recerca GIFES. Les seves línies d'investigació es relacionen amb la sociologia de l'educació, l'anàlisi del sistema educatiu, les relacions familiars, l'educació familiar i el desenvolupament comunitari. Des de juliol de 2009 és vicedegana de la Facultat d'Educació i cap d'estudis d'Educació Social.

M. ANTÒNIA GOMILA GRAU

Palma de Mallorca, 1966. Llicenciada en Ciències Polítiques i Sociologia a la Universitat Complutense de Madrid. Doctora en Història per l'Institut Universitari Europeu (Florència, Itàlia). Becària postdoctoral a les universitats de Cambridge (Regne Unit) i Provença (França) i becària Marie Curie de la Comissió Europea a la Universitat de Provença, on ha desenvolupat un projecte de recerca sobre les relacions intergeneracionals a la Mediterrània. Professora ajudant doctora al departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre del grup de recerca GIFES. Les seves línies de recerca actuals se centren en les relacions familiars i les funcions educatives de la família, i té un interès especial en les relacions entre famílies i escola.

LES NOVES TECNOLOGIES I LA TERCERA EDAT A LES ILLES BALEARS

Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears

Ferran Dídac Lluch i Dubon

Resum

Les noves tecnologies ens ofereixen unes possibilitats que eren inimaginables fa pocs quinquennis: de transmissió d'informació en distints suports que fan possibles tasques tan diverses com fer videoconferències en línia, transmetre esdeveniments esportius o de qualsevol altre tipus, crear serveis de teleassistència personalitzats (mèdics, socials...) i, per descomptat, mantenir contacte permanent en temps real amb les nostres xarxes professionals i familiars o d'amistat.

Les noves tecnologies són, en qualsevol cas, una oportunitat i un repte. I un dels reptes és que no es produeixin bretxes digitals, ni per l'edat dels usuaris ni per qualsevol altra circumstància socioeconòmica.

Per això, conèixer la dotació i l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació dels habitants de les Illes Balears i, en particular, de la població de la tercera edat esdevé fonamental perquè cap membre de la nostra societat romangui al marge d'aquests avenços tecnològics tan ràpids i espectaculars, i perquè, en qualsevol cas, les administracions i la societat puguin dissenyar les estratègies adequades per aconseguir que això sigui possible.

Resumen

Las nuevas tecnologías nos ofrecen unas posibilidades, inimaginables hasta hace unos pocos quinquenios, de transmisión de información en distintos soportes que posibilitan tareas tan distintas como la realización de videoconferencias on-line y la transmisión de acontecimientos deportivos o de cualquier otra índole, la creación de servicios de teleasistencia personalizados (médicos, sociales...) y, por supuesto, el contacto permanente en tiempo real con nuestras redes profesionales y familiares o de amistad.

Las nuevas tecnologías suponen, en cualquier caso, una oportunidad y un reto. Y uno de los retos principales es que no se produzcan brechas digitales derivadas de la edad de los usuarios o de cualquier otra circunstancia socio-económica.

Por ello, conocer la dotación y el uso de las tecnologías de la información y la comunicación de los habitantes de las Illes Balears y, de la tercera edad en particular, es fundamental para que ningún miembro de nuestra sociedad quede al margen de estos avances tecnológicos tan rápidos y espectaculares, y que, en cualquier caso, las administraciones y la sociedad puedan diseñar las estrategias adecuadas para conseguir que sea posible.

1. Introducció

Les generacions actuals hem tingut la fortuna de viure, d'una manera més o menys conscient, una veritable revolució en la història de la humanitat: el *boom* de les tecnologies de la transmissió d'informació i la comunicació.

Les noves tecnologies són presents, de manera més o menys conscient, en la vida quotidiana de gairebé tots els habitants del nostre món. Tant és així que marquen una frontera entre aquells qui les tenen a l'abast i aquells qui en romanen al marge, ja sigui per manca de capacitat econòmica, de formació o qualsevol altre factor. Aquesta frontera, coneguda com a bretxa digital, és una barrera similar a la que fa uns anys suposava l'alfabetització lectoescriptora: qui en controli l'ús podrà aspirar a assolir una posició de prestigi social i econòmic i, a més, podrà aprofitar els avantatges que aporten a la vida quotidiana, i qui en romangui al marge no podrà integrar-se en el nou món tecnològic.

De cada vegada és més freqüent que moltes gestions es facin de manera telemàtica. Tant és així que algunes gestions amb l'Administració ja solament es poden fer a través de la web. El mateix podríem dir de moltes gestions o compra de béns o serveis (gestions bancàries, reserves de passatges, adquisició de béns de qualsevol tipus...) que es poden fer telemàticament, sense que els distints agents hagin de compartir un espai físic i sense que hi hagi d'haver una persona especialitzada per atendre el client. I no solament hem de pensar en les gestions fetes a través d'un ordinador o un altre dispositiu que tingui accés al web, sinó que també disposam de les targetes de crèdit i de dèbit, que únicament duen unes quantes dècades amb nosaltres i que han esdevingut tan habituals que per a molta gent ja formen part de la quotidianitat, o del DNI electrònic, dos avenços que també pertanyen a les TIC.

Així mateix, i a banda del vessant més funcional i utilitari lligat estrictament a la transferència econòmica o a les gestions administratives, les noves tecnologies ens ofereixen unes possibilitats que fa uns pocs quinquennis eren inimaginables de transmissió d'informació en diversos suports. Ara són possibles tasques tan diverses com videoconferències en línia, transmetre esdeveniments esportius o de qualsevol altre tipus, crear serveis de teleassistència personalitzats (mèdics, socials...) i, per descomptat, mantenir el contacte permanent en temps real amb les nostres xarxes professionals i/o familiars o d'amistat.

Tot això fa que les noves tecnologies siguin alhora una oportunitat i un repte. Són una oportunitat per als qui disposen dels mitjans tècnics i dels coneixements per treure'n profit i, evidentment, de la capacitat econòmica per tenir a l'abast els aparells necessaris i contractar els serveis de provisió de dades adients. Contràriament, si una part de la nostra societat no pot accedir als avantatges que ofereix la tecnologia, aquesta oportunitat pot ser una barrera infranquejable. Ens trobam, per tant, davant un gran repte: que tothom hi

pugui participar, sense que cap barrera social, educativa o econòmica no ho pugui impedir. Això fa que les administracions i tota la societat en general s'hagin de conscienciar sobre la necessitat d'assolir l'alfabetització digital de tots els membres i que tothom, sense excepció, pugui accedir a les enormes possibilitats que ofereixen les TIC i gaudir-ne.

En aquest article intentarem conèixer la dotació i l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació dels habitants de les illes Balears i, en particular, de la població de la tercera edat. La voluntat de l'article no és ser simplement un estudi tècnic i teòric, sinó que pretén que les administracions i totes les entitats i les persones lligades al món de la tercera edat siguin conscients de la tasca que cal dur a terme per aconseguir que el col·lectiu de més edat de la nostra societat s'integri amb normalitat en un camp que moltes vegades els és desconegut i que entenem que pot contribuir a millorar la seva qualitat de vida i salut.

2. Les TIC i la tercera edat

2.1. Què són les TIC?

Abans d'endinsar-nos en l'estudi de les TIC i la tercera edat a les Illes Balears, cal que tinguem clar el concepte de TIC.

D'acord amb la Viquipèdia —tan menystinguda per alguns com utilitzada per la gran majoria de la població—, les tecnologies de la informació i de la comunicació (TIC o NTIC —Noves Tecnologies de la Informació i de la Comunicació— o IT —*Information Technology*—) agrupen els elements i les tècniques utilitzades en el tractament i la transmissió de les informacions, principalment d'informàtica, Internet i les telecomunicacions.

Les tecnologies de la informació i comunicació són extremadament dinàmiques i han experimentat una gran acceleració les darreres dècades, fins que han assolit la quotidianitat actual, com a mínim entre una gran part de la població occidental.

Ens hauríem de remuntar al segle XVIII per trobar el primer dispositiu tecnològic important en la transmissió d'informació: el telègraf. El segle XIX va veure el naixement d'un altre dispositiu TIC determinant: el telèfon fix. A les primeres dècades del segle XX es consolidaren les emissions radiofòniques i hauríem d'esperar el començament de la segona meitat del segle perquè es popularitzàs un altre aparell tecnològic bàsic relacionat amb la transmissió d'informació i la comunicació: la televisió. Les darreres dècades del segle XX es popularitzaren els ordinadors personals i, al final de la centúria i en gran mesura al segle XXI, es produeix el *boom* de la portabilitat (mòbils, tauletes, ordinadors portàtils...), el geoposicionament (GPS) i la interconnexió mundial a través d'Internet. L'acostament de la informàtica i les telecomunicacions han permès, coincidint aproximadament amb el

començament del segle actual, miniaturitzar els components, integrar diverses funcions en un mateix aparell, abaratir aparells tecnològics i els serveis que els interconnecten i, en definitiva, incrementar d'una manera increïble la transmissió de dades en suport digital. Es produeix, per tant, un procés accelerat en l'aparició de noves TIC i nous serveis que precisa que els usuaris s'hi adaptin també amb celeritat.

2.2. Importància de les TIC

La importància de les TIC és innegable. Les noves tecnologies ens aporten múltiples avantatges de comunicació personal i d'esbarjo. Disposar de més canals de televisió i de més varietat, gaudir de la recepció d'imatges en múltiples plataformes, poder mantenir contacte permanent gràcies a la telefonia mòbil o de les xarxes socials mitjançant Internet, escoltar la nostra música preferida o veure els vídeos que ens interessen, difondre els nostres propis continguts, orientar-nos gràcies al GPS del telèfon mòbil o cercar amb facilitat qualsevol tipus de serveis, en són uns quants exemples.

Els usos de les TIC, però, van molt més enllà. Han esdevingut instruments essencials en la gestió i la realitat diària de camps tan diversos com el periodisme, la publicitat, el comerç, el turisme, la gestió pública i en qualsevol àmbit en què sigui important i necessari transmetre informació digital i el proveïdor i l'usuari receptor hagin de mantenir el contacte. Això obre vies noves de serveis, que ara es poden prestar als usuaris a distància. S'incrementa, per tant, l'eficiència de la prestació en camps tan importants com els serveis socials i assistencials o, fins i tot, la medicina (telemedicina). A més a més, n'hi ha que reivindiquen la importància de les TIC en l'assoliment d'una autèntica democràcia participativa, a través de la lliure circulació de notícies i informacions i la possibilitat d'influir d'una manera immediata i real en les polítiques públiques globals. Així mateix, la creació col·laborativa, com el cas de la Viquipèdia o altres processos en què múltiples usuaris s'enllacen per crear una obra col·lectiva irrealitzable per un individu o grup reduït d'individus, és un exemple paradigmàtic de l'ús positiu que poden tenir les TIC.

No obstant això, es plantegen visions contraposades envers les TIC o, més ben dit, sobre les conseqüències del seu ús i implantació massius. N'hi ha que plantegen que les TIC ocupen un lloc creixent i no desitjable en el funcionament de les societats i, fins i tot, preveuen un futur amb la pèrdua de la llibertat individual i la privacitat. N'hi ha d'altres que, per contra, pensen que és un procés desitjable, de cada vegada més important i que suposa una revolució o un nou paradigma de la civilització.

Acabarem aquest apartat amb les paraules de Kofi Annan, Secretari general de l'ONU, que pronuncià el 2003: «Les tecnologies de la informació i la comunicació no són cap panacea ni fórmula màgica, però poden millorar la vida de tots els habitants del planeta. Disposem d'eines per assolir els objectius de desenvolupament del mil·lenni, uns instruments que

faran avançar la causa de la llibertat i la democràcia, i dels mitjans necessaris per propagar els coneixements i facilitar la comprensió mútua». Aquesta és la visió que compartim amb bona mesura: les noves tecnologies solament són una oportunitat que cal conèixer i de les quals hem d'aprofitar tot el que ens puguin aportar de positiu. La realitat roman a mitjan camí entre el catastrofisme d'alguns i un món en què les TIC resolen tots els problemes de la humanitat.

2.3. Les TIC i la tercera edat

Les TIC i la tercera edat són un camp poc explorat i analitzat a les Illes Balears. No succeeix el mateix en altres països, com els Estats Units, on hi ha associacions i revistes científiques centrades en aquesta matèria, com ara la *Gerontechnology*, que començà a editar-se el 2001 (http://gerontechnology.info/index.php/journal/issue/archive), o a Israel, on l'assistència a les persones de més edat és considerada una prioritat, l'aplicació de les TIC en aquest camp és considerada rellevant i on s'han provat programes formatius i assistencials específics.

Hi ha diversos camps en què s'han analitzat les TIC en relació amb la tercera edat: el desenvolupament o millora de les habilitats cognitives, en què, deixant de banda la divergència d'opinions, sembla clar que ha suposat un increment de l'autoestima dels usuaris; l'aplicació de determinades tasques en demències senils; les oportunitats que ofereixen aquestes tecnologies per millorar la vida diària i les possibilitats de comunicació de qui pateix determinats dèficits (visuals, auditius...) o de mobilitat, i, per descomptat, l'increment de l'autonomia personal, les habilitats funcionals i la millora de les xarxes de relació social, entre moltes altres qüestions.

Un dels problemes de les TIC és que, a conseqüència de la ràpida implantació i els nous mitjans que utilitzen, puguin crear una fractura o bretxa digital entre els països o les regions segons el grau de desenvolupament socioeconòmic, o accentuar-la. De la mateixa manera, aquesta fractura digital pot produir-se en la nostra societat entre generacions, principalment entre les més joves, que ja pertanyen a l'anomenada generació digital i que ja han incorporat d'una manera natural i creixent tots els recursos tecnològics disponibles, i les generacions de més edat, a les quals, a priori, els dispositius, programes i la manera de relacionar-se amb els nous mitjans els resulten desconeguts.

Esdevé, per tant, una tasca important, valorar quina és la relació de la població de més edat a les illes Balears amb les TIC per poder detectar mancances i necessitats i, en definitiva, poder valorar la creació de programes específics i actuacions perquè aquest important i creixent sector de la societat pugui beneficiar-se dels evidents avantatges que les TIC, ben aplicades, els poden oferir.

3. Anàlisi de la disponibilitat i de l'ús de les TIC a les illes Balears entre la població que té a partir de seixanta-cinc anys

Per analitzar aquesta qüestió hem recorregut a les dades del mòdul que sobre disponibilitat i ús de les TIC a les llars va ser inclòs en l'Enquesta modular d'hàbits socials de les Illes Balears 2010 (EMHS). Els objectius generals d'aquesta enquesta són recollir, per primer cop a les Balears, alguns dels aspectes que són considerats bàsics per al desenvolupament econòmic i la cohesió social de la població de l'arxipèlag.

Els objectius concrets d'aquest mòdul, explícits en les notes metodològiques de l'enquesta que recull la web de l'Ibestat, són:

- Definir el panorama actual de l'ús de les eines circumscrites al web 2.0 de la ciutadania de les Illes Balears amb la finalitat de poder proposar polítiques de sensibilització per evitar l'exclusió digital.
- Avaluar el grau de coneixement i utilització de les eines digitals de comunicació, relació, projecció i gestió de la informació i del coneixement accessibles per a la ciutadania de les Illes Balears en general.
- Avaluar l'ús de les eines de participació englobades sota el concepte de web 2.0 (wikis, blogs, xarxes socials, publicació de vídeos, podcasts, presentacions, portals de música...) que fan els ciutadans de les Illes Balears.
- Aprofundir en aspectes no estudiats abans a les Illes Balears, com ara l'ús de xarxes socials o la disponibilitat d'un espai web personal, entre d'altres.

Atès que l'objecte d'aquest article és centrar-nos en l'estudi de les noves tecnologies de la informació i la comunicació entre la població de més edat de la nostra societat, hem considerat l'edat una variable prioritària. Així, hem fet un buidatge de les variables que se'ns ofereixen, les hem creuades amb l'edat i us n'oferim els resultats. Tot i amb això, de manera excepcional hem valorat alguna variable sense creuar-la amb l'edat, sobretot quan no estava disponible al web.

Tot i que s'ofereixen dades per illes, hem optat per fer solament l'anàlisi general dels resultats per al conjunt de l'arxipèlag, atès que, en alguns casos, el creuament de variables fa que la mostra sigui escassa i poc representativa, i ens hem centrat en l'edat com a variable fonamental.

3.1. Anàlisi de l'equipament tecnològic a les illes Balears

Abans de començar a comentar les taules referides a l'equipament tecnològic, hem de tenir present alguns aspectes metodològics importants.

En primer lloc, les dades són referides a l'any 2010, any en què es féu aquesta enquesta, que tenia voluntat de continuïtat temporal. Tot i això, les circumstàncies de dificultat econòmica actuals de les administracions públiques han impedit que destinin fons per dur endavant operacions específiques d'actualització d'aquesta operació estadística, cosa que no hem de descartar en un futur a mitjà termini. Nogensmenys, l'anàlisi és prou pròxim temporalment per considerar que té interès.

En segon lloc, les dades d'aquest apartat es refereixen a llars, és a dir, a nuclis de convivència i, quan se'n fa l'estudi per edats, hem d'entendre que el principal sustentador pertany a aquell grup d'edat, però sense entrar a detallar com és el nucli de convivència. Així mateix, atès que es tracta d'una enquesta, la mostra és prou significativa per treure'n conclusions per a cada una de les variables de manera individual, però de vegades no ho és quan es creuen múltiples variables. Per això, les dades se'ns ofereixen per edat i illa, per exemple, però no és possible combinar aquestes informacions amb altres variables, com la renda o el nivell d'estudis, que sí que s'ofereixen d'una manera individual. Fins i tot, en algun cas, se'ns adverteix que les dades presentades corresponen a un nombre relativament baix de casos, circumstància que hem suprimit, quan hem eliminat les dades desagregades per illa en relació amb les variables que sí que hem analitzat.

Finalment, val a dir que no comentarem totes les dades de l'enquesta disponibles al web de l'Ibestat, sinó solament les que ens ofereixen detall etari i algunes que, tot i que no hi fan referència explícitament, consideram que són imprescindibles per dur a terme aquesta anàlisi.

3.1.1. Llars que disposen de telèfon fix

Pel que fa a la disponibilitat a la llar de l'equipament de telèfon fix, podem arribar a dues conclusions principals. En primer lloc, poc menys de tres quartes parts de les llars de les Illes Balears disposen de telèfon fix o, si fem l'anàlisi inversa, a una de cada quatre llars de les Illes Balears no hi trobam aquest important sistema de comunicació. En segon lloc, hi ha una relació directament proporcional entre el gran grup d'edat del sustentador principal de la llar i la disponibilitat de telèfon fix. Així, menys de la meitat de les llars en què els sustentador té entre setze i trenta-cinc anys tenen telèfon fix, mentre que el percentatge màxim de dotació, superior al 88%, l'assoleix el grup de més edat considerat: més de seixanta-cinc anys.

Evidentment, podem especular que això s'explica amb la tradició de la població de més edat de mantenir una línia telefònica clàssica, mentre que la població jove es decanta per mantenir una línia de comunicació mòbil, que, alhora i gairebé en tots els casos, ofereix també l'accés simultani a Internet.

Nogensmenys, si ho mirem des d'una perspectiva positiva, gairebé el 90% de la població de més edat està en disposició de gaudir de noves prestacions tecnològiques a través de la línia ja disponible. Per contra, podem concloure que és probable que una part prou considerable

d'un 12% de llars en què el sustentador té més de seixanta-cinc anys no disposi tampoc de telefonia mòbil i, per tant, tingui una situació d'aïllament tecnològic greu.

Taula 1 | *Llars que disposen de telèfon fix, per illa i grup d'edat del sustentador principal*

	Total de llars	Telèfon fix (%)
ILLES BALEARS		
Total edat	417.565	73,16
De 16 a 35 anys	77.014	48,96
De 36 a 50 anys	150.049	69,97
De 51 a 65 anys	99.387	82,96
Més de 65 anys	91.115	88,17

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

3.1.2. Llars amb televisió, per tipus de recepció

La televisió és un dels electrodomèstics que té més presència a les llars. Gairebé n'hi ha a totes les llars i, en la majoria dels casos, sabem que moltes en tenen més d'una. Les xifres percentuals per edats fluctuen entre el 100% de les llars en què el sustentador principal té més de seixanta-cinc anys i el 98,49% en què el sustentador de la llar és del grup d'edat més jove. Hi ha, per tant, molt poca dispersió.

Val a dir, a més, que actualment els televisors ofereixen possibilitat de connexió via Wi-Fi o Bluetooth amb Internet o altres dispositius electrònics, i obre un nou ventall de possibilitats, com també les ofereix l'emissió i la recepció del senyal via TDT (pel·lícules en versions originals, interaccions...). Justament, el 2010 fou l'any triat pel Govern espanyol per dur a terme l'apagada analògica, és a dir, el final de les emissions analògiques i la substitució per emissions digitals. Això obligà els usuaris a canviar els antics aparells receptors o adquirir descodificadors externs del senyal digital.

Aquesta pot ser una de les causes que expliquen que hi hagi un cert percentatge de llars (al voltant d'un 6,3%) amb televisió que no rep el senyal per TDT, que, com sabem, és de recepció gratuïta en un gran nombre de canals.

Així mateix, la recepció digital en obert per TDT és complementada per altres sistemes de recepció, bé siguin gratuïts o de pagament. Quant als sistemes complementaris de recepció de senyal de televisió destaca la recepció per ADSL o línia telefònica, amb un percentatge de devers un 20% de les llars amb televisió. Generalment, la contractació d'aquest serveis és complementària al telefònic i/o d'Internet i ofereix més qualitat de recepció i més varietat de programes temàtics a l'abast de l'usuari. Els percentatges de

contractació més elevats (una llar de cada quatre) els assoleixen les llars el sustentador principal de les quals té entre trenta-sis anys i cinquanta, que cal pensar que té una posició laboral i econòmica consolidada, i el percentatge més baix, entorn a un 10%, l'assoleixen les llars el sustentador de les quals té més de seixanta-cinc anys. Factors com la disponibilitat econòmica i la percepció de no necessitar el servei poden explicar aquestes diferències percentuals.

Taula 2 | *Llars que disposen de televisió, segons el tipus de recepció, per grup d'edat del sustentador principal*

	Total de llars	Llars amb televisió (%)	Televisió digital terrestre (TDT)[1] (%)	ADSL o línia telefònica[1] (%)	Televisió per cable[1] (%)	Antena parabòlica[1] (%)
ILLES BALEARS						
Total edat	417.565	99,26	93,77	20,28	11,08	12,97
De 16 a 35 anys	77.014	98,49	92,62	20,46	8,88	14,06
De 36 a 50 anys	150.049	99,21	93,43	25,57	12,81	15,63
De 51 a 65 anys	99.387	99,25	94,65	21,58	13,97	13,25
Més de 65 anys	91.115	100	94,33	10,08	6,98	7,4

1. [1] Percentatge sobre les llars amb televisió

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

Tot seguit, amb unes xifres gairebé la meitat que les anteriors, trobem els qui reben el senyal de televisió per satèl·lit a través d'una antena parabòlica. En aquest sistema de recepció, els màxims (15,63% de les llars amb televisió) també corresponen a les llars el sustentador de les quals té entre trenta-sis anys i cinquanta, i els mínims són de les que tenen el sustentador amb més de seixanta-cinc anys (7,4% de les llars amb televisió). Val a dir que, la recepció per antena parabòlica implica la instal·lació privada d'aquest tipus d'aparell i un descodificador específic, o d'un descodificador específic, si la instal·lació d'antena parabòlica és col·lectiva. Alguns models de gamma superior incorporen un doble descodificador tant per a la TDT com per a la televisió d'antena parabòlica.

La televisió per cable —la de pagament— és el tipus de recepció del senyal de televisió menys freqüent i té presència a un 11% de les llars amb televisió. Pel que fa a les edats del sustentador principal, la distribució és idèntica a les anteriors, però amb uns percentatges inferiors, i els mínims s'identifiquen amb els grups de més edat.

Val a dir que hi ha una relació directa entre la renda disponible i els serveis addicionals d'accés a la televisió, és a dir, els que són de pagament. En l'ADSL o la televisió per cable,

l'accés es triplica quan es passa dels 1.000 als 2.000 euros de renda mensual i la contractació d'antena parabòlica gairebé es duplica.

Taula 3 | *Llars que disposen de televisió, segons el tipus de recepció, per ingressos nets mensuals de la llar*

	Total de llars	Llars amb televisió (%)	Televisió digital terrestre (TDT)[1] (%)	ADSL o línia telefònica[1] (%)	Televisió per cable[1] (%)	Antena parabòlica[1] (%)
ILLES BALEARS						
Total d'ingressos	417.565	99,26	93,77	20,28	11,08	12,97
Fins a 1.000 euros	67.057	98,75	92,59	12,41	6,35	9,58
De 1.001 a 1.500 euros	66.133	100	96,14	17,02	9,6	10,66
De 1.501 a 2.000 euros	110.035	99,13	94,06	20,04	10,42	14,67
Més de 2.000 euros	104.255	99,51	95,11	33,2	18,69	15,19
No consta	70.083	98,89	90,18	11,95	6,67	12,39

1. [1] Percentatge sobre les llars amb televisió

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

3.1.3. Llars amb ordinador per tipus

Gairebé dos terços de les llars a les Illes Balears tenen ordinador, un percentatge prou significatiu. Hi ha, però, grans diferències segons l'edat del sustentador de la llar. Així, mentre que les generacions més joves disposen d'ordinador a la llar en un percentatge molt superior a la mitjana total, a les llars el sustentador principal de les quals té entre trenta-sis anys i cinquanta assoleix un valor superior al 80%. Entre les generacions de més edat, sobretot quan passen dels seixanta-cinc anys, aquest percentatge es redueix de manera molt substancial i solament a poc més d'una de cada cinc llars trobam un ordinador.

En aquest tipus d'equipament tecnològic sí que és palesa una forta bretxa digital.

Així mateix, quan s'analitza el tipus d'ordinador disponible a la llar, si n'hi ha, es veu una tendència clara: com més gran és l'usuari, més elevat el percentatge d'equips de taula, mentre que, en general, podem dir que hi ha una tendència inversa respecte dels portàtils.

Els equips de taula són encara els més disponibles en termes absoluts, tot i que avui en dia els portàtils ja tenen una forta implantació, fins i tot entre el grup de més edat —entre el qual té menys implantació— és el tipus que tenen més d'un 45% de les llars on hi ha ordinador. Aquesta tendència s'invertirà en futur. Raons com la portabilitat i l'espai ocupat són només dues raons, juntament amb l'augment de la

comercialització dels equips portàtils, que han millorat molt la fiabilitat i capacitat de la bateria, la qual cosa els permet funcionar durant períodes considerables de temps sense haver d'estar endollats.

Taula 4 | *Llars que disposen d'ordinador, segons el tipus, per grup d'edat del sustentador principal*

	Total de llars	Llars amb ordinador (%)	De taula (1) (%)	Portàtil (1) (%)
ILLES BALEARS				
Total edat	417.565	64,62	70,81	57,66
De 16 a 35 anys	77.014	76,1	51,69	69,56
De 36 a 50 anys	150.049	82,05	74,05	54,43
De 51 a 65 anys	99.387	68,93	77,98	56,87
Més de 65 anys	91.115	21,52	82,55	45,07

1. (1) Percentatge sobre les llars amb ordinador

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

3.1.4. Llars sense ordinador, causes

Poc més d'un terç de les llars no tenen ordinador, però aquest percentatge s'incrementa amb l'edat fins que assoleix percentatges molt elevats a les llars amb persones en què el sustentador té més de seixanta-cinc anys.

Atès que aquesta variable ja l'havíem analitzada en sentit invers més amunt, no ens aporta res de nou. El que sí que ens interessa és conèixer les causes declarades per les quals una llar no disposa d'ordinador.

La causa principal, molt per sobre de la resta, és que els membres diuen que no en necessiten. Dos de cada tres enquestats addueixen aquesta raó. El que resulta més evident, però, és que canvia la consideració de la utilitat d'un ordinador a la llar entre les generacions de més de cinquanta anys. En el grup els membres del qual tenen entre cinquanta-un i seixanta-cinc anys, gairebé tres de cada quatre consideren que no li és útil i aquest percentatge s'eleva per sobre del 80% quan parlam de la població de més de seixanta-cinc anys. Sembla evident, per tant, que la població nascuda els anys cinquanta i en decennis anteriors del segle passat no troben a faltar tenir equip informàtic, perquè perceben que no tindria una utilitat real a la seva llar.

Aquesta percepció és conseqüència, tot i que solament en part, de la manca de formació, la tercera de les causes destacades per no tenir equip. Malgrat això, únicament un 9% dels enquestats addueix aquesta causa per no tenir un equip informàtic a ca seva.

Entre la població més jove, la manca de coneixement o formació presenta uns percentatges molt baixos, mentre que els més elevats els assoleix novament la població de més de cinquanta anys, però en aquest cas les respostes no superen un 13%. És evident que qui no sap fer servir un ordinador no sap quin profit en pot treure i, conseqüentment, seria interessant afavorir l'aprenentatge entre els col·lectius de més edat.

Taula 5 | *Llars que no disposen d'ordinador, segons el motiu, per grup d'edat del sustentador principal*

	Total de llars	Llars sense ordinador (%)	No en necessiten[(1)] (%)	Els resulta massa car[(1)] (%)	Falta d'informació i/o de coneixements [(1)] (%)	Altres motius [(1)] (%)
ILLES BALEARS						
Total edat	417.565	35,38	65,51	16,79	9,09	8,61
De 16 a 35 anys	77.014	23,9	34,56	41,91	3,16	20,36
De 36 a 50 anys	150.049	17,95	38,21	47,13	2,65	12,01
De 51 a 65 anys	99.387	31,07	71,8	11,18	12,39	4,62
Més de 65 anys	91.115	78,48	81,03	1,32	11,62	6,03

1. [(1)] Percentatge sobre les llars sense ordinador
Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

La segona de les causes per les quals una llar no disposa d'ordinador és l'econòmica. Aquest motiu és especialment important entre els setze anys i els cinquanta, cosa que és lògica, atès que aquests grups argumenten les altres causes en poca mesura. Cal destacar que, entre la població de més edat, aquesta causa assoleix uns valors molt baixos. No hem d'entendre, en aquest cas, que l'economia no sigui un element rellevant en el col·lectiu de més edat, sinó que el seu fet bàsic per no disposar d'ordinador és perquè consideren que no els és d'utilitat, com ja hem apuntat anteriorment.

3.1.5. Llars amb connexió a Internet

La importància de les noves tecnologies es reflecteix en els nivells que assoleix la xifra de connexions a Internet a les llars de les illes Balears. Vora del 56% de les llars disposen de connexió a Internet, tot i que un percentatge molt similar encara no en té.

Les xifres, però, són molt distintes, si analitzam aquest paràmetre en relació amb l'edat del sustentador principal. Així, l'accés a Internet és superior a la mitjana en tots els grups d'edat amb un màxim del 70% en el grup de trenta-sis anys a cinquanta. L'excepció, novament, es detecta en el grup de més de seixanta-cinc anys, en què l'accés a Internet és inferior al 20%, una xifra tres vegades inferior a la mitjana. Dit d'una altra manera, solament una llar de cada cinc en què el sustentador principal sigui de més de seixanta-cinc anys té connexió a Internet.

Taula 6 | *Llars amb connexió a Internet, per grup d'edat del sustentador principal*

	Total de llars	Connexió a Internet (%)
ILLES BALEARS		
Total edat	417.565	55,82
De 16 a 35 anys	77.014	66,14
De 36 a 50 anys	150.049	70,02
De 51 a 65 anys	99.387	60,02
Més de 65 anys	91.115	19,13

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

3.1.6. Llars sense connexió a Internet, per causa

L'anàlisi de les llars per grup d'edat que no tenen accés a Internet, segons la causa per la qual declaren que no en tenen, ens permet arribar a una sèrie de conclusions importants.

En primer lloc, novament hi ha una relació directament proporcional entre l'edat i la convicció que no necessiten tenir accés a aquesta nova tecnologia. Així, gairebé el 75% dels qui no tenen servei d'Internet a la llar de més de seixanta-cinc anys destaquen aquesta causa per no tenir-ne. Així mateix, també detectam una diferència important en l'apreciació de la necessitat de tenir Internet a la llar abans dels cinquanta anys i després, en què les xifres de no necessitat es dupliquen. Aquest tendència ja l'havíem constatada en l'equipament d'ordinadors de la llar.

Un segon aspecte molt interessant és descobrir que hi ha, sobretot entre la població jove, un percentatge important que diu que no en té a casa, atès que hi accedeix des d'altres llocs (treball, cibercafès, centre d'estudis...). És molt important constatar que mentre que entre la població jove no disposar d'aquest tipus d'equipament a la llar no significa prescindir d'aquest nova i important tecnologia, sí que ho vol dir entre la població de més edat, que en molts de casos, simplement, no hi accedeix. Així, mentre gairebé la meitat de les llars en què el sustentador principal té entre setze anys i trenta-cinc no té Internet perquè ja hi accedeix des d'altres indrets, un insignificant 0,5% de les llars en què els sustentador principal té més de seixanta-cinc anys no té Internet per aquesta causa.

La causa econòmica és un factor que sembla més determinant per no tenir Internet entre la població més jove, mentre que no ho és tant a mesura que pujam en la piràmide etària dels sustentadors principals de la llar, centrats segurament en aspectes ja esmentats, com la manca de necessitat o el desconeixement sobre la matèria.

Un altre factor prou significatiu és la manca de coneixement i informació sobre Internet i la manera com manejar els recursos que ofereix. Així, el bot tecnològic és palès i se

situa novament entorn dels cinquanta anys. En qualsevol cas, comprovam una correlació directa entre augment de l'edat i adduir aquesta raó com a causa de no tenir connexió d'Internet a la llar. De fet, un terç de les llars en què el sustentador principal supera els seixanta-cinc anys declara que la manca de coneixements fa que no disposi d'Internet, xifra que duplica el percentatge adduït en el grup immediatament inferior (cinquanta-un anys fins a seixanta-cinc). Contràriament, les llars amb sustentadors més joves gairebé no consideren aquests factors a l'hora de no disposar d'Internet.

Taula 7 | *Llars que no disposen de connexió a Internet, segons el motiu, per grup d'edat del sustentador principal*

	Total de llars	Sense connexió a Internet (%)	Hi accedeixen des d'un altre lloc (feina, cibercafè, centre d'estudis, etc.) [1] (%)	No en necessiten [1] (%)	Els resulta massa car[1] (%)	Falta d'informació i/o de coneixements [1] (%)	Altres motius [1] (%)
ILLES BALEARS							
Total edat	417.565	44,18	19,23	57,18	17,12	19,59	21,64
De 16 a 35 anys	77.014	33,86	48,1	24,39	36,7	5,33	19,83
De 36 a 50 anys	150.049	29,98	37,16	35,6	27,66	7,03	28,83
De 51 a 65 anys	99.387	39,98	14,64	66,64	18,39	16,96	16,97
Més de 65 anys	91.115	80,87	0,53	76,86	3,08	33,73	20,41

1. [1] Percentatge sobre les llars sense connexió a Internet
Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

En definitiva, podem dibuixar dos grans grups de població amb causes distintes per no disposar d'Internet a la llar. D'una banda, la gent de més de seixanta-cinc anys, que considera que no en té necessitat i que, alhora, presenta mancances informatives al respecte. De l'altra, un grup de gent jove que o bé no en té per motius econòmics i, d'una manera molt relacionada, pel fet que ja accedeix a Internet des d'altres indrets.

3.2. Principals característiques de l'ús de la tecnologia a les Illes Balears

Abans d'analitzar els epígrafs concrets d'aquest bloc de l'article, volem fer un comentari inicial. Si a l'apartat anterior, de disponibilitat tecnològica, la unitat d'anàlisi era la llar, ara, en parlar de l'ús, la unitat d'anàlisi és la persona adulta. Hem d'entendre que, estadísticament, hem establert que l'anàlisi abraça tota la població de l'arxipèlag que té a partir de setze anys.

3.2.1. Ús del mòbil

Les dades de l'ús del mòbil demostren l'extensió d'aquest dispositiu tecnològic entre la nostra societat. Més del 86% dels adults de les Illes en disposen, segons l'enquesta, amb un màxim de prop del 96% dels adults més joves que tenen entre setze anys i trenta-cinc.

Aquest dispositiu també té una forta implantació entre la població de seixanta-cinc anys: gairebé una de cada dues persones d'aquest grup d'edat ja en tenen i és un dels aparells tecnològics amb més usuaris entre la població d'edat avançada. Tot i això, és evident que hi ha una diferència significativa entre la població de més edat i els grups anteriors, entre els quals l'ús d'aquest dispositiu és majoritari.

Taula 8 | *Població de setze o més anys que utilitza el telèfon mòbil, per grup d'edat*

	Totals d'adults	Adults que utilitzen telèfon mòbil (%)
ILLES BALEARS		
Total edat	888.840	86,13
De 16 a 35 anys	312.263	95,78
De 36 a 50 anys	261.367	94,24
De 51 a 65 anys	177.388	85,45
Més de 65 anys	137.822	49,76

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

És evident que hi ha un mercat, si ho volem expressar en termes economicistes, molt important entre el sector de població adulta envellida.

3.2.2. Freqüència d'ús de l'ordinador

Pel que fa a la freqüència d'ús, que solament recull la població de més edat agregada en el grup de més de cinquanta anys, podem arribar a les conclusions següents.

En primer lloc, hi ha una relació inversa entre l'edat dels usuaris i les taxes d'ús. Aquest fet és especialment palès a partir dels seixanta anys, en què gairebé solament un usuari de cada quatre ha utilitzat l'ordinador els darrers tres mesos. Entre els trenta-sis anys i els cinquanta, la taxa d'ús era aproximadament del 70% i el màxim l'assolia la població que tenia entre setze anys i trenta-sis, tres quartes parts dels quals havien utilitzat algun ordinador els darrers tres mesos.

En segon lloc, detectam un comportament general entre els usuaris dels equips informàtics. Els qui els empren en són usuaris molt actius. En tots els grups d'edat considerats,

més del 75% en fa un ús diari o, com a mínim, de cinc cops cada setmana. El percentatge d'ús baixa entre els qui solament l'usen setmanalment o esporàdicament.

Taula 9 | *Població de setze anys o més que ha utilitzat l'ordinador els darrers tres mesos, segons la freqüència d'ús per grup d'edat*

	Total d'adults	Adults que han utilitzat l'ordinador els darrers tres mesos (%)	Diàriament, almenys cinc dies per setmana [1] (%)	Setmanalment, com a mínim una vegada [1] (%)	Mensualment o menys [1] (%)
ILLES BALEARS					
Total edat	888.840	60,02	76,95	13,66	9,39
De 16 a 35 anys	312.263	84,69	75,91	16,42	7,67
De 36 a 50 anys	261.367	69,86	77,28	10,08	12,64
Més de 50 anys	315.210	27,41	79,41	12,78	7,81

1. [1] Percentatge sobre els adults que han utilitzat l'ordinador els darrers tres mesos
Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

És evident que l'ús d'aquest dispositiu tecnològic va unit a la capacitat i als coneixements d'ús, d'una banda, i a la disponibilitat de l'aparell, de l'altra. També ho és, però, que, quan l'utilitzen, els usuaris són prou actius i, en aquest sentit, seria desitjable potenciar-ne l'ús entre la població de més edat.

3.2.3. Lloc d'ús de l'ordinador

L'anàlisi d'aquesta variable no apareix creuada amb la variable de l'edat, atesa la dimensió mostral. Tot i això, consideram interessant destacar alguns aspectes importants lligats al lloc on s'usa l'equip informàtic.

Taula 10 | *Població de setze anys o més que ha utilitzat l'ordinador els darrers tres mesos, segons el lloc d'ús*

	Totals d'adults	Adults que han utilitzat l'ordinador els darrers tres mesos (%)	A la llar [1] (%)	Al centre de treball [1] (%)	Al centre d'estudis [1] (%)	A un cibercentre o similar [1] (%)	A un altre centre públic [1] (%)	A casa d'amics o familiars [1] (%)	A un altre lloc [1] (%)
ILLES BALEARS									
	888.840	60,02	86,98	32,83	7,93	12,03	6,27	19,71	3,29

1. [1] Percentatge sobre els adults que han utilitzat l'ordinador els darrers tres mesos
Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Entre els qui utilitzen ordinador, ho fan per aquest ordre de freqüència: a la llar, al centre de treball, a casa d'amics o familiars, als cibercafès, als centres d'estudis i a altres indrets.

Els percentatges d'ús més elevats són els de la llar, que s'acosta al 87% dels qui usen ordinador i, ja a una distància considerable, el d'un terç que ho fa al lloc de treball o una cinquena part, a casa de familiars o amics.

Val a dir que generalment la població de més de seixanta-cinc anys, almenys fins ara, ja no treballa ni tampoc no segueix estudis formals i freqüenta poc els cibercafès. Això vol dir que, l'ús de l'ordinador va lligat en gran mesura a la disponibilitat d'equips a la llar, i, per tant, atesa la baixa taxa de presència d'ordinadors a les llars amb població d'edat avançada, podem concloure sense equivocar-nos que en presenten una taxa d'ús baixa.

3.2.4. Accés a Internet i ús que se'n fa

3.2.4.1. Accés a Internet i disponibilitat de Wi-Fi

Pel que fa a l'accés a Internet, trobam novament la relació inversa entre edat i ús, que és una constant al llarg de l'anàlisi d'accés i ús de les tecnologies de la informació i la comunicació. Així, el percentatge d'adults que disposen de connexió a Internet entre els setze anys i els trenta-cinc (75%, aproximadament) triplica l'índex de disponibilitat entre la població de més de seixanta-cinc anys, que, tot i això, el 2010 ja assolia un índex prou significatiu d'un de cada quatre membres.

Els percentatges, tot i això, són més baixos que els de disponibilitat d'ordinador, però similars. De fet, queda bastant palès que la disponibilitat d'un equip informàtic és gairebé una condició necessària per disposar d'accés a Internet. És evident que es pot accedir a Internet sense ordinador, ja sigui fora de la llar (biblioteques, punts públics amb Wi-Fi, cibercafès...) o mitjançant altres dispositius (per exemple, telèfons mòbils), però la relació sembla prou òbvia.

Tres quartes parts de la població que té accés a Internet ho fa amb línies ADSL i, a molta distància, amb poc més d'un 20%, amb cablejat (per exemple, fibra òptica). La resta de sistemes tenen molta menys presència, com seria l'accés a través d'USB.

Pel que a fa a la disponibilitat d'accés a Internet sense fils, a través de Wi-Fi, és l'opció majoritària entre la població més jove, però baixa de manera significativa a mesura que els usuaris tenen més edat, i, entre els usuaris de més de seixanta-cinc anys, aquesta taxa baixa de manera clara, fins que arriba a just un usuari de cada tres.

La disponibilitat de Wi-Fi permet que no solament es pugui accedir a Internet i als serveis que ofereix des de l'ordinador, sinó des d'altres tipus de dispositius, com telèfons mòbils,

tauletes o, fins i tot, des dels models més moderns de televisió. L'ús menys freqüent d'aquests dispositius n'afavoreix la baixa taxa entre la població de més edat, però alhora en retroalimenta la baixa d'implantació de la xarxa Wi-Fi entre usuaris d'edat avançada.

Taula 11 | *Població de setze anys o més que disposa d'accés a Internet a la seva llar, segons la disposició de Wi-Fi, per grup d'edat*

	Totals adults	Adults que disposen d'Internet en la seva llar (%)	Adults que disposen de Wi-Fi a la seva llar [1] (%)
ILLES BALEARS			
Total edat	888.840	63,7	56,91
De 16 a 35 anys	312.263	74,91	66,35
De 36 a 50 anys	261.367	70,9	54,04
De 51 a 65 anys	177.388	63,48	49,26
Més de 65 anys	137.822	24,92	33,3

1. [1] Percentatge sobre els adults que disposen d'Internet a la seva llar
Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Introduirem en aquest punt una reflexió sobre la freqüència d'ús dels usuaris que es connecten a Internet. Els qui es connecten ho fan majoritàriament amb molta freqüència i, com més baixa és, també més petita és la xifra d'usuaris que s'hi connecten. Hem de destacar que, tot i que les xifres són similars, entre els usuaris de més de cinquanta anys és quan l'accés diari o de més de cinc dies a la setmana és més elevat respecte de tots els grups considerats.

3.2.4.2. Causes adduïdes per no tenir accés a Internet a la llar

Ja hem comentat la diferència important i la correlació inversa entre edat i accés a Internet. Ara descobrirem que també hi ha diferències entre les causes adduïdes per no disposar d'accés a Internet a la llar.

Entre la població adulta de més edat la causa bàsica més recurrent per no tenir Internet a la llar és la manca de necessitat. Aquest és el motiu de tres quartes parts de la població de més de seixanta-cinc anys que no té Internet a la llar i per a un significatiu percentatge del 67% entre els de més de cinquanta anys. Per contra, com més jove és l'enquestat, més baixa és la percepció de manca de necessitat d'accedir a Internet a la llar i es redueix fins a menys d'un 18% dels enquestats de l'interval més jove considerat.

Entre la població de més de seixanta-cinc anys, el segon factor pel qual no disposa d'Internet a casa és la manca d'informació o de coneixements específics. Aquest percentatge és declarat per més del 40% dels enquestats. És palès que aquí es dibuixa una necessitat social explícita: la necessitat de formació en el món que suposa l'accés a Internet.

Sense aquest accés és evident que, o bé no s'hi pot accedir o s'incrementa molt la possibilitat de gaudir de les possibilitats d'accés a informació, serveis i relacions socials que permet un enllaç permanent al web. És cert que es pot aconseguir per altres vies, com ara, telèfons mòbils, però generalment la visualització i la comoditat d'ús és ben diferent, o fins i tot impossible, en edats avançades, sobretot en individus que tinguin problemes de vista.

Taula 12 | *Població de setze anys o més que no disposa d'accés a Internet a la llar, segons el motiu, per grup d'edat*

	Totals d'adults	Adults que no disposen d'Internet a la seva llar (%)	Hi accedeixen des d'un altre lloc [1] (%)	No en necessiten [1] (%)	Els resulta massa car [1] (%)	Falta d'informació i/o coneixements [1] (%)	Altres motius [1] (%)
ILLES BALEARS							
Total edat	888.840	36,3	20,12	52,42	23,45	26,41	23,92
De 16 a 35 anys	312.263	25,09	45,22	17,48	43,06	13,42	28,49
De 36 a 50 anys	261.367	29,1	32,31	44,82	34,99	15,95	27,15
De 51 a 65 anys	177.388	36,52	5,83	66,72	15,94	31,3	18,22
Més de 65 anys	137.822	75,08	1,12	75,52	4,82	40,85	21,65

1. [1] Percentatge sobre els adults que no disposen d'Internet a la seva llar
Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Contràriament, entre la gent més jove, un factor clau per no contractar l'accés a Internet a la llar és el cost econòmic. Malgrat que actualment hi ha més competència i els paquets que integren diversos serveis (telefonia fixa, telefonades, accés a Internet i, en alguns casos, telèfon mòbil i televisió digital), el cert és que l'accés a Internet a l'Estat espanyol és car en comparació amb altres països. Enfora queden, en aquest moment de recessió, les promeses d'accés universal i gratuït a Internet, però segurament es podria plantejar una quota d'accés social a la xarxa per als col·lectius amb baixa renda i per als quals la causa econòmica fos determinant per quedar al marge dels serveis de la xarxa.

Així mateix, com hem esmentat més amunt, la població més jove té més disponibilitat d'accedir a Internet, ja sigui en centres educatius, entorns laborals, llocs d'oci o gràcies a unes xarxes familiars i/o d'amistat moltes vegades més extenses i fluïdes que entre moltes persones de la tercera edat. El fet de no tenir-ne a la llar limita menys l'accés que al col·lectiu que ens ocupa.

3.2.4.3. Activitats dutes a terme a través d'Internet, segons l'edat dels usuaris

A més de les diferències en la taxa d'accés a Internet ja constatades, és d'un interès evident conèixer quin és l'ús que se'n fa i si hi ha diferències importants segons l'edat dels usuaris actius.

La taula 13 ens mostra que sí que hi ha diferències importants. Vegem quines en són les principals. Hem de destacar que solament disposam, pel que fa a la població de més edat, de l'agregat de més de cinquanta anys i és sobre aquest que farem l'anàlisi.

Entre els usuaris actius de més edat, destaquen, com a activitats més freqüents fetes a través de la xarxa, la lectura i escriptura de correus electrònics i la recerca d'informacions diverses, elements que comparteix com a majoritaris amb la resta de grups etaris.

A partir d'aquí, els usuaris de més edat presenten uns percentatges més elevats de consultes sobre temes de cultura i oci i consulta de premsa digital. Així mateix, destaca la importància de l'accés als serveis bancaris telemàtics, molt superiors a la mitjana global, i també presenten més consulta de temes lligats a la salut, cosa lògica, atesos els problemes que solen acompanyar el fenomen natural de l'envelliment.

Taula 13 | *Població de setze anys o més que s'ha connectat a Internet els darrers tres mesos, segons les activitats dutes a terme els darrers sis mesos, per grup d'edat*

	Totals d'edat	De 16 a 35 anys	De 36 a 50 anys	Més de 50 anys
ILLES BALEARS				
Totals d'adults	888.840	312.263	261.367	315.210
Adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos (%)	57,8	83,62	66,15	25,29
Llegir o enviar correus (1) (%)	89,32	90,45	87,57	89,43
Cercar ocupació (1) (%)	22,33	28,69	20,08	6,4
Cercar informació sobre turisme (1) (%)	53,86	51,7	57,15	53,82
Cercar informació sobre cultura i oci (1) (%)	59,81	58,6	58,75	66,07
Cercar informació sobre educació (1) (%)	39,65	38,02	43,48	36,68
Cercar informació sobre restauració (1) (%)	26,13	25,19	26,15	29,17
Cercar informació sobre sanitat (1) (%)	26,59	19,01	33,25	37,01
Cercar informació sobre consum (1) (%)	25,47	21,98	29,29	28,62
Cercar informació sobre l'Administració pública (1) (%)	32,99	29,76	38,54	31,53
Cercar informació sobre altres temes (1) (%)	70,85	70,12	71,16	72,55
Llegir o descarregar diaris i/o revistes (1) (%)	56,17	56,48	51,47	65,37
Obtenir serveis bancaris (1) (%)	44,27	38,18	48,58	54,88
Escoltar música/ràdio (1) (%)	64,7	76,8	56,94	41,86
Jugar a videojocs (1) (%)	26,69	41,77	12,7	7,62
Veure televisió, vídeos, etc. (1) (%)	45,21	62,62	32,51	15,72

	Totals d'edat	De 16 a 35 anys	De 36 a 50 anys	Més de 50 anys
Xatejar (1) (%)	46,37	64	32,91	17,79
Formació (1) (%)	24,36	25,71	26,01	16,34
Descarregar jocs, música, etc. (1) (%)	42,31	57,07	31,15	18,15
Altres activitats (1) (%)	44,92	48,45	44,44	34,39

1. (1) Percentatge sobre els adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos

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

Contràriament, hi ha serveis que són pocs utilitzats pels grups de més edat i, en canvi, són els més habituals entre la gent jove. En aquest apartat, inclouríem temes d'esbarjo digital, com ara veure televisió i vídeos, escoltar música en línia, descarregar música o altres continguts digitals o jugar a videojocs.

Significativa també és la taxa reduïda que presenta l'activitat de xatejar (menys del 18%), que és tan freqüent entre la gent jove i que la practica gairebé el 63% dels usuaris d'Internet que tenen entre setze anys i trenta-cinc.

Evidentment, altres activitats com la recerca d'ocupació presenten unes taxes molt baixes, derivades del fet que una part considerable dels enquestats ja pertanyen al grup de població inactiva, com també ho és el fet que les taxes de formació siguin més baixes.

3.2.4.4. Activitats comercials a través de la xarxa: compres i vendes per Internet

Analitzarem tot seguit els hàbits comercials en línia de la població, tant pel que fa a les compres —incloent-hi les raons per les quals una part de la població no compra a través de la xarxa— com a les vendes.

Les compres en línia, segons l'edat de l'usuari

Les dades obtingudes amb l'enquesta de 2010 mostren, a més de la diferència d'ús de la xarxa en funció de l'edat, que —com ja hem dit repetides vegades— té una proporcionalitat inversa, que, pel que fa als hàbits de comprar, hi ha una xifra destacable d'usuaris que han adquirit béns i serveis a través de la xarxa. Poc més d'un 40% dels usuaris de la xarxa han adquirit algun bé o servei els darrers dotze mesos anteriors a l'enquesta. Aquesta xifra ens serveix per valorar la importància que les transaccions no presencials comencen a tenir en la nostra societat.

Així mateix, hi ha un fet ens pot sorprendre: els percentatges d'usuaris d'Internet que compren a través de la xarxa, en tots els grups d'edat considerats, són prou importants.

Fins i tot les dades referides al grup de més edat considerat (cinquanta anys i més) solament són uns punts percentuals inferiors a la resta. Tot i això, podem intuir que en els grups d'edat més avançada aquesta xifra seria sensiblement inferior, si ens basam en altres indicadors relacionats amb les TIC. No hem d'oblidar que les persones de cinquanta anys és gent adulta madura, amb una situació social, personal, laboral i familiar ben diferent de la que tenen grups d'edat més avançada.

Taula 14 | *Població de setze anys o més que s'ha connectat a Internet els darrers tres mesos, segons si hi han comprat els darrers dotze mesos, per grup d'edat*

	Totals d'adults	Adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos (%)	Adults que han comprat béns i/o serveis a través d'Internet els darrers dotze mesos [1] (%)
ILLES BALEARS			
Total edat	888.840	57,8	42,5
De 16 a 35 anys	312.263	83,62	41,75
De 36 a 50 anys	261.367	66,15	46,99
Més de 50 anys	315.210	25,29	35,19

1. [1] Percentatge sobre els adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos
Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Per què un nombre considerable d'usuaris no compra a través d'Internet?

Encara hi ha un nombre d'usuaris elevat que no compra a través de la xarxa i l'enquesta el situa pels volts del 60% (57,5%, concretament). Veurem quins són els motius adduïts en aquest sentit.

En primer lloc, entre els qui no compren a través d'Internet el motiu principal que inclogueren en l'enquesta és la manca de necessitat. El 40% d'aquest usuaris, per tant, creu que amb les compres presencials cobreix totes les seves necessitats d'adquisició de béns i serveis.

En segon lloc, aproximadament un terç dels qui no compren, indiquen la manca de seguretat com a motiu per no fer transaccions comercials. Aquestes persones no volen introduir les seves dades bancàries i les claus d'accés a la xarxa per por que algú se n'apoderi i pugui utilitzar-les per efectuar càrrecs als seus comptes. Val a dir, però, que hi ha opcions com Paypal, que permeten comprar de manera segura, com també proveïdors que admeten el pagament en el moment de la recepció de l'article. Tot i això, és cert que hi ha altres proveïdors que demanen les dades de les targetes de crèdit i algunes persones són reticents

a lliurar la informació, malgrat que les companyies serioses procuren invertir en sistemes de seguretat eficients i, en la immensa majoria de casos, no sorgeix cap tipus de problema.

Un tercer argument per no adquirir béns i serveis a través de la xarxa és que no es poden veure ni tocar els productes. És evident que és així en uns béns determinats, però no és tant cert en els serveis que són intangibles (per exemple, una estada d'hotel). Un exemple ajudarà a entendre-ho més bé. Una persona, per exemple, pot ser reticent a comprar unes sabates per Internet, ja que pot pensar que no encertarà el número o que el model no s'ajustarà bé a la forma del seu peu i, en aquest sentit, la prevenció és comprensible, tot i que hem de dir que, molts usuaris que tenen talles de peu que surten un poc de la mitjana (com ara, homes amb més d'un 46 de peu o dones que tenen talles molt petites, inferiors a un 38) de cada cop és més freqüent que comprin per Internet, ja que no troben més models i varietat que a les botigues, que no adquireixen talles d'una comercialització incerta. En qualsevol cas, sempre és possible canviar el gènere que no va bé, tot i que amb una certa dificultat afegida de transport. Ara bé, en molts casos, el que hi ha és manca de confiança davant la presència física d'un interlocutor. Un exemple seria el d'aquells que s'estimen més anar a una agència de viatges i ser atesos per una persona, encara que els resulti més car, que reservar i pagar un passatge directament per Internet, tot i que en ambdós casos la reserva és virtual.

Finalment, i deixant de banda un grup d'«altres», que no n'especifica els factors, però que poden ser una suma de tots els que hem analitzat, trobam un percentatge de devers un 10% de gent que no compra per Internet, perquè diu que no té prou informació i/o formació. Segurament aquest és l'epígraf de la por: la por de no fer-ho bé, de fer diversos càrrecs per a un mateix bé o servei, o de no rebre bé la comanda, però no per manca de seguretat en la xarxa, sinó per manca de seguretat en un mateix. És evident que, en els grups de persones de més edat, als quals el món tecnològic en molts casos els resulta aliè i estrany, trobam molts dels qui hauríem d'incloure en aquesta categoria.

I què passa amb les vendes en línia?

Les vendes a través d'Internet representen un sector ben consolidat, però amb una gran capacitat de recorregut, que, de fet, creix amb molta força. Moltes empreses s'han especialitzat a oferir serveis d'intermediació de béns i serveis de tercers, amb ofertes constants als usuaris, els quals, si les saben aprofitar, es poden beneficiar de descomptes importants.

Actualment, si algú ven algun producte o ofereix algun servei ha de ser a la xarxa. No és del tot cert allò que es diu que si algú no és a la xarxa no existeix, però gairebé.

Tot i això, els particulars enquestats presenten una taxa de vendes molt baixa. Recordem que mentre un 40% dels usuaris compren per Internet, solament un 7% hi ha efectuat alguna venda de béns o serveis.

Actualment, hi ha un ventall de plataformes gratuïtes que permeten anunciar béns i serveis a través de la xarxa i que faciliten les operacions entre particulars, però per accedir-hi hom ha de tenir a l'abast als mitjans tecnològics i conèixer i confiar en les opcions que ofereixen les TIC.

3.2.5. Participació en les xarxes socials i en el web 2.0

Entrem ara a analitzar un món nou, nascut a partir de les noves tecnologies. D'una banda, analitzarem els contactes socials a través d'Internet en les xarxes socials, que permeten connectar amb usuaris d'arreu del món a partir de gusts i afinitats, o a través d'uns primers enllaços d'amistat, i de l'altra, veurem la presència dels usuaris com a generadors de continguts disponibles a Internet per a qualsevol usuari que hi estigui interessat. És el que és conegut com a web 2.0, en què l'usuari passa de ser un simple consumidor de recursos a convertir-se en un productor de continguts.

3.2.5.1. Correu electrònic i xarxes socials

Hem inclòs en aquest apartat les noves possibilitats d'interacció social que ofereix la xarxa i hi hem inclòs tant l'anàlisi de la disponibilitat de correu electrònic com la participació directa en alguna de les diverses xarxes socials més conegudes, com Facebook, Linkedin, Twenti...

Disponibilitat de correu electrònic

El correu electrònic ofereix possibilitats de comunicació escrita i de transmissió de fitxers de diversos formats. Tot i que sol tenir limitacions en les dimensions dels fitxers que es poden trametre, cobreix una gran part de les necessitats dels usuaris, els quals moltes vegades han substituït el correu clàssic i el fax per aquests sistemes de transmissió d'informació i de fitxers electrònics.

És molt utilitzat tant en entorns laborals com personals. Tot i això, actualment, hi ha altres sistemes més immediats —generalment vinculats a dispositius mòbils (telèfons, principalment), com el whatsApp, Line o altres sistemes de missatgeria— que substitueixen una part dels usos que abans estaven reservats al correu electrònic, sobretot pel que fa a les comunicacions personals.

Entre els usuaris d'Internet, té una forta presència. De fet, molts de serveis de la xarxa sol·liciten una adreça de correu per enllaçar i transmetre determinades informacions o per enllaçar-lo a diverses xarxes socials o serveis de la web.

La disponibilitat d'adreça de correu electrònic se situa entorn al 86% dels usuaris que accedeixen a Internet. Podem afirmar, per tant, que una gran majoria d'usuaris disposen d'aquesta possibilitat de comunicació.

I el grup de més edat considerat se situa pels voltants de la mitjana. Solament superen aquest percentatge els usuaris del tram més jove considerat (entre setze anys i trenta-cinc).

Taula 15 | *Població de setze anys o més que s'ha connectat a Internet els darrers tres mesos, segons si disposa de correu electrònic, per grup d'edat*

	Totals d'adults	Adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos (%)	Adults que disposen de correu electrònic [1] (%)
ILLES BALEARS			
Total edat	888.840	57,8	86,48
De 16 a 35 anys	312.263	83,62	91,13
De 36 a 50 anys	261.367	66,15	79,67
Més de 50 anys	315.210	25,29	86,04

1. [1] Percentatge sobre els adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos
Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

Xarxes socials

La participació en xarxes socials entre els usuaris d'Internet és de poc menys d'un 40%, és a dir, quatre de cada deu usuaris participen en alguna xarxa social. Aquesta dada mitjana, no obstant això, presenta una gran variabilitat, segons l'edat dels usuaris. Entre els més joves és molt freqüent pertànyer a alguna xarxa social, i, d'acord amb la nostra experiència, és gairebé universal; a més, en molts de casos, estan inscrits en més d'una xarxa social alhora. La majoria accedeixen per primera vegada a les xarxes socials i hi participen molt abans de l'edat considerada per l'enquesta que comentam.

Taula 16 | *Població de setze anys o més que s'ha connectat a Internet els darrers tres mesos, segons la participació en alguna xarxa social, per grup d'edat*

	Totals d'adults	Adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos (%)	Adults que participen en una xarxa social a través d'Internet [1] (%)
ILLES BALEARS			
Total edat	888.840	57,8	39,15
De 16 a 35 anys	312.263	83,62	58,36
De 36 a 50 anys	261.367	66,15	22,35
Més de 50 anys	315.210	25,29	12,65

1. [1] Percentatge sobre els adults que s'han connectat a Internet els últims tres mesos
Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)

La participació en xarxes social baixa de manera prou significativa amb l'edat, i entre el grup d'usuaris que tenen entre trenta-sis anys i cinquanta es redueix gairebé per tres, fins al punt que poc més d'un de cada cinc hi participa. El mínim és a partir dels cinquanta anys, edat a partir de la qual poc més d'una de cada deu persones hi participa.

Les xarxes socials permeten mantenir xarxes externes de relació no presencial que poden ser especialment interessants i estimulants per a les persones de més edat, moltes de les quals pateixen problemes de mobilitat. Seria, per tant, desitjable que se'n potenciàs l'ús entre la població de més edat, ja que, d'aquesta manera, podrien afavorir l'equilibri global que representa per a la salut i, conseqüentment, els podria millorar la qualitat de vida. Per moltes persones, rebre un correu electrònic, un whatsapp o una simple felicitació per l'aniversari és motiu de satisfacció i felicitat que, no ho hem d'oblidar, és una de les petites coses que ofereix la vida.

3.2.5.2. El web 2.0

Així es coneix el nou paradigma que suposa no solament participar en la xarxa com a usuari, sinó com a productor i, en certa manera, com a constructor de la web.

Taula 17 | *Població de setze anys o més que s'ha connectat a Internet els darrers tres mesos, segons si disposa d'espai web personal (blog, pàgina web...)*

ILLES BALEARS	
Total d'adults	888.840
Adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos (%)	57,8
Disposa d'espai web personal (blog, pàgina web, ...) [1] (%)	8,36

1. [1] Percentatge sobre els adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos

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

Entre els enquestats n'hi ha massa pocs que hi participen i, per això, no és possible oferir-ne dades desagregades per grups d'edat.

Segons les dades d'usos tecnològics de 2010 a les Illes Balears, únicament un 8% dels usuaris que havien accedit a Internet els darrers tres mesos disposen d'un espai web propi, sigui quina sigui la tipologia de contingut dipositat: un blog, un lloc web específic, un wiki...

La xarxa és plena de programes i plataformes que ens permeten, sense haver de tenir gairebé cap coneixement informàtic, crear els nostres espais digitals i compartir-los amb la resta del món. Encara hi ha poca gent que ho fa, però generalment és molt activa.

No és estrany trobar gent que tingui un web i que alhora sigui bloguer actiu i pertanyi simultàniament a diverses xarxes professionals i socials, i que comparteixi continguts de tots tipus, des de fotografies d'autor fins a seleccions personals musicals de programes tan estesos com l'Spotify, o de vídeos, com els de Youtube.

Podem sospitar, tot i la manca de dades concretes, que, si féssim l'estudi per edats, el percentatge d'usuaris amb contingut web seria molt baix en el grup d'edat que ens ocupa, que són les persones de més edat de la nostra societat.

3.2.5.3. El coneixement d'alguns drets vulnerables a través del web

Difondre dades personals, opinions i/o imatges que pertanyen a l'esfera íntima i personal pot posar en risc drets fonamentals de les persones. Així, l'enquesta va incloure una pregunta explícita sobre si sabien que les persones estan protegides per la llei del dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar i a la pròpia imatge.

L'enquesta va revelar que un importantíssim percentatge dels usuaris de la xarxa, de devers el 91%, coneix que hi ha lleis que els empara en aquests drets fonamentals.

L'anàlisi per edats mostra dues coses. En primer lloc, que el coneixement dels drets que preserven la intimitat de les persones i la protecció de l'honor i la imatge personal és molt estès entre els usuaris de qualsevol edat, i, en segon lloc, que, a diferència del que succeeix amb altres variables, els percentatges són superiors a mesura que la població enquestada té més edat, encara que la diferència no sigui molt gran. Poc menys del 94% dels usuaris de més de cinquanta anys afirmen que saben que hi ha lleis que els protegeixen en aquest sentit, mentre que els percentatges més baixos corresponen a la franja dels usuaris de setze anys a trenta-cinc, que marquen un coneixement que baixa fins al 88%.

Taula 18 | *Població de setze anys o més que s'ha connectat a Internet els darrers tres mesos, segons si disposa de DNI electrònic o signatura digital, per illa i grup d'edat*

	Totals adults	Adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos (%)	Adults que disposen de DNI electrònic i/o signatura digital [1] (%)
Illes Balears			
Total edat	888.840	57,8	25,33
De 16 a 35 anys	312.263	83,62	30,67
De 36 a 50 anys	261.367	66,15	18
Més de 50 anys	315.210	25,29	23,77

	Totals adults	Adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos (%)	Adults que disposen de DNI electrònic i/o signatura digital [1] (%)
Mallorca			
Total edat	708.502	55,78	27,17
De 16 a 35 anys	246.034	81,6	33,27
De 36 a 50 anys	204.711	63,69	17,53
Més de 50 anys	257.758	24,84	27,68
Menorca			
Total edat	70.591	65,24	24,4
De 16 a 35 anys	25.539	94,62	19,21
De 36 a 50 anys	22.714	77,28	35,94
Més de 50 anys	22.338	19,41	6,54
Eivissa-Formentera			
Total edat	109.747	66,03	15,92
De 16 a 35 anys	40.690	88,93	23,86
De 36 a 50 anys	33.942	73,5	7,88
Més de 50 anys	35.114	32,28	8,27

1. [1] Percentatge sobre els adults que s'han connectat a Internet els últims tres mesos
2. Adults de Menorca de més de cinquanta anys: dades basades en menys de vint observacions mostrals

Unitat de mesura (totals adults): nombre d'adults
Unitat de mesura (adults que disposen de DNI electrònic i/o signatura digital (1) (%)): percentatge
Unitat de mesura (adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos (%)): percentatge

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT). Espanya (CC BY 3.0)

Val a dir, però, que una cosa és saber que la llei els protegeix en aquest sentit i una altra qüestió que queda per investigar és si els usuaris preserven la seva pròpia imatge davant possibles filtracions o la difusió d'imatges, vídeos o comentaris que els puguin comprometre a curt o mitjà termini. Des del nostre punt de vista, aquesta actuació més reflexiva sí que la trobam entre els més adults i, sobretot, entre la gent de més edat, però no entre la més jove, fins i tot, entre els usuaris que, per l'edat que tenen, no apareixien reflectits en l'enquesta i que ja han nascut en l'anomenada «generació digital». Casos extrems com la difusió recent a les Illes de vídeos de contingut sexual explícit únicament són la punta de l'iceberg de la propagació de continguts que potencialment poden col·lidir amb els drets privats que volen preservar les lleis, el coneixement de les quals hem analitzat en aquest punt.

3.3. La relació amb les administracions públiques

DNI electrònic o signatura digital

El DNI electrònic permet autentificar la informació digital i la identitat de l'usuari mitjançant els lectors adequats. El DNI electrònic és el document nacional d'identitat que

incorpora un certificat digital (signatura digital) per a maquinari. Així mateix, una persona també poc identificar-se digitalment mitjançant l'anomenada firma o signatura digital, que és un mecanisme de xifrat per autentificar la informació digital difosa.

Aquests instruments són implementats per garantir l'accés a dades privades o restringides, sobretot en determinats tipus de transaccions econòmiques o en la relació amb les administracions públiques per assegurar la integritat digital de les comunicacions i la identitat dels usuaris que han dut a terme aquelles actuacions i tenir-ne constància, i també com a mitjà per provar que es fan les tasques telemàtiques.

L'ús del DNI electrònic o de la signatura digital atorga la validesa jurídica de la signatura manual i permet fer un ventall de cada cop més extens de tasques telemàtiques, en què el control acurat de la identitat de l'usuari és imprescindible, com ara les relacions amb les AP.

La implantació del DNI electrònic començà el 2006 i encara no ha acabat. Forma part, però, de l'anomenada administració electrònica i, per tant, es preveu que en el futur el 100% dels usuaris en disposi. La realitat que ens presenta l'enquesta a les illes Balears és que només una quarta part del usuaris habituals d'Internet disposa de DNI electrònic o signatura digital i que els percentatges per edats van des d'un 18% dels usuaris que tenen entre setze anys i trenta-cinc i devers un 31% del grup dels setze als trenta-cinc. La població d'edat més avançada (més de cinquanta anys) s'acosta a la mitjana i té prop d'un 24% d'implantació.

Taula 19 | *Població de setze anys o més que s'ha connectat a Internet els darrers tres mesos, segons la interactuació amb l'Administració pública a través d'Internet els darrers dotze mesos, per illa*

	Totals d'adults	Adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos (%)	Adults que han utilitzat Internet per interactuar amb l'AP els darrers dotze mesos [(1)] (%)
ILLES BALEARS			
Mallorca	708.502	55,78	24,96
Menorca	70.591	65,24	31,32
Eivissa-Formentera	109.747	66,03	20,44

1. [(1)] Percentatge sobre els adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos

Unitat de mesura (adults que han utilitzat Internet per interactuar amb l'AP els darrers dotze mesos (1) (%)): percentatge
Unitat de mesura (totals d'adults): nombre d'adults
Unitat de mesura (adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos (%)): percentatge

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT). Espanya (CC BY 3.0)

Les dades de l'enquesta ens permeten analitzar el comportament dels usuaris pel que fa a la relació telemàtica amb l'Administració, però no disposam de les dades

desagregades per edat. Tot i amb això, atès l'evident interès que té, tot seguit en farem un comentari breu.

Usuaris que han fet servir serveis telemàtics amb l'Administració. Aspectes millorables

Una quarta part dels usuaris habituals d'Internet han declarat haver dut a terme alguna interacció amb les administracions públiques els dotze mesos anteriors a l'enquesta.

És palès, per tant, que hi ha un recorregut molt important per fer en aquest sentit, tant pel que fa a la diversitat de serveis que les administracions posin a disposició dels usuaris, com per més disposició dels usuaris a efectuar els tràmits telemàticament.

Val a dir, però, que gairebé un 45% dels qui ho han fet no hi troben cap defecte important. La resta d'usuaris troben a faltar informació sobre els tràmits, manca de tràmits disponibles, certes dificultats de maneig i, fins i tot, problemes de seguretat.

Usuaris que no han fet servir serveis telemàtics amb l'Administració. Factors explicatius

El 75% dels enquestats no ha fet cap tramitació amb les administracions públiques els dotze darrers mesos. El factor assenyalat és la manca de necessitat d'utilitzar el servei telemàtic, seguit pel desconeixement de l'existència del servei o algun dels factors indicats com a millorables entre els qui sí que han utilitzat els serveis telemàtics.

Tot i això, hem de tenir present que ja hi ha algunes tramitacions, com ara el pagament de multes, que ja solament es poden fer per via telemàtica i que el futur de la relació amb l'Administració serà de cada vegada més digitalitzat i telemàtic, per a la qual cosa tots els ciutadans ens hem de preparar.

3.4. Participació en activitats formatives d'informàtica o Internet

Qui ha participat en activitats formatives?

Una de les qüestions que va ser investigada amb l'enquesta sobre noves tecnologies feta a les Illes Balears el 2010 fou la qüestió de la participació en tasques formatives lligades a matèries relacionades amb la informàtica o Internet. La conclusió que podem extreure de les dades obtingudes és que molt poca població participà, els dotze mesos anteriors, en activitats formatives específiques relacionades amb l'ús de l'ordinador o amb les possibilitats que ofereix l'accés a la xarxa.

Taula 20 | *Població de setze anys o més que ha interactuat amb l'Administració pública a través d'Internet els darrers dotze mesos, segons els aspectes negatius oposats, per illa*

	ILLES BALEARS	Mallorca	Menorca	Eivissa-Formentera
Adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos	513.707	395.185	46.056	72.466
Adults que han utilitzat Internet per interactuar amb l'AP els darrers dotze mesos (%)	24,89	24,96	31,32	20,44
Pocs serveis disponibles (1) (%)	17,06	13,57	4,58	52,42
Lentitud (1) (%)	13,88	11,89	10,63	30,27
Inseguretat (1) (%)	9,6	7,54	0,95	31,76
Falta d'informació i assessorament (1) (%)	27,41	27,16	5,55	50,32
Maneig i/o accés difícil (1) (%)	18,69	15,46	14,65	44,17
No li ha resolt el tràmit/consulta/petició (1) (%)	18,36	18,58	...	34,79
Deficiències en el funcionament (1) (%)	14,25	12	2,65	40,55
Cap aspecte negatiu (1) (%)	44,48	42,66	73,33	28,44

1. (1) Percentatge sobre els adults que han utilitzat Internet per interactuar amb l'Administració pública els darrers dotze mesos

2. (...) Dada oculta per imprecisió o baixa qualitat*Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT)*

Unitat de mesura (pocs serveis disponibles (1) (%)): percentatge

Unitat de mesura (adults que s'han connectat a Internet els darrers tres mesos): nombre d'adults

Unitat de mesura (lentitud (1) (%)): percentatge

Unitat de mesura (adults que han utilitzat Internet per interactuar amb l'Administració pública els darrers dotze mesos (%)): percentatge

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT). Espanya (CC BY 3.0)

Val a dir que parla d'activitats formatives, i hi ha molts usuaris de noves tecnologies que segueixen tasques d'autoaprenentatge que tal volta no han estat recollits en l'enquesta.

Sigui com sigui, l'anàlisi per edats ens mostra que mentre la població que té entre setze anys i cinquanta presenta unes taxes de formació superiors a la mitjana, la participació baixa ràpidament entre els usuaris de més edat. De fet, menys d'un 0,5% dels enquestats de més de seixanta-cinc anys ha rebut formació específica els darrers dotze mesos.

Qui no hi ha participat i per què?

És una anàlisi en sentit contrari al de l'epígraf anterior, però aquí pretenem descobrir quines són les causes que fan que la població d'una determinada edat hagi decidit no participar en tasques lligades al món informàtic o a Internet.

Ja hem vist que la participació en les activitats de formació en matèries de noves tecnologies disminueix amb l'edat i que la més baixa es registra, precisament, en el grup d'edat que ocupa aquest anuari: la població de més de seixanta-cinc anys. Solament un reduïdíssim percentatge assisteix a activitats formatives. Tot seguit n'analitzarem les causes. En primer lloc, hem de dir que gairebé el 60% de la població de més de seixanta-cinc anys que no ha seguit cap curs els darrers dotze mesos addueix com a causa principal el fet que no els és útil. Sens dubte, això és un reflex del desconeixement de les possibilitats d'aquest camp i de la manca de dispositius electrònics i de connexió a Internet que hem detectat entre aquest sector demogràfic. Un fet que corrobora aquesta explicació és que, a mesura que baixam en la piràmide etària dels enquestats, hi ha un descens geomètric d'aquells que consideren que no els és útil aquest tipus de formació, que addueixen manca de temps o formació anterior, factors que no són determinants precisament en el grup de més edat.

El segon motiu adduït per aquest grup de població és la manca d'interès (gairebé un 33% de les causes de no formació referides). Entre ambdós motius ja arriben a explicar el 90% de les decisions de no formar-se en aquestes matèries. Curiosament, els percentatges de manca d'interès també assoleixen percentatges prou significatius, de devers un 25%, en els altres grups d'edat.

La resta de motius tenen molt poc pes, però voldríem esmentar que un 3,25% dels enquestats afirmen que ja tenien formació anterior i que, per tant, no en necessiten d'aquestes matèries. Tot i que en certa manera aquesta xifra és positiva, en realitat és molt baixa, sobretot si la comparam amb la que presenten els altres grups d'edat, i que assoleixen el màxim en el grup més jove considerat (de setze anys a trenta-cinc), en què un terç de la població diu que ja té formació específica suficient.

Val a dir també que l'economia no és, entre la població de més edat, un factor limitador per rebre formació, sinó que és un element molt secundari davant la percepció que aquesta formació no els és útil o simplement pel desinterès envers aquestes matèries.

4. Conclusions

No volem repetir tot el que hem analitzat al llarg d'aquestes pàgines. Simplement en destacam alguns dels aspectes més rellevants que ens poden fer arribar a una sèrie de conclusions, i proposam algunes mesures generals, que podrien ser aplicades amb una certa facilitat i baix cost, que podrien contribuir a reduir al bretxa o ruptura digital detectada entre generacions i millorar la salut de la nostra població de seixanta-cinc anys i més.

- Hi ha una bretxa digital important, tant pel que fa a la disponibilitat d'aparells inclosos en les TIC (telèfon mòbil, ordinador, connexió a Internet...) com en l'ús d'aquestes noves tecnologies i les possibilitats de comunicació i relació que ofereixen.

- La ruptura tecnològica es detectaria en el grup de població de més de cinquanta anys i es perfila d'una manera més acusada en el sector de població de seixanta-cinc anys i més.

- Un dels factors adduïts amb més freqüència per la població de més de seixanta-cinc anys quan se li demana perquè no disposa d'un aparell tecnològic determinat, d'un servei o d'un ús específic lligat a les TIC és l'absència de necessitat. Entenem que la manca de necessitat prové, en la majoria dels casos, del desconeixement de les possibilitats que les TIC poden representar per a la vida quotidiana i de relació familiar i social dels enquestats.

- Tot i que els enquestats de més edat amb mancança d'aparells i de tecnologies aplicades a les TIC manifesten que el factor econòmic no és determinant en aquesta situació, no hem d'oblidar que aquest reduït percentatge s'ha obtingut perquè la majoria dels enquestats d'aquest grup considera la manca de necessitat el factor explicatiu bàsic. Per això, hauríem de pressuposar, atès el cost tant de l'adquisició dels elements tecnològics necessaris com dels serveis de connexió (servei d'Internet, telefonia mòbil...), que en el cas que una part considerable d'aquest sector demogràfic volgués accedir-hi des de la llar es trobaria que el factor econòmic sí que seria important. No debades, la mitjana de les pensions a les Illes Balears és molt més baixa que l'espanyola i encara molt més que l'europea.

- No disposar d'aparells o de serveis de TIC a la llar és especialment important entre la població de més edat, atès que la més jove té més oportunitats i indrets per beneficiar-se dels seus avantatges (centres d'estudi, lloc de treball, cibercafès, llars d'amics, etc.).

- Es detecta una baixa participació de la població de més edat en les xarxes socials i en el web 2.0 (producció de continguts).

- Es detecta una baixa relació telemàtica amb l'Administració, així com un índex global bastant reduït en la compra a través d'Internet i, sobretot, en la venda.

- El sector de més edat és, d'acord amb les enquestes, el més refractari a rebre formació, en molts casos perquè diuen que no necessiten formació en unes tecnologies que en un gran nombre de casos no utilitzen.

- Alguns enquestats manifesten les dificultats d'ús i el desconeixement envers les TIC com a causes per les quals no les utilitzen.

Això no obstant, l'enquesta ens descobreix tot un seguit d'**oportunitats**:

- Hi ha un nombre important de llars el sustentador principal de les quals té més de seixanta-cinc anys que disposa de connexió fixa de telèfon i una xifra també considerable (una de cada dues, aproximadament) que disposa de telèfon mòbil.

- La disponibilitat de temps entre els grups d'edat més avançada no és un obstacle destacable lligat a les TIC, tot al contrari. Les TIC poden servir com a activitat enriquidora i de relació i per ocupar espais temporals no utilitzats en altres tasques.

- El desig i la voluntat actual de l'Administració de convertir-se en digital i de proporcionar serveis específics al col·lectiu de la tercera edat (serveis socials, telemedicina...) pot servir per posar en marxa programes que n'universalitzin l'accés i l'ús entre el col·lectiu analitzat.

- Unes polítiques actuals de multiserveis integrats que ofereixen diverses prestacions de comunicacions a preus relativament assequibles: paquets que integren telefonia mòbil, telefonia fixa i servei d'Internet (i accés complementari a serveis addicionals de televisió).

- Els membres de la tercera edat, convenientment estimulats i convençuts dels avantatges de les TIC, constitueixen una població desitjosa i amb una capacitat indubtable d'aprendre.

Convé aprofitar les oportunitats i afrontar els **reptes** que se'ns presenten:

- Entorn d'un 12% de les llars el sustentador principal de les quals té més de seixanta-cinc anys no té línia de telèfon fix. Si combinam aquesta situació amb el fet que alguna de les persones incloses en aquest sector tampoc no disposa de telefonia mòbil, ens trobam davant un grup de població amb un problema molt important de connectivitat que li impedeix accedir a les possibilitats que ofereixen les TIC. La primera passa seria, per tant, evitar que es produeixin situacions d'incomunicació acusada.

- Donar a conèixer les possibilitats de les TIC en la vida quotidiana de les persones de més edat. En certa manera, això suposa crear una demanda de béns, serveis i de formació que haurà de ser atesa.

- Crear xarxes de formació eficient en TIC adreçades a la tercera edat. El món universitari i el voluntariat serien dos dels pilars en què s'hauria de basar, principalment, a més de la participació de les institucions responsables en serveis socials, sanitat i educació. Apuntarem solament algunes possibilitats. Per exemple, la Universitat de Majors

podria aprofundir en aquest camp i ampliar els cursos específics. La Universitat, al seu torn, podria concedir crèdits formatius a alumnes d'informàtica que impartissin cursos d'ofimàtica i web 2.0 a la població de la tercera edat. Una de les maneres més eficients seria crear una xarxa de formació de formadors, en què els formadors fossin, per exemple, membres d'associacions de la tercera edat, amb coneixements previs o no, però amb desitjos i certes capacitats per convertir-se, després de rebre formació específica, en formadors dels membres de la seva associació. Hem de tenir present que el creixement de l'ús de les TIC es produeix en xarxa a mesura que els usuaris en fan servir els serveis.

- Aconseguir que aquest increment potencial de la demanda, fonamental per reduir la bretxa digital detectada, es faci en termes d'equitat. Això suposaria implementar polítiques directes de subvenció per a l'adquisició de TIC o de contractació de serveis d'accés a Internet entre la població, d'acord amb la renda. Fins i tot, es podria recuperar una idea ja oblidada de fer l'accés universal i gratuït al web un dret universal entre la població espanyola. Com a mínim, per a la població que ens ocupa suposaria subvencionar la dotació de maquinari i serveis per accedir a les prestacions de les TIC, tant de manera individual com en associacions de la tercera edat o altres indrets en què aquesta població pogués accedir a les noves tecnologies. Aquestes actuacions requereixen implicació i voluntat política i la possible col·laboració d'entitats amb finalitats socials (associacions, obres socials de bancs i caixes, mecenes privats...). També s'hauria d'aconseguir que hi participassin les grans empreses proveïdores de serveis de telefonia i serveis del web a l'Estat espanyol.

- Generalment, les companyies proveïdores de serveis ajuden els usuaris —si els ho demanen— a connectar els distints dispositius Wi-Fi que hi ha a la llar (ordinadors de taula, portàtils, tauletes...). Tot i això, hi ha usuaris que poden tenir problemes quan es desconfigura un equip o en canvien un d'antic. Seria interessant crear una xarxa de suport informàtic basada en voluntariat, lligada o no al món universitari.

En definitiva, siguin quines siguin les polítiques que es duguin a terme, podem concloure, en tot cas i sense risc d'equivocar-nos, que tenir més bon coneixement de les TIC repercuteix en una millora de la salut de les persones d'edat avançada pels efectes beneficiosos directes que comporta des d'un punt de vista psicològic (més autoestima i autonomia personal) i social (millora de les xarxes i les relacions socials). I, per això, aconseguir que la relació de la tercera edat de les Illes Balears amb les TIC millori té una importància substancial.

Referències bibliogràfiques

1. Taules de dades l'enquesta del mòdul de disponibilitat i usos de les TIC de les llars de les Illes Balears (2010)
http://www.ibestat.cat/ibestat/estadistiques/societat/societat-informacio/d8dbbb73-ebb0-4138-a67a-d25a630ee2bf.

2. Revista Gerontechnology
http://gerontechnology.info/index.php/journal/issue/archive

Concretament, hem consultat els articles següents:

Koren, L. G. H. (2002). Ageing and technology. Gerontechnology, 1(3), 203-204.

Moraal, J., Ando, A. (2001). Productive aging. Gerontechnology, 1(1), 62-64.

Normie, L. R. (2002). Israel's elderly population: a general survey of health, independence, and technology. Gerontechnology, 1(3), 190-197.

Slegers, K., Van Boxtel, M., Jolles, J., Houx, P. (2002). Increasing autonomy of older people through the use of computers and the Internet. Gerontechnology, 2(1), 131-132.

Tacken, M., Marcellini, F., Mollenkopf, H., Ruoppila, I., Széman, Z. (2005). Use and acceptance of new technology by older people. Findings of the international MOBILATE survey: Enhancing mobility in later life. Gerontechnology, 3(3), 126-137.

Umemuro, H. (2002). Japanese elderly and computers in the workplace. Gerontechnology, 2(1), 63-67.

Van der Wardt, V., Bandelow, S., Hogervorst, E. (2012). The relationship between cognitive abilities, well-being and use of new technologies in older people. Gerontechnology, 10(4), 187-207.

Wright, P. (2012). The internet's potential for enhancing healthcare. Gerontechnology, 11(1), 35-44.

3. Viquipèdia
http://ca.wikipedia.org/wiki/Portada

Termes consultats: TIC, DNI electrònic i certificat electrònic.

Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó, 1965. Geògraf. Cap de la Secció de Cartografia de la Conselleria d'Agricultura, Medi Ambient i Ordenació del Territori. Ha treballat en l'organisme estadístic autonòmic, on s'ha especialitzat en les estadístiques socials i demogràfiques («Els incendis a les Illes Balears», «Estadístiques dels menors infractors»,«Els noms dels nadons», etc.). Des de l'any 1990, és professor de Geografia dels cursos de reciclatge lingüístic i cultural per a docents (ICE-UIB), que d'ençà del curs 2012-13 depenen de l'Institut d'Estudis Baleàrics del Govern. Ha col·laborat en la planificació d'equipaments hospitalaris públics per a l'IB-Salut i en diversos estudis autonòmics («PERI del Terreno», «Avaluació de les necessitats assistencials derivades de la reforma de la Llei del Menor», «Estudi de la Joventut de les illes Balears», etc.). Diversos anys, ha estat coautor del capítol de sanitat de l'«Informe econòmic i social» de Sa Nostra, i del capítol sobre demografia i llar de la *Memòria econòmica i social* del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. Ha publicat diversos llibres, com ara, *L'epidèmia de grip de l'any 1918 a illes Balears* (1991) i *Geografia de les illes Balears* (1997) i articles en revistes científiques sobre demografia de les illes Balears. Ha participat, així mateix, en obres col·lectives, com la *Gran Enciclopèdia de Mallorca* i l'*Atles de les illes Balears*. En el camp de l'envelliment, a l'*Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears* ha publicat els articles següents: «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 (pàg. 17-74); «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears», Anuari 2011 (pàg. 21-77) i «La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística», Anuari 2012 (pàg. 49-76).

ENVELLIMENT ACTIU I LES TIC

Envelliment actiu i les TIC

Francisco José Perales López

Agraïments

Al meu pare, Bernardo Perales Cruz, que té 88 anys i està en una residència per a la tercera edat, per haver participat activament en el projecte ITADA com a usuari final.

Malgrat els esforços que s'han fet en el projecte, no ha estat possible desenvolupar-lo plenament amb ell i no ha pogut gaudir de tots els avantatges de les TIC a la seva llar.

A la meva mare, María dels Ángeles López Mateos, que el cuida i s'esforça perquè el contacte familiar i humà es mantingui viu dia a dia amb tota la família independentment de la tecnologia.

Projecte ITADA, http://dmi.uib.es/~ugiv/itada/

El treball ha estat subvencionat per Ajudes grup competitiu UGIVIA 28/2011 del Govern de les Illes Balears

Resum

Les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) actualment juguen un paper clau en les nostres vides, en la nostra feina, en l'educació, en l'ús de serveis públics i especialment en les nostres llars. Han aparegut noves possibilitats i productes o serveis que són flexibles, ràpids, adaptables a les nostres preferències, a més de fiables i robusts. No obstant això, aquests mateixos avanços tecnològics poden presentar barreres significatives per algunes de les persones que poden beneficiar-se d'aquests serveis i sense el suport adequat fins i tot poden contribuir a l'exclusió de moltes d'elles. Les decisions clau adoptades en el moment del disseny i del desenvolupament d'aquests productes i serveis tecnològics determinaran si alguns grups, com les persones amb discapacitat o persones grans, podran utilitzar-los o no. Amb el canvi demogràfic cap a una població que envelleix, aquesta situació s'ampliarà significativament en els propers anys. Les persones grans sovint s'enfronten a múltiples limitacions lleus que poden reduir o eliminar els beneficis que les TIC els ofereixen. De l'anterior es dedueix que la necessitat de crear serveis i productes basats en les TIC amb requeriments d'usabilitat universal i que siguin accessibles per a tots independentment de les seves capacitats és fonamental en la societat actual. En aquest article es pretén donar una introducció als conceptes fonamentals sobre les TIC aplicades a les persones grans i es presenta el criteri bàsic d'inclusió electrònica i les metodologies de disseny. El treball finalitza amb unes conclusions generals i específiques i bibliografia general.

Resumen

Las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) juegan actualmente un papel clave en nuestras vidas, en nuestro trabajo, en la educación, en el uso de servicios públicos y en especial en nuestros hogares. Han aparecido nuevas posibilidades y productos o servicios que son flexibles, rápidos, adaptables a nuestras preferencias, además de fiables y robustos. Sin embargo, estos mismos avances tecnológicos pueden presentar barreras significativas para algunas de las personas que pueden beneficiarse de estos servicios y sin el apoyo adecuado pueden incluso contribuir a la exclusión de muchas de ellas. Las decisiones claves adoptadas en el momento del diseño y del desarrollo de estos productos y servicios tecnológicos determinarán si algunos grupos, como las personas con discapacidad o personas mayores, podrán utilizarlos o no. Con el cambio demográfico hacia una población que envejece, esta situación se ampliará significativamente en los próximos años. Las personas mayores a menudo se enfrentan a múltiples limitaciones leves que pueden reducir o eliminar los beneficios que las TIC les ofrecen. De lo anterior se deduce que la necesidad de crear servicios y productos basados en las TIC con requerimientos de usabilidad universal y que sean accesibles para todos independientemente de sus capacidades es fundamental en la sociedad actual.

En este artículo se pretende dar una introducción a los conceptos fundamentales sobre las TIC aplicadas a las personas mayores y se presenta el criterio básico de inclusión electrónica y las metodologías de diseño. El trabajo finaliza con unas conclusiones generales y específicas y una bibliografía general.

1. Introducció

Com se sap actualment per les dades estadístiques recents, la població europea envelleix gradualment. És notori que en una edat avançada les capacitats cognitives i motrius es redueixen pel procés de l'oxidació cel·lular.[1] Aquest procés és un dels principals causants del nostre envelliment. Atès que aquesta activitat actualment és impossible de detenir, el que desitgem és aconseguir un procés d'envelliment en què es minimitzin les deterioracions cognitives i físiques. L'objectiu és buscar un envelliment actiu. Què entenem per aquest concepte? L'Organització Mundial de la Salut[2] defineix l'envelliment actiu com el procés en què s'optimitzen les oportunitats de salut, la participació i la seguretat a fi de millorar la qualitat de vida de les persones a mesura que envelleixen. L'envelliment actiu permet que les persones realitzin el seu potencial de benestar físic, social i se centra en les persones grans i en la importància de donar una imatge pública positiva d'aquest col·lectiu.

L'envelliment actiu significa:

- Donar a les persones grans la possibilitat de participar plenament en la societat.
- Fomentar les seves oportunitats d'ocupació.
- Permetre'ls contribuir-hi activament a través del voluntariat i de programes intergeneracionals.
- Permetre'ls viure amb independència adaptant l'habitatge, les infraestructures, la tecnologia i el transport.

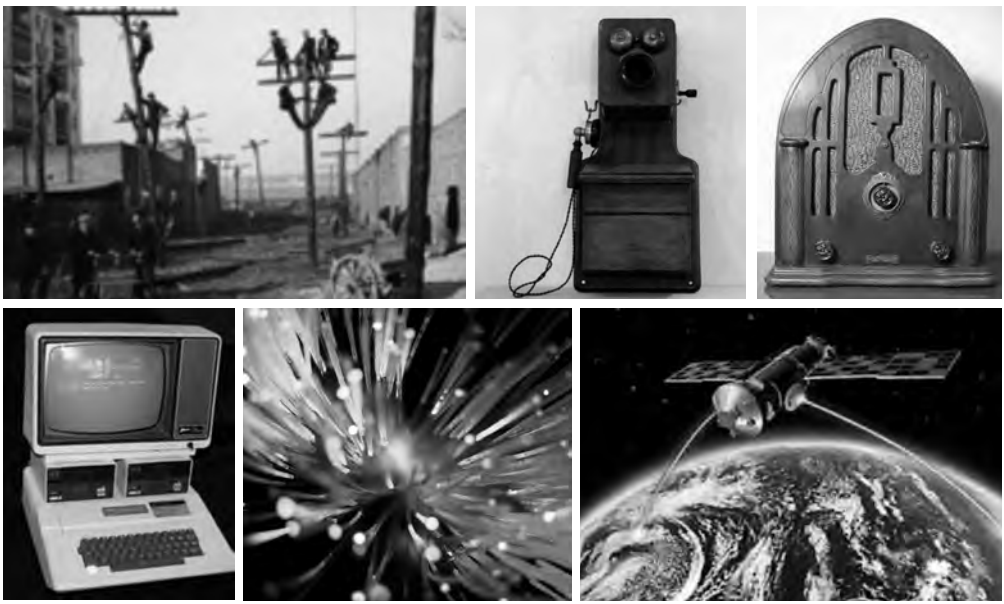
L'envelliment actiu pretén millorar la qualitat de vida de les persones a mesura que envelleixen, afavorint les seves oportunitats de desenvolupament per a una vida saludable, participativa i segura, i implica entendre aquesta etapa de la vida com un cicle més de creixement personal, afegint «vida als anys i no solament anys a la vida».

D'altra banda, sabem que en l'actualitat vivim en un entorn altament tecnificat. Molts dels quefers diaris utilitzen sistemes informàtics per al maneig de la informació. La tecnologia està present en el nostre entorn de manera invisible. És el que s'anomena sistemes ubics o

[1] L'oxidació cel·lular indueix a l'envelliment per la producció natural de radicals lliures. Aquests són molècules inestables que danyen les nostres cèl·lules produint reaccions en cadena. La presència d'antioxidants en els aliments ens ajuda a controlar aquests radicals lliures i reduir o alentir aquest procés d'envelliment per oxidació.
[2] http://www.who.int/es/index.html

computació ubiqua[3] i que també s'ha anomenat més recentment intel·ligència ambiental.[4] Tot això ha estat possible gràcies a les TIC, que es poden considerar com el conjunt de serveis, xarxes, programari i dispositius que tenen com a fi la millora de la qualitat de vida de les persones en un entorn i s'integren en un sistema d'informació interconnectat i complementari. Des d'un punt de vista més formal, podríem considerar les TIC com «el conjunt de tecnologies que permeten l'adquisició, la producció, l'emmagatzematge, el tractament, la comunicació, el registre i la presentació d'informacions contingudes en senyals de naturalesa acústica (sons), òptica (imatges) o electromagnètica (dades alfanumèriques)». Vivim en un món en constant transformació i evidentment els sistemes de comunicació de la informació han sofert de manera especial aquest procés d'evolució si fos possible encara més accentuat, passant de sistemes analògics amb prestacions limitades a sistemes digitals d'altes prestacions. En la figura 1 podem veure els primers sistemes TIC i els actuals d'àmbit mundial.

Figura 1 | *Sistemes TIC analògics versus digitals*



[3] La computació ubiqua (*ubicomp*) es defineix com la integració de la informàtica a l'entorn de la persona, de manera que els ordinadors no es percebin com a objectes diferenciats. Aquesta disciplina es coneix en anglès amb altres termes com *pervasive computing*, *calm technology*, *things that think* i *everyware*. Des de fa uns anys també s'anomena *intel·ligència ambiental*.

[4] Vegeu el vídeo del Canal UIB Inteligencia ambiental a http://canal.uib.cat/es/canals/Que-es-la-inteligencia-ambiental.cid271628?categoryId=101501

Figura 2 | *Sistema BCI basat en EEG amb elèctrodes segons en el sistema 10-20 per a la comunicació entre usuaris*

Aquest procés de comunicació a gran escala fa que l'individu passi a ser un usuari altament connectat amb el seu entorn. Els sistemes digitals impliquen una interfície entre la informació de l'ordinador i l'usuari final fent aquesta interacció més propera a la persona, és a dir, de manera natural. En un futur no gaire llunyà podem arribar a pensar que la interacció entre la persona i l'ordinador es farà de manera directa a través del nostre processador natural, el cervell. És el que es coneix com sistemes BCI (*brain-computer interfaces*) o interfícies cervell-ordinador.[5] Un sistema d'aquestes característiques es pot veure en la figura 2. Aquest paradigma d'interacció no implica activitat muscular per controlar l'ordinador, simplement amb la interpretació dels senyals elèctrics del nostre cervell el sistema serà capaç d'entendre i actuar en conseqüència segons els valors del senyal cerebral analitzat.

En aquest procés de comunicació en tots els àmbits i d'uns usuaris amb altres usuaris i amb el seu entorn, es produeixen una sèrie de canvis rellevants en les sinergies entre els seus components. El món en transformació contínua implica:

- Creixement «sense fi» de les xarxes de comunicació.
- La riquesa de la informació no resideix en la seva existència, sinó en el fet que pot compartir-se.
- Canvien les relacions entre els ciutadans i les esferes de poder.

D'altra banda, aquesta necessitat de comunicació pot repercutir en els usuaris de manera negativa, fent que existeixin limitacions d'accés a les TIC i, per tant, a la comunicació entre persones. Els principals factors a tenir en compte en les limitacions a l'accés a les TIC són: a) limitacions geogràfiques en la disponibilitat, b) aspectes de gènere, c) edat, d) diferències socioeconòmiques i i) limitacions funcionals. De les limitacions anteriors, pel que fa al col·lectiu de les persones grans, evidentment, les que més les concerneixen són l'edat i les limitacions funcionals. En el següent apartat veurem quines són les possibles solucions per a aquest col·lectiu en l'àmbit de les TIC.

[5] Les interfícies cervell-ordinador (en anglès *brain-computer interfícies*, BCI), constitueixen una tecnologia que es basa en l'adquisició d'ones cerebrals que després són processades i interpretades per una màquina o ordinador. Estableixen el camí per interactuar amb l'exterior mitjançant el nostre pensament, ja que aquestes interfícies permeten transformar-les en accions reals en el nostre entorn.

2. Tecnologia aplicada a la gent gran

Els canvis demogràfics actuals comporten modificacions en les piràmides de població. El progressiu envelliment de la població en països desenvolupats sembla avançar en paral·lel al foment i la proliferació de les noves tecnologies. Aquestes poden aplicar-se principalment a les persones grans des de dos vessants d'interès:

1. Tecnologia aplicada a les persones grans dependents
2. Tecnologies per facilitar la comunicació i l'oci de les persones grans

Tot seguit presentarem cada vessant de manera simplificada.

2.1. Tecnologia aplicada a persones grans dependents

Una de les primeres accions que va permetre la incorporació de les noves tecnologies va ser el servei de teleassistència domiciliària, que sens dubte va ser i és en l'actualitat, una aportació important que les TIC han fet per facilitar la vida autònoma i independent de la persona gran al seu domicili. Però el desenvolupament d'aquestes tecnologies segueix evolucionant cap a projectes més sofisticats i de gran competència, com ara localitzadors de persones que permeten situar el portador en cas que aquest es trobi perdut o desorientat i que proporcionen tranquil·litat als seus familiars i cuidadors. La domòtica, els objectius de la qual són l'aplicació de la tecnologia de l'automatització al control de la llar i millorar la qualitat de vida augmentant la comoditat, la seguretat i el confort. L'engegada de programari a través d'Internet permet l'ajuda a la presa de decisions a persones amb trastorns cognitius, supervisant totes les activitats bàsiques de la vida diària, facilitant informació bàsica com el temps, resums informatius, plànols, línies d'autobús, etc., amb un control de l'entorn més exhaustiu mitjançant sensors ocults que, fins i tot, poden monitoritzar la situació de l'entorn, com la detecció de caigudes, focs, etc. En aquesta evolució de la tecnologia cal esmentar el futur d'Internet, l'anomenat Internet de les coses amb les anomenades *smart cities* com a primer pas cap a aquest futur. Són ciutats compromeses amb el seu entorn, on les infraestructures estan dotades de les solucions tecnològiques més avançades per facilitar la interacció del ciutadà amb els elements urbans i que fan la vida més fàcil. Alguns exemples d'aquesta vida més fàcil es tradueix en utilitats com transport públic amb sensors que puguin determinar si l'autobús que espera l'usuari ve molt ple o amb retard, si està adaptat o no, oferint alternatives, bé a través de panells informatius o en el telèfon mòbil, disminució de cues i temps d'espera en les oficines municipals, centres de salut, etc.

En l'àmbit domèstic ja s'han posat en pràctica exemples d'aquesta tecnologia amb sensors de moviments, de contacte, que poden detectar situacions d'emergència. Es tracta de sistemes sense fils, ambientals, que permeten a les persones grans moure's lliurement sense necessitat d'interactuar amb el sistema.

Per tant, els avanços tecnològics que s'estan desenvolupant juguen a favor de les persones grans, ja que l'ús i la implementació estan deslligats de la capacitat que tingui la persona respecte a la tecnologia. En general, les anomenades ciutats intel·ligents es fonamenten en quatre pilars: transparència, mobilitat, sostenibilitat i l'aprofitament de les TIC.

2.2. Tecnologies per facilitar la comunicació i l'oci de les persones grans

És molt important destacar que la implementació de les noves tecnològiques en la nostra societat actual suposa importants avantatges per a les persones grans. No obstant això, resulta evident que existeix un distanciament que genera desigualtat en el seu ús i profit, ja que han de fer un esforç més gran que la resta de la societat per adaptar-s'hi i evolucionar al mateix ritme que la tecnologia. Les xarxes socials com a eina per eradicar la solitud, l'aïllament i la inactivitat que estan tan associats a la població de gent gran són sens dubte un avantatge, però la realitat és que la seva utilització continua sent una assignatura pendent. Entre altres factors hi intervenen els econòmics i, òbviament, el procés d'aprenentatge tecnològic i les diferències generacionals.

Però, salvant obstacles, s'augura un futur prometedor, ja que cada vegada més proliferen projectes i l'engegada de mesures perquè les persones grans formin part del present tecnològic d'una manera més activa i visible, atès que són un dels sectors que més beneficis n'obtenen, superant prejudicis, millorant la qualitat de vida, ampliant la xarxa de relacions i enfortint la seva independència. Els permetrà mantenir-se més actius i saludables. Des d'un punt de vista empresarial i tenint en compte l'augment demogràfic, un dels mercats amb més projecció de futur és el de l'oci de les persones grans. Les generacions espanyoles del *baby boom* (anys seixanta) que s'apropen a l'edat de jubilació són diferents de les que les precedeixen. Les noves persones grans han nascut i s'han desenvolupat en una societat de consum, tenen un nivell econòmic i de formació més elevat que el de les cohorts que les precedeixen, i coneixen i reconeixen la importància de les noves tecnologies en la societat actual i els seus efectes.

El Web 2.0[6] els ofereix un nou espai on relacionar-se i comunicar-se en temps real de manera fàcil i sense barreres. Compartir el temps lliure, les experiències, els pensaments i les opinions a través dels nous mitjans de comunicació és una realitat consumada. La comunicació en aquests mitjans socials es caracteritza per la senzillesa, per la immediatesa i per la transparència. És un nou espai on es poden trobar i relacionar-se i on la distància i el temps són barreres superades.

[6] Web 2.0 és un concepte que es va encunyar el 2003 i que es refereix al fenomen social sorgit a partir del desenvolupament de diverses aplicacions d'Internet. El terme estableix una distinció entre la primera època del Web (on l'usuari era bàsicament un subjecte passiu que rebia la informació o la publicava, sense que existissin gaires possibilitats perquè es generés la interacció) i la revolució que va suposar l'auge dels blogs, les xarxes socials i altres eines.

Les xarxes socials, com Facebook i Twitter, són serveis que permeten a les persones grans relacionar-se, compartir informació i mantenir-se en contacte. Permeten reconstruir o mantenir, en el món virtual, els vincles que alguna vegada van mantenir en el món físic, companys d'una promoció, col·legues professionals, assistents a un esdeveniment, alumnes i companys de feina, a més de planificar l'oci.

La implementació de les TIC suposa importants avantatges per a les persones grans. No obstant això, resulta evident que existeix un distanciament que genera desigualtat en el seu ús i profit, ja que han de fer un esforç més gran que la resta de la societat per adaptar-se i evolucionar al mateix ritme que la tecnologia. Les xarxes socials com a eina per eradicar la solitud, l'aïllament i inactivitat que tan associats estan a la població de gent gran són sens dubte un avantatge i per això han de desenvolupar-se de manera que compleixin els estàndards d'accessibilitat web (WAI, Web Accessibility Initiative). A manera de resum els avantatges principals seran:

- El Web 2.0 els ofereix un nou espai on relacionar-se i comunicar-se en temps real de manera fàcil i sense barreres.
- Compartir experiències, pensaments i opinions a través dels nous mitjans de comunicació és una realitat consumada.
- La comunicació en aquests mitjans socials es caracteritza per la senzillesa, la immediatesa i la transparència.
- És un nou espai on es poden trobar, relacionar-se i fomentar noves relacions sense limitacions espacials.

En definitiva, gràcies als avanços de la tecnologia les persones grans poden viure a la llar i a la ciutat amb més qualitat de vida, evitant l'aïllament i la dependència. Aquests espais han de fomentar de manera dinàmica el concepte d'inclusió electrònica.

3. Què és la inclusió electrònica?

El concepte d'inclusió electrònica es refereix a la participació efectiva d'individus i comunitats en totes les dimensions de la societat i l'economia basades en el coneixement, a través de l'accés a les TIC. També es refereix a les possibilitats que ofereixen les TIC per fomentar la igualtat i la participació social en tots els àmbits. La discapacitat és una limitació en el funcionament d'un individu a l'hora de dur a terme una activitat concreta o desenvolupar la participació en la societat de manera general. Està caracteritzada pel resultat d'una interacció complexa entre l'estat de salut d'una persona i els factors individuals i externs que representen les circumstàncies en les quals viu. Com afirma Ratzka (1992), «la vida independent significa que les persones amb discapacitat volen les mateixes oportunitats

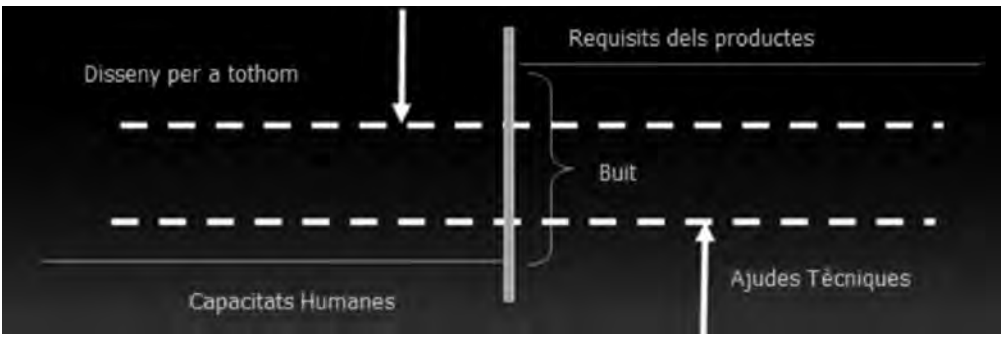
de vida i les mateixes possibilitats d'elecció en la vida quotidiana que els seus germans i germanes, els seus veïns i amics sense discapacitat donen per suposades». D'altra banda, l'investigador Werner (1998) proposa el paradigma següent: «nothing about us without us». Prop del 10% dels habitants del planeta sofreix algun tipus de discapacitat. A Espanya hi ha més de quatre milions de persones amb discapacitat, un 25% en edat laboral. El 2050, un 40% de la població europea tindrà més de 65 anys. En moltes zones de les ciutats europees desapareixen les botigues, les oficines bancàries; «l'accés a serveis essencials és realitzat a través de les TIC». A més, es produeix un increment de la taxa de discapacitat amb l'edat. Si per a edats compreses entre els 6 i 64 anys és del 4,59%, per a més grans de 64 anys és del 32,21%. La inclusió electrònica es pot aplicar als diferents dispositius d'ús quotidià en les TIC. Aquests inclouen les comunicacions mòbils. En les persones amb discapacitat auditiva hi pot haver problemes d'interferències entre audiòfons i senyals de radiofreqüència de telèfons mòbils. Per això, és important la col·locació d'elements de radiofreqüència i és necessària la normalització dels components.

Per a aquests casos, es plantegen les alternatives necessàries per resoldre a dificultat que comporta la discapacitat auditiva:

- Comunicació per text
- Comunicació mòbil per text
- Importància de la missatgeria instantània

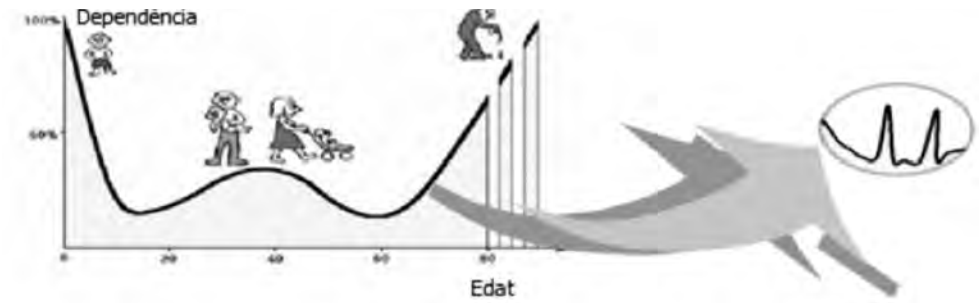
Per als sistemes domòtics a la llar amb interfícies visuals, l'alta complexitat pot ser una limitació per als usuaris amb problemes visuals o cognitius. Buscar solucions amb interfícies senzilles o intuïtives és una necessitat pròpia en el procés de disseny. El disseny per a tothom és una estratègia que té per objectiu dissenyar els entorns, productes i serveis perquè puguin ser utilitzats pel nombre més gran possible de persones, sense necessitat d'adaptació o disseny especialitzat. Proporciona, a més, mecanismes que faciliten l'ús d'ajudes tècniques per a aquelles persones que no poden utilitzar el producte sense una ajuda especial.

Figura 3 | *Diagrama de disseny per a tothom*



L'objectiu final és reduir al màxim el buit entre els requisits dels productes i les capacitats humanes fent un ús combinat del disseny universal i les ajudes tècniques. Hem de pensar de manera universal, considerant que tots som potencials usuaris amb situacions de dependència temporal. Al llarg de la nostra vida passem per situacions en què per determinades circumstàncies podem necessitar especialment els sistemes d'accés universal. En la figura 4 podem veure aquestes situacions en funció de l'edat de l'usuari.

Figura 4 | *Situacions de dependència temporal*



Tenint en compte totes aquestes consideracions, podem sintetitzar de manera escarida quins són els principals eixos o directrius en el disseny per a tothom. Aquests són: a) ús equitatiu, b) ús flexible, c) ús simple i intuïtiu, d) informació perceptible, i) tolerància per a l'error, f) esforç físic mínim i g) grandària i espai per a aproximació i ús.

Què implica cada un?

a) Ús equitatiu: el disseny ha de ser usable per persones amb diferents habilitats/capacitats i tenir un preu raonable.
b) Ús flexible: el disseny s'ha d'acomodar a un rang ampli de persones amb diferents gustos i habilitats.
c) Ús intuïtiu: la manera d'ús ha de ser fàcil d'entendre, independentment de l'experiència de l'usuari, coneixement, habilitats del llenguatge i nivell de concentració.
d) Informació perceptible: el disseny comunica efectivament la informació necessària a l'usuari, amb independència de les condicions ambientals i de les seves capacitats sensorials.
i) Tolerància a l'error: el disseny minimitza possibles incidents per atzar i les conseqüències adverses d'accions no previstes.
f) Esforç físic mínim: el disseny ha de poder usar-se eficientment i confortablement amb un mínim de fatiga.
g) Grandària i espai adequats: el disseny ha de tenir un espai i una grandària apropiats per a l'aproximació, l'abast i l'ús.

De tot l'anterior obtenim una metodologia centrada en l'usuari. La translació al terreny pràctic dels principis del disseny per a tothom es basa en metodologies que asseguren als tecnòlegs que els factors humans rellevants són considerats en el procés de creació del producte o servei. El disseny per a tothom és una filosofia genèrica sobre com ha de fer-se el procés de generació de serveis i productes. Fins i tot des del punt de vista exclusiu de la seva aplicació a les TIC, el disseny per a tothom representa un coneixement horitzontal que afecta un conjunt de disciplines.

4. Conclusions

El nostre objectiu se centra en: «fomentar el paradigma de l'envelliment actiu i reeixit». Això implica com a idea i conclusió global: «la participació, la interacció entre generacions, la singularitat de l'ésser humà en qualsevol edat». Podem considerar les següents conclusions particulars o específiques:

1) Les persones grans tenen dret a construir el seu futur, atesa la seva singularitat i responsabilitat, sobre la manera d'envellir.
2) Les TIC ajuden però la insatisfacció aflora quan no es té en compte la dignitat humana.
3) Més humanització: les persones grans volen ser tractades amb TIC i amb cor, intel·ligència i saviesa.
4) Envellir és l'art d'una personalitat creadora.
5) Totes les persones mantenen els seus drets independentment de l'edat. L'edat no és una variable determinant.
6) Les persones grans contribueixen al sosteniment de l'estat de benestar, mitjançant el suport a la família, ajudes informals, voluntariat, aportació econòmica, etc.
7) Les persones grans han de ser colíders del canvi de la societat actual convertint-se en subjectes actius i reactius del disseny de les polítiques que els afectin.
8) Són importants l'exercici físic i una nutrició adequada i sana, en totes les etapes de la vida, i la seva comesa específica en l'envelliment actiu i saludable.
9) Els programes de prevenció i promoció de la salut mental són necessaris, a causa de l'impacte que produeixen en la millora de la qualitat de vida.
10) La necessitat d'impulsar l'educació al llarg de la vida sense limitació d'edat.
11) Les TIC ocupen un lloc significatiu en la societat actual. Les persones grans necessiten aquesta eina, facilitadora de noves oportunitats de participació social i d'educació al llarg de la vida.

Referències bibliogràfiques

Cabero, J. et als. (2002). Las personas mayores y las nuevas tecnologías: una acción en la sociedad de la información. Barroso, J., Cabero, J. & Romero, R., Universidad de Sevilla. *Innovación educativa*, 12, 319-337. (ISSN 1130-8656).

Capraraa, M. et als. (2005). Promoción del envejecimiento activo: efectos del programa «Vivir con vitalidad». Fernández-Ballesterosa, R., Capraraa, M. G., Iñigueza, J. & García, L. F. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol., 2005;40(2):92-102.* ISSN: 0211-139X.

Cuenca, M. (2007). V Jornadas Municipales «Familia y Comunidad» Agüimes. Gran Canaria. De 19 a 21 de març de 2007. *Ocio y Mayores. Reflexiones prácticas desde la universidad*. Manuel Cuenca Cabeza. Instituto de Estudios de Ocio. Universidad de Deusto.

Gill, J. (2005). *Making life easier. How new telecommunication services could benefit people with disabilities*. John Gill, ISBN 1 86048 031 3 -2005.

Muñoz, L. (2002). Las personas mayores ante las tecnologías de la información y comunicación. Estudio valorativo. Muñoz Márquez, L. D. *Profesorado, Revista de currículum y formación del profesorado*, 6, 2002. ISSN 1138-414X.

Ratzka, A. (1992). *Resource kit for independent living tools for power disabled peoples*. International Independent Living Committee, Carfax Publishing Company, Abingdon, Oxfordshire OX14 3UE, Regne Unit, Abril 1992.

Roe, P. (2007). *Towars an inclusive future. Impact and wider potential of information and communication technologies*. Patrick R. W. Roe. ISBN: 92-898-0027. 2007.

Werner, D. (1998). *Nothing about us without us developing innovative technologies for, by and with disabled persons*. PROJIMO team and many friends. http://www.pssurvival.com/PS/Disabled/

Autor

FRANCISCO JOSÉ PERALES LÓPEZ

Llicenciar en Ciències (secció Informàtica) a la UAB el 1985 i en grau (modalitat tesina) el 1986 a la UAB. És màster en Imatges Digitals i IA (1993) per la UAB i doctor en Informàtica per la Universitat de les Illes Balears (UIB) (1993). És especialista de l'àrea de gràfics i visió per ordinador i de les seves aplicacions. Ha fet un nombre important de treballs de recerca i desenvolupament en l'anàlisi i síntesi del moviment humà per ordinador sense marcadors utilitzant tècniques de seguiment d'objectes. Ha publicat els seus resultats en revistes nacionals, internacionals i congressos d'alt prestigi. Ha escrit més de 40 publicacions, 20 de les quals tenen un índex de qualitat relatiu. Ha consolidat tres sexennis de recerca i l'any 2008 el Govern de la Comunitat de les Illes Balears li va concedir el reconeixement al mèrit investigador i a l'excel·lència investigadora. Ha dirigit set tesis doctorals.

En l'actualitat participa activament en el desenvolupament de projectes nacionals i europeus de R+D en què és l'investigador principal. Els camps de les interfícies multimodals i els agents intel·ligents i la seva aplicació a la inclusió electrònica són els objectius fonamentals que estudia actualment. Les referències següents TEC2008-02203-I, TIN 2007-067993, TIN2006-26901I, TIN2004-07926, TIC2002-10742-I, TIC2001-0931, TIC 2001-4570-I i HUMODAN 2001-32202 són alguns dels seus últims projectes desenvolupats que han permès ingressar a la Universitat més d'un milió i mig d'euros. A més dels projectes del MEC i de la Comunitat Balear (Col-Diesis, SINA, PodWalking, SINA II, ICAR, Tele-rehabilitacion-ABDEM, Footprints-INESCOP), participa en projectes internacionals en l'àmbit iberoamericà (Disseny d'un sistema de reconstrucció 3d mitjançant càmeres estereoscòpiques i llum estructurada) finançats per l'Agència Espanyola de Cooperació amb Iberoamèrica (AECI), la UIB i la Universitat Nacional de la Plata (Argentina) (gener de 2007 – gener de 2008).

LES SITUACIONS DE CRISI EN LES PERSONES GRANS. LA INFLUÈNCIA DE LA RESILIÈNCIA EN LA SEVA QUALITAT DE VIDA

Les situacions de crisi en les persones grans. La influència de la resiliència en la seva qualitat de vida

Margalida Vives Barceló

Resum

Vivim en una situació de crisi econòmica que afecta tots els nivells i àmbits de les nostres vides. Si bé podríem descriure els efectes d'aquesta situació des de fa temps basant-nos en la nostra activitat quotidiana, la comunitat científica ja ha incorporat aquesta realitat en els seus estudis i en les línies preferents de treball i d'investigació, a través de la Unió Europea amb programes com ara el FP7 (Setè Programa Marc) o el nou Horizon 2020. En aquest sentit, el col·lectiu de persones grans ha estat considerat, en general, com un grup social en situació de risc social. Diversos motius han justificat aquesta classificació, com ara els possibles físics, psicològics o de tipus social que tenen una influència directa en la seva qualitat de vida. És cert, emperò, que tot i aquests factors, les persones grans són un grup social amb un gran potencial, amb grans habilitats, destreses i competències que les converteixen en un element clau no sols en l'àmbit familiar, sinó també a nivel micro i macrosocial.

Aquest capítol vol focalitzar l'atenció en el fenomen de la resiliència com a factor clau per a què les persones grans superin els efectes adversos de la crisi econòmica mundial, analitzant-ne la realitat així com els factors de risc adversos i els factors de protecció que les persones grans poden desenvolupar per ser resilients.

Resumen

La situación de crisis económica afecta todos los niveles y ámbitos de nuestras vidas. Si bien podríamos describir los efectos de esta situación desde hace tiempo basándonos en nuestra actividad cotidiana, la comunidad científica ya ha incorporado esta realidad en sus estudios así como en las línias preferentes de trabajo e investigación, a través de la Unión Europea con programas como el FP7 (Séptimo Programa Marco) o el nuevo Horizon 2020. En este sentido, el colectivo de personas mayores ha sido considerado, en general, como un grupo social en situación de riesgo. Varios motivos han justificado esta clasificación, como los posibles físicos, psíquicos o de tipo social que tienen una influencia directa en su calidad de vida. Cierto es, no obstante, que aún así, las personas mayores son un grupo social con un gran potencial, con grandes habilidades, destrezas y competencias que las convierten en un elemento clave no sólo en el ámbito familiar, sino también a nivel micro y macrosocial.

El capítulo que presentamos quiere focalizar la atención en el fenómeno de la resiliencia como factor determinante para que las personas mayores superen los efectos adversos de la crisis económica mundial, analizando su realidad, los factores de riesgo y de protección que pueden desarrollar para ser personas mayores resilientes.

1. Els efectes de la crisi en les persones grans

Segons la Third European Quality of Life Survey (Eurofound, 2012c) la crisi econòmica iniciada el 2008 ha posat en risc d'exclusió social o pobresa prop de 116 milions de persones. En aquest estudi d'àmbit europeu, també es posa de manifest que als països on més s'han sofert els efectes d'aquesta crisi hi ha un índex més baix de satisfacció amb la vida i de felicitat en els habitants.

Centrant-nos en el col·lectiu de persones més grans de 65 anys, hem de tenir en compte una sèrie de característiques que ja s'anunciaven abans de la crisi econòmica, com ara la tendència progressiva a l'augment d'aquest col·lectiu —actualment ja representa un 17,3%— i, segons les estimacions de l'INE, aquest grup representarà un 36,5% el 2051 a Espanya, segons Abellán i Pujol (2013). Una segona característica és la seva feminització. No hem d'oblidar aquest fet a l'hora d'analitzar la qualitat de vida, ja que les percepcions quant a la satisfacció amb la qualitat de vida, l'estat de salut i els efectes del suport social solen ser significativament diferents entre els homes i les dones, perquè aquestes darreres solen tenir percepcions més negatives (Eurofound, 2012c). Sols per citar el darrer estudi d'Abellán i Pujol (2013), un 39,7% dels homes valoren el seu estat de salut com a bo o molt bo, mentre que sols un 30,6% de dones el valoren així. En aquest sentit, l'Eurofound (2012c, 9) ja observa un deteriorament progressiu d'aquestes valoracions basant-se en les tres enquestes dutes a terme. Els motius poden ser diversos i segurament en podrem assenyalar com a causants principals els efectes primaris i secundaris de la crisi, especialment en les dones, ja que cal assenyalar que elles tenen una esperança de vida de 85 anys mentre que la dels homes és de 79,2 anys (Abellán i Pujol, 2013). El tercer element que cal tenir en compte és l'educació. En aquest sentit, el percentatge de persones grans analfabetes va disminuint (i el percentatge més elevat es manté en les dones) i, si bé encara existeix una escletxa digital, les persones grans accedeixen cada vegada més temps, per més funcions i a través de més canals a la informació digital (Fernández, Macías, Mas i Orte, 2008).

És cert que l'estat de salut és un factor clau en la qualitat de vida. No sols hem de valorar quines malalties poden ser les més freqüents (Abellán i Pujol, 2013) sinó com valoren les persones grans els serveis públics sanitaris. Hem de tenir en compte que és un col·lectiu en què les malalties són més freqüents que en altres col·lectius socials.

Un altre efecte que cal tenir en compte és l'econòmic. En aquest sentit, cal tenir presents dos aspectes. El primer és l'augment de les jubilacions anticipades al llarg d'aquests darrers anys i el segon el tipus d'ajuda econòmica que reben les persones grans. La majoria reben alguna prestació del sistema públic (jubilació, viduïtat...) però són les llars amb una persona gran de referència les que menys ingressos tenen proporcionalment a la resta de llars de l'Estat espanyol. Aquestes despeses solen anar principalment dirigides a la llar (40%) i

seguidament a l'alimentació (Abellán i Pujol, 2013). Segons Eurofound (2012c, 47-51), les persones grans consideren que la seva situació econòmica ha empitjorat i sovint creuen que anirà a pitjor durant l'any següent.

Per tancar aquest punt, esmentarem les qüestions més importants de l'aspecte social: tres de cada quatre persones que viuen soles són dones (fet que pot estar causat a canvis conjugals que tenen conseqüències en molts àmbits), el suport familiar té molta importància en tots els àmbits (econòmic, social, emocional...) (Abellán i Pujol, 2013) i la participació en activitats. Si bé són el col·lectiu que pot presentar nivells de participació més baixos (especialment amb més edat), les activitats els reporten més satisfacció. Segons Eurofound (2012c, 93), prop del 80% de les persones grans estant molt satisfetes amb les activitats que porten a terme (especialment hobbies, contactes socials o treball voluntari), si bé els agradaria tenir més contacte familiar.

2. La resiliència en època de crisi

2.1. Conceptualització de la resiliència

Què és exactament la resiliència? Anant als orígens terminològics, el mot prové del llatí *resilio*, que significa tornar enrere. Segons Rutter (1993), citat a Becoña (2006), en el camp de les ciències socials el terme defineix persones que, tot i viure situacions de risc, es desenvolupen sanes i amb èxit dins la societat.

Tot i les diferents definicions de la comunitat científica fetes majoritàriament a finals de segle passat, com ara Lösen, Blienesen i Koferl (1989), Grotber (1995), Vanistendael (1994) i Rutter (1992), Bandura (2001) va emfatitzar la interacció completa entre la persona i l'entorn a l'hora de definir-la (Becoña, 2006; Jiménez Ambriz, 2011). Emperò la que ha tingut més acceptació ha estat la definició de Luthar et al. (2007): «un procés dinàmic que permet una adaptació positiva dins un context advers». Per a aquests autors, hi ha dues condicions necessàries: a) l'exposició a una greu amenaça adversa i b) l'adaptació positiva malgrat la primera condició. Així doncs, tal com reconeix Becoña (2006), hi ha dos principals components: la resistència a la destrucció i la capacitat de construir sobre circumstàncies o factors adversos.

És cert que els orígens de l'estudi de la resiliència se centraren en els menors, en el «nin resilient» (Polk, 1997, citat a Becoña, 2006, i Kumpfer, 1999). Fou especialment rellevant l'estudi de Werner (1992), que va estudiar al llarg de quaranta anys un grup de menors amb diversos factors de risc (famílies monoparentals, de cultures minoritàries, amb baix pes en el naixement...) que, en arribar a la vida adulta, aconseguiren formar famílies estables i contribuir positivament a la societat. Aquesta autora els classificà com a nins

«invulnerables».[1] Paral·lelament a l'interès pels menors resilients, els estudis també es focalitzaven en pacients amb esquizofrènia, en mares, per exemple, (Masten et al., 1990, i Garmezy et al.,1974, segons Luthar, Ciccheti i Becker, 2007).

L'interès de la resiliència en persones grans la podem situar cap al final de segle passat (Ryff et al., 1998, i Staudinger et al., 1999, citats per Demakakos, Netuveli, Cable i Blane, 2008) en estudis centrats en la investigació dels processos que ajuden a superar condicions vitals adverses. Seguint Luthar et al. (2007), les línies principals d'investigació han estat quatre:

a) la resiliència com un tret de personalitat o com un procés,
b) les dimensions de la resiliència,
c) la validació de la resiliència com a concepte i la seva consistència al llarg del temps,
d) les relacions de la resiliència amb l'adaptació i com s'hi incorporen elements nous en el transcurs de la vida.

Centrant-nos en la primera línia d'investigació, hi ha hagut dues conceptualitzacions de resiliència. D'una banda, la resiliència com a procés, segons la qual aquesta actuaria per fer minvar l'impacte de les situacions adverses i també com a ajuda a l'adaptació amb èxit a les circumstàncies de la vida (Olson et al., 2003, citat a Becoña, 2006). De l'altra, com a resultat, és a dir, com a manteniment de la funcionalitat (afectiva i conductual). Ambdues línies d'estudi tenen relació amb la qualitat de vida, ja que la que l'entén com un *procés* no sols se centra a investigar quins són els factors de protecció (Cowen et al., 1997, i Luthar, 1999, citats per Luthar et al., 2007), és a dir, a investigar com actuen i de quina manera es poden activar estratègies de prevenció i d'intervenció individual, sinó que investiga com aquests processos ajuden a obtenir resultats positius per al manteniment d'uns índexs alts de salut mental, un funcionament adequat i uns bons nivells de competència social (Luthar, 1993, citat a Becoña, 2006). Aquests serien, també, a grans trets, els tres pilars de la qualitat de vida: la salut física, la salut psíquica i l'àmbit social.

Pel que fa a la conceptualització com a procés, Kumpfer (1999) identificà el procés basat en sis constructes: a) estressors o canvis que afecten l'equilibri i que són percebuts com a estressors; b) contexts com la família, la cultura, la comunitat, l'escola o els iguals; c) la percepció de l'evolució personal, incloent-hi les percepcions, els canvis d'entorn...; d) factors resilients interns, com ara la conducta, l'emoció, la cognició o la psique; e) processos resilients: processos de gestió de situacions estressants que fan tornar a l'equilibri inicial, i f) resultats positius.

Com que és un terme relativament recent en la investigació científica, encara queden oberts diferents fronts de debat, com ara la variació de definicions de la terminologia,

[1] Més endavant es descriuen les diferències entre aquest terme i altres de semblants i que hi estan relacionats.

la seva naturalesa multidimensional, la validesa demostrable d'evidències de resiliència i la consistència teòrica. De fet, Caraveo Pacheco (sense data) recull les classificacions d'alguns autors que diferencien les resiliències segons les seves fonts. Així, Walsh (1998) parla de resiliència relacional (resiliència dins la família i els grups); Suárez Ojeda (2001), de resiliència comunitària (capacitat de recuperació d'un esdeveniment crític d'àmbit comunitari, com un desastre natural) o de la importància de l'educació, especialment en l'estudi dels nins resilients (Melillo, Rubbo i Morato, 2004). En aquest sentit, no sols hi ha les discrepàncies esmentades sobre si és un procés o un producte, o sobre com fer una investigació sobre la resiliència (pressuposant quins són els factors de risc i protecció o que tots els subjectes podrien ser científicament comparables), sinó també sobre si realment estem parlant d'un concepte amb entitat pròpia o d'un fenomen que podria incloure's en la conceptualització de *protector* o *invulnerabilitat* (Luthar et al., 2007).

El cert és que el terme resiliència s'ha relacionat, associat i, de vegades, confós, amb termes ja existents. Un dels més esmentats ha estat el terme *invulnerabilitat*, que ja s'ha emprat en l'estudi citat de Werner (1992) en parlar dels nins invulnerables. Actualment, la resiliència es concep com l'antònim de vulnerabilitat, entesa com la probabilitat d'incrementar un resultat negatiu (Ferguson et al., 2003, citat a Becoña, 2006). Un altre terme és *competència*, tot i que aquest concepte s'ha centrat més en la competència social, entesa com a bones habilitats per afrontar conflictes interpersonals (Luthar et al., 2007). El locus de control intern i l'estil atribucional s'han considerat factors que potencien la resiliència (Brooks, 1994; Polk, 1997, i Wolf, 1995, citats per Becoña, 2006), mentre que el terme *hardness* (duresa) s'ha emprat en nombroses ocasions en relació amb la resiliència. Aquest concepte s'ha definit com una característica personal que ajuda a ser resistent en les situacions d'estrès, tant de manera directa (Kobasa, 1979, citat a Becoña, 2006) com de manera indirecta, entenent que afecta la percepció d'aquestes situacions, especialment en situacions de malaltia. Seguint aquest autor, la diferència entre resiliència i recuperació radicaria en el fet que la recuperació s'entén com a fet puntual després d'una situació traumàtica, com una malaltia. En canvi, la resiliència es referiria a un manteniment de l'equilibri al llarg de la vida.

2.2. Resiliència i qualitat de vida

Com hem vist fins ara, resiliència i qualitat de vida comparteixen algunes característiques comunes, com ara la multidimensionalitat o els debats oberts quant a la conceptualització, tot i que la qualitat de vida sembla estar en una etapa més avançada.

Però, quina és la seva relació? Sembla clar que la resiliència ajuda a mantenir i aconseguir una qualitat de vida satisfactòria o, si més no, acceptable. Seguint el treball publicat a l'*American Psychologist* el 2000 per Selligman i Czikszentmihalyi (Fiorentino, 2008, i Henderson, 2003), a més, juga un paper important com a amortidor de l'estrès.

Aquest mateix any, Hiew i els seus col·laboradors també descrivien la resiliència com un reductor de la intensitat de l'estrès, que produeix un davallament dels sentiments negatius, com ara l'ansietat, la depressió i la ràbia, i alhora un augment de la curiositat i de la salut emocional. Així doncs, la resiliència pot contribuir, de manera directa emperò també indirectament, a través del seu efecte amortidor de l'estrès, a la qualitat de vida de les persones.

Centrant-nos en la multidimensionalitat, la qualitat de vida s'ha entès des de l'inici com un terme multidimensional. El debat obert està en les dimensions que s'hi han d'incloure i, en determinats moments, si alguna d'aquestes té més pes que les altres. En aquest sentit, a l'inici les dimensions objectives eren els objectius prioritaris, mentre que en una etapa posterior es prioritzaven les subjectives o, si més no, se'ls donava més valor (Vives, 2010). La taula següent descriu breument tres taxonomies que descriuen les dimensions de la qualitat de vida:

Taula 1 | *Dimensions de la qualitat de vida segons diferents autors*

Fernández-Ballesteros (1997)	Schalock i Verdugo (2003)	Walker (2010)
• *Salut percebuda*[2] • Entorn físic • *Satisfacció social* • Condicions socioeconòmiques • *Satisfacció amb la vida* • Salut objectiva • *Ambient subjectiu* • Xarxa social • *Aspiracions socioeconòmiques* • Factors culturals	• Benestar emocional • Relacions interpersonals • Benestar material • Desenvolupament personal • Benestar físic • Autodeterminació • Inclusió social • Drets	• V. psicosocials • Salut i estatus funcional • Relacions socials, suport i afectivitat • Circumstàncies econòmiques i d'independència • Condicions de l'entorn • Activitats d'oci i de temps lliure

Font: Elaboració pròpia a partir de Fernández-Ballesteros (1997), Schalock i Verdugo (2003) i Walker (2010)

Pel que fa a la resiliència, i seguint l'autora Fernández-Ballesteros (2003), citada a Becoña (2006), la multidimensionalitat es refereix a cinc dimensions principals: l'emocional, la motivacional (optimisme, benestar, felicitat i satisfacció), la intel·lectual (originalitat, creativitat, talent o genialitat, saviesa i intel·ligència emocional), la interacció social (empatia, habilitats interpersonals, conducta prosocial i espontaneïtat), i estructura social (xarxa social i suport social, oportunitats socials, diversitat física i social i recursos igualitaris de tipus socioeconòmic). Totes, especialment la primera, contribuirien de manera directa al benestar subjectiu, dimensió que, amb un nom o altre, s'inclou en la conceptualització de la qualitat de vida. Per Whitehill (2012), els factors de la resiliència són: connexions externes, independència, altruisme, autocura, autoacceptació, perspectiva positiva de la

[2] En cursiva les dimensions subjectives. Les altres són dimensions objectives.

vida i experiències prèvies amb *hardship* (privació). Becoña (2006), per la seva banda, parla més de patrons que no pas de dimensions. La taula següent reconeix aquests tres patrons:

Taula 2 | *Patrons de la resiliència*

Patró disposicional	Atributs físics (intel·ligència, salut i temperament), psicològics (relacionats amb l'ego) i psicosocials (competència personal, sentit d'un mateix).
Patró relacional (rols)	Valors extrínsecs, com el valor de la relació propera de confiança i una àmplia xarxa social, i intrínsecs, com les habilitats, donar sentit a les experiències, relacionar-se amb models positius, tenir bona voluntat per cercar algú en qui confiar i confiança en el desenvolupament de la intimitat personal.
Patró situacional	Habilitats de valoració cognitiva, habilitats de solució de problemes i atributs que demostren capacitat per enfrontar-se a situacions d'estrès (capacitat realista per actuar davant les expectatives i les conseqüències), reflexionar sobre situacions noves, recerca de la novetat i curiositat. Flexibilitat, perseverança i locus de control intern.

Font: Becoña (2006,129)

Sembla doncs, que existeix una relació tant directa com indirecta entre les dimensions de la qualitat de vida i la resiliència. Aquesta relació s'ha centrat majoritàriament en com la resiliència manté i recupera el benestar subjectiu i en la salut mental de manera molt més específica. Per Demakakos et al. (2008), la resiliència faria un efecte no sols d'amortidor sinó de «rebot» ajudant la persona sortir més enfortida de situacions adverses, a més de recuperar-se'n.

2.3. Els efectes de la resiliència en les persones grans

Tal com hem comentat anteriorment, la resiliència s'associa a situacions crítiques. En arribar a l'edat madura, a partir dels 65 anys, les persones experimenten canvis en diferents àmbits, tan externs (familiars, socials, laborals, guerres, situacions de crisi econòmica global...) com interns (de salut física i emocional) que no sempre viuen de manera positiva, per exemple, si hi ha pèrdua de persones properes a la xarxa social, si hi ha una baixada d'ingressos econòmics o si hi apareixen, es cronifiquen o s'intensifiquen problemes de salut (Jiménez i Arguedas, 2004), com ara problemes en els ritmes de la son, ansietat, pèrdua sensorial... Per alguns, aquestes situacions, a més, incrementen els nivells d'estrès (Lee, 2013). És cert que, tot i aquestes situacions, trobam persones grans que han superat aquests esdeveniments crítics, que mostren una elevada qualitat de vida, que manifesten bons nivells d'autoestima i autoimatge, que participen de manera activa en els seus àmbits més propers, com ara la família, els amics..., és a dir, que són persones que s'han sabut adaptar, persones grans resilients (Jiménez Ambriz, 2008).

Tot i que podríem dir que es tracta d'un fet que sempre ha existit, només fa deu anys que aquest fenomen és objecte d'estudi (Edwards i Hall, 2012). En concret, l'estudi s'ha

centrat en els processos psicològics de les persones grans resilients. Altres centres d'interès han estat esdeveniments comuns, com ara la jubilació (Eurofound, 2012c), tant en l'àmbit general, per exemple, els processos d'afrontament d'aquesta nova situació laboral; l'eliminació de les diferències entre homes i dones grans treballadors, i les seves pensions, com en l'àmbit específic, com ara la situació econòmica de crisi, les jubilacions anticipades (i els incentius per jubilar-se)...

Des de la perspectiva de la resiliència com a resultat, trobam persones grans que continuen els seus estudis, que refan la seva vida sentimental o que mantenen les seves xarxes socials, mentre que, des de la perspectiva de la resiliència com a procés, es tracta d'analitzar quin són els factors que fan minvar o amorteixen les situacions d'estrès (Jiménez Ambriz, 2011). Per Demakakos et al. (2008), les variables que tenen efectes significatius són diferents en sentit transversal i en sentit longitudinal. Pel que fa a aquesta qüestió, les dificultats econòmiques objectives, l'autopercepció d'aquestes dificultats i la viduïtat són factors que afecten en sentit transversal, mentre que el deteriorament en la mobilitat i la viduïtat són factors significatius en sentit longitudinal.

Quins són, doncs, els factors que contribueixen a crear o a enfortir la resiliència en les persones grans? Podem trobar les pistes tant en les diferents dimensions de la qualitat de vida (física, emocional i social) com en la teoria que explica que un bon envelliment, un envelliment actiu, comença el mateix dia que naixem. Per això, els bons hàbits alimentaris i fer exercici cada dia són hàbits saludables que ajuden a ser una persona gran resilient. És cert que també hi ajuden aspectes de la personalitat, com ara l'optimisme i factors ambientals, com disposar d'una seguretat laboral. Heckhausen (2001), citat a Jiménez Ambriz (2008), féu un recull dels vuit factors més importants a l'hora de determinar una persona resilient, si bé, segons aquest autor, en les persones grans els principals són bona salut, mobilitat, funcionament físic, aspecte cognitiu i de personalitat i el manteniment de les relacions socials i de suport. Aquests factors són:

a) *Identitat positiva*: autopercepció positiva del seu funcionament (Brandtstädter i Greve, 1994; Coleman i Antonucci, 1982). Es relaciona amb l'autoestima i el benestar (Greve i Staudinger, 2006).

b) *Control personal*: sobre les conductes pròpies i sobre altres recursos, com l'autoestima. Aquesta pot ajudar a manejar situacions de crisi i a adaptar-se a la nova situació (Brandtstädter i Greve, 1994).

c) *Sentit d'autoeficàcia*: sobre les capacitats pròpies i l'organització de les situacions futures. Aquest factor ajudaria a mantenir l'optimisme en situacions de crisi i a activar àrees com la intel·ligència o la memòria (Bandura, 1999).

d) *Autoestima*: a més d'estar relacionada amb els alts nivells de benestar, tot i una situació adversa o d'estrès (Cicchetti i Rogosch, 1997), també ajudaria a la percepció i la mobilització del suport social.

e) *Emocions positives*: com ara la gratitud, l'estima o el perdó (Fredrikson, Tugade, Waugh i Larkin, 2003) estan relacionades amb l'afrontament de noves situacions, a l'obtenció de recursos socials, a estratègies adaptatives i a modular l'estrès. Mather i Cartensten (2005) confirmaren que les persones grans tenen més emocions positives que no pas negatives.

f) *Optimisme*: el fet de pensar que el futur és positiu (Seligman, 2003) es relaciona amb efectes positius en la salut i el benestar, així com amb l'adaptació (Ong et al., 2006), i també ho és el fet d'aconseguir les fites proposades (Taylor i Gollwitzer, 1995).

g) *Afrontament*: tot i alguna possible confusió conceptual (Greve i Staudinger, 2006), sembla que les persones grans empren més l'afrontament centrat en l'emoció que en els problemes i, a més, tenen un ampli repertori d'estratègies d'afrontament (Brandtstädter i Greve, 1994). Seguint els estudis dels anteriors autors citats per Jiménez Ambriz (2008), aquest factor ajudaria a acoblar l'autoimatge i les fites personals.

h) *Altres recursos psicològics:* seguint Kinsel (2005), també citat a Jiménez Ambriz (2008), aquests podrien ser la curiositat (per seguir aprenent, cercar informació, el plaer de l'aprenentatge...), ser poc convencionals, rompent els mites de la tercera edat com una etapa passiva, i l'espiritualitat, entesa com un pilar de suport per a les persones grans.

Sense entrar en més detalls, la bibliografia també esmenta el fet de ser consistent, la introspecció (demanar-se a un mateix i donar-se una resposta honesta), la independència (tenir distància emocional i física sense caure en l'aïllament), la capacitat de relacionar-se (relacionada amb un nivell adequat d'autoestima), la iniciativa (exigir-se), l'humor (especialment en les situacions adverses), la creativitat, la moralitat (voler el benestar propi i dels altres) i la capacitat de pensament crític. Cal destacar el suport social. En aquest sentit, no sols es relaciona directament amb el benestar (Heckhausen, 2001, citat a Jiménez i Arguades, 2004), sinó que, dels quatre processos (recepció, donació, demanda i percepció), el darrer, la percepció del suport social, tot i no activar-se, és el que està més relacionat amb la resiliència. Ryff i Singler, 1999, (Jiménez Ambriz, 2008) també el relacionen amb un nivell alt d'autoeficàcia.

Evidentment, si hi ha factors que poden fer que una persona gran sigui resilient, el fet de ser-ho també té conseqüències. Així, té efectes positius en la salut física, psicològica, en l'àmbit espiritual, social, cognitiu... (Edwards i Hall, 2012). En aquest estudi també s'expliquen diferents exemples, com ara que fer exercici de manera diària ajuda a

rebaixar els nivells d'estrès i de depressió, redueix el risc de patir malalties cròniques, com la hipertensió o l'osteoporosi, i que les persones grans que són psíquicament actives tenen menys risc de tenir problemes de salut que aquelles que no ho són. A més dels efectes positius en l'àmbit físic i psicològic, també s'assenyalen conseqüències positives en l'àmbit social (Demakakos et al., 2008). En aquest sentit, s'afirma que les persones resilients tenen menys nivells de depressió i més qualitat de vida, així com més expectatives en l'esperança de vida.

3. Conclusions

La resiliència, com a capacitat per recuperar-se de situacions adverses, ha estat un fenomen d'interès per a la comunitat científica de relativa breu trajectòria històrica. Recordem que, en un primer moment, aquesta es va centrar en els nins resilients però avui en dia, en les situacions de crisi, no sols cobra una rellevància especial la població en risc social sinó també tota la població, ja que, de manera directa o indirecta, està sofrint els efectes de la crisi econòmica mundial. En aquest sentit, el nivell de qualitat de vida també es veu afectat.

En aquest capítol el nostre interès se centra en el col·lectiu de persones grans, no sols pel fet que es considera legislativament com un col·lectiu que mereix una atenció especial mundialment (Vives, 2012) sinó també pels canvis que està experimentant (augment de l'esperança de vida, augment de la utilització de les noves tecnologies, eliminació dels mites negatius sobre la vellesa, potenciació de l'aprenentatge al llarg de tota la vida, retorn a la llar dels fills i dels néts...) i per la manera com aquests afecten la seva qualitat de vida. Tal com assenyala Jiménez (2008), les persones grans tenen un paper actiu en el seu procés d'adaptació en aquesta etapa plena de reptes en què poden desenvolupar totes les fortaleses adquirides anteriorment per tal de moderar els recursos interns i externs i fer front a situacions adverses, i d'aquesta manera, contribuir i participar activament en el seu entorn (familia, amistats, comunitat...), amortir els efectes del deteriorament de la salut i de les situacions estressants i mantenir una bona salut física i psíquica. En definitiva, gaudir d'un envelliment actiu i d'una qualitat de vida satisfactòria.

És cert que encara queda camí per recórrer en el camp científic de la resiliència. Per exemple, cal treballar en la claredat i la consistència del concepte, conèixer les variables que formen aquest terme multidimensional, conèixer clarament els factors de risc i de protecció, tenir clara la multidisciplinarietat del concepte i la interacció entre la investigació i les intervencions (Luthar et al., 2007). Per Henderson (2003), aquest concepte està íntimament lligat a la salut mental i a la qualitat de vida, i tot i que no podem afirmar clarament quins són els factors de protecció i de risc, és cert que l'àmbit social (familiar i comunitari) hi juga un paper fonamental, especialment la percepció del suport social.

Qui és una persona resilient? La definició feta per Saavedra (2004), citada a Becoña (2006), inclou els diferents àmbits (físic, psicològic i social) del concepte, ja que descriu una persona que és capaç d'establir relacions socials constructives, que té un sentit positiu de si mateixa, que dimensiona els problemes, extreu el significat de l'estrès, desenvolupa iniciativa i es fixa fites possibles d'aconseguir. Centrant-nos en les persones grans, tal com assenyalen Hawkley et al. (2005), la resiliència juga un paper fonamental atès que té un efecte *buffer* (amortidor) en les situacions d'estrès i millora el procés inevitable de l'envelliment. Masten i Powell (2003), citats per Becoña, (2006, 139), assenyalen que els factors personals i de l'ambient de la persona gran es poden resumir en: a) *factors individuals*: habilitats cognitives (especialment atencionals i de funcionament executiu), autopercepcions de competència, mèrit i confiança, adaptabilitat i sociabilitat, habilitats d'autoregulació, perspectiva positiva de la vida, qualitats de criança, relacions properes amb adults competents i connexions amb iguals prosocials i amb regles, i b*) factors socials*: bons serveis, connexions amb les organitzacions prosocials, qualitat del veïnatge, qualitat dels serveis socials i de salut.

Podem doncs, ser persones resilients? És cert que, si bé no hi ha fórmules màgiques, sí que hi ha estratègies per aconseguir ser resilients. Com que és un concepte multidimensional, aquestes s'han de basar en els diferents àmbits, des del físic, passant pel psicològic fins al social. Caraveo Pacheco (sense data) i Kumpfer (1999) esmenten algunes d'aquestes estratègies, com ara establir relacions positives, evitar veure les crisis com a obstacles insuperables, acceptar els canvis propis del cicle de la vida, fer passes de manera activa per aconseguir les fites, dur a terme accions, cuidar-se i tenir una autoimatge i un autoconcepte positiu, modificar alguns aspectes de l'entorn per convertir-los en factors de protecció, tenir possibilitats de desenvolupament dins l'entorn o incrementar les possibilitats d'interactuar en grups prosocials.

Amb tot, cal tenir present que l'estudi de la resiliència en persones grans encara presenta certes dificultats, com ara la clarificació (i conseqüentment la possible comparació) de les situacions estressants. Tampoc és possible controlar el moment d'aparició d'aquestes en un moment determinat (ja que, per exemple, el fet de deixar de fer feina pot tenir efectes negatius a curt termini en una persona i en una altra aquests efectes poden aparèixer a llarg termini). Finalment, tampoc hem d'oblidar els efectes paral·lels d'altres situacions per exemple, deixar de fer feina i, alhora, minvar les relacions socials amb els companys o que aquest fet coincideixi amb l'emancipació d'alguns dels fills del nucli familiar (Demakakos et al. 2008).

És evident que aquests canvis han d'estar acompanyats de polítiques que els enforteixin i donin oportunitats per poder desenvolupar els factors de protecció. Pel Center for Health Improvement, de California (2009), algunes recomanacions consisteixen en programes basats en l'evidència, activar programes de resiliència en comunitats adaptades culturalment o potenciar la investigació en el camp científic.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A., Pujol, R. (2013). *Un perfil de las personas mayores en España, 2013. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes Envejecimiento en Red, 1. [22/07/2013]. Consultat a http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf

Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 3, 125-146.

California Health Policy Forum (CAHPF) (2009). *New perspectives: investing in resilience to promote healthy aging.* Juny 2009. Center of Health Improvement. http://www.chipolicy.org/pdf/6156.CHI_Brief_06-09.pdf

Caraveo Pacheco, M. N. (sense data). La resiliència. Consultat a http://www.monografias.com/trabajos67/resiliencia/resiliencia2.shtml#ixzz2a2t9hhKE

Demakakos, P., Netuveli, G ., Cable, N., Blane, D. (2008). Resilience in older age: a depression-related approach. Banks, J., Breeze, E., Lessof, C., Nazroo, J, (eds.). *Living in the 21st century: older people in England. The 2006 english longitudinal study of ageing (Wave 3)*, 186-221. Londres, The Institute for Fiscal Studies.

Edwards, E., Hall, J. (2012). *Resilience in aging. Elder care, a resource for interpersonal providers*. Abril 2012. Arizona Center on Aging.

Eurofound (2012a). *Role of social partners in addressing the global economic crisis.* Working paper. European Foundation for the Improvement of Living Conditions. Publications Office of the European Union, Luxemburg.

Eurofound (2012b) *Working better: background conditions, 2012.* Europaper. Juny 2012. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Publications Office of the European Union, Luxemburg.

Eurofound (2012c). *Third European Quality of Life Survey - quality of life in Europe: Impacts of the crisis.* Luxemburg, Publications Office of the European Union.

Fernández, C., Macías, L., Mas, C., Orte, C. (2008). El uso de las tecnologías de la información y la comunicación en los alumnos del programa universitario para mayores de la Universitat Oberta per a Majors. Palmero, C. (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*, 233-244. Burgos, Universitat de Burgos.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, 89-104.

Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica,* [en línia], 15, 1,95-114.

Hawkley, L., Berntson, G., Engeland, C., Masi, C. M., Cacioppo, J. (2005). Stress, aging and resilience: can accrued wear and tear be slowed? *Canadian Psychologie*, 46:3, 115-125.

Henderson Grotberg, E. (2003). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires, Paidós.

Jiménez, F., Arguedas, I. (2004). Rasgos de sentido de vida del enfoque de resiliencia en personas mayores entre los 65 y los 75 años. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación,* 4, 2. http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx_magazine/rasgos.pdf

Jiménez Ambriz, M. G. (2008). Resiliencia y vejez. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores, 80. Lecciones de Gerontología, XV [07/02/2008]. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/jimenez-resiliencia-01.pdf

Jiménez Ambriz, M. G. (2011). La resiliencia, el tesoro de las persona mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Doi:10.1016/j.regg.2010.12.2002

Kumpfer, K. L. (1999). Factors and processes contributing to resilience. Glantz & Johnson (eds.). *Resilience and development: Positive life adaptations*. Nova York, Kluwer Academic.

Lee, J. H. (2013). Eldering: Aging with resilience. *The futurist.* Gener-febrer 2013. World Future Society USA, 33-38.

Luthar, S., Cicchetti, D., Becker, B. (2007). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71 (3): 543-562.

Shalock, R. L., Verdugo, M. A. (2003). *The concept of quality of life in human services: a handbook for human service practitioners*. American Association on Mental Retardation. Washington D. C.

Vives, M. (2010). Els efectes del suport social en els alumnes de la Universitat Oberta per a Majors. [Tesi doctoral] Facultad de Ciències de l'Educació, Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiquess. Palma de Mallorca, Universitat de les Illes Balears.

Vives, M. (2012). Els drets de la gent gran. *Anuari de l'envelliment 2012.* Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració de les Illes Balears i la Universitat de les Illes Balears. Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, 117-144.

Walker, A. (2010). *Ageing and quality of life in Europe*. Dannefer, D., Phillipson, C. (eds.). *Handbook of social gerontology*. Sage.

Whitehill, K. M. (2012). MSW Dallas Area Gerentological Society 2012 resilience among older adults. Power point.

Autora

MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma, 1978. Llicenciada en Psicopedagogia, doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora ajudant doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Membre de l'equip d'investigació GIFES. Entre les seves línies de recerca principals destaquen la qualitat de vida, el suport social a la gent gran, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil, i la resolució de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on treballà amb el doctor Alan Walker sobre la qualitat de vida en la gent gran.

AVALUACIÓ DE LA QUALITAT DE VIDA EN PERSONES GRANS QUE FAN UN PROGRAMA EDUCATIU

Avaluació de la qualitat de vida en persones grans que fan un programa educatiu

Liberto Macías González
Carmen Orte Socias
Lluís Ballester Brage

Resum

Aquest article es basa en el treball elaborat per a la memòria d'investigació «Evaluación de la calidad de vida en personas mayores que realizan un programa educativo». En concret, focalitzam la nostra atenció en l'educació de les persones grans, entenent que la participació activa afavoreix una millora psicofísica, de relacions amb els altres, d'ampliació o actualització de coneixements, entre altres elements importants per estar satisfet amb la vida.

Un cop analitzades les principals característiques de la qualitat de vida i dels programes universitaris per a gent gran i la relació que tenen entre si, ens endinsam en els resultats obtinguts en el nostre treball d'investigació, en què l'objectiu general era conèixer la percepció subjectiva de la qualitat de vida dels estudiants més grans de seixanta anys que inicien el programa universitari per a gent gran que ofereix la Universitat de les Illes Balears. D'aquesta manera, podrem conèixer amb més exactitud l'estat general, en nou dimensions de qualitat de vida, de l'alumnat gran de la nostra universitat i, per tant, en el futur planificar actuacions en el marc del programa educatiu que els proporcionin una millora en la seva qualitat de vida.

Resumen

Este artículo se basa en el trabajo realizado para la memoria de investigación «Evaluación de la calidad de vida en personas mayores que realizan un programa educativo». En concreto, focalizamos nuestra atención en la educación de las personas mayores, entendiendo que la participación activa favorece una mejora psicofísica, de relaciones con los demás, de ampliación o actualización de conocimientos, entre otros elementos importantes para estar satisfechos con la vida.

Una vez analizadas las principales características de la calidad de vida y de los programas universitarios para mayores y la relación que tienen entre sí, nos adentramos en los resultados obtenidos en nuestro trabajo de investigación, en que el objetivo general era conocer la percepción subjetiva de la calidad de vida de los estudiantes mayores de sesenta años que inician el programa universitario para mayores que ofrece la Universitat de les Illes Balears. De este modo podremos conocer con más exactitud el estado general, en nueve dimensiones de calidad de vida, del alumnado mayor de nuestra universidad y, por lo tanto, planificar en un futuro actuaciones en el marco del programa educativo que les proporcionen una mejora en su calidad de vida.

1. Introducció

Hem de remarcar que seguim immersos en un augment progressiu de l'envelliment de la població, no només pel fet de l'augment de l'esperança de vida sinó també pel descens de la natalitat. En l'actualitat, segons dades de diferents estudis, l'esperança de vida d'Espanya és una de les més altes d'Europa, amb 84,9 anys per a les dones i 78,9 anys per als homes (Abellán i Ayala, 2012). A part de l'esmentat anteriorment, hem de tenir en consideració la jubilació de la generació del *baby boom*, ja que aquest fenomen produirà grans diferències en la grandària dels grups d'edat, de la mateixa manera que els moviments migratoris (IMSERSO, 2012), i d'aquesta manera s'invertirà la piràmide de població.

Actualment a Espanya el percentatge de persones de 65 i més anys és el 17,4% del total de la població, és a dir, 8.221.047 persones. D'aquí a 36 anys, l'any 2049, a Espanya hi haurà 15.325.273 persones de 65 i més anys, un 31,9% de la població total (Abellán i Ayala, 2012). Per tant, Espanya és un dels països de la Unió Europea amb més població gran, al costat d'Alemanya, Itàlia, França i Regne Unit. Pel que fa a les comunitats autònomes, les més envellides són Andalusia, Catalunya i Madrid. En el cas de les Illes Balears, el percentatge de persones de 65 i més anys és el 17,4% del total de la població.

Aquests fets sumats a la situació social, cultural i econòmica de la gent gran han fet que institucions molt diverses, incloent-hi les universitats, mostrin un interès per la difusió de la cultura i la formació per a aquest col·lectiu, proposant ofertes i programant propostes formatives dirigides a actualitzar i ampliar els coneixements de la nostra població gran. L'educació i la seva implicació en la millora de la qualitat de vida de les persones és un àmbit que està prenent molta importància. Per tant, coincidint amb els autors Orte i March (2006), el concepte d'educació permanent és considerat com una dimensió de la qualitat de vida.

A poc a poc es van trencant els prejudicis que associen l'envelliment de la població amb processos de dependència, la improductivitat, la passivitat i la falta de recursos. Encara que queda camí per recórrer, podem observar que la nostra població gran cada vegada és més activa i participativa dins la comunitat. La societat ha de ser capaç de canalitzar aquesta participació activa de la gent gran per a un benefici que repercuteixi en tota la societat i generi llaços intergeneracionals que propiciïn un benestar comú.

2. La qualitat de vida en la gent gran

Com hem pogut veure, el col·lectiu de gent gran cada vegada és més elevat i disposa de més anys per gaudir de la vida després de la jubilació. Per tant, els professionals que treballem amb i per les persones grans hem de dissenyar activitats que complementin els interessos i les motivacions d'aquest col·lectiu i que els facilitin una millora en la qualitat de vida.

Conèixer amb exactitud quan es va començar a fer ús del terme *qualitat de vida* és una mica complicat, ja que segurament l'interès pel coneixement de la qualitat de vida es remunta a molt temps enrere. El que sí que està més consensuat és quan es va començar a popularitzar o a utilitzar aquest terme d'una manera més extensa. Segons Fernández-Ballesteros (1997, p. 90) els estudis sobre la qualitat de vida es basen en diferents àrees científiques: l'ecologia, la biologia, l'economia, la sociologia o la medicina, entre altres. L'autor Díez Collado (a Pino 2001, p. 252) assenyala que el terme qualitat de vida s'introdueix simultàniament amb el de benestar social. Altres autores, com Botero i Pico (2007), afirmen que el primer estudi en què es va utilitzar el terme qualitat de vida va ser el d'un economista nord-americà en els anys cinquanta, en estudis d'opinió pública a causa de la crisi econòmica de la II Guerra Mundial, en què feia una anàlisi sobre els consumidors.

A mitjan anys seixanta trobem l'origen acadèmic del concepte, que, segons Fernández-Mayoralas (2007), neix al voltant del moviment dels indicadors socials desenvolupat a partir de les activitats de l'Escola de Chicago. Aquesta primera aproximació ens proporciona una definició de qualitat de vida molt generalista. Ja en la dècada dels setanta, el 1974, va aparèixer un estudi científic sobre qualitat de vida en la revista monogràfica americana *Social Indicators Research*. Un any després, el 1975, és quan el concepte s'apropa a l'àmbit de la vellesa, com assenyalen Lassey i Lassey (2001). Posteriorment, el 1977, el concepte de qualitat de vida va ser admès per primera vegada com a encapçalament a l'*Índice Medicus* (Llabra, Albuerne i Juanco, 1998; Vives, 2010) i el 1979 va aparèixer a *Sociological Abstracts*, encara que el seu ús no va arribar a ser popular per als investigadors de l'àmbit de la salut fins a la dècada dels anys vuitanta, moment en què es va produir l'enlairament definitiu de la recerca entorn del terme (Gómez-Vetlla i Sabeh, 2001). Segons aquestes mateixes autores, el terme qualitat de vida es va adoptar com un concepte sensibilitzador que oferia als professionals de diferents disciplines un llenguatge comú i feia que la persona pogués aconseguir més satisfacció amb la seva vida. En aquest context, l'expressió qualitat de vida s'usarà per descriure les circumstàncies que envolten el col·lectiu de les persones grans (Fernández, Macías i Orte, 2009).

L'autora espanyola Fernández-Ballesteros (1997, p. 91) considera que coexisteixen dos punts de vista a l'hora d'analitzar la qualitat de vida i que no n'hem d'oblidar cap dels dos, els aspectes objectius i els aspectes subjectius. D'altra banda, Chano, el 1999 (a Aguado, 2006) relaciona la qualitat de vida de la gent gran amb l'anàlisi de variables contextuals, psicològiques i emocionals. En l'anàlisi que fa, Vives (2010) assenyala que igual que en la conceptualització de la qualitat de vida en general, a l'hora de parlar de qualitat de vida de la gent gran, s'analitzen diversos factors i variables. Segons aquesta mateixa autora, la diferenciació entre indicadors objectius i indicadors subjectius continua sent un element comú a l'hora de definir la qualitat de vida en les persones grans.

Com podem observar, l'interès dels investigadors per la qualitat de vida es remunta a molt de temps enrere i podem confirmar que, en l'actualitat, encara no existeix un consens sobre la definició del concepte de qualitat de vida. Com assenyala Urzúa i Caqueo-Urízar (2012, p. 69) «malgrat la gran quantitat de recerques que en l'actualitat és possible trobar sobre qualitat de vida […], encara és possible trobar línies de discussió que podrien afectar el desenvolupament d'aquesta àrea d'estudi».

En definitiva, hem de tenir presents les diferents conceptualitzacions de la qualitat de vida, fent una atenció especial a aquells aspectes més rellevants de la seva definició (salut, benestar…), tenint present que, a pesar que no hi hagi un consens unànime sobre què és qualitat de vida, sí que és hora de tenir en compte tant les seves variables objectives com les subjectives (Vives, 2010). Aquest aspecte multidimensional de la qualitat de vida serà un dels elements més importants a l'hora de valorar el grau de qualitat de vida de les persones.

3. L'educació d'adults grans

L'increment de l'esperança de vida de la població, l'augment progressiu de l'envelliment demogràfic i la situació social, cultural i econòmica de la població de gent gran han fet que d'una manera contínua hi hagi, sobretot als països més desenvolupats, un interès per la difusió de la cultura i la formació de la gent gran. S'ha produït, i s'està generalitzant, l'obertura de la majoria d'institucions, fins i tot les universitats, a aquest col·lectiu i s'està apostant per desenvolupar propostes formatives per al grup de població de més de 50 o 55 anys. Des de l'aparició de les primeres ofertes educatives i culturals, s'han elaborat diferents propostes i models de programes dirigits al col·lectiu de gent gran amb una finalitat d'educació permanent i de millora del nivell de salut física, mental, social, cultural i de la qualitat de vida en general de la gent gran.

L'educació, tradicionalment, estava dirigida a un grup d'una edat determinada i, una vegada superada aquesta edat, la persona no podia seguir formant-se o simplement augmentant o actualitzant els seus coneixements. Aquesta situació ha canviat, i segons Orte i March (2006), un dels fets més significatius que caracteritzen la realitat social dels països més desenvolupats és el procés de generalització de l'educació en tots els sectors socials. Compartim les idees dels autors anteriors que afirmen que existeix una democratització de l'educació que ha arribat a tots els sectors de la societat i que ha fet possible la idea de l'aprenentatge al llarg de tota la vida, de l'educació permanent que afecta tots els grups de persones, independentment de l'edat o d'altres circumstàncies personals. Com indica March (2008), un dels grans reptes 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 la consecució real de la democratització educativa, cosa que ha fet possible la igualtat d'oportunitats per al conjunt de la població.

El professor Pierre Vellas, creador de la Universitat de la Tercera Edat a França, el 1972, va plantejar el tema d'universitat i qualitat de vida en la gent gran. Per tant, ja quan es va crear fa quaranta anys, Vellas va fonamentar la creació d'aquesta universitat en quatre objectius:

a) Contribuir a la millora física, mental i social de la qualitat de vida de la gent gran.
b) Elaborar un programa d'educació permanent estretament relacionat amb els altres grups d'edat.
c) Elaborar un programa de recerca gerontològic.
d) Elaborar programes de formació inicial i contínua en matèria gerontològica (Orte i March, 2006, p. 28).

Com assenyalen Martínez i Criado (2008, p. 35) «la creixent oferta i demanda de cursos formatius dirigits a la gent gran mostra l'interès per part de les institucions, entitats, etc., i de les persones implicades, per assentar una línia orientada a l'envelliment actiu a través de la autorealització personal. En aquest sentit, l'afany per adquirir coneixements, aprofitant amb això les oportunitats que per circumstàncies econòmiques, polítiques o personals no es van poder aconseguir».

Centrant-nos en els beneficis d'aquest tipus de programes, farem esment de les opinions que han manifestat els alumnes que han participat en aquest tipus de programacions, en diferents llocs i moments, com ara en congressos, simposis, etc. sobre aquests programes en els quals han intervingut activament i en articles publicats en diverses publicacions especialitzades en aquest tema (Vives, 2004):

1. Augment de l'autoestima i la visió més positiva de l'autoconcepte.
2. Augment i enfortiment de la xarxa social.
3. Enriquiment personal i cultural.

Tot l'assenyalat fins a aquest punt ens duu a reflexionar sobre la importància que tenen actualment els PUM (Programes Universitaris per a Majors) en l'educació permanent de persones grans i com a catalitzadors de les possibilitats de desenvolupament personal, cultural i social d'aquest col·lectiu.

4. La importància dels programes universitaris per a majors en la qualitat de vida

Com hem pogut comprovar en l'apartat anterior els programes per a gent gran ja estan consolidats a Espanya. Encara que estructuralment tenen algunes diferències entre si, els beneficis produïts sobre l'alumnat matriculat en aquest tipus d'oferta són molt similars.

En un estudi dut a terme a la UOM (Fernández, Macías, Mas i Orte, 2008), els autors conclouen que l'alumnat del Programa Universitari per a Majors té la possibilitat d'accés a les TIC en un alt percentatge i les utilitza amb molta més freqüència que la població general. Per tant, aquest tipus de programacions facilita l'adaptació de les persones grans a la societat del coneixement a través de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC). En un altre estudi, Fernández, Macías i Orte (2009) es demanen si quan els alumnes accedeixen a un programa educatiu ho fan perquè el seu bon estat de salut els permet participar en les activitats educatives i culturals i estan en disposició d'ampliar les seves xarxes socials, o si, per contra, els fets de participar en un programa educatiu i entrar en contacte amb altres companys, fugir de pensaments negatius i fer un treball cognitiu constant fan que el seu estat de salut millori. Possiblement les dues hipòtesis són veritables i estan relacionades, ja que les persones que accedeixen al programa tenen un estat de salut bo, però el fet de participar en aquest programa el millora i l'àmplia. Seguint aquesta mateixa línia, a Fernández, Orte, Macías i Mas (2012), el grup de persones avaluades posseeix indicadors comuns que semblen indicar que en general estan satisfetes amb la seva vida, encara que hi ha diferents indicadors en què hi ha diferències, especialment en l'ús de les noves tecnologies. De la mateixa manera, Macías, Orte i García-Paredes (2012) assenyalen que les TIC han de formar part dels continguts dels programes universitaris oferts per la Universitat per a la millora en la qualitat de vida dels participants.

Miguel Ángel Zabalza va ser l'encarregat de fer la ponència de cloenda del XI Encuentro Nacional de Programas Universitarios para Mayores, organitzat a Lleida l'any 2010. La seva ponència es va emmarcar perfectament en la temàtica de l'encontre que versava sobre la qualitat dels PUM i durant el seu discurs va exposar la importància de gestionar un programa educatiu de qualitat així com la relació que es produeix entre els PUM i la millora en la qualitat de vida dels qui hi participen. Zabalza va destacar tres funcions bàsiques que podrien cobrir molt bé els PUM:

1. Reforçar el desenvolupament personal i les possibilitats d'autonomia i participació. Aquest és el gran objectiu de tota educació.
2. Compensar desequilibris i buits, per exemple, d'aquelles persones que no han tingut l'oportunitat de formar-se perquè havien de treballar o perquè havien de fer altres coses.
3. Propiciar noves modalitats d'encontre. Les persones humanes ens enriquim gràcies als encontres que tenim. Amb aquests programes, es produeix a) l'encontre amb un mateix, b) l'encontre amb la cultura actual o actualitzada i c) l'encontre amb altres maneres de pensar i actuar.

Altres estudis evidencien el que hem plantejat en aquestes línies. González, Rodríguez, Chacón i Jiménez (2012) assenyalen que algunes de les finalitats socials i formatives d'aquest tipus de programes són la millora de la qualitat de vida a través del coneixement i de les relacions que s'estableixen en l'àmbit universitari. Aquests autors afirmen que els estudiants grans del

programa Peritia et Doctrina, al que fan referència consideren que els canvis observats en la seva vida durant o després de l'experiència (a més del motiu fonamental d'ampliar la formació) han tingut conseqüències positives en l'àmbit personal, en el caràcter i en l'estat d'ànim (com ara sentir-se més obert; tenir més facilitats per conèixer gent; sentir-se més alegres, veure-hi un nou sentit), en l'àmbit cognitiu i, per descomptat, en l'àmbit social, amb la millora en les seves relacions socials i amb la família (González *op. cit.*). Un altre exemple és el de la Universitat de La Rioja, en el qual els autors Pérez de Albéniz, Pascual i Navarro (2012) indiquen que sembla que el programa respon a les demandes de formació global dels adults grans, ja que fomenta la seva participació en la societat, impulsa les seves capacitats cognitives i emocionals i, amb això, millora la qualitat de vida de la gent gran que hi participa.

Com podem comprovar, els estudis sobre la qualitat de vida de la gent gran cada vegada interessen més els investigadors i professionals que treballen amb aquest col·lectiu. Els PUM s'adapten a aquest tipus d'alumnes i ofereixen cada vegada més programacions noves que resulten beneficioses als participants perquè se sentin satisfets amb el seu estil de vida i, per tant, amb la seva qualitat de vida.

5. Objectiu

Tenint en compte que a llarg termini aquest estudi vol comprovar si les persones més grans de seixanta anys que inicien un procés d'aprenentatge participant en el PUM que ofereix la UIB aquest els és favorable en la millora o la consolidació de la seva qualitat de vida, ens plantegem un doble objectiu: d'una banda, conèixer l'estat de la persona gran, en tots els aspectes, a l'inici del programa educatiu, i així poder comprovar la valoració que en aquest moment té aquesta persona de la seva pròpia qualitat de vida, és a dir, com autovalora o percep la seva pròpia qualitat de vida. Per això i per poder-lo avaluar, acompanyem el qüestionari estandarditzat CUBRECAVI d'un altre qüestionari destinat a conèixer el nivell de suport social a causa de la importància i la relació que tenen els diferents tipus de suport amb la qualitat de vida en les persones i el completem amb uns ítems per conèixer la freqüència amb la qual les persones grans utilitzen tecnologies de la informació i la comunicació (TIC). I d'altra banda, volem conèixer si al final del procés educatiu (en acabar el tercer curs) s'ha produït algun canvi significatiu en alguna de les dimensions que sustenta la qualitat de vida, fent una valoració del procés de tipus individual i de grup, complementant-la amb les dades sobre el suport social i l'ús de les TIC en la seva vida diària (aquesta part no la tractarem en aquest article).

La mostra de l'estudi correspon a l'alumnat del primer curs del Diploma Sènior de la Universitat Oberta per a Majors dels cursos acadèmics 2009-2010, 2010-2011 i 2011-2012. Els participants tenen una edat compresa entre els 60 i els 84 anys. La mitjana d'edat és de 65,5 anys. En total, la mostra és de 131 alumnes (41 del curs acadèmic 2009-2010, 43 del curs acadèmic 2010-2011 i 47 del curs acadèmic 2011-2012), i queden repartits de

la manera següent: 74 dones (56%) i 57 homes (44%), amb un marge d'error de +- 5%, amb un nivell de confiança de 2 sigmes (95,45%) per als supòsits de p = 0,75 i q = 0,25.

L'instrument de mesura que es va seleccionar per dur a terme l'estudi va ser el CUBRECAVI (*Cuestionario breve de calidad de vida*) de Fernández-Ballesteros i Zamarrón (2007). Considerem que és un instrument que, a través de les seves dimensions, ens ofereix una panoràmica de la qualitat de vida de les persones grans molt variada. Aporta dades d'elements objectius però també d'aquells subjectius tan importants per conèixer com se senten i quina importància donen als diversos elements de la vida. A més, és un instrument que s'ha creat a Espanya i les circumstàncies sociodemogràfiques, culturals, etc., són més properes que potser un altre instrument creat en una altra part del món. El CUBRECAVI està compost per 21 subescales agrupades en les nou escales següents:

- Salut (salut subjectiva, objectiva i psíquica).
- Integració social.
- Habilitats funcionals.
- Activitat i oci.
- Qualitat ambiental.
- Satisfacció amb la vida.
- Educació.
- Ingressos.
- Serveis socials i sanitaris.

Cada escala s'avalua mitjançant una o diverses qüestions i s'ofereixen puntuacions independents per a cadascuna de les escales anteriors.

Les dues últimes escales del CUBRECAVI (20 i 21) no s'agrupen en cap de les nou escales esmentades. Són elements addicionals que permeten:

a) Examinar les preferències del mateix subjecte pel que fa als components que més valora de la qualitat de vida.
b) Obtenir una valoració global subjectiva de la qualitat de vida duta a terme pel mateix subjecte.

6. Resultats

El perfil general de l'alumnat participant en l'estudi és el següent: predomina el gènere femení (56,5%), l'alumnat té entre 65 i 69 anys (60,9%), són persones nascudes a Mallorca (68,7%), casades (60,3%) i que viuen amb la parella (46,6%). El nivell educatiu és el de batxillerat elemental (30,5%) i són jubilats (57,3%).

Fent l'anàlisi per dimensions, segons els apartats del qüestionari analitzat, els resultats que podem remarcar són els que es mostren a continuació:

- Dimensió de **salut**

A la pregunta «se sent satisfet amb el seu estat actual de salut?» un 62,6% responen «bastant» i un 27,5% de la mostra, «molt». Per tant, podem afirmar que els participants estan satisfets amb el seu estat de salut actual en un 90,1%.

- Dimensió d'**integració social**

En el nostre estudi el 58% dels participants estan satisfets amb la relació que mantenen amb els seus néts i un 36,6% veuen o estan amb els seus néts almenys una vegada a la setmana. Hem d'esmentar que en la nostra mostra el percentatge de persones que no tenen néts és molt elevada (38,2%), per tant, podem dir que no es pot considerar una dada aplicable a la població gran general. En preguntar-los, «en quina mesura està satisfet amb la relació que manté amb la persona amb qui viu?» en un 67,2% responen que estan satisfets amb la relació que mantenen amb la persona o les persones amb les quals viuen, independentment de la persona que sigui, és a dir, trobem persones que viuen amb la seva parella, persones que viuen amb la parella i els fills, altres que només viuen amb els seus fills, altres que viuen amb altres familiars, etc. Com podem comprovar, el percentatge mostrat pels participants és bastant elevat.

- Dimensió d'**habilitats funcionals**

En preguntar-los «com considera que pot valer-se per si mateix?», en un 67,2% responen «molt bé» i un 29% responen «bé». Per tant, podem considerar que la percepció que té el nostre alumnat participant sobre les seves habilitats funcionals és molt elevada, amb un 96,3% del total. Quant a les possibles dificultats que poden tenir en la vida quotidiana, per exemple, en el moment de tenir cura del seu aspecte físic, de fer tasques domèstiques i fora de casa i de caminar, no s'han trobat aspectes significatius, ja que han puntuat molt alt el fet de no tenir dificultats per dur a terme les activitats o tasques esmentades anteriorment. Com indiquen Duran, Valderrama, Uribe-Rodríguez i Molina (2008), és important assenyalar que la valoració o la percepció que la persona gran té de la seva salut i de si mateixa és un fet predictiu del seu propi estat físic, que s'associa amb condicions psicològiques com la satisfacció amb la vida, l'autoestima, les habilitats funcionals, les activitats que es porten a terme, la depressió i el funcionament intel·lectual.

- Dimensió d'**activitats i oci**

Aquesta dimensió valora la freqüència amb la qual la gent gran fa les activitats següents: llegir un llibre o el periòdic, visitar parents, veure la televisió, escoltar la ràdio, caminar,

jugar amb altres persones a jocs recreatius, cuidar infants, fer manualitats, fa encàrrecs, anar a comprar i viatjar. A continuació en comentarem algunes.

- Lectura: en la nostra mostra el 83,6% llegeix el diari o un llibre freqüentment, i els homes ho fan en un percentatge més elevat que les dones, un 93% enfront d'un 81,1%.

- Veure la televisió: en el nostre estudi podem veure que el 78,6% del total de la mostra veu la televisió freqüentment, enfront d'un 20,6% que la veu ocasionalment.

- Escoltar la ràdio: en el nostre estudi observam que el 55,7% del total de la mostra escolta la ràdio freqüentment, enfront d'un 33,6% que l'escolta ocasionalment.

- Nivell d'activitat diària: en la nostra mostra podem observar que el percentatge més elevat, amb un 54,2%, correspon a la realització d'alguna activitat física esportiva ocasional, seguit de la realització d'algunes activitats quotidianes normals, que representen un 18,3%. Les activitats més regulars i intensives corresponen al 14,5% d'aquelles persones que fan un entrenament físic diverses vegades a la setmana, i al 12,2% d'aquelles que fan activitats físiques regularment diverses vegades al mes. L'opció minoritària, amb un 0,8%, correspon a les que passen el dia completament inactives.

• Dimensió de **qualitat ambiental**

En el cas dels participants de l'estudi, els que estan satisfets amb el seu habitatge són un 95,4%. Tenen el mateix percentatge, del 2,3%, aquells a qui els és igual i aquells que no estan satisfets amb el seu habitatge actual. En l'estudi de Lázaro i Gil (2005), s'assenyala que, segons Rowles, la gent gran tendeix a expressar alts nivells de satisfacció amb els seus habitatges, encara que no tinguin els serveis adequats, a causa del gran component emocional que mostren aquests ambients per a les persones grans.

• Dimensió de **satisfacció amb la vida**

Dimensió relacionada amb les dimensions anteriors d'integració social i d'habilitats funcionals. Els participants de la nostra mostra a la pregunta «en quina mesura està satisfet, en general, amb la vida?» en un 63,4% responen «bastant». El percentatge dels que van contestar «molt» correspon al 30,5%. En total, un 93,9%. Els que van contestar que estan «un poc» satisfets correspon al 3,8% i, finalment, els que no estan «gens» satisfets són un 1,5% del total de la mostra. Com podem veure, el nivell de satisfacció amb la vida és molt elevat, igual que el grau de satisfacció amb la persona o les persones amb les quals viuen i amb el grau per valer-se per si mateixos, les dues dimensions que més relació hi tenen.

- Dimensió d'**educació**

Comparant les dades obtingudes del nostre alumnat participant amb dades d'altres alumnes de programes similars a la UOM, comprovem que el nivell d'estudis dels participants dels programes educatius per a majors és molt similar. Hem seleccionat els programes per a majors de la franja mediterrània per la proximitat i similitud amb la nostra zona i aquests en són els resultats:

Taula 1 | *Nivell d'estudis dels participants de diversos programes universitaris per a majors (franja mediterrània)*

	Sense estudis	Estudis primaris	Estudis secundaris (batxillerat)	Estudis superiors (diplomat)	Estudis superiors (llicenciat)
Barcelona	1,1%	22,5%	38,5%	25,8%	12,1%
Tarragona	3,2%	54,8%	23,4%	12,9%	5,6%
Girona	0,0%	28,9%	37,8%	24,4%	8,9%
Elx	2,2%	38,0%	34,8%	17,4%	7,6%
València	0,0%	11,8%	35,4%	33,7%	19,1%
Illes Balears	2,3%	19,1%	30,0%	16,8%	11,5%

Com es pot veure, els percentatges són molt similars als dels diferents programes. En la majoria dels casos es tracta d'estudis primaris, com en el cas de Tarragona i Elx, i batxillerat, com és el cas de Barcelona, Girona, València i les Illes Balears.

- Dimensió d'**ingressos**

En la nostra mostra observem que el percentatge més elevat, del 28,1%, correspon als ingressos mensuals de 1.601 a 2.100€, seguit per aquells que ingressen més de 2.700€, del 21,9%. Mantenen percentatges similars aquells que ingressen de 1.201 a 1.600€ i de 2.101 a 2.700€, del 14,1% i 14,8% respectivament. Els nivells més baixos d'ingressos corresponen a aquells que ingressen de 451 a 600€, del 0,8%. El 2,3% correspon a aquells que ingressen de 301 a 450€ i els percentatges d'aquells que ingressen de 601 a 900€ i de 901 a 1.200€ són una mica més elevats, del 6,2% i el 10,9% respectivament. Sens dubte, el nivell econòmic de la persona, i en aquest cas del nucli familiar, fa que la percepció de qualitat de vida canviï depenent de la quantitat d'ingressos que entren a la llar. Per a aquelles persones que tenen uns ingressos elevats i totes les necessitats cobertes la percepció de la qualitat de vida és molt millor que per a aquelles persones els ingressos de les quals no poden cobrir totes les seves necessitats bàsiques.

- Dimensió de **serveis socials i sanitaris**

En la nostra mostra, comprovem que la freqüència ocasional d'utilització dels serveis socials i sanitaris és d'un 65,6%. La dels que els utilitzen freqüentment és d'un 21,4% i només d'un 10,7% la dels que no els han utilitzat mai.

Analitzant els resultats qualitatius, podem destacar el següent: a la pregunta «a quin dels següents aspectes concedeix més importància i és més determinant en la seva qualitat de vida?» la primera resposta triada majoritàriament és «tenir bona salut», del 85% de la mostra. 111 persones d'un total de 131 han triat aquesta resposta, un 56% de les dones enfront d'un 44% dels homes. Les altres opcions de resposta varen ser «poder valer-se per si mateix» (5%), «mantenir bones relacions familiars i socials» (4%) i «sentir-me satisfet amb la vida» (4%).

Una vegada coneguts aquells aspectes que els participants consideren prioritaris o determinants en la seva qualitat de vida, és interessant conèixer com valoren la seva pròpia qualitat de vida. Quant a l'autovaloració de la pròpia qualitat de vida podem observar que la valoració que fan els participants de la seva qualitat de vida és «alta», en un 57,3% dels casos, i «normal» en un 42%. Cal destacar que el 0,8% la valora com a «baixa».

Com es pot veure, aquests resultats ens donen a entendre que la valoració que les persones matriculades al primer curs del Diploma Sènior de la UOM fan de la seva qualitat de vida és molt elevada. Una vegada finalitzat el treball i transcorreguts els tres cursos del Diploma Sènior podrem comprovar si aquesta qualitat de vida ha augmentat, ha millorat o s'ha mantingut i, d'aquesta manera, podrem conèixer la influència que ha exercit, o hauria pogut exercir, el Programa Universitari per a Majors de la UIB en la qualitat de vida de les persones que hi han participat.

7. Conclusions

- El propi estat de salut (percepció de salut) és valorat com a satisfactori en el conjunt de les dimensions estudiades. El fet de participar d'una manera activa i dinàmica en el programa formatiu facilita la percepció de benestar físic i psicològic.

- El fet de tenir una bona salut és l'aspecte més important per poder aconseguir una vida de qualitat, d'acord amb les valoracions fetes pels participants. El fet de participar, de manera voluntària, en un programa formatiu d'una certa durada ja és un fet predictiu del grau de salut que tenen les persones que es matriculen a aquest tipus d'ofertes.

- Altres aspectes a destacar del fet de tenir una qualitat de vida satisfactòria, i d'acord amb les valoracions dels participants, és valer-se per si mateixos i mantenir unes bones

relacions familiars i socials. Interpretem que l'autonomia personal i les relacions amb els seus iguals són els aspectes que es reforcen una vegada han iniciat el procés formatiu del programa.

- Les dones pertanyents al grup d'edat de 65 a 69 anys valoren millor la seva qualitat de vida, en el conjunt de les dimensions, en comparació amb el percentatge d'homes. Interpretem que les persones d'aquest perfil són les que han tingut menys oportunitats durant les seves anteriors etapes vitals, i en aquests moments el fet d'accedir a un programa formatiu contribueix a augmentar el seu grau de satisfacció amb la vida.

- Els homes donen més importància al fet de mantenir-se actius en comparació amb les dones. El fet d'haver tingut una vida pública, formativa i laboral durant l'edat adulta afavoreix que la prioritat sigui seguir actius en la seva etapa de més grans en detriment d'altres aspectes com les relacions socials o tenir oportunitats d'aprendre. En canvi, les dones prioritzen altres aspectes relacionats amb la salut i l'autonomia personal.

- La qualitat de vida general de la nostra mostra és superior en totes les seves dimensions en comparació amb els barems de població gran de referència. Cal assenyalar que la nostra mostra s'identifica amb un perfil determinat, amb uns interessos, unes motivacions i unes necessitats molt concretes que en molts casos poden diferir dels interessos, les motivacions i les necessitats de la població gran general.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A. i Ayala, A. (2012). *Un perfil de las personas mayores en España 2012. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, informes Portal Mayores, 131 (fecha de publicación 1/06/2012). Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm- indicadoresbasicos12.pdf

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

Aguado Díaz, A. L. (2006). *Prevención de la dependencia y promoción de la autonomía: estudio sobre el incremento de necesidades y el descenso de calidad de vida en el proceso de envejecimiento prematuro de las personas con discapacidad 2005-2006*. Oviedo: Universidad de Oviedo.

Botero, B. i Pico, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, Enero - Diciembre 2007, pp. 11 – 24.

Duran, D., Valderrama, L., Uribe-Rodríguez, A. F. i Molina, M. (2008). *Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores.* Universitas Psychologica Bogotá, Colombia, 7, 1, Enero-Abril, pp. 263-270.

Fernández-Ballesteros, R. (1997). Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales. *Anuario de Psicología*, 73, pp. 89-104

Fernández-Ballesteros, R. i Zamarrón, M. D. (2007). *Cuestionario breve de calidad de vida (CUBRECAVI)*. Madrid: TEA.

Fernández, C., Macías, L., Mas, C. i Orte, C. (2008). El uso de las tecnologías de la información y la comunicación en los alumnos del programa universitario para mayores de la Universitat Oberta per a Majors. En, 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,* pp. 233-244. Burgos: Universidad de Burgos.

Fernández, C., Macías, L. i Orte, C. (2009). Qualitat de vida i educació de la gent gran. C. Orte (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2009.* Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Fernández, C., Orte, C., Macías, L. i Mas, C. (2012). Calidad de la enseñanza en un Programa Universitario para Mayores. En, N. Vila i A. Melero (coords.). *La calidad en los programas universitarios para mayores. Procesos, aplicaciones y finalidades, Actas del XI Encuentro Estatal de Programas Universitarios para Mayores,* pp. 133-143. Lleida: Universitat de Lleida.

Fernández-Mayoralas, G. (2007). El significado de la salud en la calidad de vida de los mayores. Madrid, Portal Mayores, *Informe Portal Mayores*, 74. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/fernandezmayoralas-significado-01.pdf

Gómez-Velas, M. i Sabeh, E. (2001). *Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica*. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca [consultado el 25-02-2012]. Disponible en: http://www.3.usal.es/inico/investigacion/invesinico/calidad.htm

González, M. A., Rodríguez, B., Chacón, R. i Jiménez, F. (2012). La evaluación del Programa Universitario para Mayores Peritia et Doctrina de la ULPGC. En, N. Vila i A. Melero (coords.). *La calidad en los programas universitarios para mayores. Procesos, aplicaciones y finalidades, Actas del XI Encuentro Estatal de Programas Universitarios para Mayores.* Lleida: Universitat de Lleida.

IMSERSO. Observatorio de personas mayores (2012). *Las personas mayores en España. Informe 2010* (tomo 1). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Labra, J. A., Albuerne, R. F. i Juanco, A. (1998). Indicadores subjetivos de calidad de vida en ancianos de un contexto rural. *Calidad y responsabilidad compartida: retos del bienestar en el cambio de siglo*, *Actas del V Congreso Estatal de Intervención social*, 2, pp. 823-832. Madrid: IMSERSO.

Lassey, W. R. i Lassey, M. L. (2001). *Quality of life for older people: an international perspective.* Upper Saddle River, New Jersey, Prentice Hall, p. 482.

Lázaro, V. i Gil, A. (2005). La calidad de las viviendas de los ancianos y sus preferencias ante la institucionalización. *Intervención Psicosocial,* 14, 1 pp. 21-40.

Macías, L., Orte, C. i García-Paredes, A. (2012). La incorporación de las TIC en la programación académica de los programas universitarios para mayores. En, R. Estellers i R. Marín (coords.). *Aprendizaje y acceso a la red: la tecnología para los mayores*, *Actas de las II Jornadas sobre Mayores y Nuevas Tecnologías*, pp. 145-168. Castellón de la Plana: Universitat Jaume I.

March, M. (2008). La formación universitaria de personas mayores y la promoción de la autonomía personal en la Unión europea. En, 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*. Burgos: Universidad de Burgos.

Martínez M. I. i Criado, S. (2008). *La participación social de las personas mayores*. Madrid: IMSERSO.

Orte, C. i March, M. (2006). La intervención socioeducativa, los programas universitarios para mayores y la calidad de vida: la construcción de una gerontología educativa. En, C. Orte (coord.). *El aprendizaje a lo largo de toda la vida. Los programas universitarios de mayores.* Madrid: Dykinson.

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

Orte, C., Macías, L. i Vives, M. (2008). Educació i persones grans: evolució i característiques de l'alumnat de la UOM (1998-2008). En, C. Orte (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2008.* Palma: Càtedra de Gerontologia Educativa i Social, Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Orte, C. i March, M. (2008). Envelliment, educació i qualitat de vida: cap a la institucionalització de la gerontologia educativa. En, C. Orte (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2008.* Palma: Càtedra de Gerontologia Educativa i Social, Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Pérez de Albéniz, A., Pascual, A. I. i Navarro, M. C. (2012). Evaluación del impacto personal y social de los programas universitarios para mayores. En N. Vila i A. Melero (coords.). *La calidad en los Programas Universitarios para Mayores. Procesos, aplicaciones y finalidades, Actas del XI Encuentro Estatal de Programas Universitarios para Mayores*. Lleida: Universitat de Lleida.

Pino, M. (2001). Calidad de vida y vejez: aportaciones desde la educación social. En, A. Colom i C. Orte (coords.). *Gerontología educativa y social. Pedagogía social y personas mayores, Actas XVI Seminario Interuniversitario de Pedagogía Social,* pp.251-263. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears

Urzúa, A., i Caqueo-Urizar (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Revista terapia psicológica*, 30, 1 pp. 61-71.

Vellas, P. (1974). *Les chances du 3 âge*. Editions Stock. Collection Médecine Ouverte.

Vives, M., Macías, L. i Orte, C. (2004). El apoyo social de los alumnos de la Universitat Oberta per a Majors. En, C. Orte i M. Gambús (coords.). *Los programas universitarios para mayores en la construcción del espacio europeo de enseñanza superior, Actas del Simposio Internacional sobre Programas Universitarios para Mayores*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Vives, M. (2010). *Els efectes del suport social en els alumnes de la Universitat Oberta per a Majors*. [Tesi doctoral] Facultat de Ciències de l'Educació, Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Palma de Mallorca: Universitat de les Illes Balears.

Zabalza, M. A. (2012). Programas para mayores y calidad de vida. En, N. Vila i A. Melero (coords.). *La calidad en los programas universitarios para mayores. Procesos, aplicaciones y finalidades, Actas del XI Encuentro Estatal de Programas Universitarios para Mayores,* pp. 59-74. Lleida: Universitat de Lleida.

Autors

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Palma de Mallorca. Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Expert en intervenció en qualitat de vida de persones grans. Tècnic de la Universitat Oberta per a Majors des del curs acadèmic 2007-2008. Col·laborador en el projecte d'investigació «Los procesos de enseñanza y aprendizaje en los Programas Universitarios para Personas Mayores», en el qual participaren un total de vuit universitats nacionals. Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en l'ús de les noves tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) per part de les persones grans, les relacions intergeneracionals en educació, l'aprenentatge al llarg de tota la vida i la qualitat de vida en les persones grans que participen en un programa educatiu.

CARMEN ORTE SOCIAS

Santander (Cantàbria). Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. Catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. L'any 1998, juntament amb el Professor Martí X. March Cerdà van crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears que la Dra. Orte ha dirigit fins al mes de juliol de 2013.

És la directora de la càtedra d'atenció a la dependència i promoció de l'autonomia personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional. Des de l'any 2003 és investigadora principal en diverses investigacions competitives sobre la prevenció del consum de drogues i l'educació per a la competència familiar del Ministeri de Ciència i Tecnologia i diverses investigacions europees en el context de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans amb diversos països europeus.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la. Doctor en Filosofia (UIB) i en Sociologia (UAB). Des de 1996 és professor de Mètodes d'Investigació Educativa a la Universitat de les Illes Balears (UIB). La seva experiència professional com a coordinador d'un centre comarcal de serveis socials (1986-1990) i com a responsable de la Unitat de Planificació i Estudis de l'Àrea de Benestar Social del Consell de Mallorca (1990-96), així com les investigacions

realitzades des de 1984, s'han centrat en l'anàlisi de les necessitats socials i educatives (joves, persones grans i altres sectors) i també en els mètodes d'investigació: panells Delphi, històries de vida, anàlisi de dades qualitatives (amb NVIVO-QSR). El curs 2002-2003 va compatibilitzar la seva tasca com a docent i investigador a la UIB amb la direcció de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (AQUIB). Entre març de 2007 i juliol de 2011 va ser director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB. El seu darrer llibre, publicat el 2012 amb el professor Antoni J. Colom, duu per títol: Intervención sistémica en familias y organizaciones socioeducativas.

PER QUÈ UN MUSEU PROGRAMA ACTIVITATS AMB, PER A I SOBRE GENT GRAN?

Per què un museu programa activitats amb, per a i sobre gent gran?

Sebastià Mascaró Cabrer
Irene Amengual Quevedo
Antonina Matamalas Enseñat
Eva Cifre Moré
Dora Sánchez González

esBALUARD | museu d'art modern i contemporani de palma

Resum

Es Baluard Museu d'Art Contemporani de Palma i, en concret, les àrees d'Educació i Formació i d'Acció Cultural, tenen a com objectiu apropar l'art contemporani als diferents públics i col·lectius, no només com a finalitat en si mateixa, sinó també com a mitjà per reflexionar sobre el món que ens envolta i desenvolupar així el pensament i sentit crític, afavorint un aprenentatge significatiu. El compromís del museu de treballar amb el col·lectiu de gent gran ha anat creixent amb el temps. De la realització d'accions puntuals es va passar a incorporar un programa d'activitats anuals que porten per nom Gran Gent / Gent Gran i que ha comptat amb el suport de Bancaja en els inicis.

En aquest article es detallen, en primer lloc, el marc teòric que sosté el disseny, desenvolupament i programació de les activitats per a aquest col·lectiu i, en segon lloc, totes les activitats que les àrees d'Educació i Formació i d'Acció Cultural han dut a terme des de l'any 2011. Al museu Es Baluard som conscients que la imatge social de les persones grans segueix sent bastant negativa i que són les interpretacions biologicistes i psicologicistes les que segueixen dominant (Ruiz, 1995: 25). Per això, amb els nostres programes per a aquest col·lectiu, volem contribuir a promoure una imatge positiva de les persones grans, com un capital social i com a font de desenvolupament econòmic i social; no com a càrrega i despesa (Causapié, Balbontín, Porras & Mateo, 2011: 221).

Resumen

Es Baluard Museu d'Art Modern i Contemporani de Palma y, en concreto, las áreas de Educación y Formación y de Acción Cultural, tienen como objetivo acercar el arte contemporáneo a los diferentes públicos y colectivos, no solo como finalidad en sí misma, sino también como medio para reflexionar sobre el mundo que nos rodea y desarrollar el pensamiento y sentido crítico, favoreciendo un aprendizaje significativo. El compromiso del museo de trabajar con el colectivo de gente mayor ha ido creciendo a lo largo del tiempo. De la realización de acciones puntuales se pasó a incorporar un programa de actividades anuales que tiene por nombre Gran Gent / Gent Gran y que ha contado con el apoyo de Bancaja en sus inicios.

En este artículo se detallan, en primer lugar, el marco teórico que sostiene el diseño, desarrollo y programación de las actividades para este colectivo y, en segundo lugar, todas las actividades que las áreas de Educación y Formación y de Acción Cultural han llevado a cabo desde 2011. En el museo Es Baluard somos conscientes de que la imagen social de las personas mayores sigue siendo bastante negativa y que son las interpretaciones biologicistas y psicologicistas las que siguen dominando (Ruiz, 1995: 25). Por ello, con nuestros programas para este colectivo y su entorno, queremos contribuir a promover

una imagen positiva de las personas mayores, como un capital social y como fuente de desarrollo económico y social; no como carga y gasto (Causapié, Balbontín, Porras & Mateo, 2011: 221).

1. Marc teòric sobre el qual s'erigeixen les línies d'actuació del museu Es Baluard per treballar amb gent gran

Tal com s'exposa al Llibre blanc (Causapié, Balbontín, Porras & Mateo, 2011: 221), ja fa temps que es treballa sobre l'aprenentatge al llarg de tota la vida. A la Conferència Internacional sobre la Crisi Mundial d'Educació de 1967, a Virginia (EUA), es plantejà el fet que l'escola no podia proporcionar tota la informació que requerien els ciutadans i es va fer palesa la necessitat de desenvolupar altres modalitats de formació. Així doncs, el 1973 es va crear la primera Universitat de la Tercera Edat a França (Tolosa), que dugué a terme la primera generació de programes socioeducatius per a persones grans. A la segona meitat dels anys setanta va tenir lloc la segona generació d'aquests programes; les conferències sobre salut i higiene donaren pas a programes més extensos com jornades i cursos. A Espanya, aquest tipus de feina és molt més recent; no és fins els anys vuitanta que es comencen a desenvolupar aquestes iniciatives. A poc a poc, sorgiren programes avui encara vigents, com les Aules de la Tercera Edat, entitats i programes de voluntariat, iniciatives intergeneracionals, propostes en centres socials, cívics i cases de cultura, com també programes universitaris per a gent gran. Els anys noranta, l'Informe Hamburg (UNESCO, 1997) aportà algunes idees bàsiques sobre *aprendre al llarg de la vida*: l'educació pot contribuir a fomentar una imatge més positiva de les persones grans; la capacitat d'aprenentatge no disminueix fins a edats molt avançades; i s'han de posar en marxa programes específics comptant amb la participació activa de les persones grans. A partir d'aquí es consolidà la tercera generació de programes destinats a la gent gran, ampliant els temes de treball i les programacions, fomentant l'autoaprenentatge i els projectes de recerca.

En la societat de la informació i el coneixement, l'aprenentatge al llarg de tota la vida és important, perquè envellir implica afrontar canvis continus en un món en transformació constant. Per això, ja no es tracta d'ocupar el temps lliure de les persones grans, sinó de desenvolupar les seves capacitats. A Espanya, les persones grans tenen nombroses oportunitats per mantenir-se actives, ja sigui mitjançant associacions (de veïns, de dones vídues, de tipus religiós, etc.), centres de formació de persones adultes (CEPA) o universitats (Causupié, Balbontín, Porras & Mateo, 2011: 221). Pel que fa a la participació dels nostres grans en activitats culturals, les estadístiques demostren que aquesta és en general de baixa intensitat, comparada amb la implicació en un altre tipus d'activitats com les esportives. Al museu Es Baluard ens hem volgut esforçar per canviar aquesta tendència, desenvolupant un ambiciós i complet programa d'activitats culturals anuals per a aquest sector de la nostra

societat, cobrint d'aquesta manera la feina del museu amb públics de totes les edats. Així Gran Gent / Gent Gran és un programa d'activitats que, des de diferents àmbits com són l'educació artística i social, les noves tecnologies, el cinema, etc., està pensat per afavorir l'envelliment actiu, donar veu a la gent gran, escoltar les seves experiències, parlar dels temes que els interessen, crear vincles amb persones de la seva edat, interactuar amb els néts i nétes i amb gent jove, en definitiva, compartir temps, valors i emocions.

A les àrees d'Educació i Formació i d'Acció Cultural estam convençuts que els museus són institucions amb un gran potencial per representar la diversitat de la nostra comunitat i treballar-hi. Fent-ho, es poden desafiar els estereotips, promoure la tolerància i lluitar per la cohesió social (GLLAM, 2000: 27). Entenem que la inclusió social no és només un altre «servei» que els museus ofereixen, sinó que una de les funcions cabdals de les institucions culturals és transformar les relacions dels museus amb les seves comunitats, per tornar-les cada cop més dinàmiques i bidireccionals. En definitiva, els museus en general tenen un gran potencial per treballar amb persones grans, contribuint al seu aprenentatge al llarg de tota la vida. Es Baluard, en particular, vol servir de referent a altres museus per incloure aquest públic gran a les seves programacions habituals.

Com se sosté al Llibre blanc (Causupié, Balbontín, Porras & Mateo, 2011: 289), l'aprenentatge al llarg de tota la vida es veu afectat pel concepte de treball per competències, que han estat definides en els termes següents:

«Al hablar de competencia nos referimos al conjunto interrelacionado de conocimientos, habilidades, actitudes y valores que hace posible desempeños y que impulsa el mejoramiento continuo del ser, del saber y del hacer. Las competencias nos permiten superar una visión de la educación basada en el conocimiento teórico y orientarnos hacia desempeños *significativos* para la persona y útiles para la sociedad» (Causupié, Balbontín, Porras & Mateo, 2011: 290).

Tal com defensa el GLLAM (2000), pensam que els museus són un espai idoni per treballar a través de les competències i per ajudar les nostres persones grans a:

- Aprendre a saber (inspirar-se, descobrir, explorar, desenvolupant una passió per l'aprenentatge, adquirint coneixement i coneixement sobre nosaltres mateixos i el nostre món).
- Aprendre a saber fer (adquirir destreses, confiança, competència i habilitats pràctiques).
- Aprendre a saber ser (desenvolupar les nostres capacitats físiques i psíquiques, el nostre benestar i autonomia, així com la nostra habilitat de controlar les nostres vides i influir en el món que ens envolta).
- Aprendre a saber viure amb els altres (fomentant la tolerància, l'enteniment mutu i la interdependència, compartint l'experiència d'aprendre amb la família i els amics).

Per garantir la bona qualitat dels nostres programes, a Es Baluard tenim en compte que aquests han d'estar basats en les necessitats de les persones grans (en els seus interessos, desitjos, històries personals i expectatives) i s'han de desenvolupar mitjançant una metodologia activa i participativa. És crucial, també, desenvolupar els continguts a través de les persones grans participants, treballant *per a* elles i *sobre* elles però també *amb* elles. Es tracta de trobar estratègies per aconseguir el protagonisme d'aquestes persones, fomentant aprenentatges autodirigits i significatius (Causapié, Balbontín, Porras & Mateo, 2011; Ruiz, 1995).

També, a l'hora de dissenyar els nostres programes i activitats, tenim especialment en compte la importància de fomentar l'aprenentatge en grup. Aquesta és una manera de reduir la sensació d'aïllament i de donar un caire més socialitzador a les activitats d'educació no formal. L'Organització Mundial de la Salut ha posat èmfasi en la importància que la gent gran es trobi amb els seus semblants i es donin suport els uns als altres. Així mateix, un altre dels fronts que hem obert en els nostres programes per a aquest col·lectiu és l'aprenentatge intergeneracional, en el qual s'ha posat especial èmfasi en la programació de 2012 com a any de l'envelliment actiu i la solidaritat intergeneracional de la UNESCO. Com exposa Sally Newman (2008), l'aprenentatge intergeneracional té múltiples beneficis per a la gent gran, per començar, perquè els gratifica el fet de contribuir a la societat, de manera que se senten valorats, acceptats i respectats. Aquests programes enforteixen la relació intergeneracional entre grans, joves i petits, ajuden a teixir un enteniment profund des de les generacions més joves a les més grans; els joves obtenen tradicions, valors i cultura i els grans poden aprendre nous valors, nous punts de vista sobre les tradicions i entren en contacte amb les canviants estructures socials i s'aproximen a les noves tecnologies. L'intercanvi entre ambdues parts promou el respecte mutu, la reflexió crítica i la cura, així com contribueix a enfortir el sentiment de pertinença a la comunitat.

2. Activitats amb gent gran des de l'Àrea d'Educació i Formació

2.1. «Això era així...?»

6, 13, 20 i 27 de juliol de 2011

Taller per a nins i nines de 6 a 12 anys acompanyats dels seus padrins i padrines realitzat a partir de la instal·lació «Signatures», de l'artista Christian Boltanski. Amb aquesta obra reflexionàrem sobre la memòria i els seus rastres, sobre la història del nostre passat, que encara és visible a la muralla, en alguns fragments, en les marques que hi deixaren els treballadors. Al taller, partírem d'aquesta idea de «fragments significatius», i els participants elaboraren unes caixes retrat a partir de simbolitzar les seves respostes a una sèrie de preguntes: què és el que més li agrada fer?; quina cosa creus que li agrada compartir amb tu?; quin deu ser el lloc (paisatge, racó, etc.) preferit, on se sent millor?;

què és el més important que li ha passat en la vida?; quina part del seu cos és la que més t'agrada d'ell o d'ella?; escriu aquí una pregunta que t'agradaria fer-li.

2.2. «Sargir memòries»

5, 12, 19 i 26 de juliol i 6, 13, 20 i 27 de setembre de 2011

Projecte: Tonina Matamalas

El taller es desenvolupà en dues edicions diferents, per tal de donar cabuda al major nombre de participants possible.

Participants: usuaris de la Residència Mixta de Pensionistes de la Bonanova i de la Llar i Centre de Dia Reina Sofia, de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, Consell de Mallorca. Cada edició comptà amb deu participants, i un total de vint persones foren beneficiàries directes del taller (aforament limitat i amb mescla de participants de cada una de les institucions citades).

En relació amb la instal·lació «Signatures», de Christian Boltanski, es plantejà un taller on, a partir dels records i les memòries personals, parlàrem i compartírem relats sobre la transformació de la vida quotidiana, tot teixint narratives col·lectives mitjançant l'audiovisual.

La connexió amb l'obra de Boltanski foren les biografies personals de cada un dels i les participants, agafant com a fil conductor les seves històries laborals i/o professionals. En les sessions de disseny i programació del taller es comptà amb el suport i assessorament de les professionals dels centres implicats.

L'Àrea d'Educació i Formació també participà en algunes activitats programades per l'Àrea d'Acció Cultural com:

2.3. Presentació de projectes amb gent gran

29 de setembre de 2011. Es presentaren els projectes de l'àrea «Això era així?» i «Sargir memòries».

2.4. Cloenda de Gran Gent / Gent Gran

25 de novembre de 2011. L'Àrea participà en la fi del programa amb la presentació dels vídeos del taller «Sargir memòries».

2.5. «Padrins i néts: l'un al lloc de l'altre»

Dissabtes de gener i febrer de 2013

Al taller, dirigit a padrins i néts, amb nins i nines de 6 a 12 anys, es treballaren algunes obres escultòriques de la col·lecció d'Es Baluard, tot jugant a posar-nos en el lloc de l'altre en recórrer l'exposició «La percepció de l'espai». Proposàrem als padrins i néts que triassin dues obres. La primera, la que a ells els agradava més; la segona, la que ells pensaven que agradava més a l'altre.

Acabada la volta, se separaren en dos grups, padrins per una banda, i néts per l'altra. Els repartírem una targeta a cada un. A la cara de davant, havien d'escriure o dibuixar l'escultura que els havia agradat més a ells; a la cara de darrere, l'escultura que pensaven que devia agradar més a l'altre, i dos arguments per què pensaven que els podia agradar. Una vegada acabada la targeta, es col·locava al peu de l'escultura que pensaven que li devia agradar més a l'altre i passàvem a comentar les obres a partir de les sorpreses i els comentaris que descobríem amb les targetes.

La part de taller consistia a realitzar una activitat plàstica que també s'organitzava sobre les sorpreses que amagava l'altre.

2.6. «Transitant per l'experiència a través dels teus objectes»

22, 24, 29 i 31 de gener de 2013.

Participants: usuaris del centre residencial de SARquavitae a Palma.

Exposició de les obres del 21 al 24 de febrer a l'Aljub d'Es Baluard i del 28 de febrer al 7 de març a la residència de SARquavitae a Palma (camí dels Reis, 308).

Amb el temps, la nostra percepció de les coses i de les relacions humanes i socials canvia. En aquest taller treballàrem a partir de la manera com nosaltres, al llarg de la vida, ens transformam per ser diferents persones, o potser, no tan diferents. Al llarg de la nostra vida acumulam una gran quantitat d'objectes. Mitjançant aquests objectes, ens donam a conèixer i alhora coneixem el nostre entorn. Els atribuïm diferents valors en funció dels usos, les emocions que ens susciten, els vincles que adquireixen en relació amb les nostres històries personals.

El museu com a espai transformat i la seva col·lecció ens serviren com a pretext per donar un cop d'ull a la nostra experiència. L'espai museístic resulta especialment idoni per treballar a partir dels objectes i la seva multiplicitat de significats. A l'art contemporani hi ha molts d'artistes que creen les seves obres a partir de la resignificació d'objectes quotidians.

Durant quatre sessions, les sis persones participants, d'una mitjana de 80 anys, indagaren en les diferents lectures que els aportaren els objectes que cadascú havia seleccionat. Els participants feren un exercici de descontextualització d'un objecte significatiu per a ells. Aquests objectes, transformats i treballats a partir d'estratègies de l'art contemporani, s'exposaren en espais públics del museu i de la residència.

2.7. Cloenda de Gran Gent / Gent Gran

L'Àrea d'Educació i Formació participà a la cloenda del programa amb l'exposició de les obres realitzades al taller «Transitant per l'experiència a través dels teus objectes».

3. Activitats amb gent gran des de l'Àrea d'Acció Cultural

3.1. «Les veus de l'experiència»

6, 13, 20 i 27 de setembre de 2011

Visites comentades per les instal·lacions del museu destinades a persones grans amb ganes de recordar, ensenyar, aprendre i construir a partir de l'experiència passada i present. Durant l'activitat es visità el museu de la mà d'una educadora xerrant sobre els temes que més interessaren el grup i observant imatges del passat del terreny que ocupa avui dia Es Baluard. La conversa es continuà prenent un cafè al restaurant del museu afavorint la interrelació entre el grup i amb l'educadora.

3.2. «Caixes d'històries de vida»

Del 27 de setembre al 2 d'octubre de 2011

«Caixes d'història de vida» fou un projecte desenvolupat a l'Institut Mallorquí d'Afers Socials que parteix originàriament del projecte europeu Making Memories Matter, en el qual, l'any 2005, es dugué a terme una exposició de caixes realitzades per gent gran que relataven les seves històries de vida.

L'exposició «Caixes d'història de vida» d'Es Baluard fou una selecció de la mostra itinerant per les residències per a gent gran de l'IMAS de Felanitx, sa Pobla, la Bonanova, la Llar d'Ancians de Palma i la Llar i Centre de Dia Reina Sofia. Es presentà per primer cop en l'àmbit museístic, i cadascuna de les caixes contenia una representació de les experiències

i els records més significatius de la persona que la realitzà, amb objectes i recreacions d'escenes de la seva vida.

3.3. Presentació de projectes amb gent gran. Conferències

28 i 29 de setembre de 2011

Cicle de conferències per presentar projectes amb gent gran des de l'àmbit artisticocultural i sociosanitari.

«Caixes d'història de vida». Blanca Moll, IMAS, Departament de Benestar Social. Consell de Mallorca / «Confluències». Xisca Veny i Amàlia Salas, Reflexos, Propostes Culturals.

«Això era així?» i «Sargir memòries». Àrea d'Educació i Formació d'Es Baluard.

3.4. Cicle de cinema Gent Gran de Pel·lícula

Cada dimarts del 6 al 27 d'octubre de 2011

Cicle de cinema amb pel·lícules al voltant de diferents temàtiques relatives a la gent gran, en què aquesta és la protagonista principal. En aquesta activitat s'utilitzà el cinema com a instrument directe de transmissió de valors que ajuda a evidenciar problemàtiques d'aquest sector de la població i les seves històries de vida, algunes dures, altres divertides i altres plenes de tendresa.

- *Bicicleta, cullera, poma*, Carles Bosch, Espanya, 2010
- *Jibeuro* ('Sang Woo i la seva àvia'), Lee Jung-Yiang, Corea del Sud, 2002
- *A straight story* ('Una història veritable'), David Lynch, EUA, 2000
- *Young at heart* ('Cors rebels'), Stephen Walter, Regne Unit, 2007

3.5. «Som present-s»

2, 9, 16 i 23 de novembre de 2011

Taller de realització d'històries de vida audiovisuals conformades a partir d'imatges fotogràfiques dels participants i de sons, de la mà d'una educadora i una videògrafa. Es realitzaren diferents sessions en què cada participant, fent la

vista enrere, des del passat fins al present, escollí un dels passatges més importants de la seva vida. A part d'explicar l'experiència viscuda, se cercaren sons i cançons i les imatges més representatives per realitzar el muntatge audiovisual. Amb aquest taller es volgué visibilitzar la història d'aquestes persones, però no només centrant-nos en el passat, sinó parant atenció al seu present i al seu lloc en la societat i la família avui.

3.6. Cloenda de Gran Gent / Gent Gran

25 de novembre de 2011

Celebració de la fi del programa Gran Gent / Gent Gran amb la presentació dels vídeos dels tallers «Sargir memòries» de l'Àrea d'Educació i Formació i «Som present-s» de l'Àrea d'Acció Cultural, amb l'assistència de col·laboradors, organitzadors, participants i públic general interessat en el programa.

3.7. Visites + cafè

Cada dimecres a partir del 24 d'octubre de 2012 fins al 22 de febrer de 2013

Visites diferents a Es Baluard, obertes i dinamitzades, amb l'objectiu de passar una bona estona al museu amb persones més grans de 60 anys. Es visitaren els espais museístics parant atenció als temes que més interessaren a cada un dels grups, visites que finalitzaven continuant la conversa iniciada pel grup al voltant d'un cafè.

3.8. «Diàleg transgeneracional a Recordar TV». ZEMOS98

Del 20 al 22 de novembre de 2012

Taller dirigit a persones obertes i participatives amb ganes d'aprendre sobre el procés cinematogràfic amb els joves i les noves tecnologies tot compartint la seva memòria del passat amb la memòria del futur de nens d'educació primària.

Recordar TV és una televisió per Internet construïda des de la perspectiva de les persones grans. Pretén fomentar l'alfabetització digital d'aquest col·lectiu tan rellevant en la nostra societat, en què l'esperança de vida és cada vegada major.

3.9. Trobada amb ZEMOS98

22 de novembre de 2012

ZEMOS98 és un equip de treball que investiga, programa i produeix continguts relacionats amb educació, comunicació i creació audiovisual. Treballen amb cultura contemporània, conviuen amb la societat en xarxa, creuen en la mediació tecnològica, creen xarxes, relacions i comunitats.

En aquesta trobada amb el públic, ZEMOS98 presentà el seu treball en general i els resultats del taller «Diàleg transgeneracional» a Es Baluard en particular.

3.10. «Guateque intergeneracional»

Fi de festa obert a tots els públics amb l'actuació de Whisky Facile, grup mallorquí que interpreta, amb molt sentit de l'humor, les cançons de la música popular italiana dels anys 50 i 60. Whisky Facile recrea en els seus concerts un ambient festiu amb la intenció de fer ballar a la gent i passar una bona estona. Amb aquest concert, L'Aljub d'Es Baluard es convertí en un espai de trobada entre generacions a través de la música. La festa de cloenda coincidí amb la inauguració de l'exposició del taller «Transitant per l'experiència a través dels teus objectes», de l'Àrea d'Educació i Formació. Així mateix, es projectà l'audiovisual resultat del taller «Diàleg transgeneracional a Recordar TV», que ZEMOS98 impartí a Es Baluard.

Referències bibliogràfiques

Causapié, P., Balbontín, A., Porras, M., Mateo, A. (2011). *Envejecimiento Activo. Libro Blanco*. Extret el 13 de juny de 2011 des de: <www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso>.

GLLAM Report (2000, octubre). *Museums and Social Inclusion*. Extret el 14 de juny de 2013 des de <www.2.le.ac.uk/departments/museumstudies/rcms>.

Newman, S. (2008). Intergenerational Learning and the Contribution of Older People. *Ageing Horizons*, 8, 31-39.

Ruiz, B. (1995). Fomentando una percepción positiva del anciano de la educación y la tercera edad. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 12, 23-35.

Autors

SEBASTIÀ MASCARÓ CABRER

Felanitx, 1975. Llicenciat en Història de l'Art. Educador a l'Àrea d'Educació i Formació d'Es Baluard. Coordinació, disseny i implementació de tallers i projectes vinculats a Gran Gent/ Gent Gran.

IRENE AMENGUAL QUEVEDO

Palma, 1982. Doctora en Educació Artística. Educadora a l'Àrea d'Educació i Formació d'Es Baluard . Disseny i implementació de tallers i projectes vinculats a Gran Gent / Gent Gran.

ANTONINA MATAMALAS ENSEÑAT

Andratx, 1987. Llicenciada en Belles Arts. Educadora a l'Àrea d'Educació i Formació d'Es Baluard. Disseny i implementació de tallers i projectes vinculats a Gran Gent / Gent Gran.

EVA CIFRE MORÉ

Palma, 1976. Llicenciada en Història de l'Art. Coordinadora de l'Àrea d'Educació i Formació d'Es Baluard. Coordinació, disseny, avaluació i implementació de tallers i projectes vinculats a Gran Gent / Gent Gran des de l'Àrea d'Educació i Formació d'Es Baluard. Ponent de la comunicació «Experiències amb gent gran a l'àmbit museístic» al Centre Cultural Flassaders, Palma.

DORA SÁNCHEZ GONZÁLEZ

Reus (Tarragona), 1975. Llicenciada en Filologia Hispànica, Màster en Museologia i Màster en Gestió Cultural . Coordinadora de l'Àrea d'Acció Cultural a Es Baluard.
Coordinació, disseny, avaluació, realització de visites, suport i supervisió de tallers i projectes vinculats a Gran Gent / Gent Gran des de l'Àrea d'Acció Cultural d'Es Baluard. Ponent de la comunicació «Experiències amb gent gran a l'àmbit museístic» al Centre Cultural Flassaders, Palma.

L'EXPERIÈNCIA ARTÍSTICA DE LA FOTOGRAFIA COM A EINA TERAPÈUTICA: ESTIMULACIÓ EMOCIONAL I NORMALITZACIÓ DE LA IMATGE DE L'ALZHEIMER I LA VELLESA

L'experiència artística de la fotografia com a eina terapèutica: estimulació emocional i normalització de la imatge de l'Alzheimer i la vellesa

Victòria Alemany Abraham
Clemente Dorado Morgado
Sira Fiz Vozmediano
Antònia Fontanet Cifre
Estefanía Gallardo Nielsen
Maribel Merino Tomé
Antonio Molina Balsalobre
Margarita Roser Hernández
Catalina Rubio López
Blanca Rubio Velázquez
Javier Ureña Morales
Javier Vich Morlà

Resum

La Residència i Centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de la Conselleria de Família i Serveis Socials acull una població de gent gran que té un nivell màxim de dependència i molts de casos, a més, també tenen diagnòstic de demència en els graus moderat i avançat. Aquesta problemàtica, que té repercussions sociosanitàries importants, precisa un abordatge integral que incideixi en tots els aspectes que estan lligats al deteriorament cognitiu, al declivi físic i a alteracions conductuals associades a la patologia. Tot i que és un procés crònic, irreversible i progressiu, fins i tot a les darreres fases de la malaltia es poden aplicar diferents estratègies d'intervenció que tenen resultats positius.

«El gesto como terapia. Fotografías Antonio Molina» i «De los besos no me olvido. Los enfermeros azules visitan mi colegio» són dos projectes que potencien el valor del gest i els beneficis de l'emoció com a eina valuosa per comprendre la solidaritat intergeneracional i la normalització de la imatge de la demència, i acostar-nos-hi, en una aposta per les teràpies no farmacològiques. A través de l'experiència artística, mitjançant la fotografia, el vídeo i el dibuix, hom pretén que la imatge sigui un punt de partida per investigar i fer propostes socioeducatives al voltant de la vellesa i la dependència.

Resumen

La Residència i Centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de la Conselleria de Família i Serveis Socials acoge a una población mayor con el máximo nivel de dependencia y con frecuencia diagnosticada de demencia en sus grados moderados y avanzados. Esta problemática, que tiene importantes repercusiones sociosanitarias, precisa de un abordaje integral que incida en todos aquellos aspectos ligados al deterioro cognitivo, declive físico y alteraciones conductuales asociadas a la patología. A pesar de tratarse de un proceso crónico, irreversible y progresivo, incluso en las últimas fases de la enfermedad se pueden llevar a cabo diferentes estrategias de intervención con resultados positivos.

«El gesto como terapia. Fotografías Antonio Molina» y «De los besos no me olvido. Los enfermeros azules visitan mi colegio» son dos proyectos que potencian el valor del gesto, y los beneficios de la emoción como herramienta valiosa para la comprensión y el acercamiento, en una apuesta por las terapias no farmacológicas, la solidaridad intergeneracional y la normalización de la imagen de la demencia. A través de la experiencia artística, mediante la fotografía, el video y el dibujo se persigue hacer de la imagen un punto de partida para la investigación y para propuestas socioeducativas en torno a la vejez y la dependencia.

1. Introducció

El 2012 fou declarat Any Europeu de l'Envelliment Actiu i de la Solidaritat Intergeneracional. Les institucions europees es plantejaren l'objectiu de sensibilitzar sobre la contribució que la gent gran pot aportar a la societat, a la vegada que pretenien animar els responsables polítics a actuar per crear més bones oportunitats per a l'envelliment actiu i enfortir la solidaritat intergeneracional.

L'equip tècnic de la residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel va dur a terme dues experiències que va començar el 2012 i que utilitzaven l'experiència artística com a punt de partida per, d'una banda, aplicar estratègies terapèutiques dins el centre i, per l'altra, fomentar una imatge de la vellesa i la demència allunyades dels estereotips negatius que generalment es transmeten. Ambdós projectes varen tenir, a més, extensió comunitària a través d'exposicions i de visites a centres escolars de l'àrea metropolitana de Palma, que varen ampliar els objectius inicials i feren possible que la gent gran amb demència fos protagonista de diverses activitats socioeducatives.

2. Intervenció en els processos de demència del tipus Alzheimer. Justificació i aproximació científica al projecte

L'envelliment de la població les darreres dècades ha motivat un augment significatiu de l'interès científic i clínic pel declivi cognitiu associat a l'edat. La malaltia d'Alzheimer (MA) és la causa més freqüent de demència en les persones de més de 65 anys i la seva freqüència s'incrementa amb els anys. Des del punt de vista assistencial, aquesta incidència suposa un repte per als serveis sociosanitaris. Els tractaments són costosos, els recursos especialitzats encara són escassos i el diagnòstic no sempre es fa a les fases inicials.

2.1. Epidemiologia

Les demències són un problema sociosanitari important en els països desenvolupats. La MA és la tercera causa de mort en aquestes regions, darrere malalties cardiovasculars i el càncer. No obstant això, el que fa que aquesta malaltia tingui un impacte tan fort en el sistema sanitari i en el conjunt de la societat és, sens dubte, que és irreversible, que no existeixi cap tractament curatiu i la càrrega que representa per als familiars dels afectats.

La MA és la demència més freqüent en la població de gent gran i representa entre el 50% i el 60%. Es calcula que en el món hi ha vint-i-quatre milions de persones que la pateixen i que en tres dècades en seran el doble.

L'etiopatogènia de la MA és múltiple. És hereditària entre un 1% i un 5% dels casos (MA genètica) per transmissió autosòmica dominant i es manifesta generalment abans dels seixanta-cinc anys. En la resta dels casos (MA complexa o esporàdica), l'etiologia és multifactorial i hi ha diversos factors de risc, que inclouen la predisposició genètica (evidenciada perquè n'augmenta la freqüència si un parent de primer grau té la malaltia, i més encara si són més d'un), l'edat (és més freqüent dels seixanta-cinc anys endavant, edat a partir de la qual el risc es duplica cada cinc anys) i factors de risc exògens, ambientals, que sembla que n'afavoreixen el desenvolupament, com passa amb els traumatismes cranioencefàlics greus.

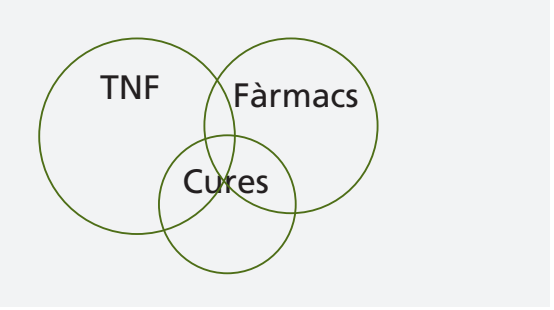
Ha estat diagnosticat aproximadament a devers cinc-centes mil persones a Espanya, tot i que es parla d'un total de vuit-cents mil malats entre diagnosticats o no. A més, s'estima que l'any 2025, a Espanya, hi haurà un milió dos-cents mil afectats d'Alzheimer.

2.2. Tractament: teràpies farmacològiques, teràpies no farmacològiques i cures

El tractament de la malaltia d'Alzheimer s'enfoca des d'un vessant farmacològic, fonamentalment amb inhibidors de l'acetilcolinesterassa i la memantina (associats o no a ansiolítics, antidepressius i/o neurolèptics, pel maneig dels trastorns conductuals). A banda, i a causa de la importància epidemiològica de la demència, els darrers anys hi ha hagut un interès creixent envers les intervencions no farmacològiques. Existeixen al respecte un nombre significatiu de dades que corroboren la possibilitat de dur a terme intervencions en aquest nivell, encara que la majoria dels estudis tenen limitacions metodològiques, sobretot quan el deteriorament cognitiu és greu.

La proposta terapèutica ideal seria un model dinàmic i interactiu que integràs ambdós enfocaments:

Imatge 1 | *Teràpies en demències*[1]



[1] Imatge extreta del «Mapa de terapias no farmacológicas para demencias tipo Alzheimer». http://www.crealzheimer.es/InterPresent1/groups/Imserso/documents/binario/mapayguainiciacintnfalzhparapr.pdf.

La taula següent, extreta de la mateixa font documental, recull les principals teràpies no farmacològiques amb el seu grau de recomanació

Taula 1 | *Teràpies no farmacològiques*

TNF recomanades			
Grau de recomanació	Pacient	Curador familiar	Curador professional
A		I. multicomponents	
B	Estimulació cognitiva, entrenament AVD, musicoteràpia, intervencions conductuals, exercici físic, massatges i tacte	Educació i entrenament, assessorament i gestió de casos	Educació general, programes per prevenir subjeccions mecàniques
C	Suport extern, reminiscència, validació, suport i psicoteràpia, intervenció sensorial, teràpia de llum, teràpia amb animals, artteràpia, teràpia recreativa, intervencions multicomponents	Suport, cures de respir	

Com exposen els autors, no hi ha intervenció coneguda en la malaltia d'Alzheimer amb un grau de recomanació «A». Tot i això, «mentre els fàrmacs no aconsegueixin avanços significatius, seguirem necessitant les teràpies no farmacològiques com a tractament per millorar la qualitat de vida de pacients, familiars i professionals».

3. La imatge en programes integrals d'atenció a la demència tipus Alzheimer

3.1. Discussió

La neuropsicologia ha constatat que l'amígdala i l'hipocamp (estructures cerebrals relacionades amb la memòria i emoció) es relacionen entre si d'una manera estreta. Per això, la hipòtesi d'integrar, com un component rehabilitador més, els aspectes emocionals en els programes d'atenció a les persones amb demència pareix que està justificada.

La percepció i el reconeixement de cara com a funcions cerebrals complexes d'una gran importància psicològica són objecte d'estudi per part de la comunitat científica. A més, la cara és un estímul omnipresent del qual deriva informació crucial per a la comunicació no verbal. L'evidència assenyala que els estímuls emocionals (tant positius com negatius) es recorden més bé que els neutres, i, més concretament, sembla que la informació visual de contingut emocional és més ben recordada que la neutra (Gordillo et al. 2010).

Les persones amb demència tenen alteracions gnòstiques que dificulten el reconeixement de cares (prosopagnòsia), però aquest fet no té perquè dur associat el no reconeixement de

l'emoció que es manifesta, de l'expressió facial que s'evidencia. Aquesta hipòtesi és la que fonamenta el projecte «El gesto como terapia», a pesar que els resultats de les investigacions no són concloents. Zapata (2008) posa de relleu que «recentment s'ha prestat atenció als aspectes emocionals de la malaltia, en particular, a la percepció de les expressions facials de l'emoció. Els resultats obtinguts en aquesta important àrea són contradictoris. Alguns estudis mostren que no existeix deteriorament d'aquest tipus de percepció emocional, mentre que d'altres sostenen que sí que hi ha aquest tipus de dèficit».

3.2. «El gesto como terapia»: l'evocació d'emocions positives a través de la imatge fotogràfica

El projecte «El gesto como terapia» consisteix a utilitzar la fotografia i l'acte fotogràfic com a part d'un programa integral d'intervenció neurocognitiva que duem a terme l'equip tècnic de la La Residència i Centre de dia Oms-Residència Sant Miquel del Govern de les Illes Balears. L'objectiu principal és utilitzar el gest captat pel fotògraf com a indici evocatiu d'emocions positives per a residents, familiars i professionals de la institució, ja que suggerim que la vinculació afectiva no «s'oblida», en tot cas de vegades no és evident, «no es veu». «El gesto como terapia» esta inclòs en un projecte més ambiciós de condicionament de l'entorn que s'ha desenvolupat a la residència.

Durant tota una setmana, vàrem comptar amb la presència del fotògraf Antonio Molina, que va fer sessions fotogràfiques amb els residents, amb ells i els familiars en interacció, en tallers intergeneracionals i en sessions de teràpia amb animals. En total, va captar més de tres mil imatges. Una selecció d'aquestes fotografies ha passat a formar part del mobiliari del centre, gràcies a la col·laboració de l'Obra Social La Caixa.[2] Estan penjades en els espais més freqüentats, de manera que els residents, familiars i cuidadors professionals en poden captar la presència i interactuar-hi emocionalment d'una manera natural i no dirigida.

Imatge 2 | *Les fotografies com a teràpia formen part del centre*

[2] Han estat exposades per al públic general a la seu de la Fundació Palma Espai d'Art-Casal Solleric el maig de 2013.

El foment de la motivació, les emocions positives i l'estimulació sensorial són, segons el Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas Mayores con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias (CREA), una part imprescindible de programes integrals d'atenció. La imatge fotogràfica i el fet d'incloure-la en el centre físic de la nostra residència té l'objectiu definitiu de millorar l'assistència al resident en el marc d'un model dinàmic i interactiu de teràpies, i, d'una manera comunitària, ampliar aquest benefici a les famílies, als treballadors del centre i al públic en general.

Segons publicà el CREA de Salamanca el 2012: «[...] La funció dels afectes en les demències evidencia la importància que la seva atenció graviti en la persona afectada. Segons Bowly, la vinculació afectiva és instintiva i les persones amb Alzheimer mantenen la vinculació afectiva fins al final. [...] Si connectam amb les emocions de la persona malalta, establim la comunicació. Perden pes les paraules i guanyen protagonisme els missatges no verbals. Des del punt de vista biològic, està constatat que l'amígdala i, en conseqüència, les persones amb Alzheimer, són molt sensibles als successos emocionals. Aquesta perspectiva ens ofereix un camí poc transitat: la relació de les emocions i l'Alzheimer. Ens queda molt per aprendre, educar i formar per millorar l'atenció a les demències».

Imatge 3 | *Fotografies del projecte "El gesto como terapia. Fotografías Antonio Molina"*

3.3. «De los besos no me olvido. Los enfermeros azules visitan mi colegio». Programa educatiu per a educació infantil i educació especial

«De los besos no me olvido» és una proposta educativa que aproxima la realitat de l'Alzheimer i la vellesa als centres d'educació infantil de l'àrea metropolitana de Palma. D'una manera paral·lela, també s'ha dut a terme a un centre d'educació especial de Palma com a experiència pilot.

El projecte es desenvolupà en quatre fases:

1. Aproximació dels professionals al centre educatiu: sessió amb els alumnes mitjançant dinàmiques i jocs.
2. Visita guiada dels alumnes a la Fundació Casal Solleric per veure l'exposició «El gesto como terapia. Fotografías de Antonio Molina».
3. Treball a l'aula: fer dibuixos o escrits, que després varen ser remesos a la residència perquè en fes una exposició pública.
4. Exposició dels treballs al públic: els treballs s'exposen al Centre d'Història i Cultura Militar de les Balears.

La sensibilització és la primera etapa de qualsevol procés de conscienciació. Desperta la curiositat i fa que hom es qüestioni aspectes que fins aleshores li havien passat desapercebuts. Aquesta etapa té l'objectiu principal de «crear necessitats de». «De los besos no me olvido» pretén que l'alumne s'interessi per una realitat que potser li és aliena, però emprant i promovent una sèrie d'activitats coherents i planificades que projectin una imatge positiva del que serà l'escenari social i demogràfic dels pròxims anys.

Imatge 4 | *Sessió formativa a l'aula*

El projecte es duu a terme amb una metodologia participativa, activa, tant per als professors i tècnics com per a l'alumnat que el desenvolupa. Els objectius didàctics no solament «s'aprenen», sinó que també volem que «s'exerceixin», que els nins reconeguin el valor del gest i els beneficis de la comunicació no verbal, que reconeguin l'emoció com a eina valuosa per a la comprensió i l'entesa. Aquest projecte de la Conselleria de Família i Serveis Socials s'ha posat en marxa amb la col·laboració de l'Obra Social La Caixa, la Conselleria d'Educació, Cultura i Universitats, i el Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears.

Imatge 5 | *Dibuixos del concurs*

Les famílies de cada vegada tendran més avis, però també més avis dependents, ja que s'allarga l'esperança de vida. «De los besos no me olvido» ens aproxima a la realitat de la demència i als aspectes que hi estan lligats: a la persona gran que de cada vegada necessita més ajuda per dur a terme les activitats bàsiques de la vida diària, que té oblits i alteracions de la conducta, però que, a pesar del deteriorament progressiu que pateix, manté viva la memòria emocional.

Mostram als infants que aquestes persones grans, que podrien ser els seus avis, són receptives a les besades, a les abraçades i al contacte més directe. Intentam que els infants se'ls acostin sense por i des de la comprensió i la tendresa, en un gest que, sens dubte, beneficia tothom. Promovem una imatge comprensible, normalitzada i propera de la malaltia, incidint més en el que roman que en les pèrdues que hi estan associades.

3.4. Promoure una nova imatge de la demència i vellesa a la comunitat

Segons dades de l'estudi «Proyecciones de la población a corto plazo (2012-2022) y a largo plazo (2012-2052)» de l'INE, un 37% de la població tendrà més de seixanta-quatre anys el 2053. Aquestes projeccions sociodemogràfiques són la justificació per introduir la vellesa

com a part del projecte educatiu «De los besos no me olvido» i per exposar a la comunitat les fotografies d'«El gesto como terapia. Fotografías de Antonio Molina». Ens enfrontam a una societat en la qual es farà de cada vegada més visible la presència de la persona gran (derivada del sobreenvelliment i de la rectangularització de les corbes de supervivència), els infants i la societat en general han d'estar sensibilitzats i familiaritzats amb un sector de la població amb el qual hauran de conviure necessàriament en les seves pròpies famílies o en la comunitat.

Imatge 6 | *Els infants visiten el Casal Solleric. Interacció amb residents*

Des de la impressió també es genera coneixement i es pot generar també el que Spinoza denominava *sciencia intuitiva,* això és, comprendre des de la intuïció, des de l'emoció, des del que significa la vivència estètica. Suggerim que l'art és capaç de contribuir a una nova mirada sobre l'envelliment, pot oferir un punt de reflexió en la construcció d'un paradigma nou sobre l'aproximació a la persona gran, o almenys reenfocar la mirada, convidar a veure.

4. Reflexió final

La suma d'«El gesto como terapia» i «De los besos no me olvido» ha estat, a més d'una estimulació neurocognitiva per als residents, un gest de solidaritat intergeneracional, d'aproximació a les persones grans dependents: les mostren amb normalitat i d'una

manera propera i comprensible a tot el públic en general, però sobretot als familiars, curadors, treballadors de la residència i especialment als infants que han participat en el projecte. A través de les fotografies i del contacte directe amb els residents, hem pogut reconèixer el valor del gest i de les emocions en fases avançades de l'Alzheimer, unes fases en què l'afectat deixa de tenir la capacitat de comunicar-se amb paraules, però conserva la comunicació no verbal. D'aquesta manera, hem volgut aprofundir en un camí pot transitat: la relació de les emocions i l'Alzheimer. Ens queda molt per aprendre, educar i formar per millorar l'atenció a les demències.

Imatge 7 | *Imatge d'"El gesto como terapia. Fotografías Antonio Molina"*

Referències bibliogràfiques

Arana Martínez, J. M.,Carro Ramos, J., García Meilán, J. J., Gordillo León, F., Mestas Hernández, L., Pérez Sáez, E., Salvador Cruz, J. (2010). Emoción y memoria de reconocimiento: la discriminación de la información negativa como un proceso adaptativo. Psicotema, 22, 765-771.

Arroyo-Anlló, E. M., Chamorro Sánchez, J., Poveda Díaz-Marta, J. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. Pensamiento psicológico, 10, 107-127.

CRE Alzheimer de Salamanca. (2012). El alzheimer y otras demencias; uso del lenguaje en los medios de comunicación. Extret el 8 d'octubre del 2012 des de http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libro_demencias2012.pdf.

CRE Alzheimer de Salamanca. (2011). Programa de actuación coginitiva en demencias. Extret el 8 d'octubre del 2012 des de http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/guia_pacid_web.pdf.

CRE Alzheimer de Salamanca. (2011). Mapa y guia de TNF para demencia tipo Alzheimer. Extret el 8 d'octubre del 2012 des de http://www.crealzheimer.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/mapayguainiciacintnfalzhparapr.pdf.

De la Vega, R., Zambrano, A. (2011, abril). Alzheimer. Circunvalación del hipocampo. Extret el 26 de juny del 2013 des de http://www.hipocampo.org/alzheimer.asp.

De Pedro-Cuesta J., Virues-Ortega J., Vega S., Seijo-Martínez M., Saz P., Rodríguez F., (et al.) (2010). Prevalence of dementia and major demencia subtypes in Spanish populations: a reanalysis of demencia prevalencia surveys, 1990-2010. BMC Neurol. 2010; 9-55.

Díaz Barrando, M. (2004). Imágenes para la memoria: la fotografía en soporte digital. Pasado y memoria. Revista de Historia Contemporánea, 3, 57-72.

Feinstein J. (et al.) (2010). Sustained experience of emotion after loss of memory in patients with amnesia. PINAS, 107-117.

Franco Macías, E., Suárez González, A., Bustamante Rangel, A., Gil Néciga, A. (2011, abril). Enfermedad de Alzheimer. Medicine, 10, 5129-5137. Extret el març del 2011 des de http://www.elsevierinstituciones.com/ei/0304-5412/10/5129.

Iglesias J., Olivares E., Saavedra C. (2012). Potenciales evocados como marcadores neuropsicológicos de la percepción y el reconocimiento de caras. Revista latinoamericana de Psicología, 44(2), 27-38.

Medline Plus (2011, 9 de juny) Mal de Alzheimer. Extret el 26 de juny de 2013 des de http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000760.htm.

Parejo Jiménez, N. (2010). La memoria fotográfica. Memento. Ámbitos, 19, 117-132.

Toledo Atucha, J. (2011). Epidemiología descriptiva y analítica de la enfermedad de Alzheimer. Real Invest. Demenc., 47, 16-23

Zapata, L. F. (2008, gener). Reconocimiento de las expresiones faciales emocionales en pacientes con demencia tipo Alzheimer de leve a moderada. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte, 21, 64-78.

Autors

Els autors són treballadors de la residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma, d'atenció a persones amb gran dependència, titularitat de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal del Govern de les Illes Balears.

VICTÒRIA ALEMANY ABRAHAM

Son Servera, 1982. És fisioterapeuta per la Universitat de les Illes Balears. Inicialment, treballà en diversos centres hospitalaris privats i en el Servei de Valoració i Atenció Precoç del Govern de les Illes Balears. Des de l'any 2010, fa les funcions de fisioteràpia a la residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma. És tutora d'alumnes d'Estades Clíniques del grau de Fisioteràpia de la UIB.

CLEMENTE DORADO MORGADO

Badajoz, 1980. És tècnic superior en animació sociocultural. Ha treballat durant quatre anys com a educador amb infants amb discapacitat psíquica. Des de l'any 2008, treballa com a tècnic en animació sociocultural a la residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma. És tutor d'alumnes de pràctiques del cicle de grau superior de Tècnic d'Animació Sociocultural, de l'IES Ramon Llull.

SIRA FIZ VOZMEDIANO

Madrid, 1979. És tècnic professional en dependència. Màster en Dependència i Gestió de Serveis Socials, per la Universitat de la Corunya, i Màster en Gestió i Planificació de Residencies, per l'Escola Superior de Postgrau de la Fundació Espanyola de Geriatria i Gerontologia. El 2007 va entrar com a administratiu a la Fundació d'Atenció a la Dependència del Govern de les Illes Balears, en la qual ha desenvolupat la seva trajectòria professional. El 2010 passà a ser la directora en funcions de residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma fins al 2013. Actualment és la directora tècnica de la Fundació.

ANTÒNIA FONTANET CIFRE

Palma, 1975. És psicòloga per la UIB. Ha treballat durant deu anys en l'atenció psicològica a persones adultes amb discapacitat i dependència. Els darrers tres anys ha treballat com a psicòloga de la residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma. És tutora d'alumnes de pràctiques de la UIB i de la Universitat Pompeu Fabra de Barcelona.

ESTEFANÍA GALLARDO NIELSEN

Palma, 1983. És infermera i fisioterapeuta per la UIB. Inicialment, treballà en diversos centres hospitalaris privats. Des de l'any 2010, fa les funcions d'infermera a la residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma. És tutora d'alumnes d'Estades Clíniques del grau d'Infermeria de la UIB.

MARIBEL MERINO TOMÉ

Burgos, 1962. És animadora sociocultural. El 2004 va fer un gir a la seva trajectòria laboral i es convertí en rissoterapeuta, clown i animadora sociocultural. Des de l'any 2008 treballa com a animadora sociocultural a la residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma.

ANTONIO MOLINA BALSALOBRE

Múrcia, 1976. És tècnic superior en Desenvolupament d'Aplicacions Informàtiques. Ha desenvolupat la seva tasca professional com a tècnic d'assistència tècnica informàtica i des de 1998 és tècnic de sistemes a la Universitat Catòlica San Antonio de Múrcia.
Fotògraf professional, desenvolupa la seva feina en l'àmbit de la fotografia social i ha col·laborat amb l'equip tècnic de la residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma en el projecte «El gesto como terapia. Fotografías de Antonio Molina» i en el programa «De los besos no me olvido. Los enfermeros azules visitan mi colegio», com a autor de les fotografies i dissenyador i muntador del material audiovisual i expositiu.

MARGARITA ROSER HERNÁNDEZ

Palma, 1977. És treballadora social per la UIB. Ha treballat durant dotze anys en el món de la discapacitat psíquica i dependència. Des del 2008, ha desenvolupat la tasca de treballadora social a la residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma. Actualment, és la directora en funcions del centre. És tutora d'alumnes de pràctiques de la UIB i és assessora/avaluadora de la qualificació professional SSC320_2: Atenció sociosanitària a persones dependents en institucions socials.

CATALINA RUBIO LÓPEZ

Calvià, 1984. És fisioterapeuta per la Universitat de les Illes Balears des de l'any 2007. Des d'aleshores fa les funcions de fisioterapeuta a la residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma. És tutora d'alumnes d'Estades Clíniques del grau de Fisioteràpia de la UIB.

BLANCA RUBIO VELÁZQUEZ

Múrcia, 1976. És infermeria per la Universitat de Múrcia i antropòloga social i cultural per la Universitat Complutense de Madrid. Ha desenvolupat la seva tasca professional en l'àmbit hospitalari, formatiu (cicles formatius de Formació Professional i a la Universitat de Múrcia) i investigador, amb publicacions a nivell nacional i internacional. Des de fa quatre anys treballa com a infermera residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma. Compta amb el Certificat d'Aptitud Pedagògica per la Universitat de Múrcia i és tutora de pràctiques d'alumnes del grau d'Infermeria de la UIB.

JAVIER UREÑA MORALES

Palma, 1980. És diplomat en Ciències Empresarials per la UIB i llicenciat en Administració d'Empreses per la Universitat Abat Oliba. Ha exercit com a alumne col·laborador de la Càtedra d'Empresa Familiar. Treballa al Servei de Salut de les Illes Balears i des de 2011 és gerent del Consorci de Recursos Sociosanitaris i Assistencials de les Illes Balears, i ha assumit també les funcions de gerent de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal.

JAVIER VICH MORLÀ

Palma, 1979. És infermer per la UIB i tècnic auxiliar d'infermeria. Des de 2008 treballa com a infermer a la residència i centre de dia Oms-Residència Sant Miquel de Palma i és col·laborador de la residència SARQuavitae Can Carbonell. És docent de cursos per a tècnics sociosanitaris organitzats pel SOIB i tutor d'Estades Clíniques del grau d'Infermeria de la UIB a diversos centres.

EXPERIÈNCIA DE MILLORA CONTÍNUA ALS INDICADORS DEL PROGRAMA D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA AL CENTRE DE SALUT DE SANT ANTONI

Experiència de millora contínua als indicadors del programa d'atenció domiciliària al centre de salut de Sant Antoni

Ana López García
María Cruz Trigoso Arjona
María de los Ángeles Sanz Sobrino

Resum

La reforma de l'atenció primària del sistema sanitari iniciada a Espanya els anys 80, va suposar la posada en marxa als equips d'atenció primària (EAP) de programes d'atenció domiciliària (PAD) per a pacients immobilitzats.

L'envelliment progressiu de la població va acompanyat d'un augment de la taxa de dependència i fa que cada vegada sigui més freqüent la necessitat d'ajuda per desenvolupar les activitats bàsiques de la vida diària. Els EAP atenen el voltant del 8% dels més grans de 65 anys en programes d'atenció domiciliària.

L'EAP de Sant Antoni dóna atenció a 3.863 persones més grans de 65 anys ubicades tant en zones rurals com en nuclis urbans, i s'estén sobre el 44 per cent de la superfície de l'illa d'Eivissa.

Suposa un repte per a les organitzacions sanitàries dissenyar indicadors que permeten mesurar el producte infermer i la qualitat de l'atenció sanitària que reben els ciutadans inclosos al PAD. Aquesta dificultat és encara major si volem marcar estàndards de qualitat als indicadors. Una possibilitat és aplicar el benchmarking, entès aquest com a procés continu de mesura i comparació amb els millors.

La hipòtesi de sortida d'aquest treball consisteix a demostrar que la metodologia de millora contínua de qualitat i el benchmarking poden ser útils per millorar els resultats dels indicadors del PAD.

L'objectiu principal és millorar la qualitat de l'atenció que reben els usuaris d'un PAD.

Resumen

La reforma de la atención primaria del sistema sanitario, iniciada en España en los años 80, supuso la puesta en marcha en los Equipos de Atención Primaria (EAP en adelante) de Programas de Atención Domiciliaria (PAD en adelante) para pacientes inmovilizados.

El envejecimiento progresivo de la población va acompañado de un aumento de la tasa de dependencia y hace que cada vez sea más frecuente la necesidad de ayuda para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Los EAP atienden en torno al 8% de los mayores de 65 años en programas de atención domiciliaria.

El EAP de Sant Antoni atiende 3.863 personas mayores de 65 años ubicadas tanto en zonas rurales como en núcleos urbanos, extendiendose sobre el 44% de la superficie de la isla de Ibiza.

Constituye un reto para las organizaciones sanitarias diseñar indicadores que permitan medir el producto enfermero y la calidad de la atención sanitaria que reciben los ciudadanos incluidos en PAD. La dificultad es aún mayor si queremos además marcar estándares de calidad en dichos indicadores. Una posibilidad es aplicar el benchmarking entendido éste como proceso continuado de medida y comparación con los mejores.

La hipótesis de partida de este trabajo consiste en demostrar que la metodología de mejora continua de calidad y el benchmarking puede ser útil para mejorar los resultados en los indicadores del PAD.

El objetivo principal es mejorar la calidad de la atención que reciben los usuarios de un PAD.

1. Metodologia

Després d'analitzar en una reunió de l'EAP els problemes susceptibles de ser tractats mitjançant el cicle de millora contínua de qualitat, es va prioritzar com a problema els resultats obtinguts als indicadors del PAD durant l'any 2011.

El sistema d'informació de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera (SIA) proporciona mensualment dades dels tres indicadors de qualitat assistencial relacionats amb el PAD:

1. Indicador de cobertura del programa. Mesura el percentatge d'usuaris inclosos al PAD del total de casos esperats (8% de la població més gran de 65 anys amb targeta sanitària).

2. Valoració del risc d'úlceres per pressió (UPP). En tots els usuaris inclosos al PAD es valora el risc que s'hi produeixi una UPP utilitzant per a això l'escala de Braden.

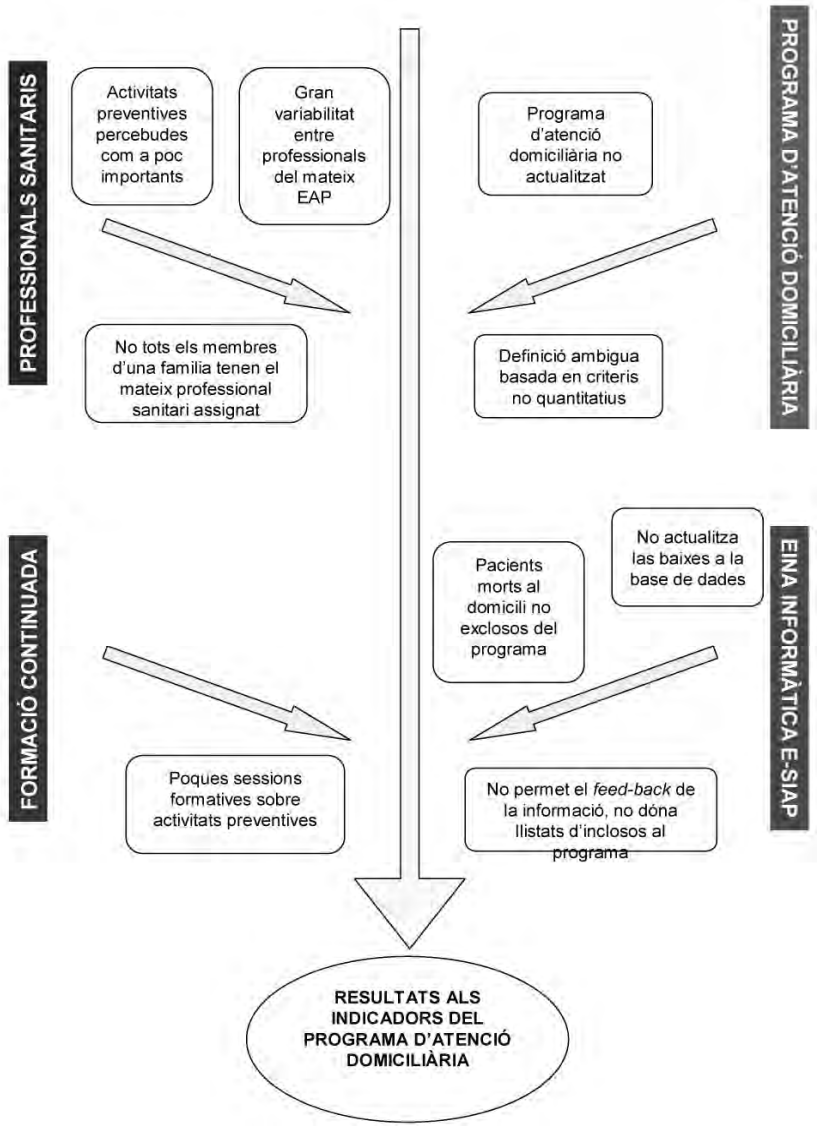
3. Atenció a la dependència. (Criteris de qualitat de l'atenció.) Tots els usuaris inclosos al PAD rebran anualment quatre visites domiciliàries i la valoració del nivell de dependència per a les activitats bàsiques de la vida diària mitjançant l'índex de Barthel.

Una vegada prioritzat el problema, es va procedir a fer una anàlisi qualitativa i quantitativa dels factors causals. Després, es varen prendre mesures correctores, es va marcar un cronograma d'execució i es varen mesurar els tres indicadors, monitoritzant-los als sis mesos de la implantació de les mesures correctores.

2. Anàlisi de causes

2.1. Anàlisi qualitativa. Utilitzarem un diagrama d'Ishikawa per analitzar les causes del problema.

Taula 1 | *Diagrama d'Ishikawa*



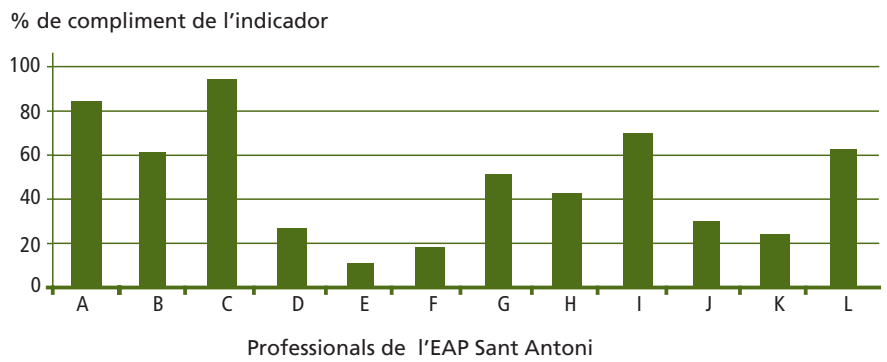
Es va determinar que els resultats als indicadors depenien de quatre factors principals:

- Factors relacionats amb l'eina informàtica (e-siap)
  - El sistema no permet als professionals una retroacció o *feed-back* d'informació, no es podien treure llistats dels pacients inclosos al programa.
  - La base de dades no estava actualitzada, seguien actius al programa molts de pacients morts al domicili.
- Factors relacionats amb la formació continuada
  - Es feien poques sessions formatives sobre activitats preventives i registre a la història clínica electrònica (e-siap).
- Factors relacionats amb els professionals de l'EAP
  - Gran variabilitat en la pràctica assistencial entre professionals del mateix EAP.
  - Les activitats preventives eren percebudes com a poc importants.
  - No tots els membres de la mateixa família tenien els mateixos metge i infermera de referència.
- Factors relacionats amb el programa de salut
  - No hi havia un programa d'atenció domiciliària actualitzat.
  - Definició de pacient immobilitzat ambigua i basada en criteris qualitatius.

2.2. Anàlisi qualitativa. Es varen utilitzar les dades del SIA del mes de febrer de 2011 corresponents al indicadors següents:

Indicador 1. Inclusió al programa PAD, dades individuals de febrer de 2011 [gràfic 1]

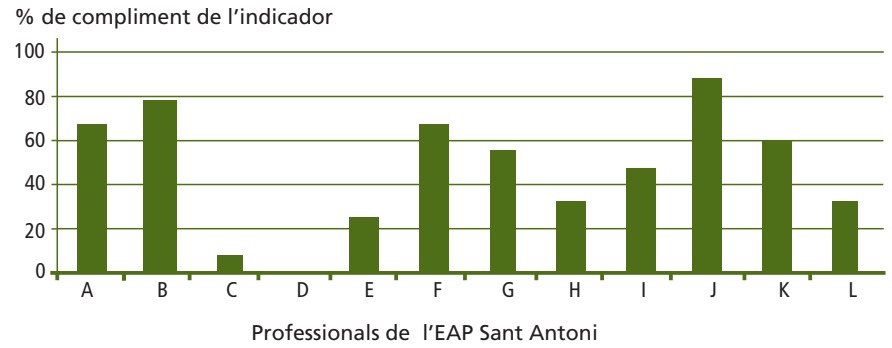
Gràfic 1 | *Inclusió al programa d'atenció domiciliària*



Indicador 1. Inclusió al programa PAD. Dades individuals. Febrer de 2011.

Indicador 2. Escala de Braden, risc d'UPP en pacients del PAD [gràfic B]

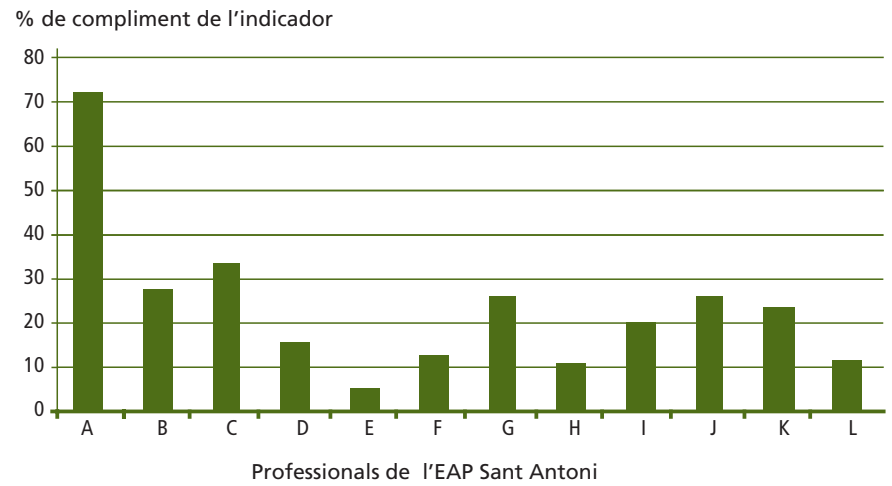
Gràfic 2 | *Mesurament del risc d'UPP*



Indicador 2. Escala de Braden, risc d'UPP en pacients del PAD. Dades individuals. Febrer de 2011.

Indicador 3. Atenció a la dependència, criteris de qualitat de l'atenció [Figura C]

Gràfic 3 | *Atenció a la dependència*



Indicador 3. Visita domiciliària i valoració de la dependència. Resultats individuals. Febrer de 2011.

Disposam de les dades de l'EAP i de les dades per professional sanitari. A les figures A, B i C es representa a l'eix d'abscisses amb una lletra (de la A fins a L) cada professional, i a l'eix d'ordenades, el percentatge de compliment de l'indicador corresponent.

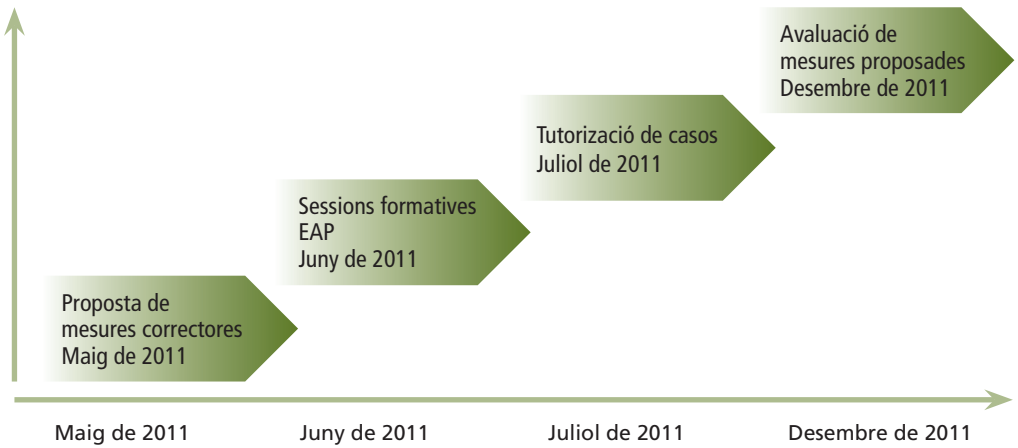
3. Mesures correctores proposades

Partint d'aquesta anàlisi, el grup de millora de qualitat va proposar a la resta de l'equip una sèrie de mesures correctores:

- Formació continuada:
  - Sessions de formació continuada sobre el PAD.
  - Sessions de formació continuada sobre el registre a la història clínica electrònica (e-siap).
- Tutorització de casos. Un grup multidisciplinari format per treballadora social i infermera donarà suport i assessorament sobre casos dubtosos i contingents de pacients amb baixa cobertura al programa.
- Depuració de la base de dades
  - Actualització de la base de dades de l'e-siap mitjançant la depuració d'un llistat de pacients més grans de 65 anys amb targeta sanitària.
  - Notificació a l'entitat que gestiona la targeta sanitària dels pacients que moren al domicili.
  - Autorització de l'accés dels professionals sanitaris d'AP al llistat de pacients inclosos al programa PAD. Aquesta sol·licitud es va transmetre a la Gerència de l'Àrea de Salut, ja que no depèn dels professionals de l'EAP.

Presentació a l'EAP de les mesures correctores:
En una reunió es va informar l'EAP del treball realitzat pel grup de millora de qualitat: anàlisi quantitativa, anàlisi qualitativa i mesures correctores proposades. Es va pactar amb l'EAP un cronograma per a la posada en marxa de les mesures correctores que es recull a la taula 2.

Taula 2 | *Cronograma de treball*



Es varen presentar els resultats individuals dels indicadors del Programa d'Atenció Domiciliària. Es va assignar a cada cuota de pacients una lletra de la A fins a la L de manera aleatòria. Cada professional coneixia la lletra que tenia assignada i, per tant, els seus resultats individuals, però no coneixia a quin professional corresponien la resta de resultats. L'objectiu d'aquesta tècnica era mostrar a cada professional en quina posició es trobava dins el rànquing de l'equip, però sense desvetllar la identitat de la resta. La nostra meta ha estat sempre millorar, cadascú des de la seva posició de partida, intentant assemblar-nos als millors de la classe (benchmarking informal).

Es va enviar a cada professional d'infermeria un llistat amb els pacients més grans de 65 anys que teníen assignats per facilitar la depuració de la base de dades i per a la identificació de persones susceptibles de ser incloses al Programa d'Atenció Domiciliària.

La conjuntura econòmica del moment en què es va implantar el pla de millora va determinar la desaparició del plus de productivitat variable, per tant, la hipotètica millora als indicadors no aniria acompanyada de cap contraprestació econòmica ni de cap altre incentiu.

4. Resultats

Sis mesos després d'implantar les mesures correctores, tots els professionals d'infermeria han actualitzat i depurat el llistat de pacients inclosos al programa PAD.

La comparació dels resultats als indicadors monitoritzats preintervenció i postintervenció dóna els resultats següents:

4.1. Dades de l'avaluació corresponent al global de l'EAP Sant Antoni:

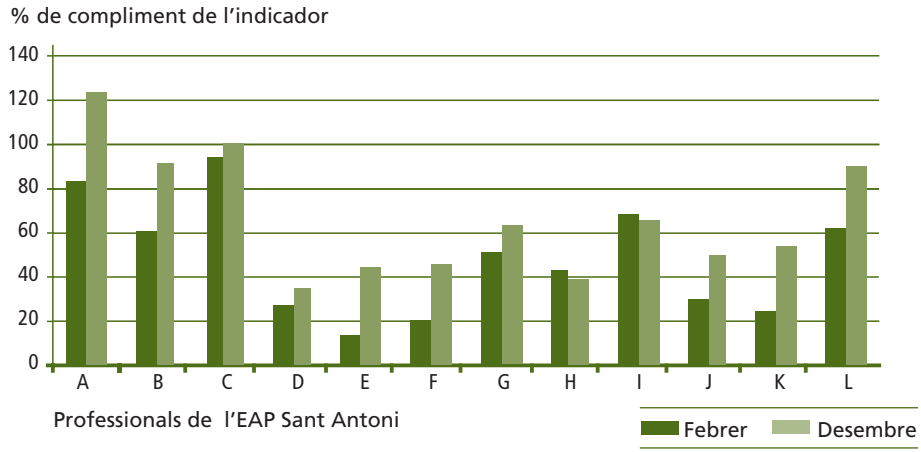
Indicador 1: Cobertura del PAD. S'ha passat del 58,90% (desembre de 2010) al 65,77% (desembre de 2011). Increment d'un 6,87 % en un any.

Indicador 2: Valoració del risc d'UPP. S'ha passat del 40% al 68,84%. Increment del 28,84% en un any.

Indicador 3: Nombre de visites domiciliàries i valoració del nivell de dependència. S'ha passat del 22% al 25%. Increment del 3% en un any.

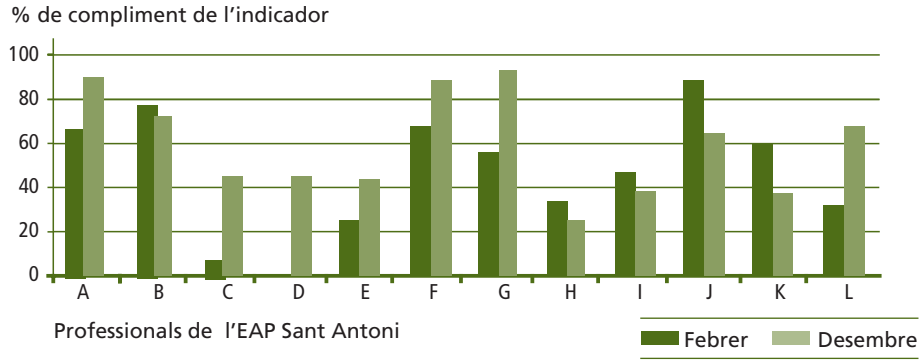
4.2. Dades de l'avaluació per professional sanitari:

Gràfic 4 | *Inclusió al programa d'atenció domiciliària.*



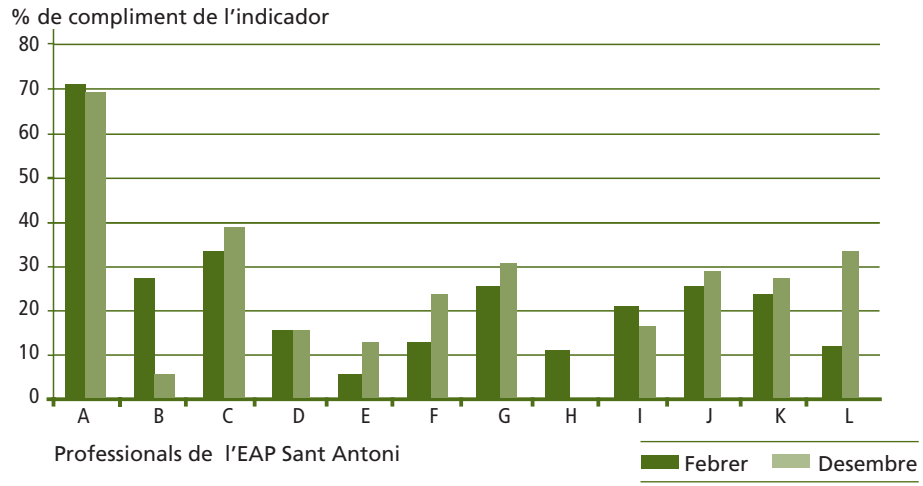
Indicador 1, cobertura del PAD: resultats individuals. Diagrama de barres amb dades comparatives del mes de febrer de 2011 i el mes de desembre de 2011.

Gràfic 5 | *Risc d'UPP*



Indicador 2. Valoració del risc d'UPP: resultats individuals. Diagrama de barres amb dades comparatives del mes de febrer de 2011 i el mes de desembre de 2011.

Gràfic 6 | *Atenció a la dependència*



Indicador 3. Valoració de les visites domiciliàries i nivell de dependència: resultats individuals. Diagrama de barres amb dades comparatives del mes de febrer de 2011 i el mes de desembre de 2011.

Els resultats postintervenció es varen presentar amb una reunió a l'EAP seguint el mateix format que a la reunió preintervenció. Es va assignar una lletra de forma aleatòria a cada professional (de la A fins a la L), i això va permetre que cada professional conegués els seus resultats individuals i la seva posició al rànquing del centre, però mantenint l'anonimat de la resta.

5. Conclusions

Les dades obtingudes donen suport a la hipòtesi de la utilitat de la metodologia de qualitat i el benchmarking informal per millorar els resultats als indicadors del Programa d'Atenció Domiciliària. Trobam que el benchmarking pot ser un instrument útil per estimular dinàmiques de millora als proveïdors d'atenció primària.

L'EAP en conjunt s'ha implicat en el projecte del centre. Això es posa de manifest en constatar que han millorat 10 professionals dels 12 totals a l'indicador 1, i 8 professionals dels 12 totals als indicadors 2 i 3. Els percentatges de millora globals són importants, però en un projecte de millora ens interessa conèixer si la milloria del grup és deguda a l'empenta d'un grup petit molt motivat o si, al contrari, la majoria aporta de manera positiva al resultat global. És especialment rellevant aquesta trobada si consideram que els punts de partida eren molt dispars.

La revisió dels llistats de persones més grans de 65 anys assignats per infermera ajuda a la captació de pacients per al Programa d'Atenció Domiciliària. Respecte als usuaris inclosos al programa (directament relacionats amb l'indicador de cobertura), cal dir que, en procedir a fer la depuració del llistat de més grans de 65 anys assignats per professional, es va detectar un important nombre de persones que havien mort al domicili i que seguien actives a la base de dades de l'e-siap i, per tant, constaven com a actives al PAD. Aquestes morts varen ser notificades a la institució responsable de la targeta sanitària per donar-los de baixa a la base de dades del sistema informàtic, i això va suposar un descens del nombre d'usuaris del PAD. Malgrat això, el resultat de l'indicador de cobertura en el moment de l'avaluació postintervenció és major que en la mesura preintervenció. La millora la relacionam amb la recerca activa de casos realitzada pel personal d'infermeria entre els usuaris més grans de 65 anys, trobant que l'edat avançada és un dels factors de risc per ser inclòs en un programa d'atenció domiciliària.

La campanya de vacunació antigripal que es desenvolupa durant els mesos d'octubre i novembre a Eivissa va suposar una oportunitat per contactar amb els més grans de 65 anys. La recerca activa de casos entre les persones més grans ens va dur a la revisió de les nostres persones més grans de 75 anys. El resultat d'aquesta activitat és la millora als indicadors del Programa de l'Ancià (efecte col·lateral positiu no previst).

Són necessaris estudis posteriors per analitzar de manera més detallada el comportament de l'indicador 3, i es planteja la pregunta: per què hem millorat menys en aquest indicador que en la resta? La millora no ha estat igual per a tots els indicadors avaluats. L'indicador de cobertura del programa i l'indicador de valoració del risc d'UPP s'han comportat de manera similar i positiva en els dos casos. Però a l'indicador de visites domiciliàries i valoració del nivell de dependència la millora ha estat prou discreta.

Pensam que aquest projecte no pot finalitzar amb les conclusions d'aquest treball. La presentació periòdica dels resultats individuals, l'actualització de la base de dades i la planificació regular de sessions sobre activitats preventives al calendari de sessions del centre es fan imprescindibles per mantenir amb el temps els assoliments aconseguits.

La majoria dels membres de l'EAP aconsegueix millorar els resultats individuals malgrat que aquest projecte no està lligat a incentius econòmics. Gené Badia reflexiona sobre models retributius basats en la productivitat variable i les repercussions d'aquests en la salut dels ciutadans. El nostre projecte de millora, per contra, es planteja justament l'any en què es redueix la paga als funcionaris i s'elimina el cobrament de la productivitat variable lligada a l'obtenció de determinats objectius de qualitat assistencial. Potser són els efectes secundaris d'una crisi econòmica, la necessitat de demostrar que no ens movem només per diners.

Referències bibliogràfiques

Durán, J. (2005). El benchmarking en las organizaciones. *Atención Primaria*, 35(3),128-129.

Escudero, M. C., Ibáñez, A., González, E., Sánchez, F., Utrilla, F., Hidalgo, M. A., et al. (2001). Incidencia y factores predictores de atención domiciliaria en población anciana. *Enfermería Clínica*, 3(11), 91-96.

Gener, J. (2007). Basta de clicar casillas. *Atención Primaria*, 39(4), 169-70.

Govern de les Illes Balears. (2012). *Indicadors de qualitat*. Palma de Mallorca: Atenció Primària de Mallorca.

INSALUD. (1997). *Cartera de Servicios de Atención Primaria*. Madrid: INSALUD.

Plaza, A., Zara, C., Gaurga, A., y Farrés, J. (2005). Resultado de la aplicación del Benchmarking en los equipos de atención primaria de Barcelona. *Atención Primaria*, 35(3), 122-9.

Autores

ANA LÓPEZ GARCÍA

Avilés (Astúries) 1973. Diplomada Universitària en Infermeria. Infermera de l'EAP Sant Antoni (Eivissa). Experiència vinculada amb envelliment i dependència: participació en la planificació i execució de tallers per a cuidadors de persones dependents en col·laboració amb la Direcció General de Dependència.

MARÍA CRUZ TRIGOSO ARJONA

Ceuta (1961). Diplomada Universitària en Treball Social. Treballadora social de l'IB-Salut a l'EAP Sant Antoni. Experiència vinculada amb envelliment i dependència: participació en la planificació i execució de tallers per a cuidadors de persones dependents en col·laboració amb la Direcció General de Dependència. Directora de la Llar de Tercera Edat de l'INSERSO a Manacor, Mallorca (1992-1996).

MARÍA DE LOS ÁNGELES SANZ SOBRINO

Santander (1962). Diplomada Universitària en Infermeria. Infermera de l'EAP Sant Antoni (Eivissa). Experiència vinculada amb envelliment i dependència: participació en la planificació i execució de tallers per a cuidadors de persones dependents en col·laboració amb la Direcció General de Dependència.

CIRURGIA CARDÍACA EN L'OCTOGENARI

Cirurgia cardíaca en l'octogenari

Fernando Enríquez Palma
Laura Vidal Bonet
Rubén Fernández Tarrío
María Riera Sagrera

Resum

La cirurgia en el pacient octogenari ha passat, en les últimes dècades, de ser una cirurgia d'excepció, a ser una més de les cirurgies de rutina en els serveis de cirurgia cardíaca. Hi ha contribuït l'envelliment progressiu de la població, amb el conseqüent augment de les malalties cardiovasculars, la millora en les cures i els avenços quirúrgics, que fan que sigui factible dur a terme operacions en pacients més grans de vuitanta anys amb bons resultats. Aquells pacients que sobreviuen a la intervenció tenen una esperança de vida superposable a la basal, a més d'una millora en la qualitat de vida.

Els pacients d'aquest grup d'edat presenten una sèrie de peculiaritats que hem de conèixer per tal d'abordar amb èxit la intervenció quirúrgica cardíaca, tant en la presentació dels símptomes i la valoració de la severitat de la malaltia, com en la valoració global del risc quirúrgic.

En els octogenaris s'ha de tenir molt en compte la decisió pròpia del pacient (una vegada explicada la malaltia, la intervenció i els riscos que implica) i la seva capacitat per assumir l'esforç necessari per a la recuperació. El suport familiar és un altre pilar fonamental al llarg de tot el procés, des de la presa de decisions fins a la recuperació.

Resumen

La cirugía en el paciente octogenario ha pasado, en las últimas décadas, de ser una cirugía de excepción, a ser una más de las cirugías de rutina en los servicios de cirugía cardiaca. A ello ha contribuido el envejecimiento progresivo de la población, con el consiguiente aumento de las enfermedades cardiovasculares, la mejora en los cuidados y avances quirúrgicos que hacen que sea factible realizar operaciones incluso en pacientes mayores de ochenta años con buenos resultados. Aquellos pacientes que sobreviven a la intervención tienen una esperanza de vida superponible a la basal, además de una mejoría en la calidad de vida.

Los pacientes de este grupo de edad presentan una serie de peculiaridades que debemos conocer para abordar con éxito la intervención quirúrgica cardiaca, tanto en la presentación de los síntomas, la valoración de la severidad de la enfermedad como en la valoración global del riesgo quirúrgico.

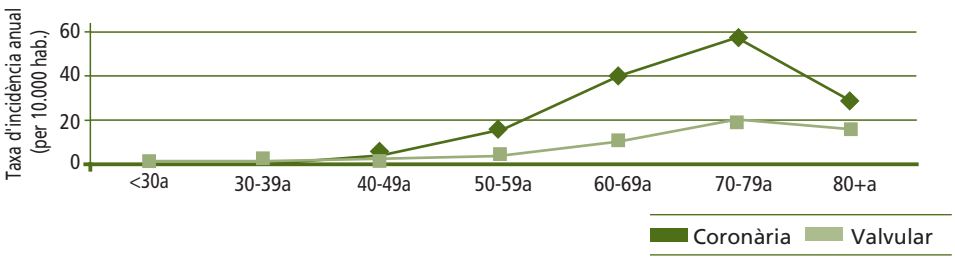
En los octogenarios debe tenerse muy en cuenta la decisión propia del paciente (una vez explicada la enfermedad, la intervención y los riesgos que implica) y su capacidad para asumir el esfuerzo necesario para su recuperación. El apoyo familiar es otro pilar fundamental a lo largo de todo el proceso, desde la toma de decisiones hasta la recuperación.

1. Introducció

1.1. Epidemiologia

Al llarg dels darrers anys s'ha observat un increment progressiu de l'edat mitjana de la població a la qual s'indica cirurgia cardíaca (en l'actualitat superior als 65 anys, mentres que a mitjans d'anys setanta eren pocs els pacients més grans d'aquesta edat als quals se'ls indicava). Els pacients «ancians» (la definició d'aquest terme ha anat modificant-se de manera progressiva, ja que abans incloïa persones de més de 65 anys i actualment de més de 80 anys) representen un percentatge cada vegada més elevat d'aquests pacients (gràfic 1) i en les últimes dues dècades s'ha observat un augment de fins al 67% de pacients octogenaris sotmesos a revascularització miocàrdica (Peterson, 1995).

Gràfic 1 | *Taxa de cirurgia coronària i valvular per edat als Estats Units (The Healthcare Cost and Utilization Project, HCUP, http://www.ahrq.gov/data/hcup/datahcup.htm)*



Aquest augment està condicionat per diversos factors:

1. L'increment de l'esperança de vida i la reducció de la natalitat.
2. L'arribada a l'edat de retir dels *baby boomers*.
3. Un increment de les malalties cardiovasculars en els pacients ancians. La millora dels tractaments augmenta el nombre de supervivents de més de 80 anys, el 80% dels quals tenen malaltia cardiovascular, el 40% desenvolupen clínica cardiovascular severa i el 20% presenten dades de cardiopatia isquèmica (Specer, 1989).
4. En vista de tot l'anterior, cada vegada es té amb més consideració aquest grup de població i es fan més estudis dirigits a aquest grup poblacional per a un millor tractament.
5. Per concloure, els avenços en les tècniques quirúrgiques, anestèsiques i de cures fan que sigui possible operar malalts anyencs amb garanties.

La població mundial està envellint. Segons dades de l'Eurostat, al 2012 a l'Europa dels vint-i-set hi havia 24.887.000 persones més grans de vuitanta anys (un 4,9%), dades que varien des del 2,9% d'Eslovàquia al 6,1% d'Itàlia, i que a Espanya se situen per sobre de la mitjana, amb el 5,2% (2.409.400 d'octogenaris, mentre que el 1981 representaven l'1,9% i el 2004, el 4,2%) (Eurostat, 2013). A les Illes Balears la població és més jove que la mitjana, però tot i així les persones més grans de 80 anys en són 45.000 (el 4,1% de la població, cosa que representa un factor de multiplicació del 14,33% respecte a l'inici del segle XX) (Salvà, 2012). A Espanya el procés d'envelliment és més ràpid per l'augment de l'esperança de vida, la disminució de la natalitat i el saldo migratori negatiu actual, i té una corba de població futura postmadura (inversió de la base de la piràmide). Es preveu que el 2020 hi haurà més de 6.500.000 octogenaris (el 15,6%). Atès que la supervivència de les dones és més elevada, aquestes són majoria en aquests grups d'edat. L'INE ens diu que el 2011 l'esperança de vida en néixer és de 79 anys per als homes i 84,92 anys per a les dones i als 80 anys, de 8,3 anys en homes i 10 anys en dones (INE, 2013).

1.2. El pacient octogenari

A banda dels aspectes sociosanitaris, culturals i econòmics, l'ancianitat comporta diversos canvis que es tradueixen en una disminució de les reserves, que no es manifesta en repòs però sí en situacions d'estrès, cosa que implica un excés de morbimortalitat respecte a la població més jove. Tot i això, els resultats en cirurgia cardíaca han millorat de manera progressiva en els últims anys. Per tant, no hem d'entendre l'edat en si com una contraindicació, sinó tenir presents les particularitats de l'octogenari a l'hora d'escollir el tractament adequat. És a dir, hem d'adaptar-nos i convertir-nos en cirurgians geriàtrics (taula 1).

Taula 1 | *Principis de cirurgia geriàtrica (modificació de Katlic, 2011)*

I. La presentació clínica dels problemes quirúrgics en la gent gran pot ser subtil o diferent de la que es presenta en la població general. Aquest fet pot conduir a un retard en el diagnòstic.
II. L'ancià maneja l'estrès bé, però no l'estrès sever per falta de reserves.
III. La preparació òptima preoperatòria és essencial, a causa del principi II. Quan la preparació és subòptima augmenta el risc perioperatori.
IV. Els resultats de la cirurgia electiva en l'ancià són reproduïbles. Els resultats de la cirurgia d'emergència són pobres, encara que segueix sent millor que el tractament no quirúrgic per a la majoria de condicions. El risc d'una cirurgia d'emergència pot ser moltes vegades més gran que la de la cirurgia electiva similar a causa dels principis II i III.

V. Escrupolosa atenció al detall, durant la cirurgia i en el perioperatori, ja que les persones grans toleren malament les complicacions a causa del principi II.

VI. L'edat del pacient ha de ser tractada com un fet científic, no amb prejudicis. L'edat cronològica per si no és cap contraindicació per a l'operació a causa del principi IV.

1.2.1. Malaltia de base

És ben conegut en l'àmbit de la cirurgia que la malaltia de base en el pacient octogenari se sol manifestar de manera atípica i en un grau més avançat, amb una resposta al trauma paradoxal, més tendència a la bradicàrdia i a la hipertensió, les quals amaguen la severitat del quadre. El mateix passa amb les malalties cardiovasculars, en què la presentació del quadre sol ser atípic: l'angina es pot manifestar en moltes ocasions com a dispnea, nàusees o diaforesi i la insuficiència cardíaca com a desorientació, agitació o al·lucinacions. Per això, en pacients octogenaris, és gran el percentatge de pacients que presenten lesions severes, classe funcional avançada i que precisen cirurgia urgent.

1.2.2. Factors fisiològics

Com més avançada és l'edat, més disminueix la reserva funcional dels òrgans, i la persona presenta menys adaptació a les situacions d'estrès.

El ronyó presenta un deteriorament del 10% per cada dècada a partir dels 50 anys, la qual cosa en els octogenaris suposa una pèrdua del 25% de la massa renal i del 40% del filtratge glomerular. Això es reflecteix millor en el mesurament de l'aclariment de creatinina, ja que inicialment la creatinina plasmàtica pot ser normal per l'escassa massa muscular. S'ha de tenir present per a la indicació de fàrmacs i s'ha d'evitar la deshidratació. La insuficiència renal és un potent marcador de risc quirúrgic (la mortalitat arriba al 60% en octogenaris que necessitin hemofiltració).

Amb els anys, la capacitat pulmonar disminueix, es produeix una caiguda en els valors de VEMS, CVF i DLCO, en part condicionada per la presència més elevada d'osteoartritis, la rigidesa pleural i la disminució de la massa muscular (que pot dificultar l'extubació). Hi ha menys capacitat de resposta a la hipercàpnia i hipoxèmia i s'ha de tenir molta cura amb els mòrfics i benzodiazepines.

El sistema cardiovascular també pateix canvis. Es produeix menys resposta parasimpàtica, disminució de l'elasticitat arterial, més tendència a la hipertensió i hipertròfia ventricular. S'observa un deteriorament de la funció diastòlica precoç per disminució de la distensibilitat muscular cardíaca secundària a la disminució dels miòcits i a l'augment del teixit connectiu (es fa més dependent de la contracció auricular i calen pressions d'ompliment més

elevades). La funció sistòlica també decau, sobretot en hipertensos, però s'emmascara per una contracció més prolongada.

Així mateix, el sistema immunològic té menys efectivitat amb una immunodepressió relativa i més tendència a infeccions més greus.

Als 65 anys el 10-15% de la població té algun deteriorament cognitiu, als 80 anys aquest percentatge és del 50% aproximadament. El risc d'ictus s'eleva per l'augment dels factors de risc (encara que el predictor principal n'és la presència d'un ictus previ, que multiplica de cinc a deu vegades el risc).

La capacitat d'adaptació no està disminuïda només físicament, sinó també psíquicament amb un augment dels casos de depressió i demència. Algun estudi ha relacionat la mortalitat al cap de sis mesos amb la limitació de les activitats de la vida diària, la manca de participació social i la força o el conhort de les creences religioses.

A banda dels canvis fisiològics, l'ancianitat comporta la presència més elevada de comorbiditats i en el grup de pacients octogenaris més del 50% en té una o més (Petre, 2000). Més del 40% dels pacients amb malaltia valvular presenten cardiopatia isquèmica associada i més del 10% tenen vasculopatia perifèrica o cerebrovascular. La prevalença d'hipertensió arterial i malaltia pulmonar crònica és igualment alta. S'ha de destacar pel seu valor pronòstic advers, com s'ha dit, la presència d'insuficiència renal en el 5-10% dels pacients. Encara que un de cada vuit pacients sol ser diabètic, aquesta proporció és més reduïda que en pacients més joves, ja que els diabètics tenen una esperança de vida reduïda i són pocs els que arriben a ser octogenaris (Petre, 2000; Avery, 2001). Aquesta selecció negativa s'ha observat en altres factors pronòstics negatius com l'existència d'un infart de miocardi previ (taula 2).

Taula 2 | *Comorbiditats en l'ancià valvular (modificació de Petre, 2000)*

Malaltia coronària	40-60%
EPOC	12-25%
Insuficiència renal	5-10%
Malaltia vascular perifèrica	2-10%
Malaltia cerebrovascular	5-25%
HTA	20-50%
Diabetis mellitus	10-20%

1.2.3. Factors anatòmics

La fragilitat tissular és un altre factor important a tenir en compte tant des del punt de vista quirúrgic, ja que requereix un maneig més acurat i exquisit, com de la cicatrit-

zació posterior de les ferides. La hipoproteïnèmia és freqüent, especialment en alguns ancians amb una alimentació pobra en proteïnes i clara desnutrició, i s'acreix en situació d'alt consum metabòlic com la cirurgia. Un altre factor important és l'evolució de l'aterosclerosi generalitzada amb una incidència de fins al 20% de plaques calcificades mòbils a l'aorta ascendent i arc aòrtic en persones més grans de 75 anys (Katz, 1992). La presència d'aterosclerosi cerebral afavoreix la mala perfusió cerebral durant la circulació extracorpòria (CEC) per la pèrdua del fluc pulsàtil i l'alteració de l'autoregulació cerebral, factors que augmenten el risc de problemes neurològics durant la cirurgia cardíaca. Els pacients són de talla més baixa que els més joves i tenen les cavitats cardíaques més petites, i també les artèries coronàries, que són, així mateix més tortuoses. Els anells valvulars són més petits i la calcificació és més freqüent, cosa que fa més exigent la cirurgia i eleva el risc quirúrgic.

2. Cirurgia cardíaca en l'octogenari

2.1. Indicacions

A part de la presentació clínica més atípica, el curt marge terapèutic en els pacients octogenaris crea certs recels al pacient i al metge, fet que condiciona un endarreriment respecte a les indicacions quirúrgiques de les guies de consens i, per tant, s'indica la cirurgia a aquest pacients en una fase més evolucionada de la malaltia. Així, el percentatge de pacients octogenaris en classe funcional III-IV de l'NYHA és més gran que els més joves i tenen un grau més elevat de disfunció ventricular. També és més freqüent que siguin intervinguts de manera urgent-emergent i això multiplica per deu la mortalitat (Avery, 2001; Craver, 1999). Cal tenir en compte que tot això incrementa el risc quirúrgic (Petre, 2000).

A l'hora d'establir una indicació quirúrgica en un pacient octogenari, hem d'individualitzar la decisió valorant correctament els beneficis i riscos de la intervenció. Hem d'entrevistar personalment el malalt, tenint molt en compte la decisió pròpia del pacient i la seva capacitat per assumir l'esforç necessari per a la seva recuperació.

Abans de la indicació quirúrgica intentarem dilucidar una sèrie de factors (Azpitarte, 1998):

- L'edat biològica del pacient, que moltes vegades no coincideix amb l'edat cronològica, ja sigui en sentit positiu com en negatiu.
- Que la lesió coronària / valvular sigui hemodinàmicament significativa.
- Que els símptomes siguin derivats de la malaltia cardíaca i no d'un altre procés intercurrent.
- Que no hi hagi una altra comorbiditat severa amb símptomes o pronòstic pitjors que els de la malaltia cardiovascular de base.

2.1.1. Risc quirúrgic

El risc de la cirurgia estarà determinat pel tipus d'intervenció i les comorbiditats del pacient. És difícil estimar la influència real de l'edat pel gran nombre de factors de confusió que determinen la discordança edat cronològica - edat biològica anteriorment exposada.

Per orientar-nos en la decisió terapèutica, habitualment es fan servir escales de risc com EuroSCORE, STS o Parsonnet. Totes aquestes escales tenen en l'edat un dels principals factors de risc. La mortalitat d'aquestes escales augmenta de manera logarítmica a mesura que augmenta l'edat. Un pacient octogenari sense comorbiditat associada té un risc estimat de prop del 5% segons l'EuroSCORE (assumible) però qualsevol altre factor de risc afegit dispara la mortalitat prevista. Tot i que aquestes escales han estat àmpliament validades en la població general, sembla que l'aplicació en els pacients octogenaris no és correcta, atès que hi ha una tendència a sobreestimar el risc, sobretot en operacions relativament senzilles com la substitució valvular aòrtica, cosa que ens confondria a l'hora de la presa de decisions (Culliford, 1991; Collart, 2005). Recentment, el 2011, es va presentar de l'EuroSCORE II, més exigent, que sembla ajustar-se més al risc real, encara que falten estudis que el validin en la població octogenària (Nashef, 2012).

El concepte de *fragilitat* com a reflex de la vulnerabilitat dels pacients ancians, no quantificat en altres paràmetres, ha emergit del món geriàtric. Es manifesta com a reducció de l'activitat, deambulació i pèrdua de massa corporal. Actualment s'empren diversos índexs i escales per intentar fer-ne la quantificació. Només recentment han començat a aplicar-se al pacient cardiovascular i ja han mostrat més capacitat predictiva de morbimortalitat quan es combinen amb altres escales de risc en pacients sotmesos a cirurgia cardíaca. Atesa la seva simplicitat, sembla prometedor l'ús del Test de la velocitat de la marxa a 5 metres (Afilalo, 2012).

S'han identificat una sèrie de factors de mal pronòstic que, segons els casos, ens podrien contraindicar la cirurgia (Petre, 2000) perquè augmenten el risc quirúrgic, escurcen la supervivència o disminueixen els beneficis de la cirurgia, com ara la presència d'insuficiència renal amb creatinina de més de 2 mg/dl, la disfunció ventricular severa amb fracció d'ejecció (FE) de menys del 30%, la presència de malaltia pulmonar obstructiva crònica severa amb VEMS < 800 ml, la coexistència d'una neoplàsia, el dèficit neurològic incapacitant o el desordre neurològic invalidant (entre els quals s'inclou la depressió). A més, segons la nostra experiència, els octogenaris amb hipertensió pulmonar severa són pacients amb un risc especial.

Per disminuir el risc de la intervenció, especialment en pacients d'alta comorbiditat, hem d'adaptar les nostres tècniques quirúrgiques i tenir molt en compte el dogma *primum non nocere* i, per això, farem el següent:

- Seleccionar els pacients (valoració integral del pacient amb un complet estudi preoperatori).
- Optimitzar l'estat del pacient, amb una nutrició adequada i evitar la deshidratació.
- Evitar tan com sigui possible les cirurgies d'urgència i, així, convertir-lo en un pacient al més electiu possible.
- Adaptar la tècnica quirúrgica:

    - Optimitzar la perfusió cerebral: mantenir pressions de perfusió en CEC altes (Brener, 1987). Evitar la hipovolèmia i les arítmies.
    - Evitar embòlies: estudi preoperatori de l'ateromatosi aòrtica i cerebrovascular per adoptar les estratègies necessàries. S'ha recomanat l'ecografia transesofàgica o epiaòrtica per a l'estudi de l'ateromatosi i evitar la zona de canulació o clampatge perjudicials (Wareing, 1992).
    - Disminuir el risc en pacients amb comorbiditat, amb el cost de fer reparacions incompletes, és a dir, fer intervencions més senzilles encara que no siguin les més eficients (per exemple, utilitzar pròtesis aòrtiques de mida més petita encara que quedin gradients relativament alts en lloc de fer ampliacions del tracte de sortida o permetre insuficiències lleugeres sense reparació o fer revascularitzacions incompletes de les artèries no principals).
    - Noves tècniques quirúrgiques: abordatge percutani, cirurgia mínimament invasiva.

- Optimitzar la mecànica respiratòria, preoperatòria i postoperatòria amb fisioteràpia respiratòria precoç.
- Suport familiar.
- Evitar l'ús de nefrotòxics.
- Adoptar mesures de prevenció del delírium (limitar benzodiazepines).

2.1.2. Beneficis

Els beneficis de la intervenció quirúrgica en aquest grup d'edat es basen en la millora de la qualitat de vida, més que no pas en la supervivència a llarg termini. Les comorbiditats no només augmenten el risc quirúrgic, sinó que redueixen per si mateixes l'esperança de vida.

Si conversem amb el pacient, ens adonarem que aquest afronta amb gran temor la idea d'una intervenció quirúrgica i només està disposat a vèncer aquesta por si veu amenaçada la independència en la seva vida diària. Molts pacients pensen que estan vivint un temps prestat i més del 10% dels pacients poden rebutjar la intervenció. Per tant, els beneficis que pot aportar la cirurgia són més alts en aquells individus amb certa independència en el seu quefer diari i que conserven la mobilitat. L'evolució és clarament més bona en els pacients motivats, de manera que la decisió del malalt és fonamental en la seva recuperació. El suport familiar és un altre pilar fonamental al llarg de tot el procés, des de la presa de decisions fins a la recuperació.

Hem d'intervenir pacients simptomàtics amb l'esperança d'una millora substancial de la seva qualitat de vida. No s'ha de dur a terme cirurgia «profilàctica» o amb beneficis esperables a llarg termini.

La supervivència després de la intervenció en els pacients octogenaris, en la majoria de les sèries, és similar a la de la població de referència; per al 55-60% és de cinc anys i per al 23-27% de deu anys (el 90% i 79% de la població de referència respectivament), és a dir, una supervivència mitjana d'uns sis anys (Ravi, 2011; Krane, 2011). Com a factors que condicionen la supervivència a llarg termini s'han proposat l'edat superior a 85 anys, el sexe masculí, la insuficiència renal i la presència de complicacions en el postoperatori (indicativa de la mala tolerància a l'estrès).

A posteriori, quan es demana als pacients, el 75-85% afirmen que van fer bé d'operar-se, el 81-93% diuen que estan més bé que abans de la cirurgia i el 68-92% es troben en classe funcional NYHA I-II. Els índexs de qualitat de vida (NYHA, SF-36) milloren substancialment, sobretot en els pacients més simptomàtics, encara que queden afectats dramàticament en els pacients amb dany neurològic. El mateix s'observa en els índexs de dependència (KDC, SSI) que passen del 20% al 70% (Glower, 1992). Aquestes millores decauen ràpidament i són més evidents al cap de dos anys que al cap de cinc anys (Kumar, 1995). Tot i el cost més elevat en comparació amb els joves, es considera que és rendible.

2.2. Cardiopatia isquèmica

L'aterosclerosi és un procés propi de l'envelliment. Com s'ha dit, fins el 40% de la població anciana pateix malalties cardiovasculars i el 20% dels octogenaris freqüentment els és diagnosticada cardiopatia isquèmica debutant, com infart agut de miocardi (IAM) (Shirani, 1995). En estudis autòptics més del 60% presentava lesions significatives d'un vas. Aquesta segueix sent la primera causa de mortalitat (67%) entre els ancians.

Quant a la vàlvula aòrtica, aquesta s'observa calcificada en més del 55% dels pacients nonagenaris, encara que només el 5% desenvolupa estenosi aòrtica significativa. De manera inversa, més del 29% dels pacients amb estenosi aòrtica significativa presenten lesions d'un o dos vasos associades (Davis, 1993).

Altres característiques anatòmiques de la població anciana són la tortuositat de les artèries coronàries i el ventricle esquerre més reduït de tamany.

Diversos estudis, com el desenvolupat a Alberta, Canadà, (Graham, 2002), mostren els beneficis de l'intervencionisme davant del tractament mèdic en pacients simptomàtics, i són precisament els pacients octogenaris els que en resulten més beneficiats (augment de la supervivència del 17% per cirurgia, 11% per intervencionisme percutani) (taula 3).

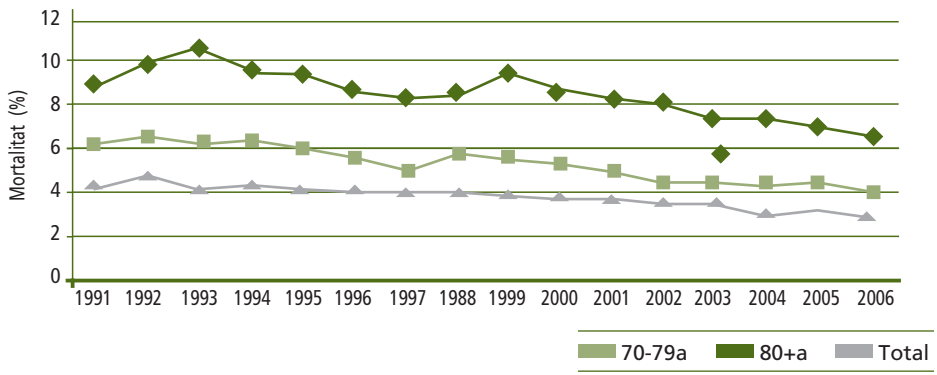
Altres mostren més beneficis quant a supervivència i qualitat de vida que en el tractament percutani, a costa d'una lleugera mortalitat inicial major.

Taula 3 | *Taxa ajustada de supervivència al cap de quatre anys (N = 21,573) (modificació de Graham, 2002).*

Edat (anys)	Tractament mèdic	Intervencionisme percutani	Cirurgia coronària
< 70	90,8%	93,8%	95,0%
70-79	79,1%	83,9%	87,3%
≥ 80_	60,3%	71,6%	77,4%

La mortalitat quirúrgica publicada varia del 2,7 al 6,4%, i ha disminuït en el temps tot i l'augment dels factors de risc (gràfic 2). L'increment de la mortalitat respecte a la població jove s'atribueix no només als factors derivats de l'envelliment, sinó, com s'ha dit prèviament, al diagnòstic més tardà dels processos (Alexander, 1997). És més freqüent la clínica de dispnea per alteració de la distensibilitat i menys freqüent l'angina d'esforç (els ancians limiten més l'activitat). S'intervenen més pacients amb malaltia de tres vasos, tronc coronari esquerre, disfunció ventricular, i pacients més simptomàtics (fins al 90% en classe NYHA III-IV) i amb més cirurgia d'urgència (Williams, 1995; Alexander, 1997).

Gràfic 2 | *Mortalitat en cirurgia coronària. Estats Units 1991-2006 (The Healthcare Cost and Utilization Project, HCUP, http://www.ahrq.gov/data/hcup/datahcup.htm)*



Diversos estudis han analitzat els factors relacionats amb la morbimortalitat dels pacients octogenaris sotmesos a revascularització quirúrgica. Algun grau de disfunció ventricular esquerra s'observa en el 49-51% i la mortalitat dels pacients amb funció conservada és

del 3-6%, amb disfunció moderada del 5-13% i amb disfunció severa, que es dispara al 24-43% (Camacho, 2011). Mullany et al. (1990) afirmen que aquest és el predictor més fort de mortalitat. La clínica avançada aguda (la cirurgia de l'IAM augmenta la mortalitat a curt i llarg termini) (Peterson, 1995) i la cirurgia urgent o factors que hi estan relacionats, com l'ús de baló de contrapulsació, l'ingrés previ a l'UCI o l'ús de drogues vasoactives, són altres factors predictors de mortalitat. Altres factors, com la insuficiència renal, la insuficiència respiratòria, la infecció esternal, la reoperació per sagnat i els procediments combinats coronaris i valvulars ens marquen la fragilitat de les reserves en aquest grup de població.

Un factor crucial són les complicacions neurològiques. En un estudi prospectiu, Tuman et al. (1992) van estudiar l'efecte de l'edat en les complicacions neurològiques en persones més grans de 75 anys, en què apareixien en el 8,9% amb una taxa de mortalitat del 74% en aquells pacients amb ictus permanent significatiu. Altres sèries presenten una incidència més petita, del 2,3%. Com a causes s'apunten l'embòlia de plaques aòrtiques (la primera causa d'ictus), la hipotensió, el baix flux durant la CEC i la presència de ateromatosi cerebrovascular extracranial o intracranial. La supervivència d'aquest grup de pacients sotmesos a cirurgia coronària és similar o superior a la de la població de referència, amb un taxa de supervivència al cap de cinc anys del 63 + - 2% i arriba al 73% en la sèrie australiana. El 81-93% refereix que està millor que abans de la cirurgia i el 75-84% considera que va prendre una bona decisió (Akins, 1997).

2.2.1. Estratègies per disminuir el risc

Hem d'aplicar estratègies per minimitzar la cirurgia o el seu impacte en aquest grup d'edat, a més de les comunes en els altres procediments esmentats anteriorment. Les específiques són:

- Optimitzar l'estat del pacient, amb una nutrició adequada, i evitar la deshidratació, així com intentar convertir-lo en un pacient al més electiu possible evitant emergències.
- Evitar el dany del nervi frènic durant la manipulació de l'artèria mamària.
- Prevenir la dehiscència esternal (ja que augmenta la morbimortalitat).
- Evitar embòlies: fer un estudi preoperatori de l'ateromatosi aòrtica i cerebrovascular. En cas de calcificacions severes, es pot replantejar el tractament considerant la revascularització parcial sense CEC (*off-pump*) o híbrida, la revascularització endovascular o l'entrada en CEC amb canulació femoral o axil·lar i recanvi d'aorta ascendent (procediment molt invasiu i desaconsellat en octogenaris).
- Revascularització *off-pump*: sembla una alternativa raonable en pacients seleccionats. El benefici principal és escurçar les estades hospitalàries i en algun estudi la taxa d'ictus. La mortalitat s'ha mostrat similar en els articles recents (entre el 4,5 i el 59%), i la qualitat de vida fins i tot és millor en pacients intervinguts amb CEC (Raja, 2012).

2.3. Valvulopaties

2.3.1. Valvulopatia aòrtica

2.3.1.1. Estenosi aòrtica

L'estenosi aòrtica degenerativa és la valvulopatia més freqüent en els octogenaris, que es presenta en el 70-80% dels casos (Akins, 1997; Freeman, 1991). La seva prevalença augmenta de manera progressiva amb l'edat, ja que passa del 2,5% als 75 anys al 8,1% als 85 anys. En el nostre medi, es va trobar que fins al 16% dels octogenaris ingressats tenien estenosi aòrtica severa (Garcia de la Villa, 2012).

S'han d'operar els pacients simptomàtics amb estenosi aòrtica severa. A l'hora de valorar la severitat de l'estenosi és millor considerar l'àrea valvular aòrtica (< 1 cm^2 o l'índex < 0,6 cm^2/m^2) que el gradient valvular, que és més variable i difícil d'interpretar (Rahimtoola, 1999), especialment en pacients amb estenosi de baix gradient. Un gradient mitjà > 50 mmHg o pic > 60 mmHg tenen un bon valor predictiu positiu d'estenosi aòrtica severa, però mal valor predictiu negatiu. En la majoria dels malalts aòrtics, la funció sistòlica ventricular esquerra està conservada, sense lesions coronàries significatives, amb uns bons resultats quirúrgics i, a llarg termini, l'evolució és similar a la de la població general. S'ha calculat que a més d'un terç dels malalts amb indicació quirúrgica el seu metge no els aconsella cirurgia o es fa de manera tardana (Iung, 2005; Bouma, 1999), la major part dels quals perquè presenten disfunció ventricular esquerra (fracció d'ejecció, FE, < 50%) o comorbiditat (sobretot neurològica). Encara que la presència d'una disfunció ventricular augmenta el risc quirúrgic, són precisament aquests els malalts que se'n beneficien més en comparació amb el grup tractat mèdicament (Bouma, 2004).

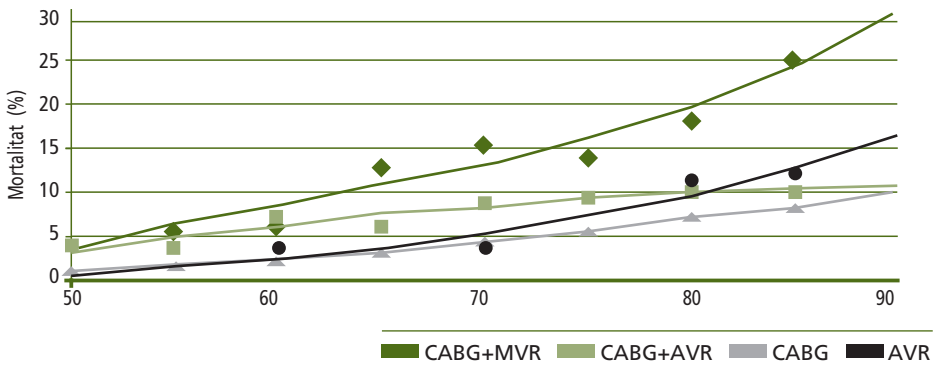
No està clara la indicació de substitució aòrtica de tipus profilàctic en pacients amb estenosi moderada que han de ser intervinguts de revascularització miocàrdica. Alguns autors, basant-se en la mortalitat de la cirurgia combinada (coronària i valvular), l'evolució de l'estenosi aòrtica moderada i la mortalitat de la reintervenció, recomanen no fer la substitució valvular aòrtica i, si cal, practicar una reintervenció més endavant, que no seria necessària en tots els casos donada l'esperança de vida (Rahimtoola, 2001). La reintervenció en un pacient coronari pot comportar el dany dels empelts permeables, encara que aquest factor es pot assumir en centres amb experiència. Encara que aquesta política sembla certa en pacients de mitjana edat, la progressió més ràpida de l'estenosi aòrtica calcificada en l'ancià (Wagner, 1982; Nestico, 1983) pot orientar cap al contrari, i és raonable la cirurgia combinada en estenosi amb àrea < 1,2 cm^2 o índexs d'àrea < 0,8 cm^2/m^2.

En casos de substitució, la primera opció és una pròtesi biològica, cosa que evita l'anticoagulació en pacients amb baix risc de fenòmens embòlics. La supervivència esperada de l'octogenari és inferior a la de la vàlvula. Hem de tenir en compte que en mides inferiors a 21 mm hem de permetre gradients més alts o implantar una pròtesi mecànica, evitant cirurgies més complexes com tècniques d'ampliació de l'anell aòrtic o

l'implant de pròtesis no suportades (*stentless*) que requereixen més temps d'isquèmia i CEC, i són difícils d'implantar en aquests malalts, generalment amb gran calcificació associada. Les pròtesis mecàniques de mides més petites generen gradients més baixos que les biològiques i permeten una millor hemodinàmica del ventricle esquerre. A més, procurant mantenir l'anticoagulació amb INR propers a 2, el risc de complicacions hemorràgiques és baix (Elayda, 1993).

Els resultats quirúrgics en la majoria de grups mostren un excés de mortalitat en comparació amb pacients més joves, en què oscil·la entre el 5% i el 10% (Likosky, 2009; Gehlot, 1996), encara que les sèries més modernes presenten mortalitats més petites, com la d'Oviedo, amb un 3,8% de mortalitat (Calvo, 2007). Aquesta mortalitat s'arriba a duplicar si s'hi associa revascularització miocàrdica (gràfic 3). Tot i que els pacients octogenaris són seleccionats, es troben en un grau d'afectació valvular i insuficiència cardíaca més avançada que els pacients més joves (Petre, 2000). Com a factors de risc de cara a la intervenció s'han descrit: presència d'insuficiència renal, hipertensió pulmonar, FE < 50%, l'antecedent d'un infart previ (miocàrdic o cerebral), una classe funcional avançada (NYHA > 2), el sexe femení (les dones tenen generalment artèries coronàries i anells valvulars més petits) i la cirurgia amb caràcter d'urgència (Gilbert et al., 1999; Kisch et al., 1999). La morbiditat també és més alta que en els grups de menys edat, amb més incidència de reoperació per sagnat, pneumònia (10%), insuficiència renal (8%) i accidents isquèmics transitoris (5%) (Khan, 1998).

Gràfic 3 | *Mortalitat per tipus de cirurgia (modificació de Florath, 2003; Alexander, 2000)*



(CABG: cirurgia coronària, MVR: substitució mitral, AVR: substitució aòrtica).

A llarg termini la supervivència en els pacients intervinguts és similar a la de la població de control amb valors al cap d'un any, tres i cinc anys, de prop del 85-95%, 80% i 66-75% respectivament, mentre que el pronòstic dels pacients no intervinguts és nefast amb

supervivències al cap de cinc anys del 22-30% (Pierad, 2011; 1987). L'esperança de vida postoperatòria s'escurça en els pacients amb insuficiència renal, diabetis, sexe femení, disfunció ventricular i en les persones més grans de 85 anys.

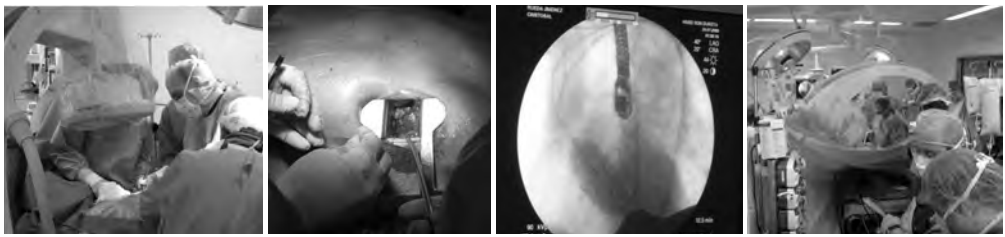
La millora observada no s'expressa només en la supervivència sinó en la qualitat de vida, amb una millora de la classe funcional (que queda a prop del 90% dels malalts en classe funcional I-II) i la independència (el 65-80% dels pacients tenen una vida autònoma). Com a reflex d'aquesta situació, la majoria dels pacients als quals es demana si es tornarien a operar responen de manera afirmativa.

La valvuloplàstia percutània presenta una alta incidència de complicacions greus i té un pèssim pronòstic per la qual cosa s'ha de reservar a pacients amb xoc cardiogènic, tot esperant una millora de la seva situació que permeti una altra actuació posterior (Bernard, 1992).

2.3.1.1.1. Noves tècniques

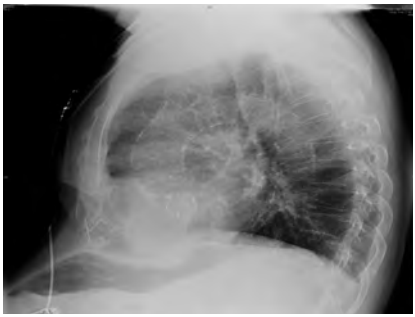
En els últims anys s'han desenvolupat tècniques per ampliar les indicacions quirúrgiques i intentar disminuir el risc operatori.

Imatge 1 | *Implant de pròtesi aòrtica transapical a l'Hospital Son Dureta. Requereix un equip multidisciplinari: cirurgians cardíacs, cardiòlegs hemodinamistes, ecocardiografistes, anestesista*



El 2002 Cribier desenvolupà l'implant transfemoral de pròtesi aòrtica per a pacient als quals està contraindicada la cirurgia convencional. L'han seguit altres abordatges. El 2005 es va desenvolupar la via transapical (imatge 1). Tot i que els procediments s'han perfeccionat i les corbes d'aprenentatge s'han anat aplanant, són procediments amb un cert component aleatori, un percentatge alt de mortalitat (del 3,8-15%) i complicacions com insuficiència periprotèsica severa, bloqueig de branca esquerra, marcapassos (13%) i ictus (3,8-10%), la qual cosa redueix la supervivència (Welt, 2012; Eltchaninoff, 2010; Svensson, 2013). Per això, atesos els excel·lents resultats de la via convencional, reservem aquesta tècnica per a pacients als quals la cirurgia està contraindicada per raons anatòmiques (la més freqüent de les quals és l'aorta de porcellana) i per a pacients amb comorbiditat molt alta (imatge 2).

Imatge 2 | *Implant de pròtesi aòrtica transapical en un pacient amb aorta de porcellana*



Recentment s'han desenvolupat pròtesis autoexpandibles que no necessiten sutures, per disminuir els temps de circulació extracorpòria i ampliar la mida protèsica en anells petits.

2.3.1.2. Insuficiència aòrtica

La insuficiència aòrtica és poc freqüent. Representa un 3-5% de les valvulopaties de l'octogenari (Akins, 1997). La majoria dels casos corresponen a processos crònics associats a la hipertensió arterial o la dilatació de l'arrel aòrtica. Un altre grup és la secundària a la degeneració de les pròtesis biològiques.

En aquest grup d'edat, el marge de benefici/risc és més ajustat. Com a norma hem d'esgotar el tractament mèdic i esperar l'inici de la simptomatologia per a la valoració quirúrgica, en lloc de guiar-nos sols per criteris ecocardiogràfics.

En els aspectes quirúrgics, hem de seguir la norma de procurar ser conservadors, fent reseccions aòrtiques limitades en lloc de les extenses i utilitzant bufandes de Dacron com a reforç en les dilatacions aòrtiques, que han demostrat excel·lents resultats, en lloc de recanvis d'aorta ascendent. Aquesta actitud s'ha d'estendre a la cirurgia d'urgència com les endocarditis, en què una bona neteja de l'anell valvular seguida d'un implant protèsic pot ser suficient, o en les disseccions, en què és preferible la resuspensió de les comissures valvulars i reseccions limitades en lloc d'una substitució de l'arrel aòrtica amb reimplantació dels *ostia* coronaris. S'ha d'evitar a més la parada circulatòria hipotèrmica en la mesura que sigui possible, per l'alt índex de complicacions neurològiques (Petre, 2000).

2.3.2. Valvulopatia mitral

2.3.2.1. Insuficiència mitral

La insuficiència mitral és, igual que en la població general, la segona valvulopatia més freqüent de l'ancià, ja que es produeix en un 30-35% dels casos. La majoria es deu a degeneració mixomatosa de la vàlvula mitral amb cert grau de prolapse o la restricció secundària a la cardiopatia isquèmica, encara que en els octogenaris ambdues poden conviure en diferents combinacions (Bolling, 1996).

La indicació de cirurgia es considera en aquells pacients simptomàtics. S'ha de valorar amb una atenció especial la presència i quantitat de la calcificació de l'anell valvular mitral (sobretot a nivell del vel posterior) ja que la pot fer tècnicament molt difícil, augmenta el risc de la cirurgia valvular mitral i en alguns casos, la pot contraindicar. Els octogenaris solen tenir els teixits valvulars molt fràgils, per la qual cosa es recomana evitar les reseccions valvulars, sobretot àmplies, i és molt útil l'ús de neocordes de Gore-Tex que en permeten corregir els prolapses.

En pacients que han de ser sotmesos a cirurgia coronària i que tenen una insuficiència mitral isquèmica associada, l'ecocardiografia transesofàgica en quiròfan ens pot ser útil (si procurem que la postcàrrega no estigui massa disminuïda per l'anestèsia). En pacients molt simptomàtics es recomana associar-hi la reparació valvular mitral (sol bastar amb una anuloplàstia) si la insuficiència és severa. En els casos d'insuficiència moderada, no hi ha consens i es deixa a judici i experiència del cirurgià l'opció de reparar o no la vàlvula.

Si cal fer la substitució valvular mitral, són vàlides tant les pròtesis biològiques com les mecàniques. Aquestes últimes es prefereixen en els casos en què el ventricle esquerre és petit (insuficiències agudes o associades a estenosi mitral) pel problema de la protrusió del suport de les pròtesis biològiques dins del ventricle.

No existeixen sèries àmplies de pacients mitrals octogenaris, ja que les sèries publicades es refereixen a pacients de més de 65-70 anys. Els resultats de la reparació mitral són bons, especialment els de la sèrie de Bolling (1996) en cirurgia mitral isquèmica i pacients més grans de 65 anys amb FE mitjana del 32% en classe NYHA III-IV que presenten mortalitat precoç del 4%. La majoria dels pacients romania en classe NYHA I-II i sols 3 pacients es varen haver de reintervenir per substituir la vàlvula mitral.

En estudis més amplis amb pacients més grans de 70 anys (Grossi, 2000) la mortalitat inicial va ser del 6,5% per la reparació valvular aïllada (la majoria només amb l'implant d'un anell o anuloplàstia) i del 17% si es combinava amb revascularització miocàrdica. Els resultats al cap de cinc anys mostraven una supervivència del 72% (el 87% si era cirurgia mitral aïllada) similar a la de la població control, i el 92% dels pacients estaven lliures de reoperació.

En octogenaris les publicacions són limitades. Una sèrie retrospectiva en octogenaris de la Clínica Mayo, amb 46 pacients amb insuficiència mitral degenerativa (95%) o infecciosa (DiGregorio, 2004), mostra una mortalitat precoç molt baixa, de l'1,7% amb una supervivència al cap d'un any del 89% i al cap de cinc anys del 60%, similar a la de la població control. Nloga, en una sèrie més recent (2011), analitza 129 octogenaris amb valvulopatia mitral (el 87% degenerativa) i mostra una taxa creixent de cirurgia reparadora (fins al 66%), amb menys mortalitat en aquesta tècnica (2,7%). La supervivència és del 85% al cap d'un any i del 51% al cap de set anys.

El recanvi valvular mitral comporta una mortalitat més elevada, del 10-20% en octogenaris, amb pitjors dades de supervivència que la reparació mitral i que la substitució valvular aòrtica: del 80% al cap d'un any, del 64% al cap de dos anys i del 41% al cap de tres anys (Asimakopoulus et al., 1997).

2.3.2.2. Estenosi mitral

L'estenosi mitral és rara en octogenaris i és més freqüent en septuagenaris. La mortalitat de la substitució mitral és del 20% com hem vist. Els resultats de la valvuloplàstia percutània tampoc no són gaire encoratjadors, amb un 5% de mortalitat i un 50% de fracassos en la tècnica per una morfologia desfavorable de la vàlvula. A més, el 50% sol requerir cirurgia en un termini de tres anys (Iung et al., 1995).

3. Resultats en el nostre medi

3.1. Resultats a Europa

Segons l'informe de 2010 de la base de dades de l'European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS) sobre més d'un milió de pacients, l'edat mitjana de la població quirúrgica adulta s'ha anat incrementant fins a situar-se en els 65 anys aproximadament. Entre els octogenaris, el 62% dels pacients sotmesos a cirurgia valvular i el 35% dels pacients sotmesos a cirurgia coronària són dones.

Pel que fa a la cirurgia de revascularització coronària aïllada, Espanya destaca com el país on aquesta cirurgia es du a terme amb un percentatge més reduït (de prop del 30%) sense una explicació científica i amb una mortalitat ajustada al risc més petita que a Europa. Aproximadament el 5% dels pacients europeus són més grans de 80 anys. S'observa una relació entre l'edat i la mortalitat i entre l'edat i l'estada hospitalària (mortalitat de l'1% en < 56 anys, del 3% entre 71 i 75 anys i del 6,7% en més grans de 80 anys). En les dones la mortalitat és més elevada en tots els grups d'edat. La insuficiència renal i l'arteriopatia extracardíaca augmenten amb l'edat i en octogenaris és del 4-6% i 15-30% respectivament.

En la cirurgia de reemplaçament valvular aòrtic, l'edat mitjana s'apropa als setanta anys (sobretot si s'associa a revascularització miocàrdica) i en alguns països com Suïssa i Noruega és d'un 20% en pacients octogenaris. La mortalitat en octogenaris se situa en el 6,1% en aòrtics aïllats i en el 8,7% en combinats.

La cirurgia mitral aïllada en pacients octogenaris té una mortalitat del 8,9%. Aquesta es duplica (17,4%) en els octogenaris amb cirurgia combinada mitrocoronària. En els pacients en els quals es pot fer una reparació mitral, els resultats són molt millors que en els que necessiten una substitució valvular mitral i la mortalitat cau a la meitat.

3.2. Resultats a Espanya

El 2013 la Societat Espanyola de Cirurgia Toràcica-Cardiovascular ha publicat el seu primer informe de qualitat sobre més de 30.000 pacients i 14 centres repartits per tot l'Estat, incloent-hi el nostre centre.

L'edat mitjana ha anat augmentant i és de 66 anys per als coronaris, 69 anys per als valvulars aïllats i de 72 anys per als combinats. El percentatge de sexe femení augmenta amb l'edat i en octogenaris és del 35% en coronaris i del 55% en valvulars.

En cirurgia coronària els octogenaris representen el 4,6%. El 90% va rebre almenys un empelt arterial malgrat l'edat avançada. La mortalitat en aquest grup va ser del 7,4% en homes i del 9,2% en dones.

En cirurgia valvular aòrtica els octogenaris representen el 14,4% de les cirurgies aïllades (90% per estenosi aòrtica) i el 15,5% de les combinades (99% per estenosi aòrtica). La mortalitat en cirurgia aòrtica és del 7,3% (6,8% per sota dels 84 anys, el grup més nombrós), que s'incrementa fins al 11,2% en la que té associada cirurgia coronària.

La cirurgia valvular mitral és menys freqüent en pacients octogenaris, en què representen el 3,9% de la cirurgia mitral aïllada, amb una mortalitat del 16,5%. En la cirurgia combinada representen el 6,9%, en què es manté una mortalitat del 18,4%. Com en altres sèries, la substitució valvular mitral té una taxa de mortalitat tres vegades superior a la de la reparació (mortalitat en octogenaris amb reparació mitral aïllada del 4,3%).

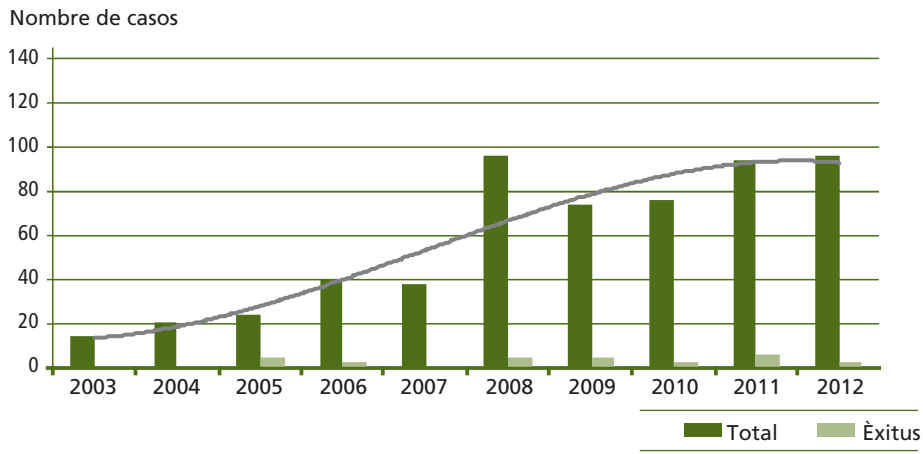
En procediments de dues o més vàlvules la mortalitat varia del 10% al 20% (més alta en aquells que necessiten cirurgia sobre la vàlvula tricúspide).

3.3. Resultats a les Illes Balears

Des de l'obertura del nostre servei a Palma de Mallorca, al novembre de 2002 a l'Hospital Universitari Son Dureta (HUSD) i des de 2011 a l'Hospital Universitari Son Espases (HUSE), hem observat, com en la resta dels centres, un augment de pacients octogenaris a qui s'indica cirurgia.

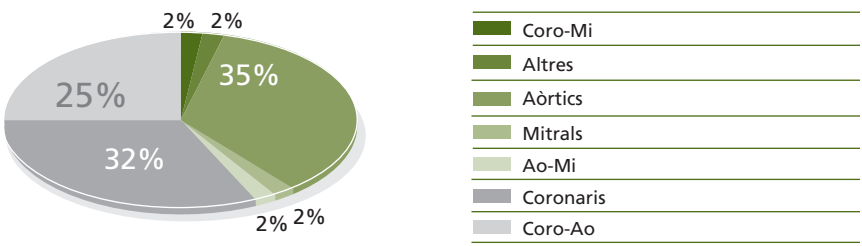
Des de gener de 2003 a desembre de 2012, se n'han intervingut 286, uns 48 per any durant el darrer període, la qual cosa suposa un 9,5% de l'activitat del servei (gràfic 4).

Gràfic 4 | *Evolució temporal de la cirurgia cardíaca en l'octogenari (HUSD/HUSE)*



Hi ha un predomini de substitució valvular aòrtica i cirurgia coronària aïllada, seguida per cirurgia combinada (cirurgia coronària i valvular) (gràfic 5). La comorbiditat, com esperàvem, és alta, amb una mortalitat que preveu l'EuroSCORE superior al 10%. La mortalitat observada ha estat molt bona, del 4,1% (3% en aòrtics, 4% en aòrtics-coronaris i 5,4% en coronaris). La mortalitat total (de tots els pacients intervinguts de qualsevol edat) va ser del 1,97%.

Gràfic 5 | *Distribució per patologies de la cirurgia cardíaca en l'octogenari*



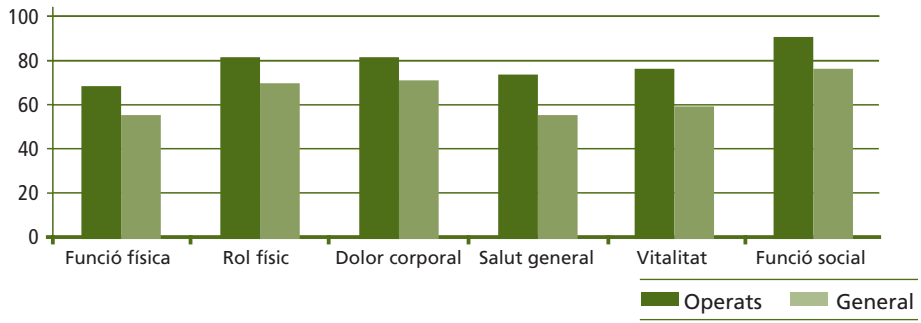
Hem fet un seguiment dels primers 53 octogenaris intervinguts (des de febrer de 2003 a gener de 2007). Es van dividir per patologies de la manera següent: 33% coronaris, 28% valvulars i 36% combinats. Els factors de risc més prevalents van ser: 70% hipertensió, 34% diabetis i 20% creatinina > 2 mg/dl. El 48% van ser intervinguts durant l'ingrés (urgent), 40% dels

quals estaven en classe III-IV NYHA. La mortalitat hospitalària va ser de tres pacients (5,6%). El 43% va presentar fibril·lació auricular (FA) i el 7,5% deteriorament renal reversible. No hi va haver complicacions neurològiques majors. L'anàlisi univariant va mostrar la presència de IAM en evolució com a factor únic de risc de mortalitat precoç ($p < 0,001$) (Enríquez, 2007).

En el seguiment (mitjà, 560 dies) hi va haver tres morts tardanes (dues no cardíaques i una de no determinada) amb supervivència actuarial estimada al cap de 3,8 anys del 80%. L'anàlisi univariant va mostrar la hipertensió com a únic predictor ($p < 0,001$) de mortalitat en el seguiment. Els pitjors resultats van ser en el grup de cirurgia coronària i combinada.

En aquest mateix grup vam analitzar la qualitat de vida completant l'enquesta SF-36 en la versió espanyola de 1999. Es van trobar valors significativament més alts en la població operada respecte de la població general en totes les puntuacions de les escales SF-36, amb puntuacions més altes en homes que en dones (gràfic 6). Quan se'ls va demanar si tornarien a operar-se, prop del 75% va respondre afirmativament (de nou, sobretot els homes).

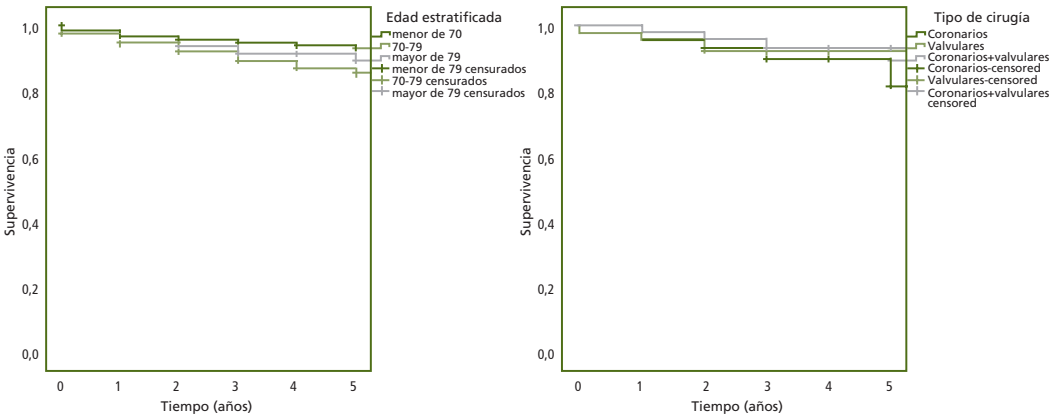
Gràfic 6 | *Qualitat de vida (SF-36) després de la cirurgia cardíaca en l'octogenari (comparada amb la població de referència) en HUSD*



Posteriorment hem publicat el seguiment a mitjà termini de la nostra sèrie (Riera, 2011). Una anàlisi detallada ens permet veure que cada vegada més pacients octogenaris són dones (26% de menys de 60 anys, 40% octogenaris), amb més patologia combinada, més anèmia, insuficiència renal (16,4%), menys talla, pes, diabetis i malaltia arterial perifèrica. En 63 pacients octogenaris la supervivència va ser similar a la dels septuagenaris, del 97% i del 91% al cap d'1 i 3 anys. Com a factors de risc de mortalitat tardana a part de l'edat, es van establir ACVA postoperatori, disfunció ventricular, hipertensió pulmonar severa, anèmia preoperatòria, diabetis mellitus i estada postoperatòria (reflex de les complicacions).

Una anàlisi posterior de la sèrie més àmplia (139 octogenaris) ens confirma una excel·lent supervivència dels pacients, que és pròxima al 90% al cap de cinc anys. Com en algunes sèries publicades, la supervivència és lleugerament més baixa però en el grup de septuagenaris, pot ser reflex d'una selecció més petita. Per patologies no hi ha una clara diferència entre grups (gràfic 7). percutani, a costa d'una lleugera mortalitat inicial major.

Gràfic 7 | *Corba de supervivència després de cirurgia cardíaca a l'HUSE. A, per edat. B, per patologia (en octogenaris)*



Els resultats són encoratjadors. Com s'ha dit prèviament, tenim molt en compte la qualitat de vida prèvia, la clínica i les expectatives del malalt a l'hora de presentar la indicació quirúrgica.

4. Conclusions

Tot i que cada dia és més gran el nombre de pacients octogenaris que tenen una qualitat de vida millor, hem de seguir individualitzant els casos tenint present l'intent d'indicar cirurgia als casos simptomàtics i disminuint, en aquest tram d'edat, la cirurgia preventiva. L'edat per si mateixa no és una contraindicació per a la cirurgia cardíaca.

S'han de seguir de prop els malalts d'aquesta edat perquè es pot i se sol donar la paradoxa contrària, la d'indicar cirurgia als malalts massa tard, en una fase avançada de la malaltia,

de manera urgent i amb un risc quirúrgic multiplicat, per por a la cirurgia per part del metge o el pacient.

Cal tenir present que en pacients motivats i amb una bona qualitat de vida (menys edat biològica) hem de ser més permissius. Hem de tenir present, a més, el suport familiar amb el qual compta el pacient, molt important en el postoperatori i per al control posterior durant la recuperació.

En el plantejament de l'estratègia quirúrgica hem de tenir present les peculiaritats d'aquest grup de pacients, les noves opcions terapèutiques de què disposem i, a vegades, optar per la tècnica més senzilla, a costa de permetre reparacions incompletes.

Referències bibliogràfiques

Afilalo, J. [et al.] (2012). Addition of frailty and disability to cardiac surgery risk scores identifies elderly patients at high risk of mortality or major morbidity. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 5:222-228.

Akins, C. W., Daggett, W. M., Vlahakes, G. J. [et al.] (1997). Cardiac operations in patients 80 years old and older. *The Annals of Thoracic Surgery*, 64:606-14.

Alexander, K. P., Peterson, E. D. (1997). Coronary artery bypass grafting in the elderly. *American Heart Journal*, 134:856-64.

Alexander, K. P., Anstrom, K. J., Muhlbaier, L. H. [et al.] (2000). Outcomes of cardiac surgery in patients age ³80 years: Results from the National Cardiovascular Network. *Journal of the American College of Cardiology*, 35:731-38.

Asimakopoulos, G., Edwards, M. B., Brannan, J. [et al.] (1997). Survival and cause of death after mitral valve replacement in patients aged 80 years and over: collective results from the UK heart valve registry. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 11:922-8.

Avery, G. J., Ley, S. J., Hill, D., Hershon, J. J., Dick, S. E. (2001). Risk, cost and outcome. *The Annals of Thoracic Surgery*, 71: 591-596.

Azpitarte, J. (1998). Valvulopatías en el anciano: ¿cuándo operar? *Revista Española de Cardiología*, 51: 3-9.

Bernard, Y., Etievent, J., Mourand, J. L. [et al.] (1992). Long-term results of percutaneous aortic valvoplasty compared with aortic valve replacement in patients more than 75 years old. *Journal of the American College of Cardiology*, 20:796-801.

Bolling, S. F., Deeb, G. M., Bach, D. S. (1996). Mitral valve reconstruction in elderly, ischemic patients. *Chest*, 109:35-40.

Bouma, B. J., Van den Brink, R. B. A., Van der Meulen, J. H. P., Verheul, H. A., Cheriex, E. C., Hamer, H. P., Dekker, E., Lie, K. I., Tijssen, J. G. (1999). To operate or not elderly patients with aortic stenosis: the decision and its consequences. *Heart*, 82: 143-148.

Bouma BJ, van den Brink RB, Zwinderman K, Cheriex EC, Hamer HH, Lie KI, Tijssen JG (2004). Which elderly patients with severe aortic stenosis benefit from surgical treatment? An aid to clinical decision making. J Heart Valve Dis. 13:374-81.

Calvo, D. [et al.] (2007). Cirugía de recambio valvular por estenosis aórtica severa en mayores de 80 años. Experiencia de un centro en una serie de pacientes consecutivos. *Revista Española de Cardiología*, 60(7):720-6.

Camacho, M. T., Wong, M. L. (2011). Surgery for ischemic coronary disease in the elderly. Katlic, M. R. (ed.). *Cardiothoracic surgery in the elderly*, 389-399. *Springer*.

Collart, F., Feier, H., Kerbaul, F., Mouly-Bandini, A., Riberi, A., Mesana, T. G., Metras, D. (2005). Valvular surgery in octogenarians: operative risks factors, evaluation of Euroescore and long term results. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 27: 276-280.

Craver, J. M., Puskas, J. D., Weintraub, W. W., Shen, Y., Guyton, R. A., Gott, J. P., Jones, E. L. (1999). 601 Octogenarians undergoing cardiac surgery: outcome and comparison with younger age groups. *The Annals of Thoracic Surgery*, 67:1104-1110.

Culliford, A. T., Galloway, A. C., Colvin, S. B. [et al]. (1991). Aortic valve replacement for aortic stenosis in persons aged 80 years and over. *American Journal of Cardiology*, 67:1256-60.

Davis, E. A, Gardner, T. J., Gillinov, A. M. [et al.] (1993). Valvular disease in the elderly: influence on surgical results. *The Annals of Thoracic Surgery*, 55:333-8.

DiGregorio, V., Zehr, K. J., Orszulak, T. A., Mullany, C. J., Daly, R. C., Dearani, J. A., Schaff, H. V. (2004). Results of mitral surgery in octogenarians with isolated nonrheumatic mitral regurgitation. *The Annals of Thoracic Surgery*, 2004; 78:807-813.

Elayda, M. A., Hall, R. J., Reul, R. M. [et al.] (1993). Aortic valve replacement in patients 80 years and older. Operative risks and long-term results. *Circulation*, 88(2):11-16.

Eltchaninoff, H. [et al.] (2010). Transcatheter aortic valve implantation: early results of the FRANCE (FRench Aortic National CoreValve and Edwards) registry. *European Heart Journal*, 32(2):191-7.

Enríquez, F. [et al.] (2007). Cirugía valvular en el paciente octogenario. *Cardiología Práctica,* 16 (2); 4-10.

European Association for Cardio-Thoracic Surgery (2010). *Fourth EACTS Adult Cardiac Surgical Database Report, Towards global benchmarking*. Dendrite Clinical Systems Ed.

Eurostat. *European Social statistics, 2013 edition*. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/

Florath, I., Rosendahl, U. P., Mortasawi, A. [et al.] (2003). Current determinants of operative mortality in 1400 patients requiring aortic valve replacement. *The Annals of Thoracic Surgery*, 76:75-83.

Freeman, W. K., Schaff, H. V., O'Brien, P. C. [et al.] (1991). Cardiac surgery in the octogenarian: perioperative outcome and clinical follow-up. *Journal of the American College of Cardiology*, 18:29-35.

Garcia de la Villa, B. (2012). Estenosi aòrtica greu de la persona gran: noves opcions terapèutiques. *Anuari de l'envelliment, Illes Balears 2012*. Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i UIB. http://www.caib.es/govern/organigrama/area.do?coduo=3349&lang=ca

Gehlot, A., Mullany, C. J., Ilstrup, D. [et al.] (1996). Aortic valve replacement in patients aged eighty years and older: early and long-term results. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 111:1026-36.

Gilbert, T., Orr, W., Banning, A. P. (1999). Surgery for aortic stenosis in severely symptomatic patients older than 80 years: experience in a single UK centre. *Heart*, 82:138-142.

Glower, D. D., Christopher, T. D., Milano, C. A. [et al.] (1992). Performance status and outcome after coronary artery bypass grafting in persons aged 80 to 93 years. *American Journal of Cardiology*, 70:567-71.

Graham, M. M. [et al.] (2002). Survival after coronary revascularization in the elderly. *Circulation*, 105:2378-2384.

Grossi, E. A., Zakow, P. K., Sussman, M., Galloway, A. C., Delianides, J., Baumann, G., Colvin, S. B. (2000). Late results of mitral valve reconstruction in the elderly. *The Annals of Thoracic Surgery,* 70:1224-1226.

Instituto Nacional de Estadística (INE). http://www.ine.es.

Iung, B., Cormier, B., Farah, B. [et al.] (1995). Percutaneous mitral commissurotomy in the elderly. *European Heart Journal*, 16:1092-9.

Iung, B., Cachier, A., Baron, G., Messika-Zeitoun, D., Delahaye, F., Tornos, P., Gohlke-Bärwolf, C., Boersma, E., Ravaud, P., Vahanian, A. (2005). Decision making in elderly patients with severe aortic stenosis: why are so many denied surgery? *European Heart Journal*, 26:2714-2720.

Katlic, M. R. (2011). Principles of geriatric surgery. Katlic, M. R. (ed.), *Cardiothoracic Surgery in the Elderly,* 389-399. Springer.

Katz, E. S., Tunick, P. A., Rusinek, H. [et al.] (1992). Protruding aortic atheromas predict stroke in elderly patients undergoing cardiopulmonary bypass: experience with intraoperative transesophageal echocardiography. *Journal of the American College of Cardiology*, 20: 70-77.

Khan, J. H., McElhinney, D. B., Hall, T. S., Merrick, S. H. (1998). Cardiac valve surgery in octogenarians. Improving quality of life and functional status. *Archives of Surgery*, 133. 887-893.

Kisch, M., Guesnier, L., LeBesnerais, P., Hillion, M. L., Debauchez, M., Seguin, J., Loisance, D. Y. (1999). Cardiac operations in octogenarians: perioperative risk factors for death and impaired autonomy. *The Annals of Thoracic Surgery,* 66:60-67.

Krane, M. [et al.] (2011). Twenty years of cardiac surgery in patients aged 80 years and older: risks and benefits. *The Annals of Thoracic Surgery*, 91:506-13.

Kumar, P., Zehr, K. J., Cameron, D. E. [et al.] (1995). Quality of life in octogenarians after open heart surgery. *Chest*, 108:919-26.

Lie, K. I., Tijssen, J. G. P. (2004). Which elderly patients with severe aortic stenosis benefit from surgical treatment? An aid to clinical decision making. *The Journal of Heart Valve Disease*, 13:374-381.

Likosky, D. S., Sorensen, M. J., Dacey, L. J. [et al.] (2009). Long-term survival of the very elderly undergoing aortic valve surgery. *Circulation*, 120, 1:S127-33.

Mullany, C. J., Darling, G. E., Pluth, J. R. [et al.] (1990). Early and late results after isolated coronary artery bypass surgery in 159 patients aged 80 years and older. *Circulation*, 82(5):IV229-36.

Nashef, S. A., Roques, F., Sharples, L. D. [et al.] (2012). EuroSCORE II. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 41:734-745.

Nestico, P. F., DePace, N. L., Kimbris, D. [et al.] (1983). Progression of isolated aortic stenosis: analysis of 29 patients having more than 1 cardiac catheterization. *American Journal of Cardiology,* 52:1054-8.

Nloga, J. [et al.] (2011). Mitral valve surgery in octogenarians: should we fight for repair? A survival and quality-of-life assessment. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 39:875-880.

O'Keefe, J. H., Vlietstra, R. E., Bailey, K. R. [et al.] (1987). Natural history of candidates for balloon aortic valvoplasty. *Mayo Clinic Proceedings*, 62:986-91.

Peterson, E. D., Cowper, P. A., Jollis, J. G. [et al.] (1995). Outcomes of coronary artery bypass graft surgery in 24,461 patients aged 80 years or older. *Circulation*, 92(II):85-91.

Petre, R. I.; Turina, M. (2000). Valve disease: Cardiac valve surgery in the octogenarian. *Heart,* 83:116-121.

Pierad, S. [et al.] (2011). Incidence, determinants, and prognostic impact of operative refusal or denial in octogenarians with severe aortic stenosis. *The Annals of Thoracic Surgery*, 91:1107-12.

Rahimtoola, S. H. (1999). Prophylactic valve replacement for mild aortic valve disease at time of surgery for other cardiovascular disease? *Journal of the American College of Cardiology*, 33:2009-15.

Rahimtoola, S. (2001). Should patients with asymptomatic mild or moderate aortic stenosis undergoing coronary artery bypass surgery also have valve replacement for their aortic stenosis? *Heart*, 85(3):337-341.

Raja, S. G. (2012). Myocardial revascularization for the elderly: current options, role of off-pump coronary artery bypass grafting and outcomes. *Current Cardiology Reviews*, 8, 26-36.

Ravi, K. [et al.] (2011). Long-term survival and quality of life justify cardiac surgery in the very elderly patient. *The Annals of Thoracic Surgery*, 92:851-7.

Riera, M. [et al.] (2011). Supervivencia a medio plazo de los pacientes operados en cirugía cardiaca mayor. *Revista Española de Cardiología*, 64(6):463-469.

Salvà, P. A. (2012). Demografia i pensions a les Illes Balears. *Anuari de l'envelliment, Illes Balears 2012*. Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i UIB. http://www.caib.es/govern/organigrama/area.do?coduo=3349&lang=ca

Shirani, J., Yousefi, J., Roberts, W. C. (1995). Major cardiac findings at necropsy in 366 American octogenarians. *American Journal of Cardiology*, 75:151-6.

Sociedad Española de Cirugía Torácica-Cardiovascular (2013). *Primer informe del Proyecto de Calidad de Cirugía Cardiovascular del Adulto*. Dendrite Clinical Systems Ed.

Specer, G. (1989). US bureau of the Census: Projections of the population of the United States, by age sex, and race: 1988 to 2080. Washington DC, US Government Printing Office. *Current Population Reports*, P-25, 1018.

Svensson, L. G. [et al.] (2013). A comprehensive review of the PARTNER trial. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 145:S11-6.

Tuman, K. J., McCarthy, R. J., Najafi, H. [et al.] (1992). Differential effects of advanced age on neurologic and cardiac risks of coronary artery operations. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 104:1510-7.

Wagner, S., Selzer, A. (1982). Patterns of progression of aortic stenosis: a longitudinal hemodynamic study. *Circulation*, 65:709-12.

Wareing, T. H., Davila-Roman, V. G., Barzilai, B. [et al.] (1992). Management of the severely atherosclerotic ascending aorta during cardiac operations: a strategy for detection and treatment. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 103:453-62.

Welt, F. G. P. (2012). The transcatheter valve revolution, time for a compensatory pause. *Circulation*, 126:674-676.

Williams, D. B., Carrillo, R. G., Traad, E. A. [et al.] (1995). Determinants of operative mortality in octogenarians undergoing coronary bypass. *The Annals of Thoracic Surgery,* 60:1038–43.

Autors

FERNANDO ENRÍQUEZ PALMA

Madrid, 1971. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Madrid. Formació com a metge especialista en Cirurgia Cardiovascular a l'Hospital 12 de Octubre de Madrid. Metge adjunt de Cirurgia Cardíaca a l'Hospital Son Dureta / Son Espases des de l'obertura del servei el 2002. Les seves àrees d'estudi i publicacions s'han centrat en la cirurgia de la fibril·lació auricular i en la cirurgia de l'octogenari, amb publicacions, comunicacions i ponències en congressos.

LAURA VIDAL BONET

Santanyí, 1976. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Formació com a especialista en Cardiologia a l'Hospital Universitari Son Dureta de Palma de Mallorca. Màster en Cardiologia Clínica per la Universitat Miguel Hernández d'Elx en col·laboració amb la Societat Espanyola de Cardiologia. Exerceix la tasca assistencial com a cardiòloga adjunta al Servei de Cirurgia Cardíaca des de 2006. Ha centrat l'estudi i les seves publicacions en la ecocardiografia transesofàgica intraoperatòria, en les valvulopaties, en especial en la reparació mitral i l'endocarditis infecciosa, així com en les complicacions postquirúrgiques.

RUBÉN FERNÁNDEZ TARRÍO

Vigo, 1972. Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Navarra. Formació com a metge especialista en Cirurgia Cardiovascular a la Fundació Jiménez Díaz (Madrid) i l'Hospital Juan Canalejo (la Corunya). Metge adjunt de Cirurgia Cardíaca a l'Hospital Son Dureta des de 2003. Ha mostrat un interès especial en l'estimació preoperatòria del risc de mortalitat i complicacions en cirurgia cardíaca.

MARÍA RIERA SAGRERA

Palma de Mallorca, 1968. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Barcelona. Formació com a especialista en Medicina Intensiva a l'Hospital Son Dureta de Palma de Mallorca. Doctora en Ciències Biosociosanitàries per la Universitat de les Illes Balears. Màster Universitari en Societat de la Informació i el Coneixement per la Universitat Oberta de Catalunya. Des de l'any 2003, exerceix la tasca assistencial com a intensivista a la Unitat de Postoperats de Cirurgia Cardíaca del Servei de Medicina Intensiva de l'Hospital Son Espases de Palma de Mallorca. La seva tasca docent i investigadora s'ha centrat en l'àmbit postoperatori de la cirurgia cardíaca amb un interès especial per la morbimortalitat de la cirurgia a curt i llarg termini i els factors de risc que hi estan associats, com per exemple, l'edat.

PARTICIPACIÓ DELS AMINOFOSFOLÍPIDS EN L'ENVELLIMENT I LES MALALTIES NEURODEGENERATIVES

Participació dels aminofosfolípids en l'envelliment i les malalties neurodegeneratives

Catalina Caldés Melis

Resum

Actualment es creu que les malalties neurodegeneratives, com ara l'Alzheimer o el Parkinson, són causades pel plegament erroni de proteïnes i pels processos d'agregació de fibril·les de tipus amiloide, que són una conseqüència de la glicació no enzimàtica. Per aquest motiu, durant la darrera dècada ha augmentat notablement el nombre d'estudis relacionats amb la detecció i quantificació de les proteïnes glicades, i amb la recerca d'agents terapèutics. De fet, se sap que els productes finals de la glicació (AGE) s'acumulen i es dipositen en diversos òrgans: retina, cervell, pulmó, ronyó i cor, entre d'altres, la qual cosa és associada al desenvolupament de certes patologies, com les cataractes, les malalties neurodegeneratives i la insuficiència renal i cardíaca. Per tant, no és estrany que aquestes malalties siguin freqüents en les persones d'edat avançada, ja que amb el pas del temps hi ha més AGE acumulats. Cal assenyalar que la formació d'AGE no és causada únicament per la glicació no enzimàtica de proteïnes, ja que d'una manera semblant també es poden glicar els aminofosfolípids i alguns àcids nucleics. A més, l'autooxidació dels productes de la glicació no enzimàtica condueix a la formació d'espècies oxigenades reactives que causen estrès oxidatiu i la peroxidació dels àcids grassos insaturats, que generen més AGE. En aquest article, intentarem oferir una visió general del procés bioquímic pel qual es formen els AGE i posarem un especial interès en totes les etapes en què intervenen els aminofosfolípids i en les conseqüències biològiques que tenen.

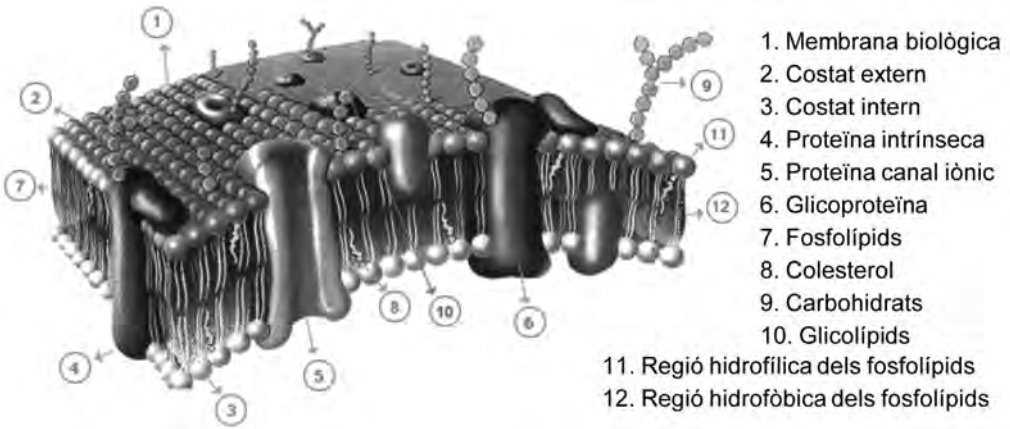
Resumen

Actualmente se cree que las enfermedades neurodegenerativas, como el Alzheimer o el Parkinson, son debidas al plegamiento incorrecto de proteínas y a los procesos de agregación de fibrilas de tipo amiloide, lo que es una consecuencia de la glicación no enzimática. Por este motivo, en la última década se han incrementado notablemente el número de estudios relacionados con la detección y cuantificación de las proteínas glicadas y con la búsqueda de agentes terapéuticos. De hecho, se conoce que los productos finales de la glicación (AGE) se acumulan y se depositan en diversos órganos, como la retina, el cerebro, pulmón, riñón y corazón, entre otros, lo que se asocia con el desarrollo de ciertas patologías, como las cataratas, las enfermedades neurodegenerativas y la insuficiencia renal y cardíaca. Por tanto, no es de extrañar que se trate de enfermedades frecuentes en las personas de edad avanzada, ya que con el paso del tiempo la acumulación de los AGE se hace más notable. Se debe señalar que la formación de AGE no es debida únicamente a la glicación no enzimática de proteínas, ya que de una manera similar se pueden glicar también los aminofosfolípidos y algunos ácidos nucleicos. Además, la autooxidación de los productos de la glicación no enzimática conduce a la formación de especies oxigenadas reactivas que causan estrés oxidativo y la peroxidación de los ácidos grasos insaturados, generando más AGE. En este artículo intentaremos ofrecer una visión general del proceso bioquímico por el cual se forman los AGE, centrándonos en todas las etapas donde intervienen los aminofosfolípidos y en sus consecuencias biológicas.

1. Els aminofosfolípids: components de les membranes cel·lulars

Per definició, els lípids són biomolècules insolubles en aigua que tenen principalment tres funcions biològiques: serveixen per emmagatzemar energia, són senyalitzadors cel·lulars i components de les membranes. Aquí ens centrarem en la darrera funció, ja que els fosfolípids són els lípids majoritaris en les membranes. A part de lípids, les biomembranes també consten de proteïnes i de carbohidrats units als lípids o a les proteïnes, com veiem a la figura 1. Aquesta figura representa el model de mosaic fluid proposat, el 1972, per S. Jonathan Singer i Garth Nicholson per explicar l'organització fonamental de les membranes biològiques. L'essència d'aquest model és considerar que les membranes són solucions bidimensionals de lípids i proteïnes orientades. Les proteïnes de les membranes són lliures per difondre lateralment en la matriu lipídica, excepte que quedin restringides per interaccions especials, ja que una petita proporció dels lípids de les membranes interaccionen específicament amb aquestes proteïnes i poden ser essencials per a la seva funció. Això a banda, la bicapa lipídica també es comporta com una barrera permeable altament selectiva, la qual cosa permet regular el bescanvi de materials entre la cèl·lula i el medi que l'envolta. Totes aquestes funcions fan que les membranes siguin indispensables per a la vida.

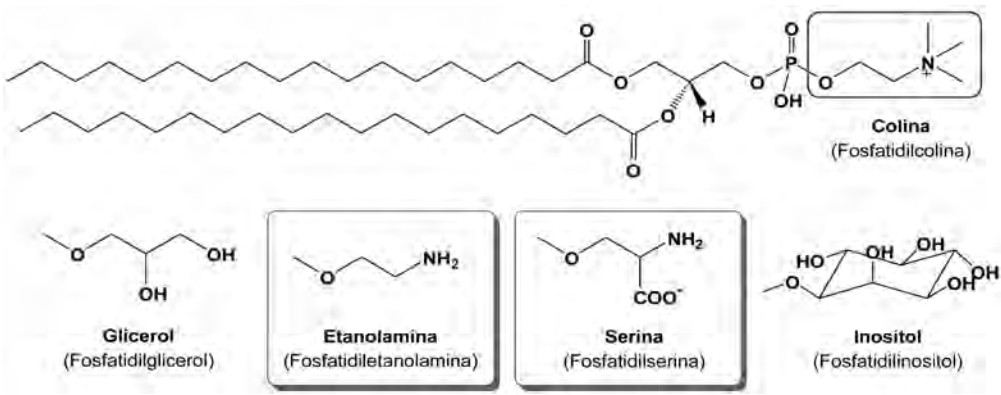
Figura 1 | *Model del mosaic fluid de les membranes lipídiques*



Els fosfolípids, juntament amb els glucolípids, adopten l'estructura de capa bimolecular com a ordenació més estable en solucions aquoses perquè són amfipàtiques (contenen alhora una part hidrofílica i una altra d'hidrofòbica). Això explica que aquests lípids siguin els constituents principals de les biomembranes, que també contenen molècules de colesterol. Així doncs, l'estabilitat i la fluïdesa de les membranes lipídiques són garantides per les forces atractives de van der Waals entre les cadenes hidrocarbonades i les interaccions electrostàtiques i d'enllaç d'hidrogen favorables entre els grups polars dels lípids i les molècules d'aigua.

En aquest article, ens centrarem en un tipus de fosfolípids, els fosfoglicèrids, que mostram a la figura 2. L'estructura d'aquests lípids consta d'un glicerol esterificat per dues cadenes d'àcids grassos que contenen normalment entre catorze i vint-i-quatre àtoms de carboni, i poden ser saturats o insaturats. La darrera posició del grup glicerol queda esterificada per un alcohol fosforilat, que pot ser la serina, l'etanolamina, la colina, el glicerol i l'inositol. Com podem veure a la figura 2, els fosfolípids de la serina i l'etanolamina presenten una amina primària, la qual cosa fa que puguin causar reaccions d'addició nucleòfila amb un grup carbonílic d'un sucre reductor, i començar, així, el procés de glicació no enzimàtic dels lípids. Alguns estudis han comprovat que la glicació lipídica canvia l'ordre lipídic i la constant dielèctrica de la membrana, la qual cosa altera les interaccions lípid-lípid i lípid-proteïna i provoca la inhibició dels enzims de membrana (per exemple, la Na^+,K^+-ATPasa i la CA^{2+}-ATPasa) (Levi 2008). D'aquesta manera, es posa de manifest la significació de la glicació dels lípids i la importància que té en les diverses patologies i complicacions clíniques amb les quals s'associen els processos de glicació de biomolècules (Münch 2012).

Figura 2 | *Estructura dels diferents fosfoglicèrids*



2. Aspectes generals de la glicació no enzimàtica

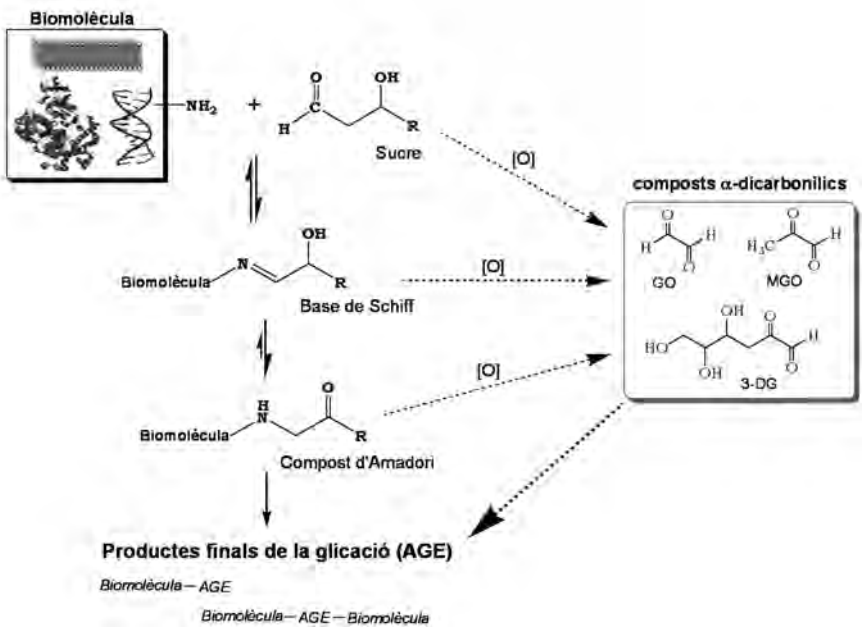
La glicació no enzimàtica o reacció de Maillard —en reconeixement al seu descobridor (Maillard, 1912)— consisteix en la reacció entre grups amina de biomolècules i grups carbonil de sucres. Aquest procés té lloc en condicions fisiològiques i sense control enzimàtic, i causa modificacions estructurals i funcionals de proteïnes, lípids i àcids nucleics. Per exemple, en individus diabètics no controlats, la falta d'insulina o els nivells baixos augmenten considerablement els nivells de glucosa en sang, estat que afecta irreversiblement la integritat de les proteïnes de llarga vida (Brownlee 2001). Així doncs, la glicació de biomolècules és un factor clau en moltes patologies associades a la diabetis

(nefropatia, retinopatia, malalties cardiovasculars, etc.), així com en l'envelliment i altres malalties neurodegeneratives (Münch 2012).

La figura 3 mostra el mecanisme de la reacció de glicació que comença a partir d'una addició nucleòfila d'un grup amino primari d'una biomolècula sobre un grup carbonílic d'un sucre reductor i forma reversiblement una base de Schiff (BS). La formació de la BS té lloc en un període d'hores i posteriorment es reordena per originar una cetoamina més estable o compost d'Amadori. Aquesta reacció té lloc en un període de dies i és un procés pràcticament irreversible. A través de reaccions d'oxidació i de deshidratació, el compost d'Amadori es degrada i forma productes dicarbonílics (glioxal —GO—, metilglioxal —MGO— i 3-desoxiglucosona —3-DG—) i els productes finals de la glicació avançada (AGE). Els composts dicarbonílics actuen com a propagadors de la reacció —són molt més reactius que els sucres dels quals són derivats— i tornen a reaccionar amb les biomolècules per generar més AGE (Baynes 2003).

A continuació, ens centrarem en cada un dels composts clau de la glicació (BS, compost d'Amadori i AGE), formats a partir de la reacció amb els aminofosfolípids. La fosfatidiletanolamina (PE) i la fosfatidilserina (PS) són els dos aminofosfolípids naturals susceptibles de ser glicats (vegeu la figura 2).

Figura 3 | *Mecanisme de la glicació no enzimàtica de biomolècules*



2.1. Les Bases de Schiff (BS)

La primera etapa de la glicació no enzimàtica és un procés reversible que presenta catàlisi àcid-base, en la qual té lloc la unió covalent de sucres reductors, com la glucosa, amb grups amina per formar una BS.

Les investigacions dutes a terme fins a aquests moments han permès identificar i quantificar la BS del PE derivada de glucosa en eritròcits humans (Breitling-Utzmann 2001). També ha estat demostrat (Kuriven 1999) que els aminofosfolípids i composts obtinguts de l'oxidació de biomolècules formen una BS. I a més, amb estudis de mecànica i dinàmica molecular s'ha establert el mecanisme de formació de la base de Schiff entre el grup polar de la PE i l'acetaldehid en un sistema periòdic que imita la bicapa lipídica. Els resultats assenyalen el paper catalític de l'entorn de la superfície de la membrana lipídica en totes les etapes de la reacció (Solís-Calero 2010).

La determinació de les constants cinètiques de la formació de la BS constitueix la passa inicial del coneixement de la glicació. La cinètica d'aquesta reacció depèn de nombrosos factors (temperatura, pH, tampó, sucre i activitat de l'aigua) (van Boekel 2001), però els més determinants en la formació de la BS pels aminofosfolípids són la seva accessibilitat davant els composts glicants, el valor de pK_a del seu grup amino i les condicions del seu entorn. Uns estudis recents sobre la formació de la BS d'anàlegs d'aminofosfolípis revelen que, en condicions fisiològiques, la presència de grups hidrofòbics en l'estructura dels composts incrementa l'eficàcia d'aquesta reacció, ja que disminueix el valor del pK_a del grup amina i augmenta la proporció de compost en forma reactiva i també dificulta la hidròlisi de la BS (Caldés 2013). A més, la comparació dels resultats dels composts anàlegs de la PE i la PS indiquen que la presència del grup carboxílic en posició alfa respecte del grup amina disminueix l'eficiència de la reacció, la qual cosa suggereix que la PE és l'aminofosfolípid natural que és glica més (Caldés 2013). Els valors de les constants observades en condicions fisiològiques dels models dels aminofosfolípids utilitzats en aquests treballs són del mateix ordre de magnitud que els obtinguts prèviament amb un model peptídic (Adrover 2009). Això indica que aquests aminofosfolípids són tan bones dianes com els pèptids en els processos de glicació.

2.2. El compost d'Amadori

La formació del compost d'Amadori a partir de la BS és considerada la passa que limita la glicació, ja que és un procés molt més lent que el de la formació de les BS (Martins 2005). Actualment, els estudis de glicació proteica se centren a identificar els llocs d'unió del compost d'Amadori en proteïnes plasmàtiques, com l'albúmina (Schalkwijk 2012).

Quant a glicació d'aminofosfolípids, des que Bucala et al. (1993) varen evidenciar per primera vegada la reacció in vivo entre la PE i la glucosa, Lertsiri et al. (1998) han

identificat el compost d'Amadori-PE en glòbuls vermells humans i s'han desenvolupat nombrosos mètodes per quantificar-ne la formació en mostres biològiques (Houjou 2004). D'aquesta manera, s'ha corroborat que la concentració d'Amadori-PE és més elevada en el plasma i en els eritròcits de pacients diabètics que en individus sans, i es poden quantificar els diferents tipus d'Amadori-PE segons les cadenes d'àcid gras que contenen els aminofosfolípids (Shoji 2010).

2.3. AGE: efectes tòxics directes

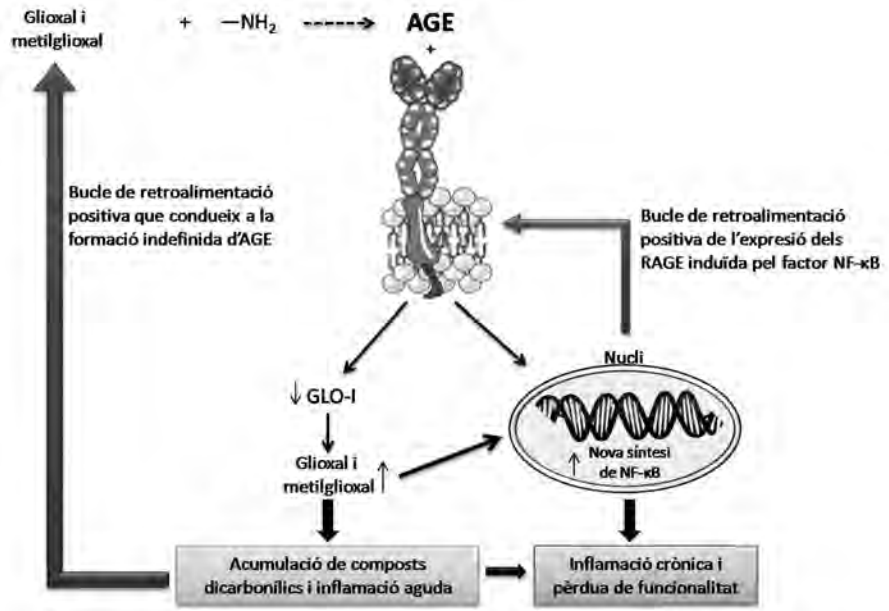
Els AGE són un conjunt complex i heterogeni de composts estables que es formen bàsicament per dues vies. Una via és la deshidratació i el reordenament del compost d'Amadori, tant en condicions oxidatives com en no oxidatives. La segona via és per reacció de composts carbonílics i dicarbonílics altament reactius (RC) amb grups funcionals amino, tiol i guanidini. Shoji i els seus col·laboradors han detectat la presència d'AGE derivats de PE (carboximetil-PE i carboxietil-PE) en mostres biològiques humanes i han observat que la seva concentració en sang de pacients diabètics és més baixa que la detectada per a l'Amadori-PE (Shoji 2010). De fet, es creu que les modificacions de les lipoproteïnes de baixa densitat (LDL) per AGE (a través del PE o de l'apoproteïna) contribueixen a augmentar la susceptibilitat dels pacients diabètics envers la malaltia de l'aterosclerosi (Popova 2010).

Els RC es poden generar per fragmentació oxidativa de la BS (mecanisme de Namiki) (Fu 1996), per autooxidació de la glucosa mitjançant catàlisi metàl·lica (mecanisme de Wolff) (Wolff 1991) i per peroxidació lipídica (vegeu l'apartat 3). L'increment en la concentració de RC provinents de reaccions oxidatives i no oxidatives i de productes de glicoxidació i lipoxidació fa augmentar la modificació de biomolècules i provoca estrès oxidatiu (Miyata 2002). Parlam d'estrès oxidatiu quan es produeix un desequilibri entre la producció d'espècies reactives de l'oxigen (peròxids i radicals lliures) i la capacitat dels sistemes biològics de desintoxicar ràpidament els reactius intermedis o reparar el dany resultant. L'alteració de l'entorn reductor de les cèl·lules pot danyar tots els components de la cèl·lula, incloent-hi les proteïnes, els lípids i l'ADN (Betteridge 2000).

Els AGE desencadenen una resposta inflamatòria que deteriora els teixits. Aquesta situació comença amb la interacció entre els AGE i una proteïna de la superfície cel·lular, denominada receptor dels AGE (RAGE). El RAGE és un multilligand que pertany a la família de les immunoglobulines, que reconeix estructures tridimensionals enlloc de seqüències oligomèriques. Com veiem a la figura 4, la unió dels AGE a la proteïna comença la transcripció del factor proinflamatori (NF-κB) amb la resposta inflamatòria consegüent. Addicionalment, es generen espècies oxigenades radicalàries que disminueixen l'activitat de l'enzim glioxalasa-I (GLO-I), i, d'aquesta manera, interfereix en el sistema natural d'eliminació dels precursors dels AGE. Aquesta situació implica l'augment de la concentració de glioxal i metilglioxal, i també l'increment de la concentració d'AGE i

l'activació dels RAGE, situacions que perpetuen la resposta inflamatòria. Hi ha estudis en humans que indiquen que a les plaques d'ateroma s'esdevé l'expressió del RAGE, tant en individus diabètics com en no diabètics (Fleming 2011, Ramasamy 2012).

Figura 4 | *Mecanisme de l'activació cel·lular a través de RAGE durant l'envelliment*



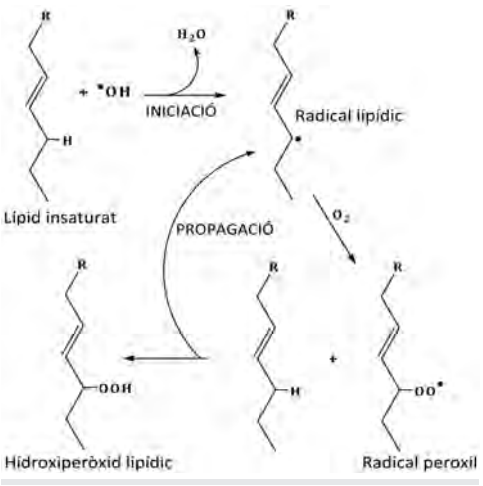
3. Peroxidació: efectes col·laterals dels AGE

La peroxidació dels àcids grassos insaturats és causada per les espècies oxigenades radicalàries que es formen durant l'autooxidació dels productes de glicació no enzimàtica. S'ha comprovat que tots els AGE indueixen la formació d'espècies oxigenades reactives, mentre que solament els AGE altament modificats són capaços de disminuir la viabilitat cel·lular i induir apoptosi (Bigl 2008).

Les membranes lipídiques són susceptibles de ser oxidades a causa de les seves propietats fisicoquímiques i la reactivitat dels àcids grassos que formen la membrana (Hulbert 2007). Per una banda, cal tenir en compte la gran disponibilitat d'oxigen i de radicals lliures presents en la membrana lipídica (Pamplona 2008), ja que són molècules més solubles en medis hidròfobs, i això fa que els lípids siguin les primeres dianes del deteriorament oxidatiu. Per una altra banda, els àcids grassos poliinsaturats (PUFA) són molt sensibles a l'oxidació, a causa de la presència del grup metilè entre dos dobles enllaços. La tendència

a ser oxidats augmenta exponencialment amb el nombre de dobles enllaços per molècula d'àcid gras (Hulbert 2007). Els radicals lliures poden extreure àtoms d'hidrogen de les cadenes hidrocarbonades ($H^{\bullet}$) i generar radicals $C^{\bullet}$, que posteriorment solen combinar-se amb l'oxigen dissolt en la membrana (vegeu la figura 5). El radical peroxil resultant és molt reactiu, per la qual cosa ataca les proteïnes de membrana i oxida els PUFA adjacents, i es formen així hidroxiperòxids lipídics (Halliwell 1999). Aquests composts són més hidrofílics que els àcids grassos i, per tant, migren cap a la superfície de la membrana i pertorben l'estructura de la bicapa i la seva fluïdesa, entre altres propietats.

Figura 5 | *Oxidació lipídica*



Els hidroxiperòxids lipídics es fragmenten i produeixen una extensa llista de RC que tenen un temps de vida mitjà de minuts o hores. Tenint en compte això i que, a més, són composts amb estructures sense càrrega que poden desplaçar-se a través de les membranes i del citosol, s'entén que els RC siguin molt més destructius i tenguin més abast que les espècies oxigenades radicalàries (Pamplona 2011).

La velocitat d'oxidació i de formació dels RC és baixa en condicions fisiològiques, però s'incrementa amb l'edat i amb la disminució de la concentració d'antioxidants (Voss 2006) (els tocoferols, els carotenoides i el coenzim Q són els principals antioxidants que actuen en el medi lipofílic de les cèl·lules (Hulbert 2007)). Recentment, s'ha demostrat que l'oxidació de la PE glicada és més ràpida que la de la no glicada, possiblement perquè el cap polar glicat presenta més llocs d'oxidació (Simoes 2010).

Els RC generats a partir de l'oxidació dels lípids reaccionen amb els grups nucleòfils de les biomolècules, com les proteïnes, l'ADN i els aminofosfolípids, la qual cosa produeix la seva modificació química i la formació irreversible d'una varietat de substàncies i composts entrecreuats coneguts com a productes finals de la lipoxidació avançada o ALE (Thorpe 2003).

4. Mecanismes de defensa en front de la formació d'AGE

Una de les estratègies terapèutiques utilitzades per prevenir les malalties derivades de la glicació no enzimàtica es basa en l'ús de molècules que inhibeixen aquest procés en

alguna de les seves etapes, les quals detallam a continuació (Wu 2011). A partir d'aquests requisits, s'han assajat alguns inhibidors potencials (Rahbar 2003) i en alguns casos han superat la fase d'estudis clínics (Williams 2004). En principi, la majoria d'inhibidors de la formació d'AGE són també potencialment útils com a inhibidors de la formació d'ALE (Baynes 2000).

- Segrest dels radicals lliures per alleugerir l'estrès oxidatiu i reduir la generació de nous grups carbonílics o RC. Els composts que s'han trobat que fan aquesta funció són els flavonoides naturals (Wu 2011), la piridoxina i la piridoxamina (Chetyrkin 2008) (dos vitàmers B_6). S'ha comprovat que la piridoxamina inhibeix la modificació dels triptòfans proteics induïda per radicals lliures (Chetyrkin 2008).

- Intercepció dels grups carbonílics o RC. Algunes de les molècules que són capaces de reaccionar amb els grups carbonílics que comencen la glicació o amb els quals s'han format durant el procés de la glicació són la piridoxamina (Amarnath 2004), alguns polifenols del te (Peng 2011, Wu 2011), l'aminoguanidina (Thornalley 2000), la metformina (Ruggiero-López 1999), la D-penicilina (Wondrak 2002), la hidralazina (Vindis 2006), i la carnosina i els seus derivats (Vistoli 2012).

- Foment de la quelació de metalls de transició, que estan relacionats amb el procés de formació d'AGE. Tant la piridoxamina (Adrover 2008) com l'aminoguanidina (Price 2001) també poden actuar com a agents quelatants de metalls que catalitzen les reaccions d'oxidació involucrades en la glicació. A més, també s'ha trobat que derivats de la vitamina B_6 formen complexos metàl·lics (Rahbar 2003, Ortega-Castro 2012), entre els quals destaca el PIH (pyridoxal isonicotinoyl hydrazone), que és un agent quelatant del ferro. L'ús del PIH està indicat per a malalties degeneratives i en els desordres causats per la presència de ferro (Whitnall 2006).

- Ruptura de les estructures dels AGE d'entrecreuament. Segons els estudis de Vasan et al. (2003), l'alagebrium (ALT-711) és una molècula capaç d'inhibir l'entrecreuament proteic i la fomació d'AGE en un 95%.

- Bloqueig dels RAGE, que pot reprimir l'estrès oxidatiu i la inflamació dels sistemes biològics. Alguns extractes de plantes (*ginkgo biloba*) poden inhibir l'activació dels RAGE en les cèl·lules endotelials en condicions hipoglucèmiques i hiperglucèmiques (Wu 2011).

Segons el que hem comentat i amb els coneixements actuals, podem dir que la vitamina B_6 té les millors propietats inhibidores de tots els composts estudiats, ja que inhibeix més d'una etapa de la glicació a través d'alguna de les seves formes estructurals: la piridoxina, la piridoxamina o el piridoxal. De fet, s'ha demostrat que la vitamina B_6 és un inhibidor

de l'oxidació de la dopamina, induïda per la malaltia de l'Alzheimer (Hashim 2011). A més, la deficiència o els nivells baixos de vitamina B_6 es tradueixen en un increment d'homocisteïna i de l'estrès oxidatiu, que s'ha associat a l'acceleració de l'arteriosclerosi en rates deficients d'aquesta vitamina (Endo 2006). Un dels vitàmers B_6, el piridoxal, és capaç d'inhibir la glicació formant una BS protectora amb els grups amino de proteïnes (Khalifah 1999) i dels aminofosfolípids (Higuchi 2006). En concret, la constant de formació de la BS dels aminofosfolípids amb el PLP és entre 4 i 5 ordres de magnitud més gran que la constant de reacció amb els composts carbonílics de capacitat glicant (Caldés 2013). La BS entre el PLP i els aminofosfolípids s'ha detectat en glòbuls vermells humans (Miyazawa 2012) i s'ha comprovat que els nivells d'Amadori-PE es redueixen aproximadament un 40% amb un suplement dietètic de PLP en rates amb diabetis induïda. D'aquesta manera, s'assenyala el piridoxal com un compost terapèutic per prevenir patologies derivades de la diabetis i l'arteriosclerosi (Tokita 2005).

Referències bibliogràfiques

Adrover, M., Vilanova, B., Frau, J., Muñoz, F., Donoso, J. (2008). The pyridoxamine action on Amadori compounds: a reexamination of its scavenging capacity and chelating effect. *Bioorg. Med. Chem.,* 16, 5557-5569.

Adrover, M., Vilanova, B., Frau, J., Muñoz, F., Donoso, J. (2009). A comparative study of the chemical reactivity of pyridoxamine, Ac-Phe-Lys and Ac-Cys with various glycating carbonyl compounds. *Amino Acids,* 36, 437-448.

Amarnath, V., Amarnath, K., Davies, S., Roberts, L. J. (2004). Pyridoxamine: an extremely potent scavenger of 1, 4-dicarbonyls. *Chem. Res. Toxicol.,* 173, 410-415.

Baynes, J. W., Thorpe, S. R. (2000). Glycoxidation and lipoxidation in atherogenesis. *Free Radic. Biol. Med.,* 28, 1708-1716.

Baynes, J. W. (2003). Chemical modification of proteins by lipids in diabetes. *Clin. Chem. Lab. Med.,* 41, 1159-1165.

Betteridge, D. J. (2000). What is oxidative stress? *Metabolism*, 49, 3-8.

Bigl, K., Gaunitz, F., Schmitt, A., Rothemund, S., Schliebs, R., Münch, G., Arendt, T. (2008). Cytotoxicity of advanced glycation endproducts in human micro- and astroglial cell lines depends on the degree of protein glycation. *J. Neural. Transm.* 115, 1545-1556.

Breitling-Utzmann, C. M., Unger, A., Friedl, D. A., Lederer, M. O. (2001). Identification and quantification of phosphatidylethanolamine and aminoketoses from human erythrocytes – Influence of glycation products on lipid peroxidation. *Arch. Biochem. Biophys.,* 391, 245-254.

Brownlee, M. (2001). Biochemistry and molecular cell biology of diabetic complications. *Nature,* 414, 813-820.

Bucala, R., Makita, A., Koschinky, T., Cerami, A., Vlassara, H. (1993). Lipid advanced glycosylation: pathway for lipid oxidation *in vivo*. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA,* 90, 6434-6438.

Caldés, C., Vilanova, B., Adrover, M., Donoso, J., Muñoz, F. (2013). The hydrophobic substituent in aminophospholipids affects the formation kinetics of their Schiff bases. *Bioorg. Med. Chem. Lett.,* 23, 2202-2206.

Chetyrkin, S., Mathis, M. E., Ham, A-J., Hachey, D. L., Hudson, B. G., Voziyan, P. V. (2008). Propagation of protein glycation damage involves modification of tryptophan residues via reactive oxygen species: inhibition by pyridoxamine. *Free Radic. Biol. Med.,* 44, 1276-1285.

Endo, N., Nishiyama, K., Otsuka, A., Kanouchi, H., Taga, M., Oka, T. (2006). Antioxidant activity of vitamin B_6 delays homocysteine-induced atherosclerosis in rats. *Br. J. Nutr.,* 95, 1088-1093.

Fleming, T. H., Humpert, P. M., Nawroth, P. P., Bierhaus, A. (2011). Reactive metabolites and AGE/RAGE-mediated cellular dysfunction affect the aging process – A mini-review. *Gerontology*, 57, 435-443.

Fu, M. X., Requena, J. R., Jenkins, A. J., Lyons, T. J., Baynes, J. W., Thorpe, S. R. (1996). The advanced glycation end product, Nε-(carboxymethyl)lysine, is a product of both lipid peroxidation and glycoxidation reactions. *J. Biol. Chem.,* 271, 9982-9986.

Halliwell, B., Gutteridge, J. M. C. (1999). *Free Radicals in Biology and Medicine.* Oxford University Press.

Hashim, A., Wang, L., Juneja, K., Ye, Y., Zhao, Y., Ming, L. J. (2011). Vitamin B_6 inhibit oxidative stress causes by Alzheimer's disease-related CuII-β-amyloid complexes-cooperative action of phosphor-moiety. *Bioorg. Med. Chem. Lett.,* 21, 6430-6432.

Higuchi, O., Nakagawa, K., Tsuzuki, T., Suzuki, T., Oikawa, S., Miyazawa, T. (2006). Aminophospholipid glycation and its inhibitor screening system: a new role of pyridoxal 5'-phosphate as the inhibitor. *J. Lipid Res.,* 47, 964-974.

Houjou, T., Yamatani, K., Nakanishi, H., Imagawa, M., Shimizu, T., Taguchi, R. (2004). Rapid and selective identification of molecular species in phosphatidylcholine and sphingolmyelin by conditional neutral loss scanning and MS3. *Rapid. Commun. Mass. Spectrom.,* 18, 3123-3130.

Hulbert, A. J., Pamplona, R., Buffenstein, R., Buttemer, W. A. (2007). Life and death: metabolic rate, membrane composition, and life span of animals. *Physiol. Rev.,* 87, 1175-1213.

Khalifah, R. G., Baynes, J. W., Hudson, B. G. (1999). Amadorins: Novel post-Amadori inhibitors of advanced glycation reactions. *Biochem. Biophys. Res. Commun.,* 257, 251-258.

Kuriven, J. P., Kuksis, A., Ravandi, A., Sjövall, O., Kallio, H. (1999). Rapid complexing of oxoacylglycerols with amino acids, peptides and aminophospholipids. *Lipids*, 34, 299-305.

Lertsiri, S., Shiraishi, M., Miyazawa, T. (1998). Identification of deoxy-D-fructosyl phosphatidylethanolamine and its occurrence in human blood plasma and red blood cells. *Biosci. Biotechnol. Biochem.*, 62, 893-901.

Levi, V., Villamil Giraldo, A. M., Castello, P. R., Rossi, J. P. F. C., González Flecha, F. L. (2008). Effects of phosphatidylethanolamine glycation on lipid-protein interactions and membrane protein thermal stability. *Biochem. J.,* 416, 145-152.

Maillard, L. C. (1912). Action des acides amines sur les sucres: formation des melanoidines per voie methodique. *C. R. Acad. Sci. Ser.* 2, 154, 66-68.

Martins, S. I. F. S., van Boekel, M. A. J. S. (2005). A kinetic model for glucose/glycine Maillard reaction pathways. *Food Chem.,* 90, 257-269.

Miyata, T. (2002). Alterations of non-enzymatic biochemistry in uremia, diabetes, and atherosclerosis ("carbonyl stress"). *Bull. Mem. Acad. R. Med. Belg.,* 157, 189-196.

Miyazawa, T., Nakagawa, K., Shimasaki, S., Nagai, R. (2012). Lipid glycation and protein glycation in diabetes and atherosclerosis. *Amino Acids,* 42, 1163-1170.

Münch, G., Westcott, B., Menini, T., Gugliucci, A. (2012). Advanced glycation endproducts and their pathogenic roles in neurological disorders. *Amino Acids,* 42, 1221-1236.

Ortega-Castro, J., Frau, J., Casasnovas, R., Fernández, D., Donoso, J., Muñoz, F. (2012). High- and low-spin Fe(III). complexes of various AGE inhibitors. *J. Phys. Chem.* A, 116, 2961-2971.

Pamplona, R. (2008). Membrane phospholipids, lipoxidative damage and molecular integrity: a causal role in aging and longevity. *Biochim. Biophys,* 1777, 1249-1262.

Pamplona, R. (2011). Advanced lipoxidation end-products. *Chem.-Biol. Interact.,* 192, 14-20.

Peng, X., Ma, J., Chen, F., Wang, M. (2011). Naturally ocurring inhibitors against the formation of advanced glycation end-products. *Food Funct.,* 2, 289-301.

Popova, E. A., Mironova, R. S., Odjakova, M. K. (2010). Non-enzumatic glycosilation and deglycating enzymes. *Biotechnol. & Biotechnol.,* 24 (3), 1928-1935.

Price, D. L., Rhett, P. M., Thorpe, S. R., Baynes, J. V. (2001). Chelating activity of advanced glycation end-product inhibitors. *J. Biol. Chem.,* 276, 48967-48972.

Rahbar, S., Figarola, J. L. (2003). Novel inhibitors of advanced glycation endproducts. *Arch. Biochem. Biophys.*, 419, 63-79.

Ramasamy, R., Yan, S. F., Schmidt, A. M. (2012). Advanced glycation end products and RAGE: a common thread in aging, diabetes, neurodegeneration, and inflammation. *Amino Acids,* 42, 1151-1161.

Ruggiero-López, D., Lecomte, M., Moinet, G., Patereau, G., Lagarde, M., Wiernsperger, N. (1999). Reaction of metformin with dicarbonyl compounds. Possible implication in the inhibition of advanced glycation end product formation. *Biochem. Pharmacol.,* 58, 1765-1773.

Schalkwijk, C. G., Miyata, T. (2012). Early and advanced non-enzymatic glycation in diabetic vascular complications: the search for therapeutics. *Amino Acids,* 42, 1193-1204.

Shoji, N., Nakagawa, K., Asai, A., Fujita, I., Hashiura, A., Nakajima, Y., Oikawa, S., Miyazawa, T. (2010). LC-MS/MS analysis of carboxymethylated and carboxyethylated phosphatidylethanolamine in human erythrocites and blood plasma. *J. Lipid Res.,* 51, 2445-2453.

Simoes, C., Simoes, V., Reis, A., Domingues, P., Domingues, M. R. M. (2010). Oxidation of glycated phosphatidylethanolamines: evidence of oxidation in glycated polar head identified by LC-MS/MS. *Anal. Bioanal. Chem.,* 397, 2417-2427.

Singer, S. J., Nicholson, G. L. (1972). The fluid mosaic model of the structure of cell membranes. *Science*, 175, 720-731.

Solís-Calero, C., Ortega-Castro, J., Muñoz, F. (2010). Reactivity of a phospholipid monolayer model under periodic boundary conditions: a density functional theory study of the Schiff base formation between phosphatidylethanolamine and acetaldehyde. *J. Phys. Chem. B.,* 114, 15879-15885.

Thornalley, P. J., Yurek-George, A., Argirov, O. K. (2000). Kinetics and mechanism of the reaction of aminoguanidine with the alpha-oxoaldehydes glyoxal, methylglyoxal, and 3-deoxyglucosone under physiological conditions. *Biochem. Pharmacol.*, 60, 55-65.

Thorpe, S. R., Baynes, J. W. (2003). Maillard reaction products in tissue proteins: new products and new perspectives. *Amino Acids*, 25, 275-281.

Tokita, Y., Hirayama, Y., Sekikawa, A., Kotake, H., Toyota, T., Miyazawa, T., Sawai, T., Oikawa, S. (2005). Fructose ingestion enhances atherosclerosis and deposition of advanced glycated end-protucts in cholesterol-fed rabbits. *J. Atheroscler. Thromb.,* 12, 260-267.

Van Boekel, M. A. J. S. (2001). Kinetic aspects of the Maillard reaction: a critical review. *Nahrung-Food,* 45, 150-159.

Vasan, S., Foiles, P., Founds, H. (2003). Therapeutic potential of breaker of advanced glycation end product-protein crosslinks. *Arch. Biochem. Biophys.,* 419, 89-96.

Vindis, C., Escargueil-Blanc, I., Elbaz, M., Marcheix, B., Grazide, M. H., Uchida, K., Salvayre, R., Negre-Salvayre, A. (2006). Desensitization of platelet-derived growth factor receptor-***β*** by oxidized lipid in vascular cells and atherosclerotic lesions: prevention by aldehyde scavengers. *Circ. Res.*, 98, 785-792.

Vistoli, G., Carini, M., Aldini, G. (2012). Transforming dietary peptides in promising lead compounds: the case of bioavailable carnosine analogs. *Amino Acids,* 43, 111-126.

Voss, P., Siems, W. (2006). Clinical oxidation parameters of aging. *Free Radic. Res.*, 40, 1339-1349.

Whitnall, M., Richardson, D. R. (2006). Iron: a new target for pharmacological intervention in neurodegenerative diseases. *Semin. Pediatr. Neurol.,* 13, 186-197.

Williams, M. E. (2004). Clinical studies of advanced glycation end product inhibitors and diabetic kidney disease. *Curr. Diabetes Rep.,* 4, 441-446.

Wolff, S. P., Jiang, Z. Y., Hunt, J. V. (1991). Protein glycation and oxidative stress in diabetes mellitus and ageing. *Free Radical Biol. Med.,* 10, 339-352.

Wondrak, T. G., Cervantes-Laurean, D., Roberts, M. J., Qasem, J. G., Kim, M., Jacobson, E. L., Jacobson, M. K. (2002). Identification of ***α***-dicarbonyl scavengers for cellular protection against carbonyl stress. Biochem. *Pharmacol*., 63, 361-373.

Wu, C.-H., Huang, S.-M., Lin, J.-A., Yen, G.-C. (2011). Inhibition of advanced glycation endproduct formation by foodstuffs. *Food Funct.,* 2, 224-234.

Autora

CATALINA CALDÉS MELIS

Manacor (1984). Doctora en Ciència i Tecnologia Química (2012). Va realitzar la tesi doctoral en el grup de Reactivitat Molecular i Disseny de Fàrmacs del Departament de Química de la Universitat de les Illes Balears. Les seves investigacions es varen centrar en l'estudi de la reactivitat dels aminofosfolípids i de la vitamina B_6 en els processos de l'envelliment i en els processos patològics relacionats amb la diabetis.

INTERVENCIÓ PER MILLORAR L'ÚS EFICIENT DE LES TIRES DE GLUCÈMIA CAPIL·LAR EN PACIENTS DIABÈTICS

Intervenció per millorar l'ús eficient de les tires de glucèmia capil·lar en pacients diabètics

Jorge Llosá Céspedes
Ana López García
Rafael Torres García

Resum

Un bon control dels nivells de glucosa en sang és important per prevenir o endarrerir les complicacions de la diabetis, com ara malalties cardíaques, malaltia vascular perifèrica, pèrdua de visió i insuficiència renal.

El fet aïllat de mesurar la glucèmia amb les tires reactives no millora el control diabètic. Els resultats de les automedicions han de ser registrats i indicar-ne el moment, el tractament utilitzat i les circumstàncies intercurrents d'interès.

Els resultats han de ser revisats periòdicament amb l'equip sanitari, que valorarà les pautes de les automedicions i dels coneixements i les habilitats del pacient perquè faci un autocontrol correcte de la seva malaltia.

La necessitat i freqüència de l'autoanàlisi de la glucèmia capil·lar ha de ser individualitzada en funció de les característiques específiques del diabètic:
- Tipus de diabetis
- Tipus de tractament (insulina, fàrmacs orals, dieta)
- Grau de control de la malaltia
- Situacions especials (altres malalties, canvis de tractament, embaràs)

La utilitat de l'autoanàlisi és inqüestionable en persones que fan tractament amb insulina, ja que el coneixement de la glucèmia permet ajustar la dosi. En tractaments sense insulina, l'evidència científica suggereix una efectivitat limitada en la millora del control.

L'ús inadequat de tires reactives no ofereix cap benefici al diabètic, però pot provocar estrès emocional, preocupacions i punxades innecessàries. A més, representa uns costos injustificats al sistema sanitari i a la societat.

Està demostrat que la reducció en la utilització innecessària de tires no perjudica el control dels diabètics.

Resumen

Un buen control de los niveles de glucosa en sangre es importante para prevenir o retrasar las complicaciones de la diabetes, como enfermedades cardíacas, enfermedad vascular periférica, pérdida de visión y la insuficiencia renal.

El hecho aislado de medir la glucemia mediante las tiras reactivas no mejora el control diabètico. Los resultados de las automediciones deben registrarse indicando el momento,

tratamiento utilizado y circunstancias intercurrentes de interés.

Se deben revisar periódicamente los resultados conjuntamente con el equipo sanitario, que valorará las pautas de realización de automediciones y conocimientos y habilidades de los pacientes para un correcto autocontrol de su enfermedad.

La necesidad y frecuencia del autoanálisis de la glucemia capilar debe ser individualizada en función de las características específicas del diabético:
- Tipo de diabetes
- Tipo de tratamiento (insulina, fármacos orales, dieta)
- Grado de control de la enfermedad
- Situaciones especiales (otras enfermedades, cambios de tratamiento, embarazo)

La utilidad del autoanálisis es incuestionable en personas en tratamiento con insulina, ya que el conocimiento de la glucemia permite ajustar la dosis. En tratamientos sin insulina, la evidencia científica sugiere una limitada efectividad en la mejora del control. El uso inadecuado de tiras reactivas no ofrece ningún beneficio al diabético, pero puede provocar estrés emocional, preocupaciones y pinchazos innecesarios. Por otra parte, supone un coste injustificado al sistema sanitario y a la sociedad.

Está demostrado que no se produce ningún perjuicio en el control de los diabéticos con la reducción en la utilización innecesaria de tiras.

---

1. Objectiu

El nostre objectiu és, doncs, racionalitzar l'ús de tires reactives per a l'autocontrol de la glucèmia a partir dels criteris que hem esmentat anteriorment, atès que és una mesura eficient, pretén evitar riscos i costos innecessaris, i millorar l'autocontrol dels pacients per als quals l'ús sí que està indicat.

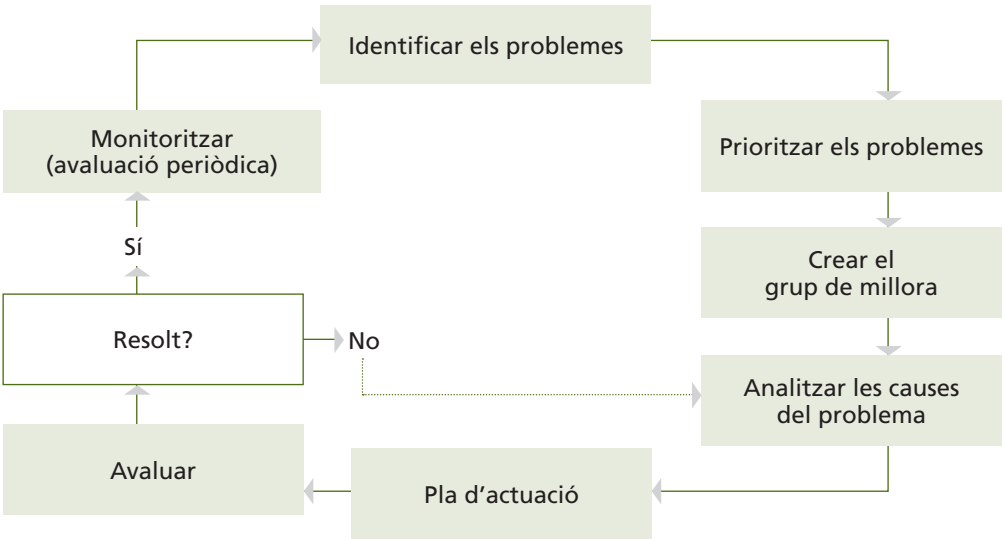
2. Material i mètode

La Comissió de Qualitat d'atenció primària de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera va prioritzar que el problema que calia abordar el 2011 era l'excessiva utilització de tires reactives de glucèmia capil·lar.

Les passes que seguírem per seleccionar el problema varen ser, en primer lloc, fer una pluja d'idees i, posteriorment, establir una priorització mitjançant una graella d'anàlisi.

Creàrem un grup de millora multidisciplinari d'atenció primària, format per un farmacèutic, un metge i dues infermeres. El grup va aplicar la metodologia de millora contínua de qualitat i, per fer-ho, va analitzar les causes del problema, va proposar mesures correctores, va implantar les mesures proposades i, posteriorment, en va fer l'avaluació (figura 1).

Figura 1 | *Cicle de millora contínua de qualitat*



3. Anàlisi de causes del problema

Anàlisi quantitativa

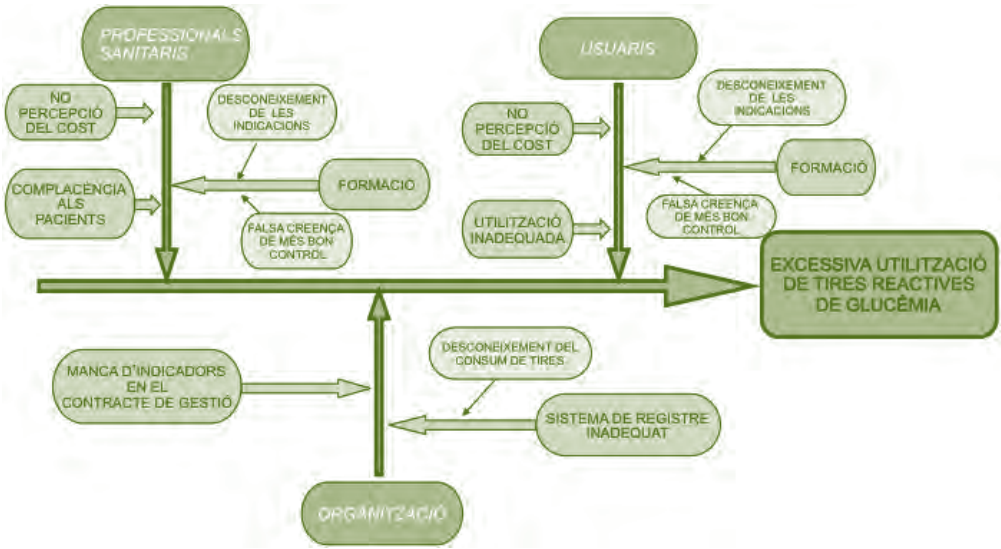
L'anàlisi quantitativa es va fer partint de tres dades:

- Valor absolut del nombre de tires reactives de glucèmia capil·lar dispensades en els centres d'atenció primària de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera
- Import en euros de les tires reactives de glucèmia capil·lar dispensades
- Control metabòlic del pacient diabètic. Es va fer servir l'indicador de qualitat que monitoritza l'hemoglobina glicosilada en els pacients diabètics.

Anàlisi qualitativa

Vàrem fer servir un diagrama d'Ishikawa per analitzar les causes del problema (figura 2).

Figura 2 | *Anàlisi de causes – Diagrama d'Ishikawa*



Vàrem determinar que les causes de l'ús excessiu de tires reactives de glucèmia capil·lar depenien de tres factors principals:

- Factors relacionats amb l'organització sanitària, com ara la manca d'indicadors en el contracte de gestió que monitoritzin el consum de tires reactives i un sistema de registre inadequat

- Factors relacionats amb els professionals sanitaris

- No tenir en compte el cost de les tires reactives de glucèmia capil·lar
- Complaure els pacients
- Manca de formació dels professionals sanitaris sobre les indicacions de les tires reactives de glucèmia capil·lar, que deriva en la falsa creença que es fa més bon control de la diabetis mellitus com més determinacions de glucèmia es facin

- Factors relacionats amb els usuaris de tires de tires reactives

- Desconeixement de les indicacions de l'autoanàlisi de glucèmia
- No tenir en compte el cost de les tires reactives de glucèmia capil·lar
- Falsa creença que es fa més bon control de la malaltia com més determinacions es facin

4. Propostes de millora

Mesures per millorar l'organització sanitària a nivell directiu

- Millorar el sistema de registre de tires reactives de glucèmia capil·lar en la història clínica electrònica d'atenció primària (e-SIAP) (registre assistit)

- Concurs per a l'adquisició de tires reactives de glucèmia capil·lar

- Millorar el sistema d'informació: oferir dades de consum comparatiu amb altres àrees de salut, dissenyar indicadors de consum de tires reactives de glucèmia capil·lar ajustat per població diabètica i incloure l'indicador en el contracte de gestió

Mesures de millora per als professionals sanitaris

- Dissenyar un protocol d'actuació per prescriure tires reactives de glucèmia capil·lar

- Estratègia sistematitzada de difusió del protocol anterior

- Sessions de presentació del protocol als responsables dels centres
- Sessions de presentació del protocol als equips d'atenció primària
- Penjar el protocol a la intranet de l'Àrea de Salut per facilitar-ne la consulta als professionals

Mesures de millora per als usuaris de tires reactives de glucèmia capil·lar

- Avaluar en els pacients diabètics la pertinença de ser inclosos en el protocol d'utilització de tires reactives

- Marcar objectius de consum de tires per a cada pacient segons les recomanacions del protocol

5. Implantació de les mesures de millora. Propostes

Les mesures de millora que afecten la direcció de l'organització sanitària han estat trameses a la Direcció d'Atenció Primària de l'Àrea de Salut, que les farà arribar als Serveis Centrals de l'IB-Salut perquè les valori.

El grup de millora s'ha centrat en les mesures que afecten els professionals sanitaris i els usuaris de tires reactives.

- Dissenyar el protocol d'ús eficient de tires reactives de glucèmia capil·lar. Aquest protocol ha estat dissenyat de manera consensuada amb el Servei d'Endocrinologia de l'Hospital Can Misses.

- Difondre el protocol anterior i posar-lo en pràctica.

- Presentar el protocol d'ús eficient de tires reactives de glucèmia capil·lar en una reunió a la qual assistiren representants de la direcció de l'Àrea de Salut, del Servei d'Endocrinologia de l'Hospital Can Misses, coordinadors dels equips d'atenció primària (EAP) i responsables d'infermeria d'atenció primària. La presentació va tenir lloc el 19 de setembre de 2011, va tenir repercussió en els mitjans de comunicació locals i suposà un compromís de la direcció amb el projecte.

- Presentar el protocol d'ús eficient de tires reactives de glucèmia capil·lar a tots els professionals de cada EAP. Dissenyàrem una presentació amb casos pràctics perquè l'activitat tingués un marcat caràcter didàctic. La difusió en els centres de treball la va fer un professional seu amb l'objectiu d'aconseguir la màxima implicació en els equips. El professional encarregat de fer la difusió serà el referent en aquest tema per als seus companys.

6. Avaluació de les mesures de millora implantades

Per completar el cicle de millora contínua de qualitat, avaluàrem les mesures al cap de sis mesos d'implantar-les. Plantejàrem l'avaluació des de dues perspectives:

- Avaluar l'evolució dels indicadors quantitatius exposats anteriorment en l'anàlisi del problema

- Avaluar el grau d'adequació al protocol d'ús eficient de tires reactives de glucèmia capil·lar

7. Avaluació dels indicadors quantitatius

Per analitzar les dades utilitzàrem els termes «abans» (sis mesos abans de la intervenció, de març a agost de 2011) i «després» (sis mesos després de la intervenció, de novembre de 2011 a abril de 2012).

Avaluàrem:
- El nombre de tires reactives consumides
- L'import en euros de les tires reactives consumides
- L'indicador de mal control metabòlic del pacient diabètic

8. Avaluació del grau d'adequació al protocol d'ús eficient de tires reactives de glucèmia capil·lar

Per avaluar el grau d'adherència en els diabètics al cap de sis mesos d'haver implantat el protocol, l'Àrea de Salut dissenyà un estudi transversal descriptiu. Partint d'una població de diabètics N=7.675, triàrem una mostra n=381 (95% de seguretat). Dissenyàrem un full de recollida de dades (vegeu la taula 1) i plantejàrem una auditoria d'històries clíniques aleatoritzada. Revisàrem les històries per parelles i els revisors varen ser els responsables del protocol de cada EAP i el professional d'infermeria, el responsable del pacient. La intenció era que l'activitat fos una avaluació i alhora una activitat formativa (aprenem revisant les nostres històries clíniques).

Es tracta d'adquirir una manera de treballar sistematitzada en la prescripció de tires reactives en què valorem el debut de la malaltia, el tipus de tractament pautat i el control metabòlic del pacient.

Taula 1 | *Full de recollida de dades*

Recollida de dades per a l'estudi de l'adequació de la utilització de tires reactives										
Identificació del pacient estudiat	Centre de salut	Edat	Sexe (Home/dona)	Any de debut DM	ADO NO hipoglucemiant	ADO hipoglucemiant	Insulina	% HbA1c	Usuari de tires (Sí/no)	S'adequa al protocol? (Sí/no)
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			
					☐	☐	☐			

9. Resultats

Avaluació dels indicadors quantitatius

- Nombre de tires reactives consumides

La taula abans/després recull la quantitat de tires reactives de glucèmia capil·lar (TRGC) comparant les dades de sis mesos abans de la implantació del protocol i sis mesos després.

Quantitat de tires reactives de glucèmia capil·lar	
Abans	Després
580.403	474.478

El consum disminuí en 105.925 TRGC.

- Import en euros de les tires reactives

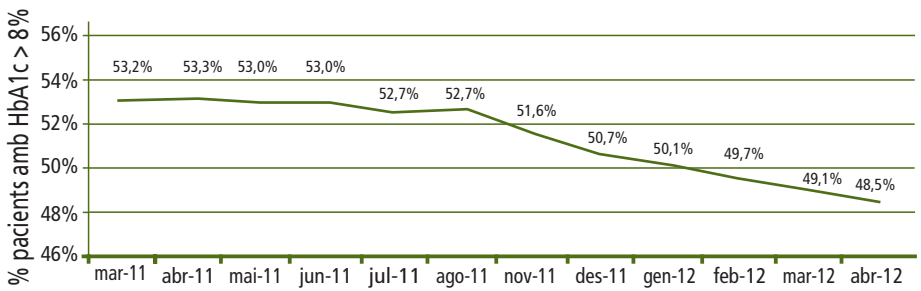
La taula abans/després recull l'import en euros de les tires reactives de glucèmia capil·lar (TRGC) comparant les dades de sis mesos abans de la implantació del protocol i sis mesos després.

Import (€) de les tires reactives de glucèmia capil·lar	
Abans	Després
205.886	157.552

Hi hagué un estalvi de 48.334€.

- Indicador de mal control metabòlic del pacient diabètic

Gràfic 1 | *% Diabètics amb mal control (HbA1c > 8%)*

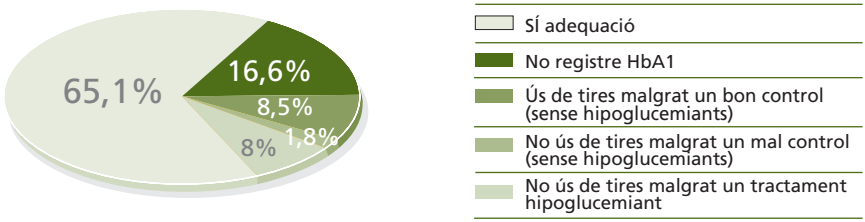


Evolució de l'hemoglobina glicosilada. Cal recordar que és un indicador negatiu (com més baix és el valor, més pacients diabètics controlats hi ha). El numerador és el nombre d'adults de menys de setanta-cinc anys que estan diagnosticats de diabetis mellitus amb l'últim valor d'hemoglobina glicosilada superior a un 8% i el denominador és el nombre d'adults de menys de setanta-cinc anys amb diagnòstic de diabetis mellitus (gràfic 1).

10. Avaluació del grau d'adequació al protocol d'ús eficient de tires reactives de glucèmia capil·lar

El 65% dels diabètics segueixen les recomanacions del protocol. El 16,6% dels pacients revisats no té registre d'hemoglobina glicosilada. Al 8,5% dels pacients se'ls dispensen tires sense necessitat i a un 9,8% dels pacients que les necessiten no els en donen (gràfic 2).

Gràfic 2 | *% d'adequació al protocol*



11. Conclusions

- L'ús inadequat de TRGC no ofereix cap benefici al pacient diabètic i representa una despesa injustificada al sistema sanitari. Aquests resultats confirmen la nostra hipòtesi i l'evidència científica actual.

- Un programa d'ús racional de TRGC basat en l'evidència és una eina eficient de gestió, com ho demostra el fet d'haver disminuït tant el consum com la despesa de TRGC sense afectar la qualitat del control metabòlic dels pacients diabètics, la qual cosa queda demostrada amb la millora de l'indicador del control del pacient diabètic.

- Un treball multidisciplinari de professionals sanitaris de l'atenció primària amb la col·laboració de pacients, juntament amb una estratègia correcta de difusió del programa, sembla que han estat les peces clau perquè el protocol hagi obtingut bons resultats.

- Hem detectat un percentatge no menyspreable de pacients diabètics que no segueixen les recomanacions del protocol i també un percentatge més baix de pacients que, tot i que necessiten TRGC, no els en són lliurades.

- Han de ser aquestes dues últimes troballes, juntament amb l'avaluació dels pacients diabètics que van a les consultes d'atenció primària i la reavaluació contínua dels resultats de la implantació del protocol, els objectius de futur que s'han de seguir en l'atenció dels pacients diabètics.

Referències bibliogràfiques

Bria, X., Vila, A. (2004). Eficiencia del autocontrol de los pacientes diabéticos tipo 2. *Formación Médica Continuada* 11 (5), 238-243.

Clar, C., Barnard, K., Cummins, E., Royle, P., Waugh, N., Aberdeen Health Technology Assessment Group (2010). Self-monitoring of blood glucose in type 2 diabetes: systematic review. *Health technology assessment* 14 (12), 1-140.

Grupo de Trabajo de Consensos y Guías Clínicas de la SED (2010). Recomendaciones en 2010 de la Sociedad Española de Diabetes sobre la medición de la glucemia capilar en personas con diabetes. *Avances en diabetología.* Extret el 15 maig 2013 des de http://www.sediabetes.org/gestor/upload/revistaAvances/Recomendaciones%20WEB2.pdf.

Socías, I. M. (coord.) (2011). *Estratègia de diabetis de les Illes Balears 2011-2015*. Palma: Direcció General de Planificació i Finançament, Conselleria de Salut i Consum.

Autors

JORGE LLOSÁ CÉSPEDES

Barcelona, 1977. És Llicenciat en Medicina i Cirurgia per la U. D. Vall d'Hebron de la Universitat Autònoma de Barcelona. És especialista en Medicina Familiar i Comunitària, U. D. d'Eivissa i Formentera.
És metge d'atenció primària de l'IB-Salut. Actualment, és coordinador d'equips d'atenció primària de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera. S'ha format amb cursos de geriatria i gerontologia del Ministeri de Sanitat i per l'Escola de Serveis Sanitaris i Socials de les Illes Canàries. També ha assistit a cursos de gent gran polimedicada, de la Comissió de Qualitat Intercentres d'Atenció Primària, Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera. És membre del grup de treball del «Programa del anciano frágil polimedicado» i del grup de treball de tires reactives de glucèmia de la Comissió de Qualitat Intercentres d'Atenció Primària, de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera.

ANA LÓPEZ GARCÍA

Avilés (Astúries), 1973. És diplomada universitària en Infermeria per la Universitat d'Oviedo (1991-1994). És infermera d'atenció primària a l'EAP Sant Antoni (Eivissa).
Ha participat en la planificació i execució de tallers per a cuidadors de persones dependents en col·laboració amb la Direcció general de Dependència (des del 2010 fins a l'actualitat). És membre del grup de treball del «Programa del anciano fràgil polimedicado» i del de tires reactives de glucèmia de la Comissió de Qualitat Intercentres d'Atenció Primària, de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera.

RAFAEL TORRES GARCÍA

Almería, 1965. És llicenciat en Farmàcia per la Universitat de Granada. És especialista en Farmàcia Hospitalària per l'Hospital Universitario Clínico San Cecilio. També és diplomat en Farmacoeconomia i en Anàlisi de l'Ús dels Medicaments. per l'Escuela Nacional de Sanidad.
Actualment, treballa com a farmacèutic d'atenció primària. És coordinador farmacèutic d'equips d'atenció primària de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera. És Membre del grup de treball del «Programa del anciano frágil polimedicado» i del de tires reactives de glucèmia de la Comissió de Qualitat Intercentres d'Atenció Primària, de l'Àrea de Salut d'Eivissa i Formentera.

SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDA O DELÍRIUM

Síndrome confusional aguda o delírium

Margarita Isabel Viñuela Benéitez

Resum

És una de les grans síndromes geriàtriques o gegants de la geriatria. Els quadres causants deriven en un deteriorament global de l'ancià, tant funcional com cognitiu i social, i, si no és detectada a temps, la situació pot acabar sent irreversible. El delírium és molt freqüent en tots els àmbits, tant en la comunitat com en el medi residencial i hospitalari, i moltes vegades és infradiagnosticat. És un gran causant de morbimortalitat a curt i llarg termini, i provoca una cascada d'esdeveniments que aboquen l'afectat a una pèrdua d'independència i moltes vegades a la mort.

Resumen

Es uno de los grandes síndromes geriátricos o gigantes de la geriatría. Los cuadros causados derivan en un deterioro global del anciano, tanto funcional como cognitivo y social, y, si no es detectada a tiempo, la situación puede acabar siendo irreversible. El delirium es muy frecuente en todos los ámbitos, tanto en la comunidad como en el medio residencial y hospitalario, y muchas veces es infradiagnosticado. Es un gran causante de morbimortalidad a corto y largo termino, y provoca una cascada de sucesos que conllevan al afectado a una pérdida de independencia y muchas veces a la muerte

1. Definició i criteris diagnòstics

És coneguda des de fa més de 2.500 anys, ja en l'antiga Grècia. Hipòcrates va ser el primer que parlà en els seus escrits del terme «frenitis». Durant l'imperi Romà, Cels i Galè varen ser dos grans personatges que es varen sentir atrets per aquesta manifestació de bogeria associada a un procés febril que desapareixia amb el mateix. El terme ve de *delira*, és a dir, «allunyar-se del solc».

En llatí sempre es varen diferenciar els conceptes de deliri i de la persona que patia deliri per malaltia i no hi havia confusió, encara que amb el temps aquesta terminologia tan semblat ha arribat a significar dues coses diferents: deliri i delírium.

En la llengua anglosaxona, no hi ha confusió. Una cosa és el deliri (*hallucination, delusion*) i una altra de molt diferent el delírium (*delirium*), i existeixen termes diferents per denominar-les.

Per això, en geriatria, preferim el terme «síndrome confusional», ja que té un significat més clar i no es confon amb el deliri de la malaltia psiquiàtrica.

El 1980, amb la publicació del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* per part de l'American Psichiatric Association (APA), es varen explicitar els criteris per definir aquesta síndrome. El delírium apareix classificat en el DSM-IV TR i en el CIE-10 (vegeu la taula 1).

Taula 1 | *Criteris DSM-IV i CIE-10*

DSM-IV		CIE-10
A. **Alteració de la conciencia** (p. ex. Disminución de la capacitat d'atenció a l'entorn) amb disminució de la capacitat per centrar, mantenir o dirigir l'atenció. **B.** **Canvi en les funcions cognoscitives** (com a dèficit de memòria, desorientació, alteración del llenguatge) o presència d'una alteració perceptiva que no s'explica per la **C.** existència d'una demència prèvia o en desenvolupament.	**D.** L'alteració es presenta en un **curt període** (habitualment en hores o dies) i tendeix **a fluctuar durant el dia**. **E.** Demostració a través de la història de l'exploració física de les proves de laboratori que l'alteració és un **efecte fisiològic directe d'una malaltia mèdica.**	**Síndrome Confusional aguda o delírium** Defineix els trastorns orgànics de les funcions mentals superiors que de manera aguda, transitòria i global produeixen alteració del nivell de consciència. Aquesta alteració en l'estat mental es caracteritza per ser aguda i reversible. Substitueix a **l'estat confusional agut** (del CIE-9).

Al segle XVIII, es diferencia entre febre, frenesí i bogeria febril. El delírium trèmens i el delírium en malaltia afebril són descrits per primera vegada. Aquest concepte de bogeria aguda o demència es manté fins a final del segle XIX, moment en el qual s'incorpora el concepte d'afectació de l'atenció i la consciència, que va permetre distingir entre delírium, demència i bogeria.
Lipowski defineix el terme de delírium i encara avui perdura aquesta definició.

2. Epidemiologia

És un problema de cada vegada més freqüent entre la població de gent gran. La seva prevalença i incidència depenen de la població estudiada: és més freqüent en el sexe masculí i més en institucions que al domicili. Té una prevalença en el moment de l'ingrés

hospitalari de 14%-24% i en la comunitat és d'un 1%-2%, però d'un 14% en persones de més de vuitanta-cinc anys (Burns 2004; Guillén Llera 2005).

En situacions com ara cirurgies (especialment, traumatològiques i cardíaques), la seva incidència augmenta (electives, 15%; situacions urgents, 60%). El 87% dels ancians ingressats en unitats de vigilància intensiva poden desenvolupar-la. Unitat de Cures Pal·liatives, oncològics i ictus són àrees en què també té una incidència molt elevada (Kieli DK 2004). Segons Kieli, a les residències, fins al 60% dels ancians pateixen la síndrome (Inouye 2006).

3. Fisiopatología

No es coneix amb exactitud, malgrat que és tan freqüent i important. S'hi han implicat molts processos fisiopatològics neuronals que responen a molts factors:

- Deteriorament del metabolisme oxidatiu neuronal
  Quan hi ha dèficit de nutrients (glucosa, oxigen, tiamina) que són necessaris per al metabolisme oxidatiu, es produeix adenosinatrifosfat (ATP) de manera insuficient, situació que comporta l'entrada de ions de calci i sodi en la cèl·lula, que en destrueixen la neurotransmissió.

- Resposta neuroendocrina a l'estrès greu i/o crònic
  Després d'esdeveniments vitals estressants, l'organisme té una resposta compensatòria que, encara que inicialment és adaptativa, si la manté en el temps, es produeix una hiperactivació de l'eix hipotalamhipofisari suprarenal que augmentarà la demanda d'oxigen per a les neurones.

- Hipòtesi inflamatòria
  Augmenta la producció d'interleucines (IL-1, IL-2; IL-6), l'interferó i el factor de necrosi tumoral α (TNF-α) pot produir un augment de permeabilitat de la barrera hematoencefàlica i alteracions en la transmissió.

- Alteració de la neurotransmissió
  Hi ha dèficit de funció colinèrgica i excés d'activitat dopaminèrgica, de manera absoluta o per desequilibri entre ambdues. L'acetilcolina participa en els processos de vigília, atenció, aprenentatge i memòria, i es projecta en el neocòrtex a través dels circuits del prosencèfal basal i del troncocencèfal.

  La dopamina intervé en la focalització de l'atenció, en la funció executiva i en la volició a través de la via nigrostriatal, mesolímbica-mesocortical i del tracte tuberoinfundibular.

També hi estan implicats altres neurotransmissors, com la serotonina, noradrenalina, l'àcid gamma-aminobutíric, el glutamat i la melatonina.

4. Etiologia. Factors que predisposen i precipiten

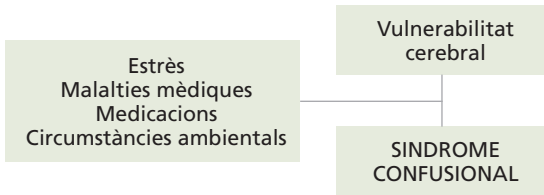
La causa és multifactorial, sobretot en els ancians. Com que són més vulnerables, són suficients pocs factors desencadenants i menys greus per precipitar-ne l'aparició.

Taula 2 | *Factors*

Factors que predisposen	Factors que precipiten
Envelliment cerebral	Fàrmacs
Més cormobiditat	Infeccions
Polimedicació	Alteracions metabòliques i nutricionals
Alteració dels òrgans dels sentits	Malalties endocrines
Aïllament social	Malalties neurològiques
Desnutrició	Estrès agut: postoperatori, dolor, infart de miocardi agut (IMA)

La causa més freqüent implicada en el delírium en ancians hospitalitzats són els fàrmacs, especialment els anticolinèrgics i opiacis. Aquesta vulnerabilitat es correlaciona amb els recursos cerebrals disponibles, que poden compensar els factors que influeixen negativament en la capacitat cognitiva. Això és la reserva cognitiva.

Taula 3 | *Esquema d'Inouye*



Com menys reserva cognitiva, més vulnerabilitat. La capacitat de reserva depèn, segons Mortimer (1997), de:

- La quantitat de neurones i interconnexions aconseguides en el desenvolupament cerebral definitiu (més freqüent en discapacitats psíquics)

- Del desenvolupament intel·lectual i d'estratègies cognitives (un nivell intel·lectual baix és factor de risc de demència i delírium)

- De la quantitat de teixit cerebral que continua en funcionament, que pot disminuir amb el temps (disminució neuronal, disminució de flux sanguini cerebral, traumatismes, tòxics, etc.)

- El delírium és més freqüent en la malaltia d'Alzheimer tardana i en demències vasculars isquèmiques, i menys freqüent en malaltia d'Alzheimer precoç i demències frontotemporals.

5. Clínica

Pot ser molt variable i fluctua durant el dia, per la qual cosa és molt difícil diagnosticar-la. Segons l'activitat psicomotora, se'n poden diferenciar patrons diversos en la clínica:

- Delírium hiperactiu. Diagnosticar-lo és molt fàcil, perquè el pacient està confús i agitat (típic de fàrmacs anticolinèrgics o per intoxicació de substàncies o privació)

- Delírium hipoactiu. Diagnosticar-lo és més difícil, perquè l'ancià està inhibit, retret. Moltes de vegades és confós amb depressió o, fins i tot, amb demència. Freqüent en casos d'encefalopaties o per ús de sedants.

- Delírium mixt. Hi ha hiperactivitat que alterna amb hipoactivitat. Els símptomes poden durar dies, setmanes i, fins i tot, mesos, però és habitual que es resolguin en un període d'un dia a tres. Sol succeir sobretot el capvespre, però també el matí.

6. Diagnòstic

És un diagnòstic clínic. S'ha de fer una història clínica exhaustiva i incidint en la situació basal funcional i cognitiva, i en el canvi agut actual. Són obligades una exploració física, neurològica i una valoració del context clínic. A qualsevol pacient ingressat prèviament se li ha d'avaluar l'estat cognitiu (test Minimental o *Mini-Mental State Examination*, o test de Pfeiffer).

L'instrument més utilitzat per fer la diagnosi del delírium és l'avaluació clínica basada en els criteris del DSM-IV-TR [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 'Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals', quarta edició revisada], el *Confusion Assessment Method* (CAM). Té una sensibilitat del 89%-100% i una especificitat del 95%-100% (vegeu la taula 4).

Una altra eina és el *Delirium Rating Scale* (DRS), que valora la gravetat del delírium. També es pot explorar l'atenció des del llit.

Taula 4 | *Criteris de CAM (Confusion Assesment Method, d'Inouye)*

a. Inatenció
b. Començament agut i curs fluctuant
c. Pensament desorganitzat
d. Alteració del nivell de consciència. Hi han de ser presents a i b, a més de o c o d

7. Diagnòstic diferencial

Fonamentalment, s'ha de fer en els casos de demència, estats depressius i estats delirants, com l'esquizofrènia. En cap d'aquests, però, no apareix bruscament ni de manera fluctuant. S'han de fer les proves complementàries següents: bioquímica bàsica, hemograma, anàlisi d'orina, radiografia de tòrax, altres anàlisis específiques (TSH, B12 i àcid fòlic, serologia sífilis, toxicologia, gasometries, hemocultius, etc.), electrocardiograma, TAC cranial si hi ha símptomes neurològics focals o antecedent de traumatisme, punció lumbar, si se sospita de meningitis o de síndrome febril sense focus, i electroencefalograma, per descartar estat epilèptic.

8. Tractament

La millor manera de reduir les freqüència i les complicacions del delírium és la prevenció. Se n'ha de fer un abordatge multidisciplinari i integral. S'han de tractar:

- Els possibles agents etiològics. Identificar-los i intervenir sobre les causes possibles
- Els símptomes neurològics i conductuals
- Recórrer a mesures de suport i ambientals

8.1. Tractament etiològic

Hem d'identificar factors que hi predisposin i hi precipitin, i actuar-hi a sobre. En el 50% dels casos, n'hi ha dos o més en ancians. Administrarem oxigenoteràpia, si hi ha hipoxèmia per pneumònia o anèmia greu, o tiamina per via parenteral, si sospitam d'una encefalopatia de Wernicke.

8.2. Tractament simptomàtic

Hem d'administrar els fàrmacs en la dosi més baixa i durant el mínim de temps possible.

Sempre que sigui possible, per la via oral. Evitarem la sobresedació, ja que augmenta la confusió posterior (vegeu la taula 5).

Hem de regularitzar el ritme de son-vigília, ja que si s'altera produeix agitació nocturna i somnolència diürna, la qual cosa provoca una forta sobrecàrrega. Els fàrmacs comencen a ser administrats quan el pacient se'n vagi a jeure.

8.2.1. Neurolèptics

Són els d'elecció, excepte en el cas de privació de sedants i alcohol. Aleshores, faríem el tractament amb benzodiacepina, i, en intoxicació per fàrmacs anticolinèrgics, precisaríem fisostigmina. El fàrmac per a una situació aguda és l'haloperidol. En situacions menys agudes, els neurolèptics atípics tenen una eficàcia similar, però actuen d'una manera més selectiva sobre la dopamina i bloquen la serotonina, amb la qual cosa no té els seus efectes adversos. El més usat de tots i l'únic aprovat per al delírium és la risperidona.

La toxicitat per neurolèptics s'esdevé solament després d'un ús perllongat, no en usos curts per al control d'agitació aguda.

8.2.2. Benzodiacepinas

Es recomana el lorazepam si cal administrar-la, perquè té una vida mitjana de curta i no s'acumula. A Espanya, no se'n comercialitza la via parenteral, per la qual cosa podem administrar midazolam com a alternativa.

La combinació de neurolèptic i benzodiacepina amb la finalitat de reduir la dosi de tots dos ha estat eficaç en joves, però no ha estat estudiada en ancians.

En aquests moments, es proven altres fàrmacs, com els antiepilèptics i els inhibidors de les acetilcolinesterases.

Taula 5 | *Valoració dels programes internacionals d'estiu*

Fàrmac	Dosi de començament	Dosi diària	Efectes secundaris
NEUROLÈPTICS			
Haloperidol	Oral: 0,5 mg-1 mg (pic a 4h-6 h); es pot repetir a les 4h. IM. 2,5 mg-5 mg (pic als 20 min.-40 min.); es pot repetir als 30 min-60 min	1 mg a 3 mg	Comuns: SEP (més si > 3 mg). Greus: cardiovasculars, síndrome del QT llarg.

Fàrmac	Dosi de començament	Dosi diària	Efectes secundaris
Risperidona	0,25 mg-0,5 mg, una o dues vegades al dia	1 mg a 3 mg	Comuns: SEP igual o una mica menys que l'haloperidol, sedació, hipotensió, diabetis. Greus: cardiovasculars, síndrome del QT llarg.
Olanzapina	2,5 mg, una vegada al dia	5 mg a 10 mg	Similar a la risperidona. Més augment de pes i diabetis.
Quetiapina	25 mg una vegada al dia	50 mg a 100 mg	Similar a risperidona. Més somnolència i hipotensió.
Ziprasidona	Oral: 20 mg Intramuscular: 10 mg/2h	40 mg/12 h intramuscular, màx. 40 mg i no més de 3 dies consecutius	Similar a la risperidona. Més somnolència i hipotensió. Síndrome del QT llarg proporcional a la dosi.
BENZODIAZEPINES			
Lorazepam	0,5 mg-1 mg. Es pot repetir a les 4h	1 mg-3 mg	Excitació paradoxal, depressió respiratòria, sedació. Indicat en privació de sedants i alcohol, malaltia de Parkinson i síndrome neurolèptica maligna.
ANTIDEPRESSIUS			
Trazodona	25 mg-50 mg en anar a jeure	50 mg-200 mg	Sedació, hipotensió

8.3. Mesures de suport i ambientals

Mantenir l'orientació mitjançant calendaris i rellotges. Compensar els dèficits sensorials amb l'ús d'audiòfons i ulleres ajudarà a prevenir l'aparició de la síndrome confusional. També ajudarà procurar una mobilització adequada almenys tres vegades al dia, estimular amb teràpies i activitats, i evitar l'aïllament ajudaran en aquesta situació. Hem d'evitar les restriccions físiques tant com sigui possible.

9. Pronòstic

Sabem que augmenta les complicacions mèdiques intrahospitalàries, perquè augmenten les infeccions, caigudes, incontinència i les llagues de decúbit. Per tant, comença una cadena d'esdeveniments que empitjoren l'estat del pacient i del seu entorn, la qual cosa provoca sobrecàrrega als cuidadors, independentment del delírium.

La durada és molt variable. El més habitual és que sigui de dies a mesos, però Kelli, el 2001, va demostrar que fins en el 72% dels casos perdurava quan el pacient rebia l'alta, en un 55% després d'un mes de l'alta i en un 25% als tres mesos.

Com més complicacions mèdiques se'n derivin, més augmentarà el nombre de dies d'estada i, per tant, els costos, ja que comporten una pitjor recuperació funcional, física i cognitiva.

En pacients de més de seixanta-cinc anys sense demència, el millor predictor independent de deterioració cognitiva i funcional és l'any de seguiment posterior a l'hospitalització. El període de durada del delírium pot ser molt llarg, per això es confon amb una demència i és diagnosticat com a tal. Això a banda, la deterioració cognitiva és un factor que predisposa al delírium.

La meitat dels pacients que presenten un delírium quan són ingressats es moriran durant l'hospitalització. La mortalitat a l'any és tres vegades superior en els que en pateixen i 2,24 vegades més als tres anys, sempre independentment d'altres variables com la depressió, deterioració cognitiva, capacitat funcional física o comorbiditat mèdica (Inouye, S. K. 1999).

Té una relació estreta amb la depressió i la demència. Fins a un 42% d'ancians hospitalitzats amb sospita de depressió tenen delírium.

Fins al 55% dels pacients amb delírium desenvolupen més tard una demència (Cole, M. G. 2004).

Esquema 1. Pronòstic del delírium

- Baixes taxes de recuperació funcional i cognitiva
- Complicacions mèdiques més greus i més possibilitat de reingrés
- Allargament de l'estada i, per tant, dels costos
- Més mortalitat durant l'ingrés i quan es té l'alta
- Persistència de símptomes a l'any de seguiment
- Més taxes de demència i mort després de tres anys de seguiment

Solament un de cada cinc casos és diagnosticat a urgències i solament en el 50% dels informes d'alta apareix com a diagnòstic. La dificultat de detectar-lo rau en la gran variació de la gravetat i dels símptomes i en les seves fluctuacions imprevisibles. Per tant, hem de procurar identificar els pacients amb risc elevat (els qui tenen demència, alteració visual o auditiva, malaltia física greu, polifarmàcia), fer-ne una valoració de l'estat cognitiu, entrevistar els familiars i cuidadors per conèixer l'estat basal del pacient, i el personal sanitari ha de documentar símptomes de delírium que el metge hauria de revisar diàriament. És un gran marcador d'estat bidireccional, ja que, d'una banda, indica la qualitat dels serveis implicats i de la capacitat de manejar pacients ancians i, de l'altra, és un marcador de la fragilitat del pacient i de les seves necessitats a l'alta. També és un marcador d'eficiència en la mesura en què millorin la seva prevenció i maneig.

És una síndrome que fa augmentar costos al sistema sociosanitari. D'una banda, costos directes, per increment significatiu de l'ocupació hospitalària, i, d'altra banda, costos sanitaris indirectes, ja que augmenta la necessitat d'institucionalització i la sobrecàrrega del cuidador. Tot això es podria reduir d'una manera significativa amb mesures de prevenció (Castilla, L. 2011).

Per tant, hem de tenir molt present aquesta gran síndrome geriàtrica, que ens empitjorarà d'una manera significativa i negativa el pronòstic del pacient ancià. Hem de prevenir-lo, diagnosticar-lo i tractar-lo, independentment de la localització en la qual es trobi el pacient i de la seva patologia de base o precipitants.

Finalment, hem de posar l'accent sobre el fet que mai no hem de diagnosticar una deterioració cognitiva en una situació de delírium, ja que això conduirà en molts casos a una possible incapacitació i pèrdua d'autonomia i, finalment, a una institucionalització del pacient no desitjada.

Referències bibliogràfiques

Burns, A., Gallaglei, A., Birne, J. (2004). Delirium. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry* 75, 362-367.

Castilla, L., Fernández, M. C., Jiménez, M. D. (2011). *Síndrome confusional*. Principios de Neurogeriatría.

Cole, M. G.(2004). Delirium in elderli patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 12, 7-21.

Hormiga, F., Marcos, E., Sole, A., Valencia, E., Lora-Tamaio, K., Pujol, R. (2005). Síndrome confusional agudo en pacientes ingresados por patología médica. *Revista Clínica Española* 205, 484-488.

Guillén Llera, F. (2005). Delirium en pacientes ancianos hospitalizados. *Revista Medicina Clínica* 124. Barcelona, 538-540.

Inouye, S. K., Bugardus, S. T. Jr., Charpentier, P. A., Leo-Summers, L., Acampora, D., Jolford, T. R. (et al.) (1999). A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients. *New Englant Journal of Medicine* 340, 669-676.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *New Englant Journal of Medicine* 354,1.157-1.165.

Kieli, D. K., Bergmann, M. A., Jones R. N., Murphi, K. M., Orav, E. J., Marcantonio, E. R. (2004). Characteristics associated with delirium persistence among newli admitted post-acute faciliti patients. *Journal of Gerontology Series A. Biological Sciences and Medical Sciences* 59, 344-349.

Lipowski, Z. (1980). *Delirium*. Thomas Springfield: Illinois.

Autora

MARGARITA ISABEL VIÑUELA BENÉITEZ

Salamanca, 1970. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat Complutense de Madrid el 1994. Especialista en Geriatria i Gerontologia el 1999. Membre del Reial Col·legi d'Internistes del Regne Unit (MRCP). Diploma en Geriatria i Gerontologia pel Reial Col·legi de Geriatres de Glasgow (DG). Vicepresidenta de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia. Responsable de la Unitat de Cures Especials i Pal·liatius de l'Hospital Sant Joan de Déu des que va obrir, el novembre 2007.

Ha organitzat i dirigit diversos cursos de formació en geriatria i gerontologia. Directora del I Curs de Geriatria per a Metges, Gesma, 2004-2005. Directora de diversos cursos de geriatria (I-IV) per a cuidadors, organitzats per l'Associació de Famílies de Mallorca (AFAM) 2006-2007. Ha participat en diversos estudis de recerca en el camp de les demències, dolor i malnutrició. Autora i col·laboradora de llibres de divulgació científica (*Anuari de l'Envelliment*, Societat Espanyola de Metges Especialistes en Geriatria).

SENSIBILITZACIÓ SOBRE LA VIOLÈNCIA DE GÈNERE EN DONES GRANS: COMENÇAR A COMBATRE

Sensibilització sobre la violència de gènere en dones grans: començar a combatre

Lydia Sánchez Prieto
Salud Mantero Heredia

«La violencia contra las mujeres es el crimen encubierto más extendido del mundo, lo que revela la magnitud de este fenómeno criminal.»
Organització de les Nacions Unides

Resum

Malgrat que nombroses dones de més de seixanta anys pateixen violència de gènere, actualment no hi ha conscienciació sobre aquest tema tan alarmant. Per combatre-ho, a part de la formació de professionals i l'adaptació del sistema assistencial, serà necessari promoure la conscienciació de la societat mitjançant factors macrosocials, com les campanyes de publicitat, i mitjançant factors microsocials, l'educació.

A partir d'aquest estudi pilot es va intentar perfilar l'estructura conceptual i les actituds de les dones grans cap a la violència, es va valorar l'eficàcia de programes de sensibilització i es van establir les pautes per millorar-ne l'eficàcia. S'ha de destacar que, mitjançant la implementació del taller, es va aconseguir incrementar la conscienciació i la gravetat percebuda. Dels principals resultats, s'ha de destacar que gairebé el doble de les enquestades varen reconèixer haver patit violència (des del 6,55% en el pretest a l'11,47% en el posttest) i va predominar la psicològica (en 6 casos) sobre la resta de tipus. A més, aproximadament la meitat declarava que no denunciarien els seus companys davant les autoritats. Els resultats visualitzaven la necessitat d'actuacions i la realitat oculta: les dones grans tendeixen a restar gravetat als abusos, no els identifiquen com a tals i es neguen a denunciar-los.

Resumen

A pesar de que numerosas mujeres mayores de sesenta años padecen violencia de género actualmente, no existe concienciación sobre este alarmante tema. Para combatirlo, además de la formación de profesionales y la adaptación del sistema asistencial, será necesario promover la concienciación de la sociedad mediante factores macrosociales, como las campañas de publicidad, y mediante factores microsociales, la educación.

A partir de este estudio piloto se intentó perfilar la estructura conceptual y las actitudes de las mujeres mayores hacia la violencia, valorar la eficacia de programas de sensibilización y establecer las pautas para mejorar su eficacia. Se debe destacar que, mediante la implementación del taller, se consiguió incrementar la concienciación y la gravedad percibida. A partir los principales resultados se debe destacar que casi el doble de las encuestadas reconoció haber padecido violencia (de manera que pasaban del 6,55% en el pre-test al 11,47% en el post-test), y predominaba la psicológica (en 6 casos) sobre el resto de tipos. Además, aproximadamente la mitad declaraba que no denunciaría a su compañero ante las autoridades. Los resultados visualizaban la necesidad de actuación y la realidad oculta: las mujeres mayores tienden a restar gravedad a los abusos, no los identifican como tales y se niegan a denunciarlos.

1. La violència de gènere en les dones grans

Malgrat els avanços aconseguits a través dels mecanismes impulsats per la Llei orgànica 3/2007, de 22 de març, per a la igualtat efectiva de dones i homes, encara avui en dia persisteixen moltes creences, actituds i aptituds masclistes. L'escola exerceix un gran poder, actuant com a agent de socialització, transmetent valors i actituds. Però, al nostre país no és fins a la Llei orgànica 1/1990, de 3 d'octubre, d'ordenació general del sistema educatiu (LOGSE) que s'incorporen valors de principis d'igualtat entre gèneres. L'educació, juntament amb altres factors polítics, socials i culturals anteriors als anys vuitanta, van afavorir que el sector de població de gent gran tingués una tendència a normalitzar les agressions i restés punibilitat a la violència (física o psicològica) de l'home sobre la dona. Aquest fet afavoreix que actualment nombroses dones de més de seixanta anys pateixin agressions en silenci, seguint valors de lleialtat en el matrimoni, a més de les creences religioses tradicionals, que són poderoses barreres que dificulten la denúncia (Grunfeld, Larsson, Mackay & Hotch, 1996).

Davant la invisibilitat de les agressions i continuant en la línia de recerca iniciada en l'Anuari de l'envelliment,[1] es pretén pujar un altre esglaó en la recerca de la violència, però aquesta vegada a través de la intervenció directa en el col·lectiu de persones grans.

Tal com s'explicava en els articles anteriors, el nombre tan reduït de denúncies contra els companys íntims fetes per dones d'edats superiors als seixanta anys indueix a pensar que la violència no es produeix amb la mateixa freqüència que en altres generacions (Mouton et al., 2004). No obstant això, del començament d'any ençà, el 14,3% de les víctimes mortals per violència de gènere tenien més de 64 anys. El 2012, el percentatge de víctimes més grans de 64 anys va arribar al 21,2%, és a dir, un total d'11 víctimes, i un agressor de cada quatre també era més gran de 64 anys,[2] segons les dades del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat. Nombrosos estudis internacionals centrats en la cerca de prevalença real també han validat aquesta teoria. Louma et al. (2011) presentaven un informe en el qual es destacava que un 28,1% d'una mostra de persones més grans de seixanta anys entrevistades de cinc països europeus havien patit abusos per part de les seves parelles en algun moment de la seva vida. Estudis més específics assenyalen que la prevalença de violència física i sexual duta a terme pel company íntim és del 23% en dones d'entre 50 i 65 anys i del 10% en dones de 66 a 86 anys (Stöckl, Watts & Penhale, 2012).

Aquestes dades demostren que la violència no comprèn ni respecta edats (Vinton, 2001). Llavors, per què evoquem la imatge d'una dona jove quan pensem en violència

[1] Vegeu els articles següents: «Invisibilitat de la violència de gènere en les dones grans a Mallorca» (Orte & Sánchez, 2010), «Creences de les persones grans sobre la violència de gènere» (Sánchez, 2011) i «La figura absent en les campanyes contra la violència de gènere: la dona gran» (Sánchez, Orte & Ballester, 2012).

[2] Dades proporcionades pel Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat (setembre 2013), disponible a: www.msssi.gob.es/ssi/violenciagenero/portalestadistico/home.htm

de gènere?, per què en consultar les dades dels serveis d'ajuda a les víctimes amb prou feines hi ha demandes de dones grans?, per què no rebem informació sobre aquests casos o no els veiem en les campanyes publicitàries? (Sánchez, Orte & Ballester, 2012). La resposta radica en el fet que la conscienciació sobre la situació de les víctimes grans és gairebé nul·la. Nombroses víctimes no són conscients que pateixen violència de gènere (Dunlop, Beaulaurier, Seff, Newman, Malik & Fuster, 2005) i altres tendeixen a normalitzar les agressions (Hightower et al., 2001). Aquests dos fets, juntament amb el fet que aquest col·lectiu s'ha d'enfrontar a nombroses barreres davant la denúncia (Dunlop, Beaulaurier, Seff, Newman, Malik & Fuster, 2005; Beaulaurier, Seff & Newman, 2008), provoquen que es pateixi la violència en silenci i que no es denunciïn les agressions. Per tant, i tenint en compte que les dades estadístiques i les demandes són els elements que incideixen en l'alarma social, les agressions romanen ocultes per a les construccions teòriques que orienten les polítiques, les pràctiques i els aspectes legals. Així, aquest fet converteix aquestes víctimes en invisibles, fins i tot per a les organitzacions que treballen amb dones maltractades, segons Buchbinder i Winterstein (2003).

Es produeix una retroalimentació constant, de manera que les víctimes no denuncien les agressions, per la qual cosa no es fomenta la conscienciació social i, de la mateixa manera, l'absència de sensibilització hi influeix afavorint que les dones pateixin les agressions en solitud.

Les intervencions actuals requereixen modificacions en les pautes si es pretén aconseguir que cobreixin les necessitats de les afectades. Les adaptacions es podrien agrupar en tres eixos, en funció de l'àmbit en el qual s'hagin d'executar:

Eix I. Conscienciació i sensibilització de la societat

La conscienciació consistiria a visualitzar el fenomen que s'està desenvolupant, impedint que continuï ocult i aconseguint que se'n conegui la prevalença real, les causes i les conseqüències (Associació Civil Trama, 2009). Es promouria la transportació de la violència de l'àmbit privat a l'esfera pública. L'objectiu, explicat en profunditat en l'apartat següent, consisteix en el fet que la societat adquireixi un paper actiu en la lluita contra la violència.

Eix II. Formació dels professionals i recerca

La tendència dels professionals a considerar aquest tipus d'agressions com a abús de persones grans, a causa del fet que les víctimes tenen més de 64 anys (Buchbinder & Winterstein, 2003) actua com un element perjudicial per al procés d'ajuda a la víctima. Com es pot comprovar, aquest procediment es basa en una incoherència conceptual si es respon al plantejament següent: si es tracta de violència exercida per la parella, per què

no se li atorga la designació adequada? És a dir, violència de gènere. Les implicacions provocades per la categorització incorrecta afecten diferents àmbits pràctics. L'actuació destinada a l'abús de persones grans afavoreix, com una de les prioritats, la reducció de l'estrès del cuidador (Scott et al., 2004; Hightower et al., 2008; Celdrán, 2013). Per tant, les pautes d'intervenció s'encaminaran a aconseguir l'objectiu esmentat i s'apostarà per subministrar medicació a les dones grans o bé promoure pautes de respir per als cuidadors. Les repercussions apareixen perquè no s'atorga la consideració de criminalitat que es mereixen els actes i perquè no es desenvolupa l'acció més urgent: separar l'agressor de la víctima per finalitzar el cicle de violència (Scott et al., 2004; Hightower et al., 2006; Yechezkel & Ayalon, 2013). Normalment, les agressions formen part d'un continu de maltractaments que s'ha mantingut fins a arribar a la tercera edat o bé s'han iniciat en edats tardanes a causa de canvis de rols (jubilació, situació de dependència, etc.) (Phillips, 2000; Celdrán, 2013), però en qualsevol cas, és violència provocada pel company íntim, per la qual cosa ha de ser combatuda a partir de les mateixes estratègies utilitzades en víctimes joves. Però per aconseguir aquest objectiu s'han de reforçar els límits entre les diferents disciplines i dispensar als professionals eines per aprendre a derivar els casos adequadament.

Però, a més d'aprendre a derivar, els professionals han de ser capaços d'identificar la violència «no física» (Yechezkel & Ayalon, 2013), exercida amb més intensitat a partir de la tercera edat i amb més implicacions per a la salut (Vinton, 2010), caracteritzada perquè es presenta de manera invisible i s'exerceix mitjançant tècniques d'aïllament i subordinació. Resultarà imprescindible conèixer les característiques de les dones grans perquè l'ajuda resulti efectiva (Dunlop, Beaulaurier, Seff, Newman, Malik & Fuster, 2005; Roberto, Brossoie, McPherson, Pulsifer & Brown, 2013).

Eix III. Adequació dels recursos

La xarxa assistencial de suport es caracteritza per una absència de recursos especialitzats en les dones grans maltractades, situació que actua com a barrera a l'hora de cercar ajuda i dificultant que se sentin refermades per l'Administració (Blood, 2004; McGarry, Simpson & Hinchliff-Smith, 2011). Òbviament, com més elevada és l'edat més s'incrementa la probabilitat que apareguin limitacions físiques o situacions de dependència i, per tant, aquest fet comporta la necessitat de nous recursos, com dutxes habilitades o rampes, entre altres (Blood, 2004; Scott, Mckie, Morton, Seddon & Wasoff, 2004). Fins que no s'adaptin les instal·lacions, s'ofereixin espais tranquils on se sentin segures (McGarry, Simpson & Hinchliff-Smith, 2011) i s'afavoreixin ajudes psicològiques que comprenguin la simptomatologia associada a anys d'agressions, no es respondrà eficaçment a les necessitats de les víctimes grans. Finalment, cal posar l'accent en el fet que s'iniciï el procés de denúncia; han de percebre que la gamma de recursos oferta és sòlida i també es dirigeix a elles.

2. La sensibilització com a estratègia d'afrontament

Com s'explicava anteriorment, l'educació i l'aprenentatge apareixen, a través de la socialització, com a elements clau en el manteniment de la desigualtat i la violència. Es provoca, d'alguna manera, l'anestèsia de la cultura davant les seves manifestacions, per la influència en cadascun dels homes que decideixen recórrer a l'instrument de la violència per imposar el seu ordre i aconseguir el control i el domini de la dona (Herman, 1992; Roberto, McCann & Brossoie, 2013), així com en les mateixes dones, que arriben a pensar que el fenomen de la violència és alguna cosa «normal».

En unes circumstàncies com les descrites, la neutralitat teòrica pel que fa a l'entramat cultural relacionat amb la violència de gènere significa prendre part per la seva continuïtat amb una clara conclusió: no fer és fer malament. No adoptar una posició activa i crítica vers el context cultural que ha permès que la violència contra les dones sigui una manifestació més dins de les àmplies possibilitats que s'estableixen en la nostra societat condueix de manera indefectible a la consolidació d'aquests valors i a la continuïtat de les agressions (Lorente, 2007).

És per això que l'educació, una educació crítica que porti a actuar sobre els components que fonamenten la violència i la sensibilització són fonamentals. L'educació ha de tenir en compte el context social en el qual es duu a terme i ha d'abordar-se amb una perspectiva global, amb un missatge més abstracte, general i indirecte, que permeti integrar-hi els principals elements relacionats amb la violència de gènere i la desigualtat, com determinats grups (professionals, col·lectiu, etc.), que requereix un missatge adaptat a les seves circumstàncies particulars. És el cas del col·lectiu de persones grans. En el cas que s'aborda, la sensibilització ha de tenir dos nivells principals d'intervenció: els factors macrosocials i els factors microsocials.

2.1. Les macrocampanyes de publicitat

Com es va explicar en l'article «La figura absent en les campanyes de violència de gènere; la dóna gran», les campanyes publicitàries actuen com a factors macrosocials capaços d'afavorir els canvis actitudinals i promoure l'actuació social i, per tant, afavorir la conscienciació poblacional. Però, per poder aconseguir els canvis actitudinals i promoure l'actuació en les víctimes, s'ha d'infondre sobretot una confiança més gran, seguretat, autoeficàcia, autonomia i representativitat (Cismaru & Lavack, 2010). Per aquest motiu, seguint els resultats obtinguts en l'estudi, serà imprescindible incorporar en aquestes campanyes les veus de les víctimes grans, la seva imatge i les seves característiques, de la mateixa manera que s'ha fet amb altres col·lectius vulnerables, com ara immigrants o dones discapacitades. A més, s'hauria d'apostar per missatges que incitessin les víctimes a tenir un primer contacte i en els qual se sentissin segures. Es recomana substituir titulars com el freqüent «denúncia» per altres, com ara «assessora't» (Sánchez, Orte & Ballester, 2012).

A més, s'haurà de valorar i reflectir en la publicitat les condicions socioculturals a les quals estan subjectes (Nägele, Böhm, Görgen & Tóth, 2010) i les creences vinculades amb l'edat que actuen com a barreres. La violència no física és la més freqüent en la tercera edat, per la qual cosa resultaria essencial la incorporació d'informació i de senyals que identifiquessin la violència emocional o psicològica (Vinton, 2001). Sempre s'hauran d'evitar les imatges en què les víctimes solament estan indefenses i desproveïdes de suport, i en canvi, s'hauran de fomentar quadres realistes. A més, Nägele, Böhm, Görgen i Tóth (2010) suggereixen incorporar les campanyes publicitàries a espais televisius amb gran audiència de persones grans, com ara durant les telenovel·les o els programes d'entreteniment.

2.2. La sensibilització de les víctimes

No obstant això, aquest tipus de sensibilització ha de ser complementat amb actuacions individuals, que afavoreixin l'adquisició de coneixements, valors, actituds i competències i que tinguin com a eix principal la consideració dels sabers de les persones, és a dir, l'educació. Per aquest motiu s'ha desenvolupat un primer programa de sensibilització en violència en la tercera edat i se n'analitzaran els resultats més endavant. Segons explica DeFour (2012), si es pretén prevenir l'abús en la dona adulta i en la dona gran, serà necessari aplicar un enfocament educatiu comunitari, apostant per accions formatives.

L'objectiu d'aquest primer pas serà incidir sobre les arrels de la violència: les creences sexistes. La formació de tota la població de gent gran mitjançant tallers es converteix en una quimera. No obstant això, és cert que els primers estudis podran guiar actuacions futures més abordables, com ara proveir de fullets informatius llocs d'accés freqüent per a aquestes dones: consultoris mèdics, salons de bellesa, esglésies, llibreries, biblioteques, supermercats, etc. Els fullets haurien d'incloure informació general sobre la violència en la tercera edat, recursos que existeixen i diferents telèfons i adreces a les quals poguessin acudir les víctimes (Defoír, 2012; Nägele, Böhm, Görgen & Tóth, 2010).

Els autors recomanen la creació de tallers informatius, a través de grups ja formats o bé que s'acudeixi amb freqüència a llocs comuns: centres de dia, centres culturals, clubs de lectura, etc. Assenyalen que per afavorir l'abordatge d'aquesta problemàtica amb naturalitat i comoditat de les participants, es podrien emmarcar en altres temes com «dones i relacions» o «com abordar la violència en la comunitat». A més, incideixen en la idea que, si existeix familiaritat amb el grup i amb el lloc, es promocionarà la confiança i, per tant, es possibilitarà la narració d'experiències personals o la demanda d'informació.

En el desenvolupament d'aquest estudi pilot i seguint les pautes establertes per l'autora, es van utilitzar grups de persones grans ja creats (grups locals que rebien altres formacions) i es va oferir amb el títol de maltractament en general. Efectivament, aquest mètode

indirecte, juntament amb les dinàmiques grupals, va impulsar la participació de les usuàries, va deixar veure quina era la posició percebuda en els diferents aspectes i es va aconseguir que dues participants reconeguessin obertament que havien patit violència per part dels seus companys íntims (les dues varen rebre el suport de les seves companyes i varen anotar els possibles recursos als quals podien acudir).

3. Taller de sensibilització contra la violència de gènere en dones grans: estudi pilot

Davant l'existència de tan poques actuacions dutes a terme en l'àmbit nacional, autonòmic i local (Celdrán, 2013; Orte & Sánchez, 2010), es va decidir posar en marxa l'estudi pilot amb els objectius següents:

a. Perfilar l'estructura conceptual i les actituds davant la violència de les dones més grans de seixanta anys.

b. Valorar l'eficàcia sobre les dones grans d'un programa de sensibilització.

c. Establir les bases per a futurs programes educatius o bé per a accions secundàries de sensibilització, com ara fullets, díptics, etc.

En concret, d'un mostreig no probabilístic obtingut de tres localitats diferents (Capdepera, Son Servera i Artà) es van analitzar aspectes com els coneixements assumits sobre violència i les seves característiques, el suport social i les experiències personals. Com a eina d'avaluació es van desenvolupar pretests i posttests estructurats i formats per ítems de selecció múltiple, el fonament teòric de la qual s'havia basat en altres estudis (Grunfeld, Larsson, Mackay & Hotch, 1996; Luoma et al., 2011; Roberto, Brossoie, McPherson, Pulsifer & Brown, 2013; Sánchez, 2011)[3] que evidenciaven els aspectes que actuaven com a barreres davant la denúncia, que denotaven els factors que invisibilitzaven el maltractament i que rellevaven les mancances del sistema assistencial. Durant el qüestionari, es van introduir preguntes control, que mitjançant formats alternatius, afavorien la comprovació de la veracitat de les preguntes més rellevants (Ballester, 2001).

La mostra, composta per 61 dones, comprenia edats que oscil·laven entre els 49 i els 87 anys (mitjana = 69,6 anys i moda = 70 anys), es caracteritzava perquè les dones estaven casades (67,2% dels casos contestats) i eren mares (90,2%). La majoria havien fet estudis de primària (un 31,1% els tenia incomplets i un 36,1% els tenia finalitzats). Un 65,6% estaven jubilades o eren pensionistes i un 11,5% eren mestresses de casa. Més de la meitat

[3] Com a mostra, es pot consultar el recurs següent: http://www.gerontology.vt.edu/resources.html

presentaven un nivell econòmic mitjà (un 65,6% de les participants). S'ha de destacar que, en un 80,3% dels casos, les components declaraven ser religioses i un 45,9% també expressaven que professaven la religió catòlica i que la practicaven amb freqüència. S'ha de posar l'accent en el fet que en el posttest es va produir una pèrdua de casos important i la mostra es va reduir a solament 29 qüestionaris.

Entre les dades més rellevants obtingudes s'ha de destacar que fins a un 93% de les participants indicaven que no havien rebut formació anterior. El primer pas va ser establir si existia la percepció que la violència es produïa en la tercera edat. Un 47,3% de respostes varen indicar que es produïa a partir dels 64 anys. No obstant això, les puntuacions més altes van ser atorgades als intervals d'entre 25 a 34 anys i de 35 a 44 anys. Mitjançant un altre ítem control, es va registrar que un 61,9% pensava que no era tant freqüent en dones més grans de 64 anys en comparació amb dones més joves, la qual cosa confirmava la informació obtinguda en l'ítem anterior. Després de la formació i en els dos ítems descrits, totes les participants del posttest van assenyalar que es produïa violència a partir dels 64 anys, fet que indicava, en realitat, que s'havia accentuat la percepció que la violència es podia produir en totes les edats.

Un indicatiu que pot guiar aquest estudi sobre les creences de la població seria determinar quines possibles causes es van identificar com a afavoridores del maltractament. En la primera recollida de dades les causes que van ser seleccionades per la meitat de participants de la mostra o més van ser les següents: gelosia, alcohol, valorar la parella com una propietat, creença de superioritat i infravalorar la parella i abús de substàncies.

Resulta realment interessant emfatitzar que en un estudi anterior (Sánchez, 2011) en què es va fer la mateixa pregunta proveïda dels mateixos 20 ítems de resposta, van destacar les mateixes causes sobre la resta: valoració de la parella com una propietat en una selecció del 61,1% dels casos, creença de superioritat en un 55,6%, gelosia en un 41,7% i alcohol en un 36,1%. En l'estudi es destacava que existien diferències en les respostes en funció del sexe i que la freqüència amb la qual els homes les seleccionaven com a causes de violència es reduïa (el 16,67% dels casos manifestaven que es tractava de creença de superioritat enfront del 38,89% de les dones i el 25% que es tractava de valoració de la parella com una propietat enfront del 36,11% en el cas de les dones).

Com s'ha defensat anteriorment, la tendència de les víctimes grans a normalitzar les agressions o a no identificar-les com a violència influeix directament en l'absència de denúncies. Mitjançant una bateria d'ítems que descrivien diferents agressions, es va reconstruir la percepció de les participants sobre la violència. Els abusos físics, a diferència d'altres tipologies d'abusos, varen ser identificats per la majoria de les dones mitjançant puntuacions altes (punyalada, 89,66%; cops, 86,21%, estirada de cabells 72,41%; etc.). S'ha de focalitzar l'atenció en el fet que els actes que usualment s'utilitzen com a estratègies de control i poder per aconseguir aïllar i afeblir psicològicament la víctima són els que passen més inadvertits a les participants

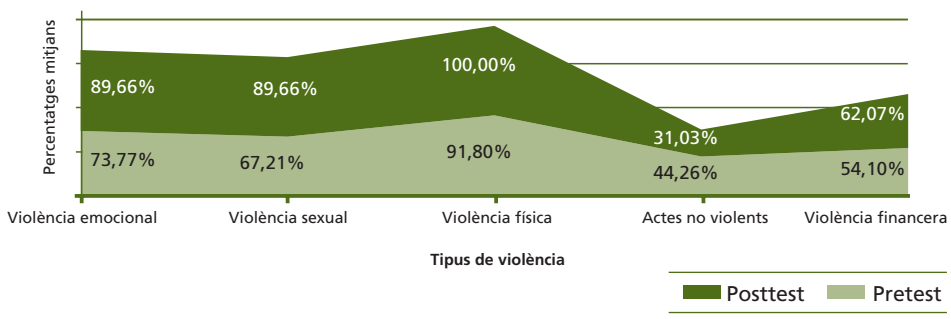
de la mostra. De manera que l'opció «deixar-li de parlar durant dies per sortir amb amics o amigues sense consentiment» sols va ser seleccionada per un 27,59%; «prohibir-li que vagi amb persones determinades», per un 29,31% i «prohibir-li que truqui per telèfon a persones determinades», per un 37,93%. Altres resultats són gairebé equiparables als resultats de les respostes ofertes però no respondrien a violència, com «anar a fer la compra i comprar productes que solament li agradin a ell» (opció seleccionada en un 13,79%) o «no ajudar-la en les tasques domèstiques» (que va obtenir un 18,97% de les puntuacions).

Taula 1 | *Freqüència de selecció de les quatre variables més identificades com a possibles causes de violència de gènere*

Causes	Estudi actual		Estudi «Creences de les persones grans sobre la violència de gènere»		
	Dones		Dones	Homes	Total
	Pretest	Posttest			
Gelosia	71,2%	72,4%	25%	16,67%	41,67%
Alcohol	67,8%	44,8%	27,78%	8,33%	36,11%
Valoració de la parella com a privada I com una propietat	61%	79,3%	36,11%	25%	61,11%
Creença de superioritat i infravaloració de la parella	57,6%	75,9%	38,89%	16,67%	55,56%

Els valors atorgats als abusos emocionals van oscil·lar de 27,59% a 58,62% en qüestió de percentatges. L'abús financer també va obtenir puntuacions de 25,86% a 43,10% i el físic de 72,41% a 89,66%. És curiós que les agressions sexuals, que impliquen una alta càrrega de malestar i sofriment, solament van obtenir puntuacions d'entre un 55,17% i un 62,07%.

Gràfic 1 | *Percentatges de tipus de violència*



Després de la formació, es percep un increment de la sensibilització en la selecció dels diferents tipus de violència. Tal com mostra el gràfic anterior, la principal presa de consciència sobre els actes es produeix en el cas de les agressions sexuals, tipologia que adquireix valors mitjans de selecció del 89,66%. Un aspecte molt rellevant és que es comença a visualitzar la violència en actes no visibles, com l'aïllament o les prohibicions, i s'obté una diferència en els percentatges de resposta de fins al 15,88%. A pesar que es van continuar valorant actes no violents com a tals, si és cert que va disminuir el percentatge mitjà fins al 31,03% dels casos.

Es va detectar una important reticència a la denúncia de la parella, de manera que només la meitat de la mostra inicial (un 57,2%) va respondre afirmativament a la pregunta «considera que és útil denunciar?». Fins al 18,1% optava solament per informar-se o per demanar ajuda i la resta s'hi negava per diferents motius (empitjorar la relació, la justícia no serviria, etc.). En aquest cas, a pesar que es va oferir informació sobre els drets després de la denúncia, les participants no van variar la seva tendència en la resposta; solament la meitat van contestar en el posttest que consideraven útil la denúncia (56,5%).

De fet, quan se'ls plantejava quines actuacions desenvoluparien si hi havia violència de gènere, la primera opció seleccionada era demanar ajuda a institucions d'ajuda a la dona, opció triada per un 70,9% dels casos (un 55,2% després de la formació). La denúncia va ser la segona alternativa per la qual es va apostar (davant la policia en un 56,4% dels casos i davant els jutjats en un 36,4%). En el posttest les opcions variaven, ja que s'inclinaven per acudir a especialistes i seguidament per demanar ajuda a centres especialitzats i a persones de confiança.

Respecte al coneixement dels recursos de suport a la dona, de les alternatives plantejades (telèfon d'ajuda, policia, treballadors social, Institut Balear de la Dona, assistència integral social, assistència jurídica, ajudes econòmiques, orientació laboral i centres d'acolliment i pisos tutelats), la meitat de les enquestades només havien sentit parlar del telèfon d'ajuda, de l'Institut Balear de la Dona i dels treballadors socials.

El suport social actua com un pilar bàsic per iniciar el procés de denúncia i per a la presa de consciència. En aquest cas, gairebé totes les enquestades varen contestar que disposarien de suport de familiar (98,1%), especialment dels seus fills (92,2%), seguidament d'amics (19%) i de germans (18%). Segons les seves valoracions, la xarxa social d'ajuda estaria composta, com a mitjana, d'entre 3 i 4 persones. El domini d'informació sobre el sistema assistencial i la sensibilització sobre el tema conduiran a afavorir la demanda d'ajuda en aquest tipus de casos, a causa del fet que les enquestades creuen que la principal ajuda que podrien rebre seria el consell pràctic (50% de les vegades). La demanda de suport als professionals per part de la persona que ajuda es converteix en un altre element clau, tal com es destacava anteriorment, ja que es representa la segona alternativa més

seleccionada en la mostra (43,5% de les vegades). Les participants tendeixen a valorar com una possible ajuda del seu entorn el fet que els ofereixin casa (39,1%) o que les acompanyin a fer la denúncia (41,3%), mentre que tan sols una considera que li podrien oferir diners.

Taula 2 | *Tipus d'ajuda oferta pel suport social*

		Nombre de casos	Percentatge de casos
Tipus d'ajuda	Intentarien ajudar, però només perjudicarien	7	15,2%
	Acompanyar a denunciar	19	41,3%
	Oferir casa	18	39,1%
	Enfrontar-se a l'agressor	8	17,4%
	Només escoltar	4	8,7%
	Aconsellar	23	50,0%
	Amagar-se de l'agressor	8	17,4%
	Intervenir entre la parella i la víctima	9	19,6%
	Oferir doblers	1	2,2%
	Denunciar l'agressió	8	17,4%
	Contar-ho a professionals	20	43,5%
	Informar sobre què es pot fer en cas de violència	14	30,4%

El problema principal de la violència en la tercera edat és que és un fenomen invisible per a la societat. No obstant això, existeix i els resultats obtinguts en el mostreig van revelar aquest fet. Malgrat la gran pèrdua de valors en aquest tipus de pregunta (en què se sobreentenia que no n'havien patit), quatre dones varen indicar que havien patit violència psicològica, és a dir, un 6,55% i altres sis manifestaven que no estaven segures sobre si havien experimentat cap abús (9,84% de la mostra). Un altre aspecte cridaner és que fins a una quarta part de la mostra (un 24,6%) va seleccionar que no descartaria la possibilitat patir violència en un futur.

Després de la formació, a manera de pregunta control, mitjançant un nou replantejament, es va qüestionar el tipus de violència que havien experimentat. En aquesta ocasió, fins a 7 dones afirmaven que havien viscut algun tipus de violència en algun moment de la seva vida i es destacava l'emocional sobre la resta (seleccionada en 6 ocasions). Com il·lustra la taula següent, de les 7 víctimes, 1 va manifestar haver patit violència física, 2 agressions sexuals i 2 abusos financers. Així, la sensibilització va provocar un increment en la identificació de violència, que va arribar gairebé a duplicar el percentatge de víctimes identificades (11,47%).

Taula 3 | *Experiència personal: tipus de violència patida*

			Tipus de violència patida				
			Violència física	Violència psicològica o emocional	Violència financera	Agressió sexual	No estar segura d'haver patit violència
Pretest	Nombre de qüestionari	7,00	0	1	0	0	0
		14,00	0	1	0	0	0
		15,00	0	1	0	0	0
		42,00	0	1	0	0	0
	Total		0	4	0	0	0
Posttest	Nombre de qüestionari	1,00	0	0	0	0	1
		2,00	0	1	1	1	0
		4,00	0	0	0	0	1
		6,00	0	0	0	1	0
		7,00	0	0	0	0	1
		9,00	0	0	0	0	1
		10,00	0	1	0	0	0
		11,00	0	0	0	0	1
		12,00	1	1	1	1	0
		13,00	0	0	0	0	1
		14,00	0	0	0	0	1
		15,00	0	0	0	0	1
		17,00	0	0	0	0	1
		18,00	0	1	0	0	0
		20,00	0	1	1	0	0
		21,00	0	0	0	0	1
		24,00	0	1	0	0	0
		25,00	0	0	0	0	1
		27,00	0	0	0	0	1
		29,00	0	0	0	0	1
	Total		1	6	3	3	13

4. Canvis aconseguits i actuacions necessàries

Malgrat que la violència de gènere és un fenomen multicausal, en què intervenen factors individuals, socials i contextuals (DeFour, 2012), s'ha de posar l'èmfasi en com les creences sexistes assumeixen, en la majoria dels casos, un paper principal. La conscienciació sobre la igualtat existent entre gèneres i la modificació dels esquemes cognitius arrelats a causa

d'un sistema educatiu masclista i altres factors socioculturals es convertiran en una batalla obligatòria per eradicar la violència en la tercera edat. Encara que importants accions de sensibilització han agitat la societat, no s'ha aconseguit el canvi en el col·lectiu de dones grans, que s'ha mantingut en silenci. La invisibilització es veurà reforçada en llocs on l'aïllament és més freqüent i on els serveis socials es veuen limitats, com les zones rurals (Roberto, Brossoie, McPherson, Pulsifer & Brown, 2013).

Els resultats del taller de sensibilització han posat en relleu que l'abordatge d'aquesta situació permet obtenir beneficis per a la població diana, ja sigui de manera directa, és a dir, induint la presa de conscienciació en les mateixes víctimes, o indirecta, en què els participants obtenen la informació del taller i actuen com a transmissors de coneixements.

Sens dubte, un aspecte que ha d'activar les alarmes socials és que després d'exposar el perfil de les agressions i explicar la importància de no justificar-les, varen aparèixer noves respostes que demostraven que s'havia produït violència. Com s'explicava anteriorment, la sensibilització consistia a visibilitzar la prevalença real de la violència en la tercera edat, atorgant la gravetat que correspon als actes infligits i donant a conèixer les causes i les circumstàncies que hi estan associades. És precisament aquest objectiu el que s'ha aconseguit: el nombre de participants que reconeixien haver patit violència va variar de quatre en el pretest a set en el posttest. De fet, és impactant que, de manera emergent, aquestes persones admetessin que havien patit diferents tipus d'agressions: violència financera i abusos sexuals (en dos casos), violència emocional (en sis casos) i abusos físics (en un cas). La violència sempre és motiu de neguit i consternació, però davant les evidències que tendeixen a mantenir-la encoberta o a tolerar-la, cal col·locar-la en el punt de mira i convertir-la en una prioritat social urgent.

La gravetat percebuda respecte a aquest tema, com a conseqüència directa de la formació, es va accentuar. Prova d'aquesta afirmació és que les participants que reconeixien l'abús sexual va passar d'un 67,21% a un 89,66% i que les que reconeixen la violència emocional passés d'un 73,77% a un 89,66%. Cal afegir que, a més, es va produir una reeducació sobre els aspectes que han de ser assumits com a punibles. Es va reduir el nombre de dones que consideraven agressions els actes que en realitat no eren violents (que va passar d'un 44,26% a un 31,3%).

Les creences de superioritat i la percepció de pertinença de la parella són els pilars de les idees sexistes que fomenten la violència. Aquestes creences poden incidir en nivells més elevats d'aïllament i d'intimidació (Dunlop, Beaulaurier, Seff, Newman, Malik & Fuster, 2005). La sensibilització obtinguda va propiciar el fet que s'augmentés la puntuació d'aquests factors, amb un 79,3% i un 75,9% respectivament. En el mateix sentit, es va observar com va augmentar la identificació d'altres variables com possibles causants de la violència. El consum de substàncies, especialment d'alcohol, és destacat per Amesberger,

Haller i Tóth (2013) com un desinhibidor que pot afavorir l'aparició de violència. Roberto, McCann i Brossoie (2013) indiquen que l'alcohol, l'estrès i les malalties són tres de les principals causes de la violència. De la mateixa manera, és seleccionat per les enquestades com una de les principals causes (67,8%), encara que després de la formació el nombre de vegades que es tria es redueix (44,8%) i se seleccionen els ítems destacats anteriorment.

Possiblement, un altre dels motius pels quals en el posttest van sorgir noves revelacions és el clima de confiança i de tranquil·litat que es transmetia. La familiaritat que sentien les participants, tant pel lloc on es van desenvolupar els tallers com per la resta de les companyes i les dinàmiques grupals desenvolupades, va acréixer la percepció de seguretat i de benestar (DeFour, 2012).

En canvi, cal destacar que la formació no va aconseguir acabar amb el recel de les dones davant el procés de denúncia. Solament la meitat de les enquestades denunciarien els seus companys. En altres estudis, els resultats indiquen el mateix. Luoma et al. (2011) destacaven que fins a un 51% no confiava que la denúncia resultés útil. El sentiment de culpabilitat o la por davant les possibles repercussions que pugui patir l'agressor per les autoritats indueixen al fet que rebutgin la denúncia, encara que sí que acceptarien alternatives amb caràcter rehabilitador (Dunlop et al., 2005). Els resultats obtinguts indicaven que optarien primer per altres actuacions, com demandar ajuda a institucions especialitzades, acudir a especialistes i persones de confiança.

El problema de no denunciar és que, segons Amesberger, Haller i Tóth (2013), el procés judicial no sol obtenir resultats. Tret que existeixin evidències sòlides que s'ha produït l'agressió, com ara fotografies de lesions o informes pericials, legalment, si no existeix una denúncia de la víctima, la sentència judicial tendeix a ser negativa i, per tant, la víctima no pot obtenir tots els beneficis que el sistema assistencial ofereix. Un factor que incideix considerablement en la decisió de denunciar és si l'agressor presenta malalties o situacions de dependència i discapacitat (també a DeFour, 2002). D'aquesta manera, una elevada xifra de dones es nega a denunciar-los en aquestes situacions de desavantatge. Però aquest fet no acaba aquí. Tal com expliquen els autors, l'actuació policial també està influenciada per la vulnerabilitat de la parella, per la qual cosa es resta criminalitat a les agressions o es deriven els casos a centres de salut mental. Yechezkel i Ayalon (2013) destacaven també en el seu estudi el fet que els treballadors socials tendien a valorar la violència cap a la dona gran com a «no abusiva» i a afavorir les intervencions terapèutiques més que les legals, a diferència dels casos de víctimes joves. Per tant, es recalca la importància de la formació dels professionals sobre la violència en la dona gran per canviar els estereotips arrelats.

Com s'explicava anteriorment, la conscienciació s'aconseguirà si es complementa amb factors macrosocials, com les campanyes publicitàries adaptades i els canvis d'enfocament en els mitjans de comunicació. Una evidència d'això és el fet que només el 3% de les

històries d'abusos a persones grans descrites en els mitjans de comunicació es considera violència de gènere (Roberto, McCann & Brossoie, 2013).

Per concloure, cal assenyalar que les diferències entre les necessitats de les dones grans i les joves són evidents. Per tant, resultarà inefectiva la conscienciació sobre les víctimes, si no tenen recursos vàlids i adaptats als quals puguin recórrer (com es pot llegir en el primer apartat). Per tant, com indica DeFour (2012), s'han de promoure polítiques, intervencions i formes de tractament que millorin la seva qualitat de vida i que estiguin dissenyades mitjançant una perspectiva que tingui en compte l'edat i el gènere, que s'entrecreuen amb altres aspectes de la identitat (país de procedència, religió, etc.).

Referències bibliogràfiques

Amesberger, H., Haller, B. & Tóth, O. (2013). *Mind the Gap. Improving interventions in intimate partner violence against older women. A summary of law enforcement file analysis from Austria, Germany, Hungary, Poland, Portugal and United Kingdom*. (European Report of the IPVow Project). Vienna: Institut für Konfliktforschung. Disponible a: http://www.ikf.ac.at/pdf/International%20Summary%20case%20file%20analysisengl_final.pdf

Asociación Civil Trama – Lazos para el desarrollo (2009). *Aportes para la sensibilización sobre la violencia de género a nivel local y comunitario*. Asociación Civil Trama. Disponible a: http://www.nuevastramas.com.ar/wp-content/uploads/2009/11/Sensibilizacion.pdf

Ballester, L. (2001). *Bases metodológicas de la investigación educativa.* Col·lecció Materials Didàctics, 86*.* Palma: Universitat de les Illes Balears.

Beaulaurier, R. L., Seff, L. R. & Newman, F. L. (2008): Barriers to help-seeking for older women who experience intimate partner violence: a descriptive model. *Journal of Women & Aging*, 20: 3-4, 231-248.

Bergeron, L. R. (2001). An elder abuse case study: Caregiver stress or domestic violence? You decide. *Journal of Gerontological Social Work, 34* (4), 47-63.

Blood, Imogen (2004). Older women and domestic violence. London: Help the Aged.

Buchbinder, E. & Winterstein, T. (2003): Like a wounded bird: older battered women's life experiences with intimate violence. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 15: 2, 23-44.

Celdrán, M. (2013). La violencia hacia la mujer mayor: revision bibliográfica. *Papeles del psicólogo*, 34 (1), 57-64.

Cismaru, M. & Lavack, A. M. (2010). Don't Suffer in Silence – applying the integrated model for social marketers to campaigns targeting victims of domestic violence. *Social Marketing Quarterly*, 16 (1), 97-129.

DeFour, D. (2012). The test of a civilization is the way that it cares for its helpless members: violence against older women. *Women & Therapy*, 35:3-4, 248-260.

Dunlop, B. D., Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., Newman, F. L., Malik, N. & Fuster, M. (2005). *Domestic violence against older women: final technical report*. Disponible a: http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/212349.pdf

Grañeras, M., Mañeru, A., Martín, R., de la Torre, C. & Alcalde, A. (2007). La prevención de la violencia contra las mujeres desde la educación: investigaciones y actuaciones educativas públicas y privadas. *Revista de Educación, 342*, 189-209.

Grunfeld, Larsson, Mackay i Hotch (1996). Domestic violence against eldery women. *Canadian Family Physician*, *42*, 1485-1494.

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York, Basic Books.

Hightower, J., Smith, M. J. & Hightower, H. C. (2006). Hearing the voices of abused older women. *Journal of Gerontological Social Work*, vol. 46, No 3/4, 205-227.

Kingsley, B. (2002). Community empowerment: promoting the safety and minimising the abuse of older people. *Australian Journal of Primary Health,* 8, (2), 98-101. Klein, A., Tobin, T., Salomon, A., Dubois, J. (2008). A statewide profile of abuse of older women and the criminal justice response. Disponible a: http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/222460.pdf

Lorente, M. (2007). Violencia de género, educación y socialización: acciones y reacciones. *Revista de Educación, 342,*19-35.

Lundy, M. & Grossman, S. F. (2005). Elder abuse: spouse/intimate partner abuse and family violence among elders. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16: 1, 85-102.

Luoma, M. L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., Reingarde, J., Tamutiene, I., Ferreira-Alves, J., Santos, A. J. & Penhale, B. (2011). *Prevalence study of abuse and violence against older women. Results of a Multi-cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal*. European Report of the AVOW Project. Finland: National Institute for Health and Welfare (THL).

McGarry, J., Simpson, C. & Hinchliff-Smith, K. (2011). The impact of domestic abuse for older women: a review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 19 (1), 3-14.

Mouton, C. P., Rodabough, R. J., Rovi, S. L. D., Hunt, J. L., Talamantes, M. A., Brzyski, R. G. & Burge, S. K. (2004). Prevalence and three year incident of abuse among postmenopausal women. *American Journal of Public Health*, 94(4):605-612.

Nägele, B., Böhm, U., Görgen, T. i Tóth, O. (2010). *Intimate partner violence against older women. Summary of a research project carried out in Austria, Germany, Hungary, Poland, Portugal and United Kingdom* (Summary Report of the Intimate Partner Violence against older women). Germany. Disponible a : http://projekte.bagso.de/fileadmin/user_upload/redaktion/WeDO/Downloads/IPVoWsummary_Report.pdf

Orte, C. & Sánchez, L. (2010). Invisibilitat de la violència de gènere en les dones grans a Mallorca. A: Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Phillips, L. (2000). Domestic violence and older women. *Geriatric Nursing*, 21 (4), 188-195.

Roberto, K. A., McCann, B. R. & Brossoie, N. (2013). Intimate partner violence in late life: an analysis of national news reports. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 25:3, 230-241.

Roberto, K. A, Brossoie, N., McPherson, M. C., Pulsifer, M. B, & Brown, P. N. (2013). Violence against rural older women: Promoting community awareness and action. *Australasian Journal on Ageing, 32 (1), 2–7.*

Sánchez, L. (2011). Creences de les persones grans sobre la violència de gènere. A: Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2011*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears.

Sánchez, L., Orte, C. & Ballester, L. (2013). La figura absent e les campanyes de publicitat contra la violència de gènere: la dona gran. *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2012*. Palma: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria de Salut, Família i Benestar Social i Universitat de les Illes Balears.

Scott, M., Mckie, L., Morton, S., Seddon, E. & Wasoff, F. (2004). *Older women and domestic violence in Scotland*. Canaan Lane, Edinburgh: Health Scotland, Woodburn House.

Stöckl, H., Watts, C. & Penhale, B. (2012). Intimate partner violence against older women in Germany. Prevalence and Associated Factors. *Journal of Interpersonal Violence,* 27(13), 2545–2564.

US Department of Justice (2000). *Our aging population: promoting empowerment, preventing victimization, and implementing coordinating interventions*. National Symposium sponsored by the US Department of Justice at the US Department of Health and Human Services. A report of proceedings. Washington: Office of Justice Programs. Disponible a: http://www.ojp.usdoj.gov/docs/ncj_186256.pdf

Vinton, L. (2001). Violence against older women. A: Renzetti, C. M., Edleson, J. L. & Bergen, R. K. (eds.). *Source book on violence against women* (pàg.179-192). Thousands Oaks, CA: Sage. Women's Aid Federation of England (s/f). *Older women and domestic violence*. Ann overview. Disponible a:
http://www.womensaid.org.uk/downloads/Olderwomenanddvreport(1).pdf

Walker, L. E. (1979): *The battered woman.* New York, Harper and Row.

Yechezkel, R. & Ayalon, L. (2013). Social workers' attitudes towards intimate partner abuse in younger vs. older women. *Journal of Family Violence,* 28, 381-391.

Autores

LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis, 1984. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran per la Universitat Nacional d'Educació a Distancia. És psicòloga general sanitària. Treballa com a psicoterapeuta en Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda).

És tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Ha coordinat el Màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB. Ha coordinadora i tutoritzat cursos, presencials i en línia, d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència.

SALUD MANTERO HEREDIA

Palma, 1982. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Màster Universitari en Polítiques d'Igualtat i Prevenció de la Violència de Gènere per la Universitat de les Illes Balears.

PROGRAMA DE PRIORITAT SOCIAL DE L'IMAS. VALORACIÓ DEL RISC DE DESPROTECCIÓ DE PERSONES GRANS I I NTERVENCIÓ PRIORITÀRIA

Programa de Prioritat Social de l'IMAS. Valoració del risc de desprotecció de persones grans i intervenció prioritària

Robert C. Fernández García
Joan Mut Vives
Núria Vaquer Reixach

Resum

El present article descriu i analitza el trànsit i l'evolució dels serveis prestats per l'oficina de valoracions de persones grans de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) des de la valoració i gestió d'ingressos a la protecció i intervenció prioritària en casos d'usuaris grans en risc. El text comença amb una revisió de l'origen de l'equip tècnic i les seves funcions, i continua descrivint el procediment, el protocol i els fonaments metodològics emprats a l'hora de valorar la desprotecció i intervenir-hi amb especificitat. Per finalitzar, s'extreuen conclusions del que han estat aquests darrers tres anys a partir de l'anàlisi de les dades recopilades, alhora que s'esbossen les línies de treball per al futur en matèria de protecció de les persones grans en risc de Mallorca.

Resumen

El presente artículo describe y analiza el tránsito y la evolución de los servicios prestados por la oficina de valoraciones de personas mayores del Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) desde la valoración y gestión de ingresos a la intervención prioritaria en casos de usuarios mayores en riesgo de desprotección. El texto empieza con una revisión de los orígenes del equipo técnico y sus funciones, y continúa describiendo el procedimiento, el protocolo y los fundamentos metodológicos empleados a la hora de valorar la desprotección e intervenir con especificidad. Por último, se extraen conclusiones de lo que han sido estos últimos tres años a partir del análisis de los datos recopilados, al mismo tiempo que se esbozan las líneas de trabajo para el futuro en materia de protección de las personas en riesgo de Mallorca.

1. Introducció

La protecció de les persones grans és competència dels consells insulars de les Illes Balears, segons la Llei 14/2001, de 29 d'octubre, d'atribució de competències als consells insulars en matèria de serveis socials i seguretat social (BOIB 135, 10/11/2001). La Llei només al·ludeix a la protecció en termes genèrics i deixa en mans de les institucions pertinents l'abordatge tècnic especialitzat. En aquest sentit, el text que es desplegarà al llarg de les pàgines següents és un intent de donar a conèixer la resposta tècnica especialitzada que l'Àrea de Gent Gran de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) ofereix a l'àmbit comunitari davant les demandes de desprotecció i/o maltractament de persones grans que fa visibles.

L'article comença fent una incursió en els orígens dels intents d'oferir una protecció especialitzada en escenaris de persones grans en risc i, a continuació, assenyala els principis i supòsits bàsics que, des de l'inici i al llarg d'aquets darrers tres anys, han delimitat la

naturalesa i els processos propis del Programa. Partint d'aquest punt, es passa a una descripció i l'anàlisi del mètode i procediment creats i utilitzats per l'equip tècnic de l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS en matèria de valoració i intervenció en casos de persones grans en situació de desprotecció, un protocol que delimita *les tasques*, *els processos*, *les fronteres* entre funcions i *les variables* que fan operativa la valoració objectiva i tècnica del risc.

Per acabar, es durà a terme una anàlisi de les dades enregistrades al llarg dels darrers tres anys, que han permès confeccionar un bagatge de coneixement descriptiu útil per conèixer l'estat i la naturalesa tant dels recursos disponibles en matèria de tercera edat, com de les necessitats i mancances que hauríem d'anar cobrint per assolir una protecció de la gent gran real i efectiva a Mallorca.

2. Punt de partida

En l'actualitat, i des de fa quatre anys llargs, l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS compta amb un equip tècnic de professionals qualificats i especialitzats en valoració i intervenció en situacions de risc en què es veuen implicades persones grans i els seus familiars més propers. Aquest equip té les funcions, entre altres, de valorar les necessitats i el grau de risc de desprotecció de les demandes que li fan arribar professionals de serveis socials comunitaris, i promoure el treball en xarxa per tal d'intervenir-hi amb eficàcia.

L'origen, la formació i el desenvolupament posterior d'aquest equip tenen l'origen en l'antiga Oficina de Valoracions i Assignació de Recursos de l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS, oficina que va iniciar l'activitat el primer de *gener de 2004.* Aquesta oficina comptava amb dos tècnics encarregats d'aplicar un sistema de valoració de sol·licituds d'ingrés a residència pública regit pel Barem d'admissió de l'Ordre de 8 de gener de 1986 del Ministeri de Treball i Seguretat Social, per la qual s'aproven els nous barems d'admissions, trasllats i permutes en centres residencials per a la tercera edat de l'IMSERSO. Aquell procés de valoració es limitava a aplicar un barem de punts en funció de la documentació aportada en cada expedient i el resultat era una resolució d'acceptació o denegació d'ingrés en una plaça residencial pública propietat del Consell de Mallorca.

Amb l'entrada en vigor i l'aplicació de la Llei de dependència, *el gener de 2007*, la via d'accés a plaça residencial pública es va duplicar a Mallorca, ja que es va seguir aplicant el barem de l'IMSERSO per a l'accés als centres gestionats pel Consell de Mallorca i també s'aplicava el sistema que utilitzava la Llei de la dependència per a la resta de places ofertes. Aquesta doble via d'entrada es va allargar durant dos anys, fins que el 31 de *gener de 2010* es van tancar les llistes de reserva d'usuaris valorats pel sistema de l'IMSERSO i les places dels quatre centres de l'IMAS van passar a formar part del catàleg de la Llei de dependència juntament amb la resta de places concertades.

2.1 Gestació de la matriu de protecció

Mentre el sistema de valoració de l'IMSERSO era vigent, els tècnics de l'oficina d'assignació de recursos de l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS aplicaven els barems que la normativa establia per a cada apartat per tal d'obtenir una puntuació final, que era la que, després de confeccionar les llistes de cada centre cada mes, donava dret a l'usuari per accedir o no a una plaça pública. El fet que la demanda de plaça residencial fos molt superior a l'oferta feia que una gran majoria de persones que demanaven plaça residencial pública veiessin esvaïda la seva esperança d'accedir-hi i entraven en la roda d'haver d'aportar més documentació i paperassa per tal d'augmentar la puntuació a la llista següent. És important recordar que, si un usuari no entrava en cap llista de reserva, es quedava fora del sistema sine die, atès que l'antiguitat per data de demanda no tenia valor a efectes de drets.

L'escenari, desbordat quant a oferta i demandes de places, es traduïa en visites diàries d'usuaris i familiars d'usuaris a la seu de l'oficina, on els tècnics introduïen les dades als expedients, abocant tota la seva desesperació davant l'absència de places. Aquest fet deixava els tècnics absolutament impotents davant les demandes en no haver-hi cap manera ni procediment per intervenir-hi. D'altra banda, eren molt freqüents les telefonades de tècnics de serveis socials procedents de tots els àmbits, el comunitari, l'hospitalari, el municipal, etc., demanant-nos ajuda per casos de persones grans que necessitaven un ingrés residencial per diferents motius, casos en què la puntuació obtinguda no els arribava per entrar a cap llista de reserva.

La impotència venia, principalment, de dos fonts. Per una banda, no existia cap procediment ni protocol dissenyat específicament per intervenir davant escenaris d'alarma social. Per l'altra, es produïa la impossibilitat de sortir de l'oficina, anar a fer una valoració a l'àmbit comunitari i veure de primera mà el cas per poder discriminar-ne la urgència i la prioritat. Aquesta darrera limitació obeïa al fet que, des que va néixer l'oficina de valoració, el 2004, no s'havia autoritzat els tècnics a sortir a la comunitat a fer valoracions, de manera que la valoració quedava limitada exclusivament a l'oficina per mitjà de la validació de la documentació aportada i l'aplicació dels barems corresponents, tal com ja s'ha assenyalat.

A principis de 2008 es van incorporar a l'equip de valoració per ingrés a residència pública del Consell dos tècnics provinents de l'equip de Vellesa i Família de l'IMAS. Aquests dos tècnics van contribuir a ampliar els perfils professionals existents fins al moment a l'Oficina de Valoracions formant el que avui s'anomena equip tècnic multidisciplinari de l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS.

2.2 Naixement del Programa

De la impotència que havia sobrevingut tantes vegades en el dia a dia dels tècnics de l'oficina al llarg dels darrers anys de valoracions en paper, va ser precisament d'on va néixer

l'oportunitat. Va ser d'aquelles demandes desesperades d'intervenció urgent i prioritària davant les quals els tècnics es trobaven nus de procediment i sense capacitat de moviment.

Les sol·licituds emprades per a les valoracions des de 2004 contenien espais en blanc on els tècnics de referència descrivien aspectes qualitatius dels casos. Aquests espais quedaven en blanc en la majoria de les demandes, però amb certa freqüència els treballadors socials explicaven amb un gran luxe de detalls situacions de desprotecció greu de l'usuari protagonista de la sol·licitud. Quan això passava es produïa un bloqueig en el procés de valoració, ja que el tècnic de l'equip a qui tocava aquell expedient s'havia de debatre entre telefonar el tècnic de referència i demanar fins a quin punt la situació era d'alarma o agafar el següent expedient, seguir la tasca de valoració i no ficar-se en escenaris on la impotència creixia en no haver-hi cap marge de maniobra per prioritzar d'una manera tècnica, justa i professional.

Tot i la gran limitació i el poc marge de moviment de què disposaven davant aquells escenaris, els tècnics de l'oficina es posaven en contacte amb el tècnic responsable de l'alarma per tal de donar suport i explicar, una vegada i una altra, la rigidesa del procediment i el col·lapse de places al qual estava sotmès el sistema. A causa de la desesperació, el remordiment i, sobretot, l'agosarament, els tècnics de l'oficina van començar a sortir a valorar els casos d'alarmes que es presentaven amb especial gravetat. Les primeres sortides es podien qualificar de furtives, ja que els responsables de l'IMAS les desconeixien. D'aquesta manera, es va iniciar la resposta institucional del Consell de Mallorca a les alarmes de desprotecció de persones grans provinents de l'àmbit comunitari.

El primer ingrés per via prioritària signat pels tres tècnics de l'oficina de valoració seguint un protocol específic a l'efecte es va produir l'estiu del 2009, moment que podríem considerar fundacional del nou Programa de Prioritat Social. L'informe tècnic corresponent es va traslladar a la coordinació de l'Àrea de Gent Gran i va quedar instaurat, per la via dels fets, l'inici del procediment per a la valoració del grau de risc de desprotecció i maltractament de les persones grans de Mallorca anomenat **Programa de Prioritat Social**.

2.3 Resistències inicials

Els ingressos residencials de persones grans per via alternativa, urgents o prioritaris, s'havien fet des de sempre, perquè la realitat és que sempre han existit escenaris que desborden els canals ordinaris i precisen una intervenció especial. El que també sabíem és que aquesta via alternativa, d'entrada, no gaudia de bona fama en termes de transparència i fiabilitat i, sobretot, no s'havia mostrat eficaç ni per protegir els casos més necessitats ni per oferir l'ajuda i el suport tècnic necessari per als tècnics implicats.

El que ens va sorprendre més en l'inici del Programa va ser la dificultat per fer veure al tècnic de referència que feia la demanda de valoració que, si no es complien certs requisits

preestablerts en el protocol, no era possible determinar intervenció i/o ingrés prioritari, ja que el fet d'accedir per aquesta via a una plaça residencial suposava un benefici extraordinari passant per davant de les enormes llistes d'espera que la Llei de la dependència estava generant. Es va identificar un dels primers obstacles a superar: la desconfiança de la xarxa assistencial i de serveis socials vers un servei de valoració responsabilitzat de prioritzar uns casos davant d'altres amb criteris objectius i transparents.

2.4 Estratègia d'implantació

Identificades les primeres dificultats, vàrem pensar que l'única manera realista d'arribar a protegir els usuaris grans de Mallorca d'una manera eficaç era consolidant una **xarxa de protecció a tot el territori**, i això implicava incloure tots els tècnics dels serveis socials d'atenció primària de Mallorca en l'estratègia de desenvolupament del servei. L'errada habitual que fa fracassar projectes necessaris i preciosos és l'absència d'una visió holística de la realitat i de la necessitat imperiosa **d'integrar-los** en el sistema en què han de funcionar. Amb aquesta mentalitat, vam dissenyar uns espais informatius i formatius per tot Mallorca al llarg de 2010 on presentàvem el procediment a seguir, el nou model de sol·licitud, les àrees a explorar i la documentació a aportar per donar d'alta un expedient i començar el procés.

Vàrem veure que l'esforç en iniciar i implantar el servei, per tal que aquest no fos susceptible d'una desaparició sobtada, mereixia un suport amb format legal i institucional. Vàrem trobar el suport de la coordinació de l'Àrea en aquest sentit i es va redactar un esborrany de procediment per ingrés amb accés prioritari basat en el Decret foral de la Diputació Foral de Biscaia 29/2009, de 24 de febrer, secció 2a. Aquesta consolidació institucional compta amb el reconeixement, el suport i l'impuls decidits de l'actual coordinació de l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS, i s'ha convertit en una de les línies estratègiques i prioritàries de l'Àrea.

3. Programa de Prioritat Social

3.1 Naturalesa i missió

Es va intensificar l'esforç en la definició de la naturalesa del servei, els seus objectius i el col·lectiu al qual estava dirigit. Des d'un primer moment ens vàrem concebre, i així ens presentàvem, con un equip supramunicipal especialitzat en la valoració i la intervenció en casos de persones grans en risc. El col·lectiu al qual oferiríem els nostres serveis seria el dels tècnics de serveis socials en la seva atenció al col·lectiu de gent gran oferint els serveis d'avaluació, valoració, assessorament i intervenció en casos de desprotecció de persones grans, així com la protecció directa per mitjà d'ingrés prioritari en els casos que es determinés desprotecció greu i el recurs residencial fos l'idoni.

La missió del Programa de Prioritat Social de l'àrea de Gent Gran de l'IMAS quedà definida com a suport tècnic supramunicipal especialitzat en la valoració del grau de risc de desprotecció i maltractament de les persones grans, així com la intervenció.

3.2 Principis i supòsits bàsics

Davant la complexitat inherent a l'objecte d'estudi, el disseny del Programa preestableix una sèrie de principis que delimitaran els processos de valoració i intervenció prioritària. Aquests principis fan referència a diferents dimensions del Programa i donen sentit a les pràctiques i accions que es duen a terme en cada cas.

- **Principi d'autoprotecció:** El Programa de Prioritat Social vetllarà per la seva continuïtat i la protecció dels tècnics que el duen a terme amb la mateixa intensitat amb què ho fa en la cura dels tècnics comunitaris i usuaris. La via per assolir aquesta fita és la formació continuada i la submissió inexcusable al procediment preestablert.

- **Principi d'integració:** La complexitat i la naturalesa de l'objecte d'estudi obliguen a tendir a un sistema de protecció multiinstitucional interconnectat i coordinat. L'aïllament i l'atomització de les diferents unitats del sistema es consideren perniciosos per a l'èxit de la missió del Programa. El tot és més que la suma de les parts.

- **Principi d'horitzontalitat:** Cap valoració tècnica individual està per damunt de la d'un altre professional, de la mateixa manera que cap visió unicista des d'una institució estarà mai per damunt d'una visió global i de conjunt. No existeix cap coneixement més important que el que emana del treball en xarxa.

- **Principi de limitació:** Cap tècnic ell tot sol no pot garantir una valoració i una intervenció prou objectiva i del tot fiable. El treball en equip i en xarxa és una fita ineludible. Un ingrés prioritari no podrà ser mai decidit per un únic tècnic.

- **Principi d'estandardització:** Les valoracions del grau de risc de desprotecció i les intervencions que hi estiguin associades es duran a terme per mitjà de procediments preestablerts descrits en el document tècnic específic del Programa.

- **Principi d'objectivitat**: El grau de risc de desprotecció es determina per mitjà de l'anàlisi de les variables de desprotecció descrites al document tècnic, així com dels seus indicadors associats.

- **Principi de priorització**. La presa de decisions quant a l'assignació de recursos de protecció en situacions de risc està determinada per la realitat de l'oferta i la demanda de recursos residencials públics. Com que la demanda és molt superior a l'oferta, només

els casos valorats com a grau alt de risc de desprotecció tindran dret a l'ingrés prioritari.

- **Principi de responsabilitat**: La detecció i valoració del grau de risc de desprotecció és vinculant per als tècnics implicats i les institucions que hi fan feina.

- **Principi de necessitat:** No existeix un nombre de places determinat per atendre casos de desprotecció. Si una persona gran està en grau alt de risc de desprotecció i el recurs idoni és l'ingrés residencial, l'IMAS li assignarà una plaça adequada al seu perfil.

- **Principi d'efectivitat:** L'administració respon amb eficàcia i efectivitat davant una valoració positiva de grau alt de risc de desprotecció. No és possible l'absència de resposta adequada.

- **Principi d'idoneïtat:** La determinació de la idoneïtat del recurs guiarà la presa de decisions per protegir. Es decidirà l'ingrés prioritari si el procés de valoració ha determinat que una plaça residencial és el recurs idoni.

- **Principi d'autonomia:** La voluntat de l'usuari és un límit essencial per a la intervenció tècnica. Cap protecció és vàlida si viola aquest principi.

3.3 Processos

A continuació es farà una descripció dels processos inherents al protocol dissenyat específicament pel Programa de Prioritat Social. Aquest processos, juntament amb la seva eina essencial corresponent, troben la justificació al llarg dels supòsits bàsics assenyalats anteriorment.

3.3.1 Recepció de la demanda

L'eina emprada en aquest procés és la sol·licitud específica de valoració del grau de risc de desprotecció i/o maltractament del Programa de Prioritat Social. Per tal d'iniciar un procés de valoració i intervenció prioritari, és imprescindible la presentació d'una sol·licitud específica per part del tècnic d'atenció social primària. El tècnic de referència d'atenció primària haurà de recollir tota la documentació que doni fermesa al motiu de demanda per tal d'objectivar al màxim possible la justificació de la prioritat social. A continuació, tenim la categorització emprada pel Programa i que ha estat dissenyada a partir de la valoració i el treball amb els quatre-cents cinquanta expedients oberts des de l'any 2009.

TIPIFICACIÓ DEL CAS DE PRIORITAT SOCIAL

1) DESPROTECCIÓ

a. Desprotecció social - exclusió

- Per carència d'habitatge i/o carència de recursos
- Procedent del circuit d'exclusió social

b. Desprotecció psicosocial - abandonament
   - Absència de cuidador
   - Claudicació del cuidador

2) NEGLIGÈNCIA

a. Negligència
   - Negligència en les cures i necessitats bàsiques

b. Autonegligència
   - Quadres psicosocials patològics (p. e. Diògenes)
   - Trastorns de conducta. Risc per a la comunitat

3) MALTRACTAMENT

a. Violència familiar
   - Maltractament físic i psicològic
   - Interdependència patològica cuidador – usuari

b. Abús econòmic

3.3.2 Avaluació tècnica de la demanda

L'avaluació s'inicia amb un primer contacte telefònic amb el tècnic o la tècnica d'atenció primària, que remet el cas a l'oficina i que informa de l'arribada imminent de la sol·licitud. Un tècnic del Programa rep la demanda i es designa com a referent del cas. Acte seguit, i en un termini que no pot ser superior a deu dies, el tècnic de referència del cas gestionarà la visita comunitària.

L'eina emprada en aquest procés és la visita tècnica d'avaluació. L'obligatorietat de la visita es justifica per la ***naturalesa de les demandes*** i les ***implicacions de les decisions*** preses en el procés. El grau de risc de desprotecció és una estimació quantitativa però sobretot qualitativa d'una situació complexa i multidimensional que pot incloure una o més persones. Aquest fet obliga a fer una ***estimació directa*** de la realitat a valorar en què no és suficient la documentació obligatòria aportada a la sol·licitud. És en aquest punt que la visita tècnica pren rellevància i es fa imprescindible.

Dos tècnics del servei de protecció es reuniran amb el tècnic o la tècnica de serveis socials de referència per dur a terme la visita, que es farà en l'àmbit comunitari habitual de l'usuari. Si l'usuari resta al seu domicili, serà on es farà la visita intentant que hi estiguin presents les persones (familiars, cuidadors informals, etc.) que puguin

aportar informació de la situació. Si l'usuari està en un centre residencial o hospitalari, la visita es durà a terme en el moment en què es consideri que el seu estat de salut i autonomia és estable o en què pot rebre l'alta. En concloure la visita, els tècnics de l'IMAS convidaran la tècnica comunitària de referència a la reunió de casos on es valorarà el grau de risc.

3.3.3 Valoració tècnica de la demanda

La valoració del grau de risc de desprotecció és un ***procés multidimensional***, de naturalesa ***biopsicosocial*** i es fa des d'una perspectiva ***multidisciplinària***.

El model de referència des del qual s'afronten els casos és ***biopsicosocial.*** Aquest model aspira a incloure els tres àmbits de variabilitat acceptats en la literatura per a la descripció i explicació dels diferents quadres patològics.

- ***Bio-:*** Les dades mèdiques recollides a l'informe del facultatiu proporcionen el grau d'autonomia i la necessitat d'atencions específiques de l'usuari o la usuària.

- ***-psico-:*** Les dades i els indicis recollits al llarg de la visita per part del psicòleg proporcionen el grau de desprotecció psicoemocional percebut per l'usuari o la usuària. El tècnic valorarà i registrarà la presència de possibles trastorns psicològics i emocionals associats a possibles escenaris de desprotecció, negligència i maltractament. També procedirà a l'avaluació de la disposició de la persona a ser protegida així com el seu grau d'auto negligència.

- ***-social:*** La vessant social serà valorada en funció de les dades recollides a la sol·licitud. Aquestes dades recullen la situació referent a la disponibilitat d'habitatge, l'estat i els equipaments d'aquest, els recursos econòmics en el cas que n'hi hagi i el nivell de suport familiar.

La valoració del risc de desprotecció és **multidimensional** i té en compte una sèrie de variables. Cada variable té uns indicadors per tal que es pugui operativitzar i quantificar. Les diferents dimensions o variables definides que formen la desprotecció són l'autonomia física, l'autonomia psíquica, el patiment psicosocial, l'existència i l'aptitud dels cuidadors, l'existència o no d'habitatge i la capacitat i els recursos econòmics disponibles.

Perspectiva multidisciplinària. La valoració es duu a terme per mitjà de les aportacions dels diferents perfils professionals que componen l'equip tècnic del servei de protecció més les dels tècnics comunitaris de referència implicats.

L'eina emprada en aquets procés és la **reunió multidisciplinària de casos.** Amb freqüència setmanal, els tècnics de l'equip es reuneixen per decidir el grau de risc dels

casos avaluats la setmana anterior i determinar el tipus d'intervenció més adequada per a cada cas. En presència del tècnic que **no** ha anat a la visita, un dels tècnics que sí que hi va ser present exposa el cas i descriu el que va percebre i enregistrar. La funció del **tercer tècnic** en la reunió és aportar distància emocional i objectivitat a la valoració, atès que els escenaris visitats presenten molt freqüentment molta càrrega emocional, tensió i signes de patiment i desprotecció greus i impactants. La presència del tercer tècnic es fa imprescindible en aquest espai de decisió en **compartir responsabilitat** amb els tècnics que han fet la visita a l'hora de prendre decisions, facilitant la descàrrega de l'excés de responsabilitat pròpia de l'exposició directa a la realitat.

Determinació del grau de risc de desprotecció

La determinació del grau de risc és un procés que es fa seguint un mètode. Aquest mètode estableix un ordre de valoració de variables. El grau de risc en cada una d'aquestes variables podrà ser baix, mitjà o alt. Si el tècnic comunitari de referència assisteix a la reunió de casos, és aquest el que presentarà el cas davant la resta dels tècnics presents, incloent-hi el tercer tècnic de l'equip de l'IMAS, el que no hi va ser present. El primer que es farà serà determinar el grau de risc de les variables objectives, és a dir, aquelles avaluables per mitjà de la documentació pertinent. A continuació, es farà una discussió lliure entre els assistents per tal d'anar arribant a un consens sobre el grau de risc de la resta de variables i, finalment, construir una hipòtesi sobre el grau de desprotecció global de l'usuari o la usuària. Si el grau de risc global és alt, procedirem a determinar la intervenció més adequada al perfil d'usuari.

Determinació del perfil i la idoneïtat del recurs residencial

Una vegada definit i consensuat el risc es procedirà a dissenyar, també per mitjà de discussió lliure, l'estratègia d'intervenció més adequada per a cada cas. En el cas que s'hagi valorat un risc alt de desprotecció, es valorarà la idoneïtat del recurs residencial públic com a intervenció. Si es determina idoni l'ingrés residencial, es valoraran les diferents possibilitats i es decidirà l'ingrés prioritari en plaça pública en el cas que sigui l'única opció. En el cas que la intervenció més adequada i possible per pal·liar la desprotecció sigui de caire comunitari, es dissenyarà l'estratègia de protecció conjuntament amb el tècnic comunitari.

La convocatòria d'aquest espai és l'ànima del Programa de Protecció, perquè està pensat com l'expressió material del treball en xarxa i un espai obert per a tots els tècnics de Mallorca que estiguin interessats en la protecció de les persones grans. L'assistència a aquest espai implica participació en el procés de decisió tant del grau de risc com del recurs idoni per intervenir-hi. Sistemàticament es convida el tècnic comunitari de referència a la reunió esmentada per diferents motius. Per una banda, aporta la seva experiència i coneixement sobre el cas afegint-hi dades i informació rellevant per decidir. Per l'altra, s'aprofita l'espai per dissenyar l'estratègia d'intervenció més adequada i consensuada

entre tots els tècnics. Finalment, es promou el treball en xarxa optimitzant els recursos i augmentant l'eficàcia a l'hora de protegir la persona gran en risc.

3.3.4 Intervenció prioritària

La intervenció prioritària comença en el moment en què el tècnic comunitari de referència lliura la sol·licitud específica de valoració a les oficines de l'equip tècnic de l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS. En el moment del registre de la sol·licitud, s'activa el protocol de valoració de risc i l'equip tècnic de l'IMAS pren la responsabilitat de liderar el procés de valoració i intervenció incloent-hi en tot moment les institucions i els tècnics necessaris de la xarxa comunitària i residencial.

Una vegada activat el protocol per un cas, el procés es duu a terme en la seva totalitat seguint l'ordre preestablert d'accions que assenyala el protocol i que vincula els tècnics implicats. En la reunió de casos, tots els tècnics implicats treballaran en el cas amb l'objectiu d'arribar a conclusions tècniques quant al grau de risc de desprotecció, al recurs idoni per pal·liar-lo si existeix en grau alt i a l'estratègia més adequada per implementar-lo.

La intervenció especialitzada fruit del treball conjunt implica una integració dels diferents tècnics implicats i les institucions a les quals representen. La protecció efectiva només s'esdevindrà gràcies al treball en equip i coordinat de tots els tècnics implicats, fugint de la visió parcial tan freqüent en les xarxes professionals d'atenció a col·lectius vulnerables, segons la qual «allà on cau l'usuari allà se l'han de menjar». En la redacció de l'acta de reunió de casos s'inclouen les conclusions per a cada cas tractat, així com els compromisos i les responsabilitats assignades a cada tècnic per tal de concloure el procés.

Escenaris. Anomenem escenaris les possibilitats que poden quedar de l'anàlisi i presa de decisions conjunta en la reunió de casos per a cada cas. Aquests escenaris surten de la combinació de les dimensions **grau de risc** i **recurs idoni***.* La posició institucional supramunicipal des de la qual intervé l'equip tècnic de l'IMAS i la seva capacitat per assignar places residencials públiques fan que el recurs residencial prioritari sigui possible. Només es considerarà acceptat l'ingrés públic prioritari en els casos en què la desprotecció de l'usuari hagi estat valorada de grau alt en la reunió de casos i s'hagi valorat com a recurs idoni.

Suport tècnic i desbloqueig de variables. És freqüent trobar casos de demandes de persones grans en risc valorades amb risc alt de desprotecció en què la valoració d'alguna de les variables interfereix en l'aplicació d'un ingrés públic i prioritari. És el cas, per exemple, de quan ens trobem una persona gran dependent, fràgil i amb patiment sostingut que té cuidadors legals o fills que no estan complint les obligacions que marca la llei. El Programa de Prioritat Social, per mitjà dels seus tècnics, ofereix als tècnics comunitaris la possibilitat d'intervenir directament en les famílies dels usuaris en risc per avançar en l'estratègia de protecció. D'aquesta manera, els tècnics comunitaris reben un suport tècnic especialitzat

en moments crítics en què la posició municipal queda massa «propera» als usuaris i a les problemàtiques que hi ha instal·lades.

Des de la posició supramunicipal, els tècnics de l'IMAS poden convocar els cuidadors i plantejar les possibilitats, així com assenyalar-los les conseqüències en un sentit o un altre del fet que l'usuari rebi unes cures deficitàries. També és freqüent convocar els familiars per determinar una estratègia adequada de gestió i responsabilitat sobre les cures d'una persona gran en risc quan disposa de recursos per poder-se protegir per la via privada però no té autonomia suficient per fer-ho. Cap d'aquestes intervencions es duen a terme sense la presència del tècnic comunitari de referència, ja que l'objectiu del Programa no és atomitzar la xarxa de protecció concentrant el poder en una sola institució, sinó que precisament s'intenta enfortir-la per mitjà de la seva integració transmetent un missatge d'organització cap a l'exterior.

4. Dades

En aquest apartat es durà a terme una anàlisi de les dades enregistrades al llarg dels darrers tres anys de valoració i intervenció prioritària davant alarmes de risc de desprotecció de persones grans.

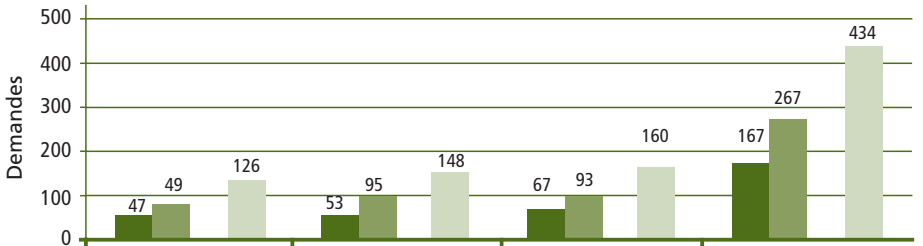
4.1 Dades dels darrers tres anys

En el gràfic següent podem observar el total de demandes de valoració de risc enregistrades per l'equip tècnic de l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS els darrers tres anys. S'han diferenciat les sol·licituds que han acabat en ingrés prioritari i les que no. No s'ha de confondre ingrés amb risc, atès que s'ha de recordar que els casos que acaben en ingrés prioritari corresponen a persones que han estat valorades amb grau alt de risc i que el recurs residencial és l'idoni per protegir-les. Tota la resta de persones pateix qualque grau de risc, fins i tot alt en alguns casos, però es determina que la intervenció comunitària pública o l'autoprotecció privada és la més adient. A totes les alarmes (sol·licituds) se'ls ha aplicat el protocol sencer tal com s'assenyala en el mateix protocol, ja que el Programa parteix del principi que si un tècnic comunitari estima oportú obrir un expedient és perquè ha esgotat els recursos municipals i la situació continua sense contenció.

D'altra banda, podem valorar l'àmbit de procedència institucional de les alarmes de protecció per a persones grans. S'aprecia un augment de l'àmbit sanitari al llarg dels tres anys, així com una disminució de l'àmbit municipal. Es podrien fer diferents hipòtesis sobre aquestes dades, però a l'equip considerem que tenen a veure amb la naturalesa del servei que oferim. En no oferir un servei de protecció d'urgència immediata, competència que

correspon als serveis socials municipals, és molt possible que aquesta funció la compleixin els hospitals per mitjà dels seus ingressos. El període mitjà de temps des que rebem una sol·licitud de valoració de risc fins que es produeix l'ingrés prioritari, en l'actualitat, és d'un mes i mig. Aquest temps és pràcticament impossible de reduir a causa del procés que requereix la valoració i la prioritització. És essencial la coordinació entre serveis socials municipals, serveis sanitaris i l'IMAS per respondre amb eficàcia davant la desprotecció.

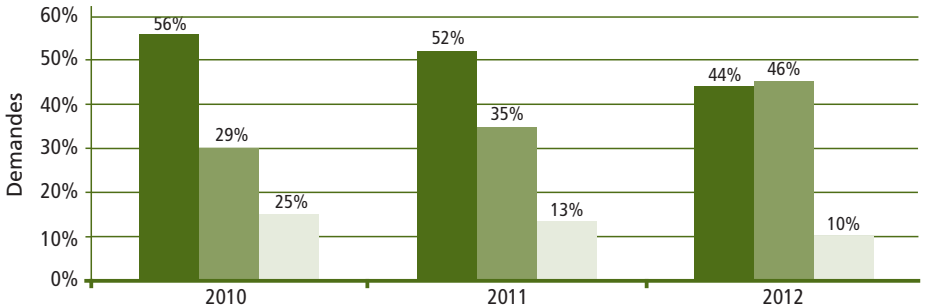
Gràfic 1 | *Evolució de demandes i ingressos per PS*



	2010	2011	2012	Total
Sí	47	53	67	167
No	79	95	93	267
% ingresos	37,3%	35,8%	41,9%	38,3%
Total	126	148	160	434

Any

Gràfic 2 | *Àmbit de procedència de les sol·licituds de P.S.*



	2010	2011	2012
S.S. Municipals	56%	52%	44%
S. sanitaris	29%	35%	46%
C. exclusió	15%	13%	10%

Any

4.2 Dades de l'any 2012

Passarem a una anàlisi de les dades més recents i aprofitarem l'ocasió per veure més en detall les institucions de procedència de les alarmes de desprotecció a Mallorca durant el 2012.

Taula 1 | *Dades sobre prioritat social de l'any 2012*

			Ingrés				
			SI	NO	TOTAL		
Àmbit de procedència	Serveis Socials Primària	Aj. Palma FBD	0	6	6	**3,75%**	
		Aj. Palma Primària	17	21	38	**23,75%**	**43,75%**
		Aj. Part Forana	5	21	26	**16,25%**	
	Serveis Sanitaris	Atencio Primaria IBSALUT	15	13	28	**17,50%**	
		Hospital IBSALUT	5	6	11	**6,88%**	**46,25%**
		Sociosanitari	15	20	35	**21,88%**	
	Exclusió	Casa Familia	8	3	11	**6,88%**	
		Aldaba	1	1	2	**1,25%**	**10,00%**
		UMES	1	2	3	**1,88%**	
			67	93	**160**		100,00%
			41,9	58,1	Total demandes		

Mereix una menció especial l'oferta de recursos que el Programa ofereix per a casos de persones grans procedents del circuit d'exclusió, amb autonomia física i que no tenen dret als recursos de la Llei de dependència perquè no tenen un grau suficient a causa de la seva autonomia per a les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD). Són els usuaris que figuren a l'apartat Casa de família i que troben el seu recurs idoni en les places antigament destinades als usuaris vàlids del Consell de Mallorca.

És el torn de l'àmbit geogràfic de procedència de les sol·licituds. A la taula anterior veiem que el 75% de les sol·licituds del 2012 provenen d'usuaris empadronats a Palma, i que la resta és de la Part Forana. D'altra banda, del total dels ingressos prioritaris duts a terme el 2012, només el 13% dels usuaris estan empadronats a la Part Forana i no hi ha equivalència amb el percentatge de sol·licituds. Si partim de la hipòtesi que la contenció comunitària és l'alternativa d'elecció tant a nivell d'eficiència econòmica com de desig manifestat pels usuaris (Barceló et al., 2008), podem dir que l'àmbit rural ofereix una protecció més àmplia i més eficaç a les persones grans.

Taula 2 | *Sol.licituds i ingressos per PS 2012*

Municipi	Procedència	Ingressos	Sol.licituds
Palma	Aldaba	1	2
	Casa família	8	11
	Exclusió IMAS	1	3
	Hospitals	17	38
	SS SS Ibsalut	14	26
	SAD municipal	5	17
	SS SS Municipals	8	21
	FBD	1	2
	Total	58	120
Resta	Hospitals	3	8
	SS SS Ibsalut	1	2
	SS SS Municipals	5	26
	FBD	3	4
	Total	9	40
TOTES		67	160

Taula 3 | *Dades del Programa de PS de 2012*

Distribució de dades per sexe, edat i ingressos			
	Ingrés		
	Sí	No	Total
Dones	34	58	92
X= 80,14 anys	x=86,5	X=71,6	57%
X= 367 euros	X=516 euros		
Homes	33	35	68
x= 72,25 anys	X=65,50	X=74,5	43%
X= 672,5 euros	X=479 euros		
Total	67	93	160

En relació amb l'anàlisi qualitativa de les dades, veiem que el 57% de les sol·licituds correspon a dones i la resta a homes. L'edat mitjana del total de les demandes de les dones és superior a la dels homes (80 anys *vs*. 72), però veiem una diferència significativa en l'edat mitjana dels dos gèneres pel que fa als ingressos prioritaris. És a dir, la desprotecció esdevé greu molt abans en els homes que en les dones, concretament quasi vint anys abans.

En comparació, veiem que no hi ha una diferència significativa en l'edat mitjana entre sexes en les sol·licituds que no han estat valorades com a greus amb ingrés residencial prioritari com a recurs idoni. Finalment, s'observen tendències contràries quant a la mitjana d'ingressos econòmics entre els dos grups. Mentre que en les sol·licituds totals els ingressos mitjans de les dones són quasi la meitat que els dels homes, en el cas dels usuaris ingressats s'inverteix la tendència i passen a ser els homes els que reben menys en comparació a les dones.

PERFIL DE LA DEMANDA DE PRIORITAT SOCIAL DE PERSONA GRAN

- Més sol·licituds de dona que d'home, tot i que la diferència no és excessiva.
- Home de 72 anys amb una mitjana d'ingressos de 672 euros mensuals i fadrí.
- Dona de 80 anys amb una mitjana d'ingressos 367 euros i vídua.

PERFIL DE L'INGRÉS DE PERSONA GRAN PER PRIORITAT SOCIAL

- Ingressen la mateixa proporció de dones que d'homes.
- Home de 65 anys amb una pensió de 479,6 euros i fadrí.
- Dona de 86,5 anys amb una pensió de 516,7 euros i fadrina.

Per finalitzar, podem veure la distribució dels ingressos per centres residencials i la proporció de perfils que han ocupat les places. La majoria dels ingressos corresponen a perfils assistits, tot i que un vint per cent corresponen a persones vàlides que, recordem, queden fora dels serveis que ofereix la Llei de dependència. Tal com ja hem assenyalat anteriorment, veiem que el sexe és diferencial quant a la variable ingrés prioritari.

Taula 4 | *Dades de PS de l'IMAS de 2012*

Ingressos per PS de 2012 i perfils residencials

	Assistits	Vàlids		
Bonanova	29	7	36	54%
Llar Ancians	16	6	22	32%
Felanitx	3	0	3	5%
Huialfàs	5	1	6	9%
	53	14	67	
	80%	20%		

	H	D	Totals
Assistits	24	29	53
Vàlids	9	5	14
	33	34	67

5. Conclusions i futur del servei de protecció de la gent gran

Els darrers anys, s'ha iniciat la tasca de la lluita per la invisibilitat de la vellesa a Espanya. Ja no és estrany trobar programes de postgrau oferts per institucions educatives especialitzats en la detecció, l'avaluació i la intervenció en violència familiar que reserven un apartat per a la violència dirigida a les persones grans.[1] Tot i això queda molta feina per fer, a més del que ja s'ha fet, ja que no hem d'oblidar que els menors, i les dones més recentment, gaudeixen d'una protecció legal institucionalitzada amb lleis creades específicament per als dos col·lectius. Les persones grans encara no han arribat a aquest nivell de protecció institucional i formal, tot i que s'estan fent esforços per aconseguir-ho en diferents indrets del territori nacional.[2]

El Programa descrit en el text aspira a protegir, dins el col·lectiu de les persones grans, els usuaris més desprotegits, establint tres graus de desprotecció: lleu, moderada i greu. Aquest fet permet ser realistes i no perdre de vista les limitacions, ja que sempre valdrà més protegir amb eficàcia poques persones que pateixen molt que aspirar a protegir tothom i no arribar als casos més greus.

Des de l'experiència d'aquests darrers tres anys, valorant i intervenint en casos d'alarmes de desprotecció de persones grans, hem pogut anar identificant la naturalesa de la desprotecció de la tercera edat a Mallorca i, també, el grau de desenvolupament dels serveis d'atenció i protecció del col·lectiu. Basant-nos en la casuística, i des d'una experiència de més de 400 casos, en l'actualitat tenim en funcionament un procediment consolidat, transparent i eficaç per intervenir quan una persona gran queda fora del sistema de protecció social ordinari.

El sistema parteix de l'autoprotecció amb l'objectiu de poder arribar a la protecció dels usuaris més desafavorits. Si el sistema i sobretot els seus tècnics no troben un entorn institucional normatiu i procedimental sòlid i coherent en el qual se sentin protegits, en poc temps tornarà a no haver-hi resposta especialitzada per als escenaris més greus i urgents. El col·lectiu dels professionals implicats ha estat, des del començament, la nostra preocupació, conscients que, si els que cuiden no són cuidats, la desprotecció final dels usuaris en risc arribarà a intensitats insuportables i impròpies de societats avançades.

El procediment i el mètode de valoració de la desprotecció que guia les nostres pràctiques en l'actualitat tenen un grau de desenvolupament i operativització acceptable, que permet incorporar els tècnics comunitaris al sistema amb certa facilitat. Això és possible pel fet que som capaços d'oferir, amb transparència absoluta, variables i criteris objectius de valoració. En aquest sentit, trobem imprescindibles la difusió i el treball en xarxa,

[1] http://www.il3.ub.edu/ca/postgrau/postgrau-deteccio-intervencio-violencia-familiar-enfocament-interdisciplinari.html
[2] Llei 6/1999, de 7 de juliol, d'atenció i protecció de les persones grans.

atès que, sense aquestes estratègies integradores, no podrem arribar mai a fer eficaç i eficient el sistema de protecció.

L'especialització en detecció, avaluació i intervenció en casos de risc de desprotecció de persones grans cada vegada és més necessària en vista de l'evolució de les dades demogràfiques referents al col·lectiu i, el que encara és més important, davant de les dades recollides els darrers anys sobre el maltractament de les persones grans. No hem d'oblidar que només es detecten un de cada cinc casos de maltractament de persones grans.

Hem constatat una necessitat imperiosa d'avançar en el desenvolupament d'un servei que vetlli per les bones pràctiques en matèria de protecció i que ofereixi formació continuada a tots els professionals implicats en la detecció, la valoració i la intervenció en escenaris de desprotecció i maltractament de les persones grans. A la nostra comunitat no existeix cap especialització amb reconeixement institucional, de caràcter obligatori i consensuada, adreçada a la capacitació dels professionals que es dediquen a l'atenció de les persones grans que garanteixi les millors pràctiques vers el col·lectiu de gent gran. Si, a més a més, ampliem el nivell d'anàlisi a situacions de risc susceptibles de convertir-se en alarmes socials, ens trobem que l'oferta de programes formatius adreçats a aquests tipus de casos de risc i urgents és inexistent.

Dins aquest marc, el que té un cert desenvolupament a Espanya a través dels departaments de benestar social dels governs autonòmics són les guies per a la detecció i la intervenció en el maltractament de les persones grans. Comunitats autònomes com el País Basc i Catalunya han confeccionat les seves guies amb una estructura de continguts que inclou indicadors de maltractament, eines d'avaluació, tipologies de maltractament, pautes d'actuació i recursos disponibles. Trobem altres iniciatives en protecció de la gent gran en la implantació de serveis telefònics[3] dirigits a les persones grans, que ofereixen assessorament i ajut al usuaris i familiars que ho demanen, que paren una atenció especial a la detecció del maltractament de persones grans.

Com a exemple de servei especialitzat en la intervenció en casos de desprotecció, tenim el Servei d'Acolliment i Urgències a la Vellesa (SAUV)[4] de la Diputació de Barcelona. En aquest sentit, l'àmbit d'actuació també és supramunicipal i el seu objectiu és protegir amb caràcter prioritari i d'urgència les persones grans que queden fora de la protecció social ordinària. Compta amb un equip tècnic que rep les sol·licituds i valida la documentació aportada per tal de procedir a un ingrés residencial prioritari de manera temporal i poder decidir, amb la seguretat que l'usuari està protegit, quin és el recurs idoni per a la persona.

[3] http://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadybienestarsocial/areas/mayores/telefono.html
[4] http://diba.es/web/benestar/servei-d-acolliment-i-urgencies-a-la-vellesa-sauv

Les experiències institucionals en matèria de protecció de la gent gran a Espanya, si ens fixem en la intervenció en escenaris d'alarma social per desprotecció o maltractament, no són gaires i, de fet, és difícil trobar serveis específics que s'ocupin d'aquests casos. Més enllà de les guies i els procediments publicats, es fan imprescindibles espais de difusió i treball de casos en què els professionals puguin aprendre, pensar i cuidar-se en la difícil i perillosa tasca de detectar, valorar i intervenir quan una persona desprotegida demana ajuda i, sobretot, quan ni tan sols la pot demanar.

En aquest sentit, dins l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS s'estan establint les bases per a una consolidació estructural de la protecció de la gent gran a Mallorca que inclogui un servei de difusió, recerca i capacitació dels professionals que se n'han d'encarregar. La línia de protecció de la gent gran que l'actual Coordinació de l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS impulsa, per mitjà de l'aposta clara i decidida del Programa de Prioritat Social, també tindrà en compte la possible desprotecció que es produeix en l'àmbit residencial, tant públic com privat, i farà possible un espai de treball conjunt entre els centres residencials de Mallorca per tal d'assolir una atenció millor i més conscient de la gent gran dins els centres.

Referències bibliogràfiques

Bazo, M. T. (2001). Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 36, 8-14.

Barceló, B. J., Fernández, R. C., García, C., Cuart, M. I. (2009). Programes d'intervenció comunitària en vellesa i família. *Anuari de l'envelliment 2009*. Illes Balears.

Barceló, B. J., Fernández, R. C., García, C., Cuart, M. I., (2008). *Els programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears.* Informe 2007. Palma, Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració, Govern de les Illes Balears.

DAPHNE (2006-2007). *Investigació sobre el maltractament econòmic i financer de les persones grans*. Barcelona, FATEC amb la col·laboració de la Generalitat de Catalunya.

Informe voces ausentes (2002). Opinió de les persones grans sobre el maltractament a la gent gran. Ginebra, INPEA.

Martin, M., Suárez del Villar, T. (1997). El anciano frágil en la comunidad. *Revista Española de Geriatría y Gerontología,* 32 (NM1), 39-45.

Tabueña, M., Coma, M., Muñoz, J., Orfila, F. (2009). *Prevenir i actuar contra els maltractaments a les persones grans*. Caixa Catalunya, Obra Social.

Pfeiffr, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23, 433-441.

Eeisberg, B., Derris, S. H., De León, M. J. [et al.]. (1988). Global Deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacol Bull*, 24(4), 661-663.

Ribera, J. M., Cruz, A. S. (1991). *Evaluación funcional del anciano (capítulo 2).* Madrid. Idepsa.

Autors

ROBERT C. FERNÁNDEZ GARCIA

Barcelona, 1972. Llicenciat en Psicologia per la Universitat de Barcelona. Màster en Psicoteràpia Analítica Grupal per la Universitat de Deusto. Expert universitari en Violència Familiar per la Universitat de Barcelona. Coordinador de l'equip tècnic de l'àrea de Gent Gran de l'IMAS. Tècnic de referència del Programa de prioritat social de l'IMAS des de 2008. Psicòleg de l'equip de Vellesa i Família de l'IMAS de 2006 a 2008.

JOAN MUT VIVES

Palma, 1952. Psicòleg clínic por la Universitat de l'Uruguai. Tècnic de grau mitjà, és educador per la UIB. Educador de l'equip de Vellesa i Família de 2007 a 2008. Tècnic de grau mitjà, és educador del Programa de prioritat social de l'IMAS des de 2008.

NÚRIA VAQUER REIXACH

Palma, 1957. Treballadora social per la UIB. Treballadora social de l'Oficina de Valoració de l'IMAS de 2004 a 2008. Treballadora social del programa de Prioritat social des de 2008.

L'ENVELLIMENT DE LES PERSONES SENSE SOSTRE

L'envelliment de les persones sense sostre

Biel Gelabert Noguera
Lluís Ballester Brage

Resum

Les situacions d'exclusió extrema no s'han deixat de produir al nostre país, però la crisi encara les ha fet més rellevants. En aquesta situació, es troben les persones sense sostre, però encara més les persones grans sense sostre. Podem parlar de la pobresa dins la pobresa.

El centre Ca l'Ardiaca, que depèn de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), del Consell de Mallorca, és un dels referents fonamentals de la xarxa de suport per a les persones sense sostre. L'anàlisi de les seves dades permet disposar d'una perspectiva de conjunt del 90% de les situacions de les persones sense sostre, ja que en un moment o altre passen per aquest centre de baixa exigència.

El registre sistemàtic de les persones ateses al llarg dels darrers anys (2005-2012) permet disposar d'una informació rellevant per interpretar com són les persones grans sense sostre. En aquest treball només s'inclou una presentació quantitativa, una primera aproximació a aquesta realitat que en aquest moment s'analitza amb més detall en una recerca retrospectiva, reconstruint els processos socials generals i les històries de vida concretes.

Resumen

Las situaciones de exclusión extrema no han dejado de producirse en nuestro país, pero la crisis aun las ha hecho más relevantes. En esta situación se encuentran las personas sin hogar, pero aún más a las personas mayores sin hogar. Podemos hablar de la pobreza dentro de la pobreza.

El centro Ca l'Ardiaca, que depende del Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), del Consell de Mallorca, es uno de los referentes fundamentales del la red de apoyo para las personas sin hogar. El análisis de sus datos permite disponer de una perspectiva de conjunto del 90% de las situaciones de las personas sin hogar, ya que en un momento u otro pasan por este centro de baja exigencia.

El registro sistemático de las personas atendidas a lo largo de los últimos años (2005-2012) permite disponer de una información relevante para interpretar cómo son las personas mayores sin hogar. En este trabajo sólo se incluye una presentación cuantitativa, una primera aproximación a esta realidad que en este momento se analiza con más detalle en una búsqueda retrospectiva, reconstruyendo los procesos sociales generales y las historias de vida concretas.

1. Introducció

Estar mancat d'un refugi, no tenir on resguardar-se una nit de pluja o de fred, no tenir una llar, entesa com un espai propi de desenvolupament personal i alhora de socialització i interacció, significa que s'ha descendit en l'escala de la dignitat personal. És, segons Cabrera (1998), la frontera simbòlica que separa la pobresa socialment integrada, digna, fàcil d'assumir, dòcil a l'hora de deixar-se ajudar, d'aquella altra que és percebuda com a estranya, perillosa, incontrolable: la pobresa que es constitueix com un món a part.

Si a la meitat del segle passat algú hagués vaticinat que a principi del segle XXI, quan ens trobam ben dins de la societat de la informació, la comunicació i la tecnologia, seguiríem parlant de situacions de pobresa greu o d'exclusió social, pocs ho haurien cregut.

El desplegament de l'estat del benestar, tant per la seva contribució a regular els desajustaments de l'economia capitalista com per la seva aposta per garantir certa protecció social a les capes més baixes de la població, va ser concebut com un gran mecanisme polític per resoldre grans problemes socials derivats de la desigual estratificació social (Moreno, 2009).

Tot i aquest desplegament de l'estat del benestar a Espanya, durant molts d'anys anàrem a la coa si ens comparam amb els nostres veïnats europeus (Navarro, 2011), ja que començàrem molt tard a desenvolupar-lo per les circumstàncies pròpies del país. L'herència del franquisme ens va mantenir, com a país, amb un gran dèficit social que ara com ara encara arrossegam si ens comparam amb els països de l'Europa dels vint-i-set.

D'altra banda, des de 2008 ens trobam en un escenari de crisi econòmica del qual no sortim i els efectes del qual, al nostre país, són més elevats que en la majoria de països del nostre entorn. Navarro (2011) explica les particularitats de la nostra crisi, que es produeix per una impressionant bombolla immobiliària, un endeutament previ i un baix nivell d'estalvi, entre altres coses.

És en aquest context que ens plantegem l'anàlisi de les situacions de pobresa i exclusió més extremes, que caracteritzen la població sense sostre i, més en concret, que caracteritzen les persones grans sense sostre. En aquesta anàlisi es podria incloure les persones de més de 55 anys, ja que en aquesta edat l'exclusió del mercat de treball és quasi irreversible, però mantenim la identificació dels 65 anys com a llindar de referència.

2. Metodologia

El disseny, per a aquesta presentació, és quantitatiu, tot i que s'emmarca en una recerca molt més àmplia, que inclou l'anàlisi qualitativa (històries de vida i altres metodologies

etnogràfiques) i que s'ha plantejat com a recerca longitudinal retrospectiva, reconstruint els processos socials més generals i les històries de vida concretes de l'exclusió extrema. Per a aquest article, s'ha treballat amb els registres de gestió, incloent-hi les fitxes de dades que s'hi complimenten sistemàticament.

Les dades que es presenten en aquest article corresponen a l'alberg de baixa exigència de Ca l'Ardiaca i estan extretes de la base de dades de la Xarxa d'Inclusió Social de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), que depèn de Consell de Mallorca. La Xarxa apareix l'any 2003 i se'n tenen dades amb tractament informàtic des de 2005.

Si graduam el procés d'exclusió social de les persones sense sostre, podem afirmar que després de pernoctar al carrer, Ca l'Ardiaca és, la primera porta que s'obre. D'aquí la importància estratègica d'aquest centre quan parlam del fenomen de les persones «sense sostre».

Mostra

L'anàlisi inclou les 235 persones de més de 64 anys que han estat usuàries de Ca l'Ardiaca entre el 2005 i el 2012, un període de vuit anys que inclou el període previ a la crisi i tots els anys de la crisi. Al centre, com és fàcil d'entendre, hi ha un elevat nivell de repetició per part dels usuaris, ja que la cronificació de les situacions d'exclusió provoca demandes repetides de suport. A la mostra s'ha neutralitzat aquesta característica de repetició i s'han analitzat 235 persones diferents més grans de 64 anys.

Instrument de recollida de dades

La font de les dades són els registres de gestió per al funcionament quotidià del centre, que inclouen les fitxes de dades complimentades sistemàticament i informatitzades. La professionalitat del personal del centre permet una bona identificació de les persones que es beneficien dels seus serveis, de tal manera que es disposa d'una font de dades molt consistent (diària) i fiable.

3. Resultats

L'anàlisi de les característiques sociodemogràfiques que es presenten correspon al període 2005-2012 i inclou totes les persones de més de 65 anys. En algunes variables no es disposa de les dades detallades per dos motius. Per una part, perquè els dos primers anys del registre sistemàtic (2005-2006) encara hi havia algunes dificultats per a la recollida de dades. Per l'altra, perquè hi ha persones que prefereixen ocultar un o altre aspecte de la seva situació. Les característiques del centre, la baixa exigència i el respecte pel procés personal de cada usuari fan que aquestes mancances ocasionals es considerin secundàries.

A l'alberg de baixa exigència de Ca l'Ardiaca, entre els anys 2005 i 2012, han utilitzat el servei 6.759 persones diferents, 235 de les quals són majors de 64 anys, que representen un percentatge mitjà del 3,5% del total d'usuaris, amb variacions anuals, tal com es mostrarà més endavant. Aquesta xifra és lleugerament més baixa que la mitjana estatal, ja que, segons l'enquesta del 2012 de l'INE «Encuesta a personas sin hogar», duta a terme als centres que donen atenció a aquest col·lectiu, les persones més grans de 64 anys representen el 3,9%.

Taula 1 | *Distribució per edats dels usuaris de l'alberg de Ca l'Ardiaca (2005-2012)*

	Freqüència	Percentatge
Entre 18 i 29 anys	665	9,8
Entre 30 i 44 anys	3.016	44,6
Entre 45 i 64 anys	2.797	41,4
Més de 64 anys	235	3,5
Sense determinar	46	0,7
Total	6.759	100,0

Elaboració pròpia

En la freqüència d'usuaris atesos, podem observar una distribució diferent dels usuaris al llarg dels anys. Si l'any 2005, els més grans de 64 anys suposaven el 5,8 del percentatge total del centre, arribam al 2012 amb un 2,1% i amb una clara reducció del percentatge de persones grans any a any.

Taula 2 | *Nombre total d'usuaris més grans de 64 anys a l'alberg de Ca l'Ardiaca*

Any	Freqüéncia	Freqüència més grans de 64 anys	Percentatge
2005	723	42	5,8
2006	902	32	3,5
2007	848	31	3,6
2008	959	35	3,6
2009	914	36	3,9
2010	830	26	3,1
2011	756	15	1,9
2012	827	18	2,1
Total	6.759	235	3,5

Elaboració pròpia

El tractament de les persones més grans de 64 anys com a casos d'emergència especial juntament amb una millor coordinació amb l'equip de gent gran de l'IMAS són dos fets que han ajudat a reduir aquest nombre de persones en un centre de baixa exigència per a persones sense sostre. Baixa el nombre absolut i el percentatge en relació amb el conjunt d'usuaris, però no les situacions de necessitat de les persones grans amb greus mancances, de tal manera que l'explicació considerada és la més correcta.

En les persones més grans de 64 anys, la situació d'extrema necessitat, sense llar i havent de pernoctar al carrer, és un fet molt masculinitzat. Ho és en el conjunt d'usuaris de qualsevol edat i també entre els més grans. L'INE (2012) estima que un 80,3% de persones de qualsevol edat, afectades pel fenomen de persones sense sostre, són homes. Les dades pròpies del centre de Ca l'Ardiaca són superiors: un 87,7% de tots els usuaris són homes.

Taula 3 | *Distribució per sexe dels usuaris de l'alberg de Ca l'Ardiaca (2005-2012)*

	Freqüència	Percentatge
Home	198	84,3
Dona	37	15,7
Total	235	100,0

Elaboració pròpia

Quan ens fixam en les persones més grans de 64 anys, observem que el percentatge és similar al del conjunt d'usuaris (84,3%) i superior al percentatge estatal de referència. Segurament, en una primera apreciació, aquest fet s'explica per la idiosincràsia del centre; el fet que sigui un centre de baixa exigència explicaria aquesta masculinització més elevada. Una explicació alternativa és que a Mallorca hi ha una immigració laboral molt masculinitzada, amb dificultats per disposar de xarxes de suport.

Pel que fa a la procedència dels usuaris més grans de 64 anys hi ha diferències significatives amb la resta d'usuaris del centre. Tant a l'enquesta de l'INE de 2012, com en les dades del centre, si es considera el conjunt dels usuaris de totes les edats, la relació entre els estrangers i els espanyols és del 50% en cada grup. Uns anys un grup està al davant de l'altre, però no hi ha canvis de significació al llarg de tot el període considerat.

Quan parlam del col·lectiu de persones grans, aquesta igualtat no es manté i s'observa que hi ha una presència més gran d'espanyols (taula 4).

Taula 4 | *Usuaris estrangers i nacionals a l'Alberg de Ca l'Ardiaca*

	Freqüència	Percentatge
Espanyol	158	67,2
Estranger	77	32,8
Total	235	100,0

Elaboració pròpia

Es pot observar que majoritàriament les persones grans són espanyoles i representen un 67,2% dels usuaris d'aquestes edats, lluny de les dades generals del centre i del referent estatal. Aquesta dada es pot explicar perquè els immigrants estrangers que arriben a Mallorca tenen un perfil laboral, és a dir, són més joves i vénen a buscar feina a aquest país. Els estrangers més grans de 64 anys, normalment, disposen de pensions provinents de països europeus, és a dir, tenen una capacitat de consum i una qualitat de vida més elevada.

En qualsevol cas, el fet que hi hagi un 32,8% de persones grans sense sostre i d'origen estranger és rellevant per a l'anàlisi de les situacions d'exclusió extrema. Aquestes persones sumen diverses característiques d'exclusió: no disposen de recursos econòmics, no disposen de xarxa efectiva de suport i tenen una edat avançada que no els permet reincorporar-se al mercat de treball. Però, a tots aquests trets s'afegeix el fet que es troben en un altre país, moltes vegades sense el domini de les llengües de referència.

Si analitzam amb més detall aquesta procedència, podem veure que la majoria procedeixen d'Espanya i Europa, quasi un 90%. Aquesta dada reforça la idea que la procedència laboral dels estrangers de Ca l'Ardiaca correspon a persones que varen venir a Mallorca per treballar i han anat arribant a la situació d'exclusió.

Taula 5 | *Distribució per grans zones de la procedència dels usuaris de l'Alberg de Ca l'Ardiaca (2005-2012)*

	Freqüència	Percentatge
Espanya	158	67,2
Europa	49	20,9
Amèrica llatina	9	3,8
Magreb	12	5,1
Àfrica subsahariana	2	0,9
Altres territoris	5	2,1
Total	235	100,0

Elaboració pròpia

Destaca de manera especial la poca rellevància relativa de col·lectius com els magrebins, els llatinoamericans i els que procedeixen de l'Àfrica subsahariana, que en la nostra societat tenen un pes demogràfic molt important i a Ca l'Ardiaca representen un 9,8%.

La procedència dels usuaris de l'Estat també ofereix resultats interessants, en especial des de la perspectiva de la configuració dels col·lectius sense sostre de més edat. La desigualtat dels orígens és molt notòria, tal com es pot observar a la taula 6.

Taula 6 | *Distribució dels usuaris per comunitat autònoma de naixement*

	Freqüència	Percentatge
Andalucia	49	20,9
Aragón	1	,4
Illes Balears	35	14,9
Canarias	4	1,7
Castilla y León	8	3,4
Castilla - La Mancha	5	2,1
Catalunya	20	8,5
Comunitat Valenciana	8	3,4
Extremadura	7	3,0
Galicia	5	2,1
Comunidad de Madrid	5	2,1
Región de Múrcia	4	1,7
Comunidad Foral de Navarra	2	,9
País Vasco	2	,9
Melilla	2	,9
Sin determinar	1	,4
Total	158	67,2
Estrangers	77	32,8
	235	100,0

Elaboració pròpia

Quan parlam de dades generals del centre, els usuaris nascuts a les Illes Balears són, amb diferència, els majoritaris i representen un 34,7% del total d'espanyols. Quan parlam dels més grans de 64 anys, el percentatge baixa fins al 14,9%, una taxa realment poc rellevant. Però, no es pot llevar importància a aquest fet. A aquestes edats encara no hi ha dobles generacions d'immigrants, és a dir, els nascuts a les Illes Balears són culturalment i socialment de les Illes. Entre els més joves el naixement no indica quina és la cultura de referència, però a aquestes edats sí. Per aquest motiu, aquestes 35 persones, és a dir, aquest percentatge del 14,9% de tots els usuaris grans és molt rellevant, ja que informa de situacions d'extrema precarietat i de pèrdua de la xarxa social més bàsica.

Pel que fa a la resta de procedències, la comunitat autònoma que més usuaris aporta és l'andalusa, amb el 20,9%. La segona comunitat, al marge de les Illes Balears, és Catalunya, amb el 8,5%. La resta de comunitats aporten percentatges molt poc rellevants.

L'explicació dominant, tal com hem dit anteriorment, és que els usuaris de Ca l'Ardiaca d'aquestes edats són de la primera onada d'immigració que tinguérem a les Illes Balears, amb el boom turístic dels anys seixanta i setanta. Algunes comunitats, com Extremadura i Múrcia, que varen aportar importants percentatges d'immigrants laborals d'aquells anys, haurien d'estar més representades, però el retorn a les seves comunitats d'origen possiblement va ser més important que entre els d'origen andalús.

Pel que fa a la composició del nucli familiar, les dades també presenten variacions amb referència a la totalitat del centre i a l'enquesta de l'INE de 2012 (taula 7).

Taula 7 | *Distribució del nucli familiar dels usuaris quan arriben a l'Alberg de Ca l'Ardiaca*

	Freqüència	Percentatge
Amb nucli familiar	34	14,5
Sense nucli familiar	49	20,9
Ruptura	110	46,8
Sense determinar	42	17,9
Total	235	100,0

Elaboració pròpia

El 46,8% de les persones més grans de 64 anys acollides a Ca l'Ardiaca ha sofert una ruptura en el seu nucli familiar, és a dir, estan separades o divorciades. El percentatge de ruptures d'aquest col·lectiu en l'enquesta de l'INE de 2012 és del 28,2% i en el conjunt dels usuaris del centre és del 29,5%. És a dir, a Mallorca les persones sense sostre grans ho són per pèrdua del nucli familiar en percentatges superiors als de la resta de l'Estat. La manca de xarxa social, notòriament de la xarxa familiar, és una de les causes d'arribar a trobar-se sense sostre. No es troba suport perquè no hi ha a qui demanar suport.

La resta de dades de la taula 7 confirmen aquesta interpretació. Les persones sense nucli familiar (fadrines), en el conjunt dels usuaris de totes les edats, són les que més pes tenen en el total del centre (52%), mentre que, si només ens fixam en les més grans de 64 anys, aquest pes disminueix considerablement, fins al 20,9%. És a dir, en el primer cas es tracta d'una de cada dues persones i en el segon, d'una de cada cinc. Entre les persones grans, la pèrdua de la xarxa és el factor més rellevant, no el fet de no haver disposat de xarxa. S'ha de considerar, en aquest sentit, que un 14,5% té nucli familiar, però no en rep suport,

la qual cosa confirma la interpretació següent: la pèrdua de nucli o la separació del nucli s'associen a trobar-se sense sostre en aquestes edats.

4. Conclusions

Si hem de fer una descripció general de les persones grans que arriben a un centre de baixa exigència per a persones sense sostre, podríem dir que són homes, de procedència andalusa, de la primera onada d'immigració nacional que va tenir a aquesta terra i que al llarg de la seva vida han tingut una ruptura en la seva vida familiar.

També podem afirmar que existeixen diferències entre aquest col·lectiu (de més grans de 64 anys) i la resta de persones que utilitzen el servei i que la procedència és una de les més significatives.

En qualsevol cas, quan es normalitzi tota la xarxa de serveis, probablement no hi haurà persones de més de 64 anys al centre Ca l'Ardiaca ni a qualsevol altre centre de la xarxa de suport a persones sense sostre, tal com no hi ha menors de 18 anys perquè disposen de serveis adequats a la seva edat. Les residències per a persones grans sense recursos haurien d'assumir aquestes persones i donar suport efectiu a les seves necessitats. Aquesta situació es troba en procés de normalització, tal com s'ha vist en la reducció, any a any, dels usuaris d'aquestes edats.

El fet de calibrar la magnitud de la pobresa de les persones grans sense sostre, la seva evolució i els perfils no exhaureix la caracterització de les implicacions del fet de trobar-se en una de les situacions de dificultat més greus: sense recursos, sense xarxa de suport i en una edat avançada. Si només ens fixem en els paràmetres externs (edat, sexe, etc.), correm el risc d'ignorar com pateixen personalment les persones més pobres entre els pobres. Una de les conseqüències més rellevants de trobar-se en aquesta situació en un moment de crisi tan destacada, que passa desapercebuda quan l'anàlisi es basa en indicadors estadístics, és la intensificació dels fenòmens de pobresa i la cristal·lització d'aquests en formes de privació aguda, que generen un malestar i una inseguretat sense horitzó de sortida.

En aquest període de crisi, la possibilitat d'escapar-se de les situacions més greus de pobresa s'ha allunyat per a la gran majoria de les persones ateses a la xarxa de pobresa, d'una manera molt més radical que per a la resta de la població en situacions precàries. Si els treballadors en situacions de precarietat per atur de llarga durada es troben en situacions difícils de canviar, els sense sostre de més edat poden percebre la seva situació com a definitiva.

Una altra manera d'ajudar a fer visible l'experiència de la pobresa «dins la pobresa» és l'anàlisi dels fenòmens de privació en aquesta població. Els ingressos monetaris no existeixen, el

capital relacional ha desaparegut, el capital formatiu no es pot traduir en una reducció de la privació i, a més, un capital tan bàsic com la salut es deteriora sense remei. Un nombre creixent d'aquestes persones grans té la sensació que no disposa de prou recursos per canviar la situació en la qual es troba. És a dir, percep la situació com a crònica i amb tendència a empitjorar.

En suma, la crisi no només ha provocat una extensió de la pobresa de les persones grans, sinó també que s'intensifiqui i cristal·litzi en formes de privació crònica. La greu precarietat econòmica no només té una dimensió monetària. Alguns dels efectes més importants provocats per l'exclusió econòmica de les persones grans tenen a veure amb els estats de malestar i inseguretat que acompanyen la manca greu de recursos econòmics i la incapacitat per generar-los.

Les persones grans no només pateixen les privacions econòmiques personalment, sinó que aquestes afecten molt especialment la qualitat de les relacions amb els seus familiars i coneguts. En situacions de greu precarietat, les persones grans no representen una ajuda, sinó que en alguns casos poden representar una greu nosa en famílies que pateixen dificultats econòmiques i d'altres tipus. Quant a l'entorn relacional, les persones properes es mostren més irascibles i estressades i la convivència amb qui no aporta recursos i necessita ajuda és molt difícil. Hi ha familiars que tendeixen a reaccionar de manera poc solidària, cosa que repercuteix en una hostilitat més gran en les interaccions amb les persones grans.

Als efectes directes sobre el benestar de les persones grans sense recursos s'hi sumen sovint efectes indirectes, associats al deteriorament del clima familiar de les xarxes relacionals, provocats per les experiències de privació mantingudes al llarg de períodes dilatats de temps.

Per a moltes persones grans les rendes públiques es converteixen en l'origen de tots o gairebé tots els seus ingressos per a la resta de la seva vida, com passa després de la jubilació amb els qui han acumulat cotitzacions. Les prestacions socials són decisives per mantenir els mínims de subsistència material de les persones grans sense sostre, en especial les prestacions no contributives (PNC). Aquestes prestacions socials representen l'únic mecanisme efectiu d'atenuació de la vulnerabilitat econòmica, juntament amb la xarxa de seguretat que inclou serveis com Ca l'Ardiaca. La limitació de l'accés a aquestes rendes públiques per a algunes persones grans es pot considerar com la forma més radical d'exclusió.

S'ha de tenir present que el sistema de pensions, contributives i no contributives, aconsegueix reduir de manera significativa les taxes de pobresa dels col·lectius que se'n beneficien, habitualment persones d'edat avançada que no tenen cap altra font significativa d'ingressos. Si les pensions no existissin, prop del 90% de les persones grans tindrien uns ingressos que els situarien sota el llindar de la pobresa, ja que les rendes derivades de lloguers, fons privats de pensions, treball dut a terme per persones grans, retribucions d'accions, etc. no beneficien de manera efectiva més d'un 10% de la població de més edat.

Referencies bibliogràfiques

Cabrera, P. J. (1998). *Huéspedes del aire*. Madrid, UPCO.

INE (2012). *Encuesta a personas sin hogar*. Madrid, Instituto Nacional de Estadística.

Marí-Klose, P., Antón, F., Marí-Klose, M. (2012). *Informe de la inclusión social en España 2012.* Barcelona, CIIMU/Caixa Catalunya.

Moreno, L. (2009). *Reformas de las políticas de bienestar en España.* Madrid, Siglo XXI.

Navarro, V., Torres, J., Garzón, A. (2011). *Hay alternativas*. Madrid, Sequitur.

Autors

BIEL GELABERT NOGUERA

Vilafranca de Bonany (1971). Pedagog (UIB 2006) i educador social (habilitat 2001), actualment coordinador de l'alberg de baixa exigència de Ca l'Ardiaca per a persones sense sostre i professor associat de la UIB de l'àrea de Sociologia.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la. Doctor en Filosofia (UIB) i en Sociologia (UAB). Des de 1996 és professor de Mètodes d'Investigació Educativa a la Universitat de les Illes Balears (UIB). La seva experiència professional com a coordinador d'un centre comarcal de serveis socials (1986-1990) i com a responsable de la Unitat de Planificació i Estudis de l'Àrea de Benestar Social del Consell de Mallorca (1990-96), així com les investigacions realitzades des de 1984, s'han centrat en l'anàlisi de les necessitats socials i educatives (joves, persones grans i altres sectors) i també en els mètodes d'investigació: panells Delphi, històries de vida, anàlisi de dades qualitatives (amb NVIVO-QSR). El curs 2002-2003 va compatibilitzar la seva tasca com a docent i investigador a la UIB amb la direcció de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (AQUIB). Entre març de 2007 i juliol de 2011 va ser director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB. El seu darrer llibre, publicat el 2012 amb el professor Antoni J. Colom, duu per títol: Intervención sistémica en familias y organizaciones socioeducativas.

PROCESSOS D'ENVELLIMENT I ALCOHOLISME A LES ILLES BALEARS

Processos d'envelliment i alcoholisme a les Illes Balears

Rosario Pozo Gordaliza

És increïblement simple, els veritables alcohòlics [...]
Estem aquí on el sofriment no pot fer sofrir [...]
El més dur no són les hores de la nit.
Un cos alcohòlic funciona com una central, com un conjunt de compartiments diferents vinculats entre si per la persona sencera.
El primer afectat és el cervell. És el pensament. La felicitat pel pensament primer i després el cos. És guanyat, xopat a poc a poc, i transportat, —és la paraula: transportat. A partir de cert temps es té l'elecció.
Beure fins a la insensibilitat i la pèrdua de la identitat, o romandre en les primícies de la felicitat.
Morir d'alguna manera cada dia, o bé seguir fugint.

Marguerite Duras (1996)

Resum

La recerca que presentem explora el fenomen de l'alcoholisme en els processos d'envelliment d'homes i dones més grans de 55 anys a les Illes Balears. L'objectiu fonamental de l'estudi és comprendre, analitzar i descriure els processos d'envelliment de persones alcohòliques que passen pels diversos serveis i institucions d'atenció, desintoxicació, deshabituació, i de tractament o de reinserció. En l'article s'identifiquen els perfils de les persones grans, els seus factors de risc i de protecció, els canvis i continuïtats en el fenomen. Així mateix, s'identifiquen necessitats i s'analitzen dificultats o reptes futurs en el coneixement (pel que fa a la recerca i la intervenció) de l'alcoholisme en les persones grans. El treball empíric descrit és eminentment qualitatiu i està basat en grups de discussió i entrevistes en profunditat fetes a diversos professionals pertanyents a associacions i organismes que treballen amb malalts alcohòlics. Finalment, s'ha complementat amb els discursos d'homes i dones alcohòlics més grans de 55 anys i amb estudis i recerques actuals, que han enriquit significativament el present treball. Aquest estudi mostra la magnitud del problema i la situació actual de les persones grans que abusen de l'alcohol.

Resumen

La investigación que presentamos explora el fenómeno del alcoholismo en los procesos de envejecimiento de hombres y mujeres mayores de 55 años en las Illes Balears. El objetivo fundamental del estudio es comprender, analizar y describir los procesos de envejecimiento de personas alcohólicas que pasan por los diferentes servicios e instituciones de atención, desintoxicación, deshabituación, y de tratamiento o de reinserción. En el artículo se identifican los perfiles de las personas mayores, sus factores de riesgo y de protección, los cambios y continuidades en el fenómeno. Asimismo, se identifican necesidades y se analizan dificultades o retos futuros en el conocimiento (en términos de investigación e intervención) del alcoholismo en las personas mayores. El trabajo empírico descrito es eminentemente cualitativo y está basado en grupos de discusión y entrevistas en profundidad hechas a varios profesionales pertenecientes a asociaciones y organismos que trabajan con enfermos alcohólicos. Finalmente, se ha complementado con los discursos de hombres y mujeres alcohólicos mayores de 55 años y estudios e investigaciones actuales, que han enriquecido significativamente el presente trabajo. Este estudio muestra la magnitud del problema y la situación actual de las personas mayores que abusan del alcohol.

1. Introducció i contextualització del fenomen

A mesura que la població de les Illes Balears envelleix, les persones grans es converteixen en un grup cada vegada més significatiu que mereix especial atenció per part de tots, no solament pel que fa als impactes individuals de salut física, psíquica i emocional, sinó també a les dinàmiques familiars i, en última instància, a la necessitat d'adaptar totes aquestes noves necessitats a les polítiques socials. Els diferents investigadors de les dècades dels seixanta i setanta estaven convençuts que l'abús de l'alcohol era poc freqüent entre els adults grans en general (Atkinson, Ganzini 1994), i gairebé inexistent en les dones grans. No obstant això, crida l'atenció un recent treball de recerca dut a terme pel Royal College of Psychiatrists titulat *Els nostres addictes invisibles* o *Our Invisible Addicts* (2012), que adverteix de l'increment de consum precisament en aquesta franja d'edat i els problemes concomitants sobre el consum d'alcohol i altres dependències entre les persones grans. Al llarg de l'article veurem que el fenomen de l'alcoholisme a les Illes Balears en la franja d'edat més de 55 anys també és un fenomen ocult i invisibilitzat, difícil de detectar perquè forma part d'un hàbit quotidià vinculat a la trajectòria de vida i perquè existeixen altres problemàtiques concomitants dels processos d'envelliment i que es produeixen com a causa o dependència de l'alcohol.

La prevalença de consum d'alcohol de 15 a 64 anys, segons el Pla d'Addiccions i Drogodependències del Govern de les Illes Balears (PADIB), entre el 2009 i 2010 és elevada, i està motivada fonamentalment pel clima i perquè part de l'oci diürn i nocturn de les nostres Illes està orientat al consum de l'alcohol. El 93,8% de la població admet haver provat l'alcohol alguna vegada en la seva vida, un 76,7% n'ha consumit en els últims 12 mesos, un 61,2% n'ha consumit en els últims 30 dies i un 14,2% ho ha fet diàriament en els últims 30 dies. Segons l'estudi del PADIB de 2009-10 del grup d'edat de 55 a 64 anys, cada vegada hi ha més dones que homes que acudeixen a sol·licitar ajuda als serveis d'atenció especialitzada a causa de la seva dependència alcohòlica. Vegem la taula següent de consum per franja d'edat de 55 a 64 anys a les diferents illes:

Taula 1 | *Consum d'alcohol de 55 a 64 anys*

De 55 a 64	Mallorca	Eivissa i Formentera	Menorca	Total
HOMES	40	19	9	68
DONES	41	19	29	89

Font: PADIB, Informe EDADES 2009/10

Segons les dades de la taula podem assenyalar que la distància entre els gèneres en aquesta franja d'edat disminueix i es va igualant. De les tres illes, Mallorca és la més representativa quant a casos derivats, seguida de Menorca i Eivissa i Formentera. D'acord amb l'informe

de l'IMSERSO sobre les persones grans a Espanya de 2008 (dades estadístiques), l'hàbit de consumir alcohol diàriament (probablement en els menjars) està més generalitzat entre les persones grans; un 56,4% de les persones de 65 a 74 anys que van declarar consumir alcohol beu vi quatre o més dies a la setmana. A aquestes xifres s'uneixen les aportacions del sistema estatal d'informació permanent sobre addicció i drogues (SEIPAD). Els resultats més destacables de persones que van passar pels seus serveis a les Illes Balears l'any 2011 van ser un 43,6% d'homes, un 56,7% de dones i en total 46,5% i el 2010, un 39,6% d'homes, un 48,8% de dones i un 41,5% en total. Les dades apunten al fet que existeix una disminució en el nombre d'admissions per tractament per drogodependències. No obstant això, l'alcohol és la droga que genera més admissions per tractament seguida de la cocaïna, els opiacis i del cànnabis. Quant a les admissions per tractament per alcohol a Illes Balears entre el 2011 i 2010, podem dir que existeixen petites diferències entre les illes quant al consum de la droga principal: Menorca té el percentatge més elevat d'admissions per alcohol i Eivissa-Formentera té el percentatge d'admissions més alt per cocaïna i opiacis. El 2011 els homes són més grans i comencen a consumir més tard. Les dones són admeses per tractament per alcohol en un percentatge més alt que homes, mentre que aquests ho són amb més freqüència per cocaïna i cànnabis. Les persones admeses per tractament per alcohol són les de més edat mentre que les més joves són les admeses per cànnabis, per amfetamines i drogues de síntesi.

2. Objectius, metodologia i anàlisi dels discursos

L'objectiu fonamental de l'estudi va ser analitzar i descriure els processos d'envelliment de persones alcohòliques que passen pels diversos serveis i institucions d'atenció, desintoxicació, deshabituació, tractament o reinserció. I, per tant, a priori, hi ha una certa identificació amb el fet que l'alcohol és un problema en les seves vides. Per respondre a l'objectiu d'aquesta recerca s'ha optat per fer un enfocament metodològic eminentment qualitatiu. En aquest estudi, s'han utilitzat, particularment, grups de discussió i entrevistes semiestructurades. A més, tot això s'ha completat mitjançant dades o fonts secundàries per dur a terme una triangulació metodològica, ja que presenta l'avantatge o la possibilitat d'adquirir un coneixement més ampli i profund sobre el nostre objecte d'estudi. La triangulació entre mètodes permet que les debilitats d'un mètode constitueixin les fortaleses d'un altre, per la qual cosa es combinen dues o més estratègies de recerca diferents en l'estudi d'una mateixa unitat empírica: les entrevistes en profunditat, els grups de discussió i les dades secundàries o documentals. Per tant, hem dut a terme un plantejament de recerca social, que persegueix la comprensió del punt de vista i les vivències de les persones participants en l'estudi.

Per tant, a través d'una metodologia eminentment qualitativa, l'estudi explora els discursos dels diferents professionals que intervenen en situacions de malalts alcohòlics a les Illes

Balears. El treball empíric es va dur a terme a les Illes Balears des de febrer fins a abril del 2013 i es van prendre com a referències fonamentals un grup de discussió i observació participant en teràpies grupals i 16 entrevistes en profunditat (8 a professionals d'intervenció de l'àmbit de les ciències socials) i 8 històries de vida de persones més grans de 55 anys malaltes alcohòliques. Finalment, tot això s'ha complementat amb estudis i recerques que documenten les percepcions dels professionals sobre la delinqüència juvenil femenina.

La mostra utilitzada és una mostra seleccionada pel tema i els objectius de l'estudi. La diversitat discursiva, és a dir, els diferents punts de vista i perspectives en relació amb la nostra temàtica, hi és representativa. Quant al procés de treball de camp, puc dir que es va establir una primera etapa de divulgació per establir els contactes oportuns de participació de l'estudi. Amb posterioritat, tot el treball de camp va ser dut a terme durant els mesos de gener a juny. Tot el material va ser gravat i transcrit. Per a aquesta tasca, cal dir que els relats van ser transcrits íntegrament, conservant-ne al màxim possible tota la riquesa: faltes de llenguatge, lapsus, titubejos, silencis, pauses o interrupcions. La nostra decisió va ser conservar les transcripcions al més fidels possibles, sense editar-les. No obstant això, l'edició va ser duta a terme en el moment de sotmetre el material per a l'anàlisi, ja que es van modificar aspectes (noms de llocs i persones, entre altres) que poguessin fer recognoscibles els narradors i les narradores.

Concretament, l'anàlisi de dades qualitatives ha consistit en l'organització conceptual de la informació produïda en el curs del treball empíric i en categories significatives, i s'ha prioritzat el contingut d'aquestes categories. En primer lloc, hem fet una immersió en el material recollit; en segon lloc, una categorització de les dades; en tercer lloc, una codificació, reordenant les dades, i, finalment, l'anàlisi i la interpretació del material. En el nostre treball hem utilitzat diverses lògiques i mètodes d'anàlisi per cobrir amb profunditat i riquesa les informacions provinents d'un tipus de material qualitatiu discursiu. A més, s'ha utilitzat un *diari de camp*, la funció principal del qual ha estat la d'acompanyar el procés de recol·lecció dels relats, així com de les anàlisis que s'han anat fent en aquesta etapa.

3. Principals troballes de l'estudi

D'acord amb l'anàlisi duta a terme i la revisió de la literatura (Blow, Barry 2012; Hash 2012), podem assenyalar que existeixen dues modalitats diferenciades d'inicis de consum en persones més grans de 55 anys alcohòliques. En primer lloc, els que tenen i desenvolupen un consum de bevedor aviat normalment mostren una dependència alcohòlica al llarg de tota la seva trajectòria vital amb diversos intervals i intensitats amb un perfil inicial de bevedor social que pot derivar en un perfil de bevedor solitari. En segon lloc, hi ha persones que n'inicien el consum a edats tardanes amb un consum més solitari. Es dóna un consum de l'alcohol com a estratègia per enfrontar-se a fets o situacions frustrants en la trajectòria

de vida, una manera d'enfrontar-se al dolor, a l'ansietat o la depressió. Partint d'aquests dos patrons de consum diferenciats, podem assenyalar altres subperfils identificats en els diferents discursos tals com: la persona alcohòlica immersa en processos d'exclusió social (pobresa i desestructuració familiar) i la persona socialment més normalitzada o integrada socialment. Molts d'aquests perfils es poden interrelacionar entre si, ja que concorren en diverses de les circumstàncies descrites amb anterioritat.

En els discursos detectem que el perfil de l'alcohòlic de més de 55 anys més comú és el del consumidor al llarg de tota la trajectòria vital. Tenen un inici a edats primerenques i els impactes són més crònics en tots els àmbits: físic, psíquic, social i relacional. El consum es pot donar a edats primerenques en què es poden detectar a la llarga els efectes descrits anteriorment. Habitualment sol predominar el primer, però també es dóna el segon, el consum tardà, que coincideix amb etapes estressants a la vida de les persones o fets traumàtics. A continuació detallarem aquests perfils.

4. Persones grans alcohòliques amb un inici de consum primerenc

En el perfil de persona consumidora d'alcohol al llarg de tota la seva trajectòria vital, predominantment aquest consum s'inicia com a element de socialització grupal. Els bevedors d'aparició primerenca són els que van iniciar el consum d'alcohol durant l'adolescència, als 20 o 30 anys o amb anterioritat. Dels dos grups els bevedors d'inici precoç són el nombre més gran. En general tendeixen a tenir un patró de consum destructiu a mesura que envelleixen. El cos de les persones que abusen de l'alcohol en edats primerenques s'acostuma a l'alcohol a mesura que envelleixen i han de beure més alcohol per emborratxar-se. En la vellesa aquest grup tendeix a tenir complicacions i impactes greus en la salut mental i física i també tenen problemes greus en l'àmbit social, relacional o emocional, a causa del patró de consum excessiu d'alcohol. Aquest és un perfil majoritari entre les persones alcohòliques. El seu consum segueix la seva trajectòria vital amb períodes en què ascendeix, descendeix o desapareix, però sempre torna. Habitualment un fet greu com una ruptura, una pèrdua familiar o un accident, entre altres coses, marca un punt d'inflexió per canviar una pauta de vida molt arrelada en la quotidianitat de les persones. Tal com descriu el fragment que presentem a continuació, la vida d'aquesta persona ha estat marcada per l'alcohol.

«Vaig començar als setze. Vaig estar vint-i-cinc anys consumint i són vint-i-cinc anys que tot el que vaig fer en la meva vida ho feia per alcohol. O sigui, en la meva primera relació sexual ja anava begut, la meva primera parella seriosa... anava begut, quan va néixer la meva filla anava begut, a la feina anava begut... Totes les amistats que vaig fer durant aquests anys eren a través de l'alcohol o anant begut. Quan vaig deixar de beure em vaig adonar que m'havia quedat en els setze anys. Era com si tornés aprendre des del principi…

I t'adones que t'has passat una vida anestesiat, col·locat.» (Home, 25 anys de consum, associació d'alcoholisme.)

5. Persones grans alcohòliques amb un inici de consum tardà

Es dóna un ús de l'alcohol com a estratègia per enfrontar-se al dolor, l'ansietat o la depressió a causa de fets frustrants en la vida. L'abús de l'alcohol és una estratègia per fer front al procés d'envelliment i a les pèrdues que comporta en relació amb la salut i la vida social i relacional. El grup de bevedors d'inici tardà es compon d'un petit grup de persones grans que abusen de l'alcohol, habitualment en solitud però també es poden donar casos de bevedors socials. Aquest grup es compon generalment de persones d'edat avançada que han envellit amb èxit, però que, a causa de la tensió relacionada amb l'edat, en un determinat moment de les seves vides comencen a abusar de l'alcohol. Els punts d'inflexió que en motiven el consum problemàtic és la pèrdua de l'ocupació, un cònjuge o un ésser estimat, la solitud, les experiències traumàtiques, la malaltia o la discapacitat entre d'altres. No obstant això, també pot estar associat a les pèrdues i les tensions associades amb l'envelliment, l'aïllament social i els trastorns psiquiàtrics comòrbids.

L'estatus de la persona gran es vincula a una situació de pèrdua, principalment, de l'estatus ocupacional, però també d'ingressos, de salut, de relacions socials i d'importància en la societat. El procés d'envelliment vinculat a una situació de dependència alcohòlica està lligat a una ruptura bàsica amb les xarxes de relacions socials, la qual cosa fa augmentar el risc de solitud i aïllament social. Els canvis que es produeixen durant aquest període vital en tots els àmbits, físic, psicològic i social, entre d'altres, que acompanyen al procés d'envelliment de les persones les fa particularment vulnerables als problemes d'alcohol. Aquestes vulnerabilitats poden incloure la solitud, la disminució de la mobilitat, el dolor crònic o la mala salut física i l'escassetat de suport econòmic i social. Aquests esdeveniments produeixen ansietat i estrès i sovint aquestes persones s'automediquen amb l'alcohol o altres fàrmacs i provoquen nous processos de vulnerabilitat.

En els discursos s'han distingit dos períodes que poden constituir punts d'inflexió i de potenciació del consum d'alcohol per la seva capacitat anestèsica; són, principalment, la jubilació en el cas masculí i la síndrome del niu buit, per la sortida de la llar dels fills, en el cas de les dones.

«La jubilació és un procés. Quan han perdut el seu món laboral i no tenien un altre món paral·lel a aquest, llavors, per molts sí que la jubilació hi té molt a veure. Les dones moltes vegades comencen quan tots ja han volat, i elles mai han treballat fora de casa.» (16 anys d'experiència professional del CAD, Centre d'Atenció a Drogodependents, com a treballadora social.)

El significat d'envellir sent alcohòlic és el consum problemàtic d'alcohol com a manera d'assumir la vellesa. Un dels problemes més greus és l'aïllament i l'estat de marginació que arriba a les persones grans alcohòliques. A vegades, les persones grans consumeixen com una forma d'autolesió o una forma o desig implícit de mort. Això està motivat si existeixen escassos suports socials, relacionals, l'aïllament, la solitud d'aquest col·lectiu i les poques possibilitats de canvi de pautes comportamentals.

Taula 2 | *Característiques i problemàtiques més destacables de l'alcoholisme en persones més grans de 55*

Característiques i problemàtiques més destacables (consum primerenc/tardà)		
Variable	Consum primerenc	Consum tardà (Moos i altres 2005)
Edat d'inici del consum	Abans o entre els 20 i 30 anys	Després dels 50 anys
Gènere (Saunders et al. 1991)	Més homes que dones	Més dones que homes
Estatus socioeconòmic	Nivell baix/mitjà més representatiu, l'exclusió social	Nivell mitjà alt
Estrès i ansietat (Peterson, Zimberg 1996)	Comú o habitual	Comú o habitual
Depressió (Ellison, Kyomen, Harper 2012)	No necessàriament comú	Comú o habitual
Historial familiar d'alcoholisme	Més prevalença	Menys prevalença
Severitat dels problemes associats amb l'alcohol	Problemes psicosocials més grans i més severs	Menys problemes psicosocials i menys severs
Problemes de salut o malalties associades a l'edat i agreujades pel consum de l'alcohol directe (ex. cirrosi) o indirectament (hipertensió o diabetis)	Més comú	Menys comú
Comorbiditats psiquiàtriques	Més severitat de perduda cognitiva	Perduda cognitiva Pèrdua menys severa
Tractament i recuperació (subjecte en l'edat envelliment primerenc, de 55 a 65, o tardà, més de 65 anys)	Menys probable	Més possible
Edat del pacient: envelliment primerenc, de 55 a 65	Menys probable	Més possible
Edat del pacient: envelliment tardà, més de 65 anys	Menys probable	Menys probable

Font: Taula d'elaboració pròpia a partir de les dades de l'estudi i la consulta de diverses fonts bibliogràfiques

6. Conseqüències i impactes de la dependència alcohòlica en les persones adultes

L'alcoholisme afecta tots els aspectes de la vida, la salut física i mental, així com la vida social. Algunes de les conseqüències inclouen mescla amb medicaments, lesions, canvis cognitius, problemes de memòria i demència (Hislop i altres 1995), depressió, insomni o

problemes de son, malaltia hepàtica, malaltia cardiovascular, problemes gastrointestinals (Tabloski, Church 1999), malaltia de Parkinson (Feuerlein, Reiser 1986). Causa complicacions de salut greus, com dany cerebral, al cor o al fetge, càncer d'estómac, infecció del pàncrees, pèrdua de la força muscular, demència o problemes de memòria i concentració, pèrdua de pes i de gana, símptomes de la intoxicació, com els episodis d'amnèsia, nàusees, sudoració, taquicàrdies, tremolors, fatiga i al·lucinacions. Els efectes socials inclouen pèrdua o empitjorament de la situació econòmica, pèrdua o empitjorament de les relacions interpersonals o familiars, de la capacitat per mantenir vincles afectius saludables, ficar-se en discussions o baralles, estats de confusió, desatendre les responsabilitats personals o familiars, mentir sobre els hàbits de consum d'alcohol o negació dels problemes. Quant als efectes de tipus mental o psicològic, inclouen malalties mentals, depressió, ansietat, deliris, confusió, agressivitat i pèrdua d'interès en activitats. Sense cap dubte la deterioració de la salut física i psíquica té efectes acumulatius en relació amb altres deterioracions i pèrdues pròpies dels processos d'envelliment d'aquestes edats. Un exemple d'això és que es desenvolupa comorbiditat psiquiàtrica associada, la majoria té alteracions o cardiopaties i moltes persones pateixen patologies cirròtiques, trastorns de personalitat, intents de suïcidi (Crome 1991), trastorn bipolar, ansietat generalitzada, depressions, etc. (Wright i Whyley 1994). «Es produeixen diversos problemes que no estan causats per l'alcohol directament però sí indirectament. L'abús d'alcohol té diversos efectes col·laterals. És la causa indirectament de mort per suïcidi, accidents de trànsit, maltractaments, violència de gènere, fracassos laborals i separacions, així com un munt de malalties. Quan s'ignora aquesta malaltia, la gent creu que solament afecta el fetge, el pàncrees, però realment l'alcohol ataca tots els òrgans, destrossa la persona físicament i sobretot neurològicament. És una droga molt potent.» (Metge de la Unitat de Patologies Relacionades amb l'Alcohol — UPRA— amb sis anys d'experiència.)

En l'àmbit social es produeix marginació social i reducció en el rendiment en les activitats de la vida diària. A més, són habituals problemes emocionals, com els sentiments de tristesa, solitud, depressió, inutilitat, confusió i falta d'un sentit d'assoliment entre altres. La majoria dels efectes físics de l'abús de l'alcohol són molt similars als de la tercera edat. El problema d'abús d'alcohol roman desconegut per a moltes persones d'edat avançada. Amb referència al consum d'alcohol i altres addiccions podem dir que, encara que normalment les persones que se sotmeten a tractaments de desintoxicació o deshabituació solament tenen la dependència alcohòlica, a vegades el consum d'alcohol està relacionat amb altres tipus d'addiccions tals com la medicació o el consum de psicotròpics (per exemple, antidepressius o ansiolítics). Simplement la mescla d'aquestes substàncies amb l'alcohol provoca seqüeles serioses en tots els aspectes, fins i tot la mort o accidents que hi estan directament o indirectament relacionats. Pel que fa a les drogues com la cocaïna, encara que s'hagi abandonat aquest consum esporàdic o problemàtic, algunes persones reconeixen que l'alcohol és la que més els està costant abandonar o els ha costat més deshabituar-se'n. També es donen altres addiccions, com la ludopatia, el sexe, etc. «Record un senyor de 65 anys, que venia bastant deteriorat, amb una deterioració cognitiva molt

important. Nosaltres, aquest senyor, l'hem tingut en uns tres reingressos. És un senyor que no té cap consciència i, a part d'aquesta deterioració cognitiva que té, a més de tots els fàrmacs que ell està prenent i una família que tampoc no posa pautes, límits…» (Metge de la UPRA amb sis anys d'experiència.)

Hi ha dificultats per detectar les persones grans que fan un consum problemàtic d'alcohol. Això pot estar causat pel fet que les persones grans tendeixen a ocultar el problema per vergonya. Pot ser difícil distingir els símptomes de problemes d'alcohol en les persones grans a partir dels símptomes causats pels problemes mèdics o psiquiàtrics associats a l'edat o perquè hi ha una falta de consciència entre els professionals sobre el consum indegut d'alcohol com a problema potencialment important per a les persones grans. Per tot això i també a causa dels canvis de l'entorn social, la identificació dels alcohòlics d'edat avançada es fa difícil. L'abús d'alcohol és difícil de detectar. La majoria dels signes de l'envelliment són molt similars i tenint en compte que l'alcoholisme és considerat per la societat com un assumpte vergonyós, una àmplia majoria dels d'ancians opten per viure en la negació del problema sobre el consum.

Les persones grans malaltes i alcohòliques sovint desenvolupen estrès i depressió (Shah, Fountain 2008) o aquests trastorns són diagnosticats abans que la malaltia alcohòlica. Dos fets en són la causa. En primer lloc, moltes d'aquestes persones no són del tot conscients de la seva addicció i, en segon lloc, l'oculten. A més, en aquestes edats hi ha més risc de recaiguda que en altres edats. En la majoria dels casos, el descobriment que existeix un consum problemàtic generalment es fa quan sorgeix una altra problemàtica o conflicte. Les dificultats per detectar el consum problemàtic o l'alcoholisme des d'atenció primària o altres organismes, com ara els serveis socials, en processos d'envelliment són molt importants, ja que sovint està camuflat per depressions.

«Moltes dones que atenien a l'Atenció Primària tenien depressió. Els donaven benzol però darrere d'això hi havia l'alcohol. Hi havia la depressió però per sota hi havia l'alcohol, i ells no ho detectaven perquè hi anaven a primera hora del matí plorant sense haver consumit alcohol...»

7. Consum d'alcohol en persones grans a les Illes Balears; part forana i urbana

En termes generals el consum d'alcohol de les persones grans de les Illes és un consum d'alcohol mediterrani, és a dir, és un hàbit o costum adquirit i integrat culturalment i socialment en el nostre context i vinculat a l'oci, la vida festiva o lúdica. Les ingestes mediterrànies es fan al llarg de tot el dia, per la qual cosa, a vegades, és fa difícil detectar situacions de consum problemàtic. El context de mobilitat internacional i turística de les

Illes i d'assentament temporal o definitiu de jubilats del nord d'Europa i Llatinoamèrica fa que es produeixin problemes d'alcoholisme i també pautes de consum diferenciades. D'una banda, els països nòrdics mantenen un consum més abusiu, concentrat en moments d'oci social compartit. De l'altra, també s'ha detectat un tipus de consum alcohòlic llatinoamericà, que és un tipus de consum amb abstinència d'un a vint dies i d'un fort abús (ingesta molt gran en una franja de temps molt limitada) que dura diversos dies. Habitualment aquestes persones no comunitàries o estrangeres s'assenten en zones molt localitzades de la geografia mallorquina i acudeixen a un tipus de serveis diferent del de la població local. Prefereixen teràpies grupals, com ara alcohòlics anònims, dels quals hi ha grups en llengua anglesa i alemanya. La població local es decanta més per una atenció individualitzada i anònima, que proporcionen sobretot els CAD (centres d'atenció a la drogodependència). En general molts dels recursos estan estratificats per nacionalitats. Els recursos relacionats amb situacions d'exclusió social es troben a Palma, mentre que els recursos d'alcoholisme per a perfils més normalitzats o integrats socialment estan més repartits. En els diferents discursos s'ha percebut una absència de recursos a Menorca, Eivissa i Formentera.

Quant al procés d'envelliment i el consum d'alcohol, podem dir que la part forana i la part urbana apareixen diferenciades. Cal destacar que a la part forana hi ha més concentració d'illencs pel que fa al consum d'alcohol i que el bar constitueix l'únic oci ajustat a les persones més grans de 55 anys, mentre que l'oci a la ciutat és més divers, variat i anònim.

«El tipus de consum és bastant similar. Són llocs petits on la gent es coneix. Tenen els seus tres o quatre llocs per reunir-se, per xerrar, etc. però totes les comunicacions, s'acostumen a fer entorn de l'alcohol [...] Si beuen, estan exposats més a ser vists socialment pels veïns, pels coneguts del mateix poble (municipis d'entre dues mil i quatre mil persones). Si et veuen sempre bevent en el mateix lloc … I aquí, a la ciutat, és més divers, més fàcil de disfressar el consum[...] Aquí, a la nit, hi ha més concentració a les zones d'oci, de discoteques. Surts de festa, i tal vegada, per l'horari, se n'abusa més, perquè sembla que hi ha com una permissivitat, hi ha com una llicència per poder beure a partir de les dotze de la nit. I als pobles es beu des de les sis fins a les onze de la nit perquè després tanquen.» (Treballadora social del CAD amb setze anys d'experiència professional.)

8. Persones grans, alcoholisme i processos d'exclusió social

El perfil de persona gran immersa en processos d'exclusió social i amb una dependència alcohòlica s'explica per l'encadenament de diversos factors de vulnerabilitat que conflueixen generalment de manera continuada i repetitiva en les trajectòries inacabades de vida d'aquests homes i dones grans consumidors. El consum d'alcohol és un factor més dins del seu circuit de l'exclusió i de dependències en què s'ha

desenvolupat la seva vida, marcada per un entorn familiar i sociocultural depravat, a més de l'escassetat d'ajudes o suports per gestionar i trencar el cicle de l'exclusió, la qual cosa provoca escasses oportunitats de canvi real. En definitiva, parlem d'inestabilitat de totes les àrees les seves vides. En l'individual, la familiar i la relacional. Els problemes de salut física, mental, la polivictimització o les situacions traumàtiques variades són més aguts i estan vinculats fonamentalment a les seves condicions de vida.

9. Canvis i continuïtat en el consum d'alcohol

Potser el canvi més significatiu és el canvi de paradigma pel que fa a la malaltia alcohòlica, encara que es dóna una permanència residual que fa que es percebi de manera moralista o culpabilitzadora (vegeu Glicken 2009). La qüestió de l'alcoholisme ha sofert grans canvis conceptuals, ja que s'ha deixat de considerar-se com una situació de consum motivada pel vici a categoritzar-se com una malaltia crònica. Aquest canvi de paradigma ha provocat nombrosos canvis en tots els àmbits, sobretot a l'hora de la intervenció i en la manera d'enfocar la problemàtica. No obstant això, aquest discurs no ha calat necessàriament en la societat, que segueix banalitzant el consum de l'alcohol o de la problemàtica, i es percep més com un problema individual que social. Per tot això moltes persones grans han interioritzat aquest discurs de culpa i vergonya, que sens dubte incideix en el fet de no voler reconèixer la seva problemàtica o minimitzar-la. Un altre element d'anàlisi important és que les persones més grans de seixanta anys són una població que sovint demana ajuda professional, ja que tenen nombrosos problemes derivats de l'edat i la malaltia alcohòlica entre d'altres. L'alcoholisme a la tercera edat hauria de ser entès com un problema processual al llarg del cicle de vida de la persona, amb diverses modulacions de consum. Habitualment les persones que arriben als serveis són persones que ja han intentat abandonar l'alcohol per si mateixes en nombroses ocasions, sense èxit. Normalment els manca la consciència de la problemàtica i solen ser detonants greus els que les porten a sol·licitar ajuda, normalment amb l'ajut d'algun membre de l'estructura familiar o d'algun professional de la salut o dels serveis socials. «De persones grans, n'hem tingut algunes, però en són minoria. N'hem tingut de 70, 75, alguna de 80, però poques. La majoria han vingut derivades d'altres centres hospitalaris o bé per iniciativa familiar o d'alguns dels especialistes que controlen les patologies de base.» (Metgessa de la UPRA amb sis anys d'experiència.)

Cal dir que sovint aquest consum abusiu té associades diverses situacions de risc, tals com caigudes o fractures, accidents domèstics, transmissió de malalties sexuals i morts, i altres situacions relacionades directament i indirectament amb el consum abusiu d'alcohol, incloent-hi el maltractament psicològic que les persones de l'entorn familiar poden exercir sobre aquestes persones grans que abusen d'aquesta substància.

10. Envelliment i alcoholisme femení

Un element de canvi fonamental percebut en els discursos i corroborat per la literatura és la feminització del consum d'alcohol (Santo Domingo, Rubio 2000). Malgrat aquesta tendència, la prevalença del consum encara és superior entre els homes. Les expectatives de conducta, els rols tradicionalment assignats a les dones i la sanció per determinats comportaments no ajustats a aquestes expectatives són elements molt presents en l'àmbit de les dependències (Arostegui, Urbano 2004). L'envelliment de les dones i el consum d'alcohol problemàtic en l'edat adulta presenten diferents prejudicis i estereotips que alimenten els estigmes i incideixen negativament en la imatge que tenen sobre si mateixes, la qual cosa augmenta la seva solitud individual i l'aïllament col·lectiu, i n'erosiona l'autoestima ja deteriorada.

Les dades analitzades i la literatura de Kilbourne, Cummings i Levine (2011) confirmen que les causes, els inicis, les pautes o els patrons de dosis o quantitats de consum, la tipologia de l'addicció, l'impacte del seu consum, etc. són diferencials entre homes i dones. Podem dir que les dones consumidores d'alcohol, encara que comparteixen certs aspectes dels esmentats anteriorment, tendeixen a desenvolupar els seus problemes de consum propis i particulars. Entre aquests cal destacar-ne els següents: 1. Consum a edats més tardanes que els homes, encara que en els casos més greus i problemàtics l'inici es dóna a edats més primerenques. En termes generals en consumeixen menys quantitats però presenten més severitat de l'addicció. 2. Percentatges més elevats de trastorns psiquiàtrics previs al consum problemàtic i també associats a la seva dependència. 3. La depressió, l'ansietat i l'estrès apareixen amb freqüència com a desencadenants del consum. 4. Tenen més probabilitat de tenir un historial d'abús físic o sexual i intents de suïcidi. 5. Presenten elevades probabilitats de sofrir maltractaments físics o psicològics per part de la seva parella. 6. Tenen més problemes familiars o desestructuracions familiars, laborals i econòmiques que els homes. 7. Compten amb menys suport, sobretot familiar, de la parella i social per enfrontar-se a la seva addicció. 8. Disposen de menys recursos econòmics o més dificultats per accedir-hi. 9. Tenen més tendència a la depressió, la baixa autoestima, els sentiments d'ineficàcia, de culpabilitat i de dependència emocional de la parella. 10. Desenvolupen patrons diferencials en els processos o episodis de recaigudes. 11. Consumeixen en percentatges superiors medicació, especialment somnífers, tranquil·litzants, etc. Fins i tot entre els mateixos homes alcohòlics, normalment les dones amb problemes de consum són rebutjades, de manera que aquests manifesten la seva preferència per parelles femenines no consumidores. A més, en el cas femení sol ser habitual que la parella també sigui consumidora d'alcohol. No es produeix al contrari. Mentre que en el cas dels homes la parella resulta un element de suport i de recuperació, en el cas de les dones pot ser un obstacle per al seu tractament. 12. En general, podem dir que el consum d'alcohol i la violència de gènere estan àmpliament interrelacionats.

«Cada vegada hi ha més dones, són més lesives (bevent). La imatge de la dona beguda és molt qüestionada. Veiem un home begut i ho veiem com una cosa normal. En canvi, a una dona beguda se li posen milers d'etiquetes. No ho dic pel professional. És la societat. Aquesta li posa moltes etiquetes. Això fa que cada vegada es retirin més. La dona és més difícil de detectar. Ho fa d'amagat. Sempre nega la quantitat i sempre és més difícil que vingui a demanar ajuda.» (Treballadora social del grup de discussió del CAD de la Part Forana.)

«La tipologia és molt diferent. Normalment l'alcoholisme femení és bastant diferent. L'home és més sociable, als bars. Alterna més. La dona sol beure més a casa i d'amagat. Camufla més el consum. La dona és menys escandalosa, menys social bevent, i hi ha prou diferència en el tipus de consum.» (Treballadora social del grup de discussió del CAD de la Part Forana.)

Per a la dona el fet d'estar immersa en un procés d'envelliment i de consumir alcohol de manera problemàtica són factors acumulatius de vulnerabilitat de sofrir algun tipus de violència (NIDA 2001). Moltes d'aquestes dones tenen més probabilitat de desenvolupar successos estressants o traumàtics i solen acumular percentatges alts de possibilitats de ser víctimes de violència de gènere exercida per part de les seves parelles amb una incidència tres vegades més alta que la de la població general. Davant d'aquestes situacions, algunes de les supervivents recorren al consum excessiu i problemàtic d'alcohol, fàrmacs i altres drogues. Aquesta és considerada una de les estratègies més comunes per evadir-se dels símptomes de l'estrès posttraumàtic, segons Alberdi i Matas (2002). Si s'analitza aquest fenomen en profunditat, es pot deduir que, d'una banda, l'automedicació pot bloquejar els símptomes de l'estrès posttraumàtic, així com d'un altre tipus de respostes psicopatològiques (Walker 1994). Un bon nombre d'estudis van trobar que un percentatge molt elevat de dones maltractades prenien tranquil·litzants o somnífers. En canvi, altres dones consumien alcohol i altres substàncies addictives (Chang 1994; EMCDDA 2006). Hi ha recerques que refereixen que les dones maltractades consumeixen alcohol i tranquil·litzants per calmar el dolor i la frustració produïts per la violència. Precisament les dones consumidores d'alcohol solen atribuir els seus problemes amb aquesta substància i drogues a fets o circumstàncies estressants o frustrants de la seva vida (Amor, Bohórquez 2009). A més, la quantitat de consum està relacionat amb la gravetat de la violència soferta i amb el grau d'amenaça percebut. Segons Clark i Foy (2000), com més greu és la violència soferta, més elevat és el consum d'alcohol. A més, aquelles víctimes que han aconseguit sortir d'una relació violenta tendeixen a reduir el consum d'alcohol, fins i tot sense ajuda terapèutica (Eberle 1982; Walker 1984). Podem concloure que el maltractament pot ser un factor de risc per a l'abús o la dependència de substàncies psicoactives, però, alhora, es pot considerar que les dones alcohòliques, en viure més situacions de risc poden ser més proclius a sofrir una experiència de maltractament. Per a moltes dones el consum d'alcohol es converteix en part del seu estil de vida per resistir situacions de violència fonamentalment intrafamiliars. La taula següent resum tots els punts tractats fins aquí:

Taula 3 | *Factors de risc i de protecció en persones de més de 55 anys*

Factors de risc (Morgan, Brosi, Brosi 2011)	Factors de protecció (Geyer 2010)
Gènere	Envelliment i forma de vida activa (cos i ment)
Situacions traumàtiques com ara - Pèrdues familiars, parella, amistats o persones de referència - Separacions o divorcis (Ekerdt i altres 1989)	Xarxa familiar d'amistat, parella o relacions interpersonals saludables
Aïllament social (Bristow, Clare 1992; Ganry i altres 2000).	Bona integració social
Inici i abús primerenc d'alcohol o altres substàncies	No tenir dependències o desenvolupar-ne
Comorbiditat psiquiàtrica	Actitud, aptitud i comportaments proactius
Historial familiar genètica	Creences o filosofia de vida d'acceptació i adaptació a noves etapes del cicle vital
Altres dependències associades	Percepció negativa del consum d'alcohol o de les dependències
Dificultats en la detecció primerenca	Detecció primerenca

Font: Elaboració pròpia a partir de referències de diversos autors

11. Incidència per a la pràctica. Noves realitats i nous desafiaments

Els canvis d'ajustament al consum de l'alcohol i la longevitat en les nostres societats occidentals fa que es presentin noves realitats i, per tant, nous desafiaments. Les persones més grans de 55 anys, amb una problemàtica de consum és molt difícil que canviïn la seva manera de pensar, sentir i actuar. A mesura que l'edat avançada, aquest fet constitueix un element de risc a l'hora d'efectuar no solament una desintoxicació sinó una deshabituació o rehabilitació i, per tant, un canvi en la seva manera de pensar sentir i actuar. No obstant això, també pot ser una oportunitat de canvi en edats adultes més primerenques. Per això s'haurien de fer esforços per detectar aquestes situacions i engegar diferents mecanismes de prevenció, intervenció i tractament. S'hauria de replantejar el fenomen de l'alcoholisme en la tercera edat, ja que es tracta d'un col·lectiu cada vegada més representatiu en un futur no gaire llunyà. Les causes i conseqüències del consum d'alcohol problemàtic en l'edat adulta són diferents en relació amb les d'altres etapes de la vida i es necessiten més campanyes de sensibilització dirigida a aquest col·lectiu i als seus cuidadors, ja que aquestes campanyes publicitàries no estan orientades cap a aquest col·lectiu, sinó al col·lectiu juvenil. Àdhuc s'ha comprovat en l'estudi que l'etapa de la vellesa acompanyada d'altres situacions de perduda social, relacional, salut, física i emocional pot ser un detonador per al consum. És fonamental que les persones grans tinguin accés a la prevenció i el tractament i que els serveis de salut desenvolupin protocols de detecció i d'intervenció primerenca

amb aquest col·lectiu, ja que a vegades el consum es pot confondre amb altres tipus de malalties. És per això que resulta fonamental proporcionar informació i fer recomanacions sobre els riscs i els beneficis per a les persones grans, els seus cuidadors o familiars. És urgent una formació específica i permanent del personal de l'àmbit de la salut i dels serveis socials, dels cuidadors i del personal que treballa a les residències i els centres de dia, entre d'altres. Molts no estan formats en aquesta problemàtica i són els qui primer la podrien detectar, ja que constitueixen un factor de protecció important i són persones claus en la recuperació i el tractament. Els diferents professionals han de rebre una formació sòlida per comprendre les causes i conseqüències dels problemes d'alcohol en l'edat adulta i les diferents necessitats dels pacients grans en funció dels inicis primerencs o tardans. Els serveis d'atenció a aquesta problemàtica han d'adoptar enfocaments adaptats i flexibles per proporcionar un tractament que sigui eficaç amb els clients de més edat i facilitar-hi l'accés. Els programes de prevenció han d'abordar els factors de risc i enfortir els factors de protecció que poden ajudar les persones grans. Calen sessions més llargues i més freqüents quan existeixen necessitats complexes o una llarga història de problemes amb l'alcohol, i cites en horaris o dates específiques, potser coincidint amb els temps de transport i la disponibilitat de la persona cuidadora. Altres adaptacions útils per al tractament són més atenció a l'accessibilitat i les limitacions físiques dels adults grans, un ritme més lent de la teràpia, l'èmfasi en la construcció de xarxes de suport social, la sensibilitat a l'efecte de cohort i a l'estigma que representa el fet de beure, i buscar tractament. Pel que fa a la recerca, podem dir que és un nínxol important a explorar per a futures recerques i desafortunadament poc explorat sobretot en relació amb l'eficàcia del tractament dels adults grans amb dependència de l'alcohol. Es precisen més estudis que tinguin en compte el gènere i l'origen ètnic, ja que són pràcticament inexistents.

Referències bibliogràfiques

Alberdi, I., Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres*. Colección Estudios Sociales. Núm.10. Fundació La Caixa.

Amor, P. J., Bohórquez A. L. (2009). *Mujeres víctimas de maltrato doméstico*. Facultat de Psicologia, UNED. Fundación Atenea.

Arostegui, E., Urbano, A. 2004. *La mujer drogodependiente: especificidad de género y factores Asociados*. Universidad de Deusto.

Atkinson, R. M., Ganzini, L. (1994). Substance abuse. Coffey, C.E., Cummings, J. L. (eds). *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*. Washington DC, American Psychiatric Press.

Koechl, B., Unger, A., Fischer, G. (2012). Age-related aspects of addiction. *Gerontology*, 58:6, 540-544.

Blow, F. C., Barry, K. L. (2012). Alcohol and substance misuse in older adults. *Current Psychiatry Reports*. 14:4, 310-319.

Bofill, S. i col·laboradors (2005). Alcohol consumption in elderly people across European countries: Results from the food in later life project. *Ageing International*, 30, 4, 377-395.

Bristow, M. F., Clare, A. W. (1992). Prevalence and characteristics of at risk drinkers among elderly acute medical inpatients. *British Journal of Addiction*, 87: 291-294.

CAIB (2011). *Informe SEIPAD*. Illes Balears.

Chang, D. (1994). Patterns of drug use by women in Australia. D. Broom (ed.). *Double bind: women affected by alcohol and other drugs*. Allen and Unwin, St. Leonards.

Clark, A. H., Foy, D.W. (2000). Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women,* 6, 37-48.

College Report 165 (2011). *Our Invisible addicts*.

Crome, P. (1991). What about the elderly? Glass, I. (ed.). *International Handbook of Addiction Behaviour.* Londes, Routledge.

Eberle, P. (1982). Alcohol abuser and non-users: A discriminate function analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 260.

Ekerdt, D.J. (1989). Retirement comes of age. Generations, 13(2), 5-6.

Ellison, J. M., Kyomen, H., Harper D. (2012). Depression in later life: An overview with treatment recommendations. *Psychiatric Clinics of North America*, 35:1, 203-229.

EMCDDA, 2006. A gender perspective on drug use and responding to drug problems.

Feuerlein, W., Reiser, E. (1986). Parameters affecting the course and results of delirium tremens treatment. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*. Supplementum, 329: 120-123.

Geyer. S (2010). Strengths-based groupwork with alcohol dependent older persons: Solution to an age-old problem? *Groupwork. An Interdisciplinary Journal for Working with Groups,* 20:1, 63-86.

Gliken. M (2009). *Evidence-based practice with older adults who abuse substances.* 235-262.

Hislop, L. J., Wyatt, J. P. et al. (1995). Urban hypothermia in the west of Scotland. West of Scotland Accident and Emergency Trainees Research Group. *British Medical Journal*, 311(7007): 725.

Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO (2008). *Las personas mayores en España: informe 2008. Datos estadísticos.*

Kilbourne, B. J., Cummings, S., Levine, R. (2011). Alcohol diagnoses among older Tennessee Medicare beneficiaries: race and gender differences. *International Journal of Geriatric Psychiatry*.

Morgan, M., Brosi, W., Brosi., M. (2011). Restorying older adults. narratives about self and substance abuse. *The American Journal of Family*.

Moos, R. H., Brennan, P. L. et al. (2005). Older adults health and changes in late-life drinking patterns. *Aging and Ment Health*, 9(1): 49-59.

NIDA (2001). *Recommendations from NIDA's Conference on Drug Addiction and the Health of Women*. National Institute on Drug Abuse Rockville. EUA.

Olivier Ganry O, Joly Jean-Paul, Queval, Marie-Paule., Dubreuil., Alain (2000) 9 Addiction. Volume 95, Issue 1, 107–113, January. PADIB (2010). *Informe*. Govern de les Illes Balears.

Peterson, M., Zimberg, S. (1996). Treating alcoholism: an age-specific intervention that works for older patients. *Geriatrics*, 51(10): 45-49; 50.

Rubio, G., i Blázquez, A. (2000). Mujer y problemas por el alcohol. En Rubio, G.; Santo-Domingo, J. Guía Práctica de intervención en el alcoholismo. Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Madrid.

Saunders, P. A., Copeland, J. R. et al. (1991). Heavy drinking as a risk factor for depression and dementia in elderly men: Findings from the Liverpool longitudinal community study. *British Journal of Psychiatry,* 159: 213-216.

Shah, A., Fountain, J. (2008). Illicit drug use and problematic use in the elderly: is there a case for concern? *International Psychogeriatrics,* 20:06, 1081.

Tabloski, P., Church, O. M. (1999). Insomnia, alcohol and drug use in community-residing elderly persons. *Journal of Substance* Use, 4: 147-154.

Tower L., Hash K. (2012). Hearing the real stories about the issues at hand: politically active elders engage Bachelor in Social Work (BSW) students in influencing social policy. *Social Work Education*, 1-13.

University of Sunderland (2012). *Hidden' alcohol abuse among older people.*

Walker, L. E. (1994). Abused women and survivor therapy: A practical guide for the

psychotherapist. *American Psychological Association*, Washington DC.

Walker, L. E. (1984). The battered woman syndrome. Nova York, Springer.

Wright, F., Whyley, C. (1994). *Accident prevention and risk-taking by elderly people: the need for advice.* Londres, Institute of Gerontology, King's College London.

Annex

INSTITUCIONS PARTICIPANTS DE L'ESTUDI
Las Ovejas de Mica
Alcohòlics Anònims
Casa de Família
Els centres d'atenció a les drogodependències (CAD)
ABEX (Associació Balear d'Alcohòlics Rehabilitats)
Programa Ítaca. Proyecto Hombre
UPRA

Autora

ROSARIO POZO GORDALIZA

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

ACTIVITATS NO NORMATIVES DE PERSONES GRANS SENSE RECURSOS. EL CAS EXTREM DE LA QUASIPROSTITUCIÓ DE DONES GRANS A MALLORCA

Activitats no normatives de persones grans sense recursos. El cas extrem de la quasiprostitució de dones grans a Mallorca

Jaume Perelló Alorda
Lluís Ballester Brage

Resum

Es van examinar les característiques de dones més grans de 45 anys, dedicades a la prostitució a Mallorca (n = 23), analitzant les característiques de l'activitat a la qual es dediquen, així com les motivacions que tenen per dur a terme aquesta activitat. Totes amb edats entre 45 i 60 anys (M = 48,96). Es va utilitzar un procediment específic per poder fer les entrevistes a les dones, utilitzant un guió semiestructurat. Les participants que hi van col·laborar (23 de 33 dones grans identificades als anuncis de premsa o webs) van aportar diverses informacions i reflexions sobre la seva experiència. L'anàlisi permet identificar la seva activitat com a quasiprostitució, per l'orientació a la complementació d'ingressos insuficients, i també com a prostitució deslocalizada, per l'ocultació de tots els àmbits públics (carrer i clubs) i pel que l'activitat es produeix gairebé exclusivament en pisos privats.

Resumen

Se examinaron las características de mujeres mayores de 45 años dedicadas a la prostitución en Mallorca (n = 23), analizando las características de la actividad a la que se dedican, así como las motivaciones que tienen para realizar dicha actividad. Todas con edades entre 45 y 60 años (M = 48,96). Se utilizó un procedimiento específico para poder realizar las entrevistas a las mujeres, utilizando un guión semiestructurado. Las participantes que colaboraron (23 de 33 mujeres mayores identificadas en anuncios de prensa o webs) aportaron diversas informaciones y reflexiones sobre su experiencia. El análisis permite identificar su actividad como casi prostitución, por la orientación a la complementación de ingresos insuficientes, y también como prostitución deslocalizada, por la ocultación de todos los ámbitos públicos (calle y clubs) y porque la actividad se produce casi exclusivamente en pisos privados.

1. Crisi i noves necessitats

Al llarg dels darrers anys, des de 2009, som conscients de l'impacte brutal de la crisi sobre les famílies i sobre els ciutadans de totes les edats. El seguiment d'algunes de les situacions més punyents, com la pobresa infantil i familiar, les persones sense sostre o les persones dedicades a la prostitució per poder subsistir, ens ha aportat un cert coneixement sobre les situacions carencials més extremes. Entre aquestes situacions, hem estudiat en detall la que afecta les dones de més de quaranta anys dedicades a la prostitució.

La crisi, en els últims quatre anys especialment, ha incrementat la presència de modalitats d'explotació sexual irregular, entre les quals destaca la quasiprostitució oculta. És a dir,

l'intercanvi de sexe per recursos econòmics, materials i socials, que es duu a terme de manera esporàdica i està donat per una situació personal i social inestable o precària en un moment puntual o un període de la vida. Venen el seu cos, però no són prostitutes. N'obtenen una compensació però no és un treball ni una forma de vida. La irregularitat de la prestació de serveis sexuals està motivada per la necessitat, però també per l'actuació inductora per part del client. La iniciació de moltes dones al món de la prostitució s'ha produït, en moltes ocasions, a partir de situacions de quasiprostitució facilitades per clients o amigues de les dones grans.

La prostitució és una realitat negada i poc visible, al marge de la seva presència permanent i en pràcticament totes les societats. Els estudis duts a terme des de perspectives molt àmplies solen ser massa genèrics, amb estimacions poc realistes de les dimensions i una certa impossibilitat per explicar els canvis més subtils que s'estan produint. Són els estudis locals, que són molts i molt diversos, els que estan ajudant a la comprensió més profunda i detallada d'aquesta realitat. A Espanya n'hi ha una tradició important, que ha permès disposar, al llarg de l'última dècada, de treballs bastant correctes, encara que la majoria siguin qualitatius, de tipus etnogràfic o descriptius (ALECRÍN, 2006; Ballester, March & Orte, 2006; Pallarés, 2007; Sanchis i Serra, 2011).

La crisi ha modificat molts factors que incideixen en la prostitució. Ha incrementat les situacions de vulnerabilitat i pobresa, especialment per a les dones i els menors d'edat; ha reduït les xarxes de seguretat basades en polítiques públiques, i també ha fet més precària la mobilitat internacional de persones a la recerca de noves oportunitats de vida. En aquest context, moltes dones han vist reduïdes les seves possibilitats de subsistència, per l'atur de llarga durada, la impossibilitat d'accedir al mercat de treball (perquè no disposen de «papers» o perquè no troben un espai adequat en el mercat de treball existent) o per altres motius. En grans zones urbanes i a les zones turístiques s'observen tres fenòmens que provoquen un augment de la demanda de sexe comprat:

- la gran mobilitat de població, sigui per motius laborals o d'oci;
- l'anonimat que facilita la gran quantitat de població o com a mínim l'absència del control social que exerceix la comunitat de convivència;
- la presència de zones o espais marcats per a l'oci sense normes o amb un estatus especial i el comerç sexual en locals diversos.

Tot això permet una relació comercial, desesperada o no, basada en el sexe pagat. Especialment, permet la iniciació o la participació esporàdica en aquest comerç sexual per part de dones de totes les edats en greus situacions carencials, també de dones grans. Aquesta situació s'amplia quan els sectors econòmics tradicionals, en una determinada societat, entren en crisi. S'amplia el nombre de persones que passen a l'economia irregular,

completament o de manera parcial. En aquest context es produeix la quasiprostitució, com una part de límits difusos de l'economia irregular del sexe.

Per definir-la, es pot dir que la quasiprostitució és l'intercanvi de sexe per recursos econòmics, materials i socials, que es duu a terme de manera esporàdica i està donada per una situació personal i social inestable o precària en un moment puntual de la vida. Aquesta manera d'entrar en la prostitució, sense formar part d'aquest món, és una característica de la quasiprostitució. La complexitat del fenomen de la prostitució inclou moltes cares ocultes en un món ocult. Com diuen Sanchis i Serra (2011, p. 188), amb un llenguatge molt cru: «tenemos desde prostitutas a tiempo completo durante toda su vida activa, marcadas profundamente por el oficio y que han construido su identidad fundamentalmente en torno a él, hasta mujeres con una identidad pluridimensional que se venden ocasionalmente o durante un breve periodo de su vida y que no se dejan estigmatizar por esta experiencia».

Moltes de les dones més grans de quaranta anys implicades en la prostitució han entrat en aquest àmbit per dificultats socioeconòmiques molt importants i per la manca d'alternatives. A més, hi han entrat de la manera més oculta (deslocalització) i amb dedicacions limitades (quasiprostitució) per complementar ingressos.

Ja fa molts anys vàrem fer un estudi sobre dones que s'havien dedicat a la prostitució (Ballester & Santiago, 1995). Els resultats continuen essent vigents en molts aspectes, per exemple, es tractava d'una activitat estigmatitzadora, basada en la necessitat i la impossibilitat de trobar alternatives viables, experimentada d'una manera cada vegada més precària i que tenia un cost personal molt important (greu dificultat per mantenir relacions de parella, pèrdua de l'autoestima, etc.). La prostitució ha canviat molt, però aquests aspectes hi segueixen sent molt presents, fins i tot en les dones que s'hi dediquen de manera limitada i oculta.

2. Prostitució deslocalitzada: contactes en pisos privats a partir d'anuncis

Hi ha molt poques dones més grans de 45 anys que es dediquin a la prostitució al carrer o en clubs. La gran majoria estan en pisos privats i contacten amb els clients a través d'anuncis de premsa o Internet. És a dir, és clarament un dels sectors de la prostitució deslocalitzada.

Durant els últims cinc anys s'ha produït una important transformació de les formes d'oferta i demanda de serveis sexuals pagats de prostitució. El factor clau és la incorporació de les tecnologies de la comunicació, especialment els mòbils 3G i els diversos serveis d'Internet (web, vídeo-xat i correu). Hi ha una part del consum de prostitució relacionada amb

tecnologies que ha permès que la relació cara a cara entre qui demana el servei i qui l'ofereix sigui substituïda, almenys parcialment. Les implicacions són moltes: pèrdua de control per part de tots els implicats; més facilitat per ocultar les persones que hi estan implicades (negociants-proxenetes, dones i homes que ofereixen serveis i clients); canvi en les formes de relació sexual (a través d'imatges, sense contactes personals, etc.), etc. Tenint en compte les característiques d'aquestes tecnologies es parla de *prostitució deslocalitzada*, d'aquell tipus de prostitució basada en un contacte en el qual la dimensió espacial de la relació no és clarament determinable.

L'existència de les tecnologies no és l'única causa del desenvolupament de la deslocalització. Un dels motius que han de reconèixer-se és la constant pressió sobre les dones que es dediquen a la prostitució al carrer, al costat de l'extrema explotació als clubs. Aquests factors han fet augmentar els anuncis a Internet, així com els pisos a la perifèria de les grans ciutats on les dones treballen de manera oculta, acceptant contactes a partir dels mòbils o dels anuncis d'Internet. També han augmentat les dificultats que els professionals del treball social tenen per posar-se en contacte amb les dones que es dediquen a la prostitució en aquestes modalitats deslocalitzades.

L'oferta actual a la xarxa és immensa, pràcticament impossible de conèixer, donades les seves característiques (caràcter internacional, facilitat d'oferta, grans oportunitats de negoci, etc.). No obstant això, sembla que domina (per al gran públic) l'oferta basada en les pàgines web tradicionals. En relació amb les webs destinades a promocionar en línia el negoci de la prostitució, es pot parlar de quatre grans categories.

1. En primer lloc, trobem les pàgines de clubs, cases de massatge, bordells, etc. Generalment, són pàgines en les quals es troba informació general relativa al prostíbul (lloc on es troba, instal·lacions, ambient del lloc, facilitats, etc.). Se'n solen donar algunes dades, com els tipus de serveis que s'hi ofereixen, les noies que hi treballen o el preu per serveis. Són pàgines poc orientades a la interacció entre el prestador de serveis i el client. Es tracta, doncs, de webs eminentment estàtiques amb un nivell d'interacció molt baix.

2. En segon lloc, trobem les webs d'empreses que ofereixen contactes amb dones, ja sigui al mateix espai on es troba l'empresa —pis, apartament, xalet...— o bé en un lloc acordat amb el client. Són les anomenades *escorts* o noies de companyia. Es tracta de webs més elaborades que les anteriors. S'hi pot trobar informació detallada relativa a les dones que hi treballen (característiques físiques, personalitat, nivell cultural, aficions, etc.). Són habituals les pàgines on es pot tenir accés a imatges diverses de les dones i, en moltes ocasions, fins i tot, es poden visualitzar vídeos. Són webs bastant interactives i persegueixen convertir-se en un canal de contacte amb el client per garantir-ne la captació.

3. En tercer lloc, hi ha el que se sol anomenar *pàgines personals*. Són webs en les quals una o diverses dones anuncien els seus serveis per Internet. Solen ser pàgines bastant treballades, on la dona es presenta —solen incloure-hi fotos— i explicita els seus serveis i les seves tarifes. Faciliten la possibilitat de contactar-hi mitjançant correu electrònic o telèfon mòbil. En aquestes pàgines, així com en els anuncis personals per Internet és freqüent veure al costat de les fotos la identificació de la mobilitat, és a dir, crides centrades en la novetat («nova a Palma», «acabada d'arribar», «solament uns quants dies»...) o en la no professionalitat. Amb aquesta mobilitat s'intenta evitar que «es cremin», la qual cosa implica que la dona ja és molt coneguda pels clients habituals d'aquests mitjans i no hi pot competir.

4. Finalment, com a últim grup, hi ha portals on s'anuncien dones de manera individual, clubs, prostíbuls, cases de massatge, *escorts*, homes que ofereixen serveis sexuals, bars o centres d'ambient liberal, etc. Es tracta, en poques paraules, d'una espècie de pàgines grogues o guia del sexe d'una zona, regió o país determinat. Últimament han proliferat molt a partir de les empreses d'anuncis per paraules.

L'oferta dels diversos mitjans de connexió pot ser analitzada de diverses maneres.[1] En qualsevol cas, la diversitat de tipus de pàgines pot reduir-se a les quatre plantejades. L'evolució futura, en els propers anys, dependrà de diverses variables: les tecnologies disponibles, la legislació restrictiva, etc. Després de dur a terme una revisió de 64 pàgines web d'aquests quatre tipus, amb ofertes per a les Illes Balears, es pot arribar a algunes conclusions:

- L'edat mínima de les dones anunciades en aquestes pàgines és de 18 anys, és a dir, el mínim legal, mentre que l'edat màxima és de 60 anys. Encara que els perfils més freqüents habitualment es troben entre els 18 i els 35 anys, vàrem trobar un nombre apreciable de dones entre 45 i 60 anys.

- Es tracta de dones de diferents nacionalitats: europees (búlgares, russes, romaneses, italianes i espanyoles), llatinoamericanes (colombianes, cubanes, brasileres i dominicanes) i asiàtiques (especialment japoneses i algunes de xineses). També en aquestes pàgines es pot observar que no hi ha pràcticament dones africanes, ni del Magrib (probablement per la persecució que pot representar en origen), ni de l'Àfrica subsahariana (segurament per la seva presència al carrer i la seva menor exposició per situacions irregulars, així com per altres motius diversos). Pel que fa a les dones més grans de 45 anys, la gran majoria són espanyoles.

[1] En els nostres estudis hem treballat amb una identificació bastant detallada, basada en els següents components: nom comercial que utilitzen, missatges més rellevants, nombre de clients (comptadors-estadístiques), format de les pàgines, complexitat del lloc, llengües que utilitzen, serveis que ofereixen (publicitat de clubs, serveis de pornografia, etc.), oferta directa de pornografia —fotos, vídeos, càmera web, en línia, etc.—, contactes per a posteriors serveis, xat, així com altres informacions, fins a un total de 25 ítems diferents.

- Hi ha pàgines d'un cost elevat i una gran complexitat, amb més de 80 nivells diferents (per exemple, la pàgina de Globo Rojo). Al costat de pàgines de baix cost i mitjans més modests, aquestes canvien amb freqüència de servidors i fins i tot de nom, i faciliten nous contactes a través d'altres pàgines d'anuncis. Les dones més grans de 45 anys es troben majoritàriament a les pàgines més modestes, generalment mitjançant anuncis personals o de grups de dones.

- A Internet augmenta la importància de la imatge corporal, ja que la selecció de les dones es fa a partir d'aquesta imatge. El cos sense vestit o amb poca roba, molt seductor, és el primer reclam per als clients potencials. El client no veu la dona en persona i tampoc existeix una comunicació amb ella cara a cara. Aquí el principal mitjà per captar el client, juntament amb la informació escrita (referent a mesures corporals, serveis sexuals i condicions que ofereix —preus, temps—), és la imatge del cos. Aquesta importància de la imatge augmenta perquè han d'intentar evitar cremar-se; han de renovar-se, canviant les fotografies penjades cada cert temps i renovant les seves fotos per mostrar alguna novetat en la web. Pel que fa a les dones, augmenta l'exposició i el risc de reconeixement, per tant, també d'estigma en el seu entorn.

La prostitució a través d'Internet és una indústria en desenvolupament que sol estar relacionada amb negocis basats en diverses formes de violència (la necessitat extrema provoca una violència encoberta similar a la violència oberta), l'explotació sexual i altres formes de constrenyiment, inducció i estímul a la prostitució, el turisme sexual i la conversió de les persones en mercaderies. En aquesta indústria ja no hi participen solament dues persones, hi participen molts més agents:

- els productors de les pàgines web;
- els intermediaris (empresaris o mediadors de diversos tipus);
- els difusors i distribuïdors (servidors de pàgines web);
- els consumidors ocasionals de les imatges que s'ofereixen (incloent-hi menors d'edat);
- els consumidors del producte final (els clients) i, per descomptat,
- les dones que s'ofereixen o són ofertes com a mercaderies.

¡Com es pot comprovar, la prostitució a través d'Internet és una indústria que inclou dones grans en situacions precàries. Les dones grans es troben en les pitjors situacions en aquest mercat, amb més dificultats per ocultar-se i a causa de la seva mobilitat territorial. Per aquest motiu són més vulnerables. Habitualment, la presència de les dones de més de 45 anys s'ha produït a partir d'una situació de precarietat econòmica sobrevinguda, és a dir, no s'havien dedicat abans a aquesta activitat i ara ho fan des de fa poc temps i de manera provisional. Aquesta situació es pot identificar com una variant de quasiprostitució.

3. Quasiprostitució: situacions sobrevingudes

La iniciació de moltes dones al món de la prostitució s'ha produït, en moltes ocasions, a partir de situació de quasiprostitució. Aquest tipus d'inici de la prestació de serveis sexuals es produeix a partir de la familiarització amb la captació ràpida de recursos, en un context de precaució reduïda, inexistència de xarxes de suport, elevada vulnerabilitat, pràctiques de risc, context problemàtic (risc de control per part de possibles proxenetes), etc.

En els models sobre els processos d'entrada, permanència i sortida de la prostitució no s'ha inclòs, de manera suficientment clara, una fase de prova més o menys dilatada que s'identifiqui amb la quasiprostitució (Sanders, 2007; Baker et al., 2010). El motiu principal és que es presta més atenció a la sortida del món de la prostitució que a l'entrada. No obstant això, el procés d'accés progressiu pot considerar-se com una de les etapes més sensibles per al treball social, per al desenvolupament de programes preventius de suport. Un estudi recent de López (2012) tracta del «procés d'aprenentatge professional» i el considera com un procés de resocialització des de situacions d'entrada basades en la quasiprostitució, sobre la base d'una concepció més oberta de la sexualitat: «las trabajadoras sexuales tienen una concepción más abierta sobre la sexualidad que la mayoría de las personas (aunque también comparten prejuicios). Muchas son desinhibidas y autoperciben también su rol de trabajadoras sexuales dentro de un proceso más amplio de resocialización y aprendizaje sobre la propia condición humana» (2012, p. 47).

La posició que defensa López és molt discutible i creiem que es basa en una concepció voluntarista de la dona que es dedica a la prostitució, entesa com una dona forta, amb capacitats pròpies que li permeten fer front sense grans dificultats a la seva situació. Tal vegada es pugui aplicar a una part de les dones, però creiem que sobrevalora la racionalització posterior que fan algunes de les dones que s'acaben dedicant a temps complet a la prostitució.

L'accés progressiu a la quasiprostitució i des d'aquesta a la dedicació permanent té diversos facilitadors. Les tecnologies de la comunicació són importants activadors de la quasiprostitució. En bona mesura, els anuncis privats en pàgines web són la principal via de contacte entre les dones que es dediquen a la prostitució ocasionalment i els seus clients potencials.

4. Etnografia i estudi de la quasiprostitució

Davant aquesta situació, s'han intentat diverses modalitats d'estudi. Les que han obtingut millors resultats són etnogràfiques, en especial per les dificultats per aconseguir un nombre suficient de participants, així com per la dificultat d'aconseguir

estudis de llarga durada. En qualsevol cas, crear un ambient de recerca en l'àmbit de les activitats socials no normatives, concretament dins la prostitució, no és una tasca fàcil, no tant per la crisi econòmica i la manca de recursos d'investigació, que no són novetats en l'àmbit de la recerca, sinó pel mateix entorn de la investigació acadèmica a les universitats de l'Estat, que no acaba d'interessar-se per cap tema que no pugui ser traduït en articles d'impacte. A més, la investigació etnogràfica té el problema afegit que la comunitat científica no acaba d'acceptar la. Així, la recerca basada en entrevistes a una mostra limitada és un cas típic de l'aplicació de les tècniques, els mètodes i les teories etnogràfiques. Encara hi ha una actitud carregada de prejudicis envers els estudis exploratoris de tipus etnogràfic.

5. Mètode

Participants

En el present estudi varen ser considerats 211 anuncis diferents, al llarg de quatre mesos (de gener a abril de 2013), 20 dels quals incloïen dones de 45 anys o més (9,48%). S'han considerat només dos mitjans de premsa, *Diario de Mallorca* i Últ*ima Hora*, així com dues webs d'anuncis per paraules, milanuncios.com i Nuevo Loquo. Sabem que hi ha més mitjans, tal com hem dit abans, especialment les webs diverses que es dediquen especialment a les relacions sexuals de pagament, però s'ha optat per mitjans de fàcil accés públic i actualització diària.

En total, de les 33 persones grans identificades als 20 anuncis diferents, s'han pogut fer entrevistes a 23 dones grans dedicades a la prostitució a Mallorca, és a dir, un 69,7% de les dones identificades. Les edats van dels 45 als 58 anys, i la mitjana és de 48,96 anys. La mostra inclou un 69,57% de dones espanyoles i la resta són estrangeres de diversos orígens (30,43%). Del conjunt de la mostra, el 39,13% tenien una parella estable en el moment de participar en la investigació.

Instrument

S'ha treballat amb una entrevista semiestructurada, basada en 12 qüestions complementàries, que permeten fer una primera exploració de la situació de les dones grans dedicades a la prostitució.

Procediment

El plantejament general ha estat etnogràfic. El procediment d'obtenció de les dades va ser el següent: es va establir un contacte personal amb cadascuna de les participants i a

partir de les dades de l'anunci es van convidar a participar-hi voluntàriament, a través de personal qualificat en la investigació. Amb la finalitat de garantir l'anonimat, es va lliurar a cada dona participant un sobre que contenia una targeta d'identificació de la investigació, una còpia del guió de l'entrevista que es volia fer i l'agraïment per la participació. A partir de l'acceptació de la participació anònima i de l'acceptació de les condicions de seguretat, es va fer l'entrevista en sessió única.

En 16 dels 23 casos es va haver d'utilitzar incentius econòmics per tal de facilitar el temps que es dedicava a l'entrevista. Només es plantejava aquesta opció quan la negativa a l'entrevista no era radical, però explicitaven i insistien en la necessitat de pagar el temps dedicat. El cost total invertit (360 €) s'ha dedicat al finançament de projectes de recerca en actiu.

6. Resultats

Com s'ha vist a partir de les dades dels temps de dedicació, una part reduïda de les dones fa més de cinc anys que es dedica a aquesta activitat, però la gran majoria de les dones entrevistades hi duu menys de tres anys (mitjana de 30,8 mesos, desviació de 33,72)[2] i té com a motivació principal la precarietat econòmica. Les dificultats econòmiques, sense alternatives viables per al manteniment, provoquen que un grup de dones s'hagi de dedicar a activitats no normatives, amb un risc elevat per a la seva salut i amb el perill de l'estigma social que representa que siguin identificades com a treballadores sexuals, encara que només sigui una dedicació parcial, limitada a la captació dels recursos necessaris per sobreviure.

L'edat mitjana de les dones identificades, entre els 45 i els 60 anys (M = 48,96; DE = 3,79) i la reconstrucció de les seves històries permeten identificar l'augment de la precarietat en dones que difícilment poden accedir al mercat de treball, però encara no tenen dret a percebre pensions de jubilació o prestacions no contributives per tenir més de 65 anys.

No es pot parlar d'un perfil únic de dones grans implicades en la quasiprostitució, ni tan sols es pot parlar d'un únic perfil dominant. La manca de dades i la dificultat per desenvolupar una metodologia rigorosa solament permeten una anàlisi exploratòria, de tipus etnogràfic.

La gran majoria de les 23 dones entrevistades són espanyoles, amb excepcions singulars (una dona alemanya i altres dues llatinoamericanes). Un 39,13% (nou dones) disposen de parelles estables. La majoria, sis de les nou parelles, desconeixen l'activitat de les dones,

[2] A partir d'ara, mitjana: M, desviació estàndard: DE.

segons que diuen elles. Les trajectòries i situacions de les dones grans, que ofereixen serveis sexuals cobrant, anunciats en premsa o Internet, i que informen de dedicacions esporàdiques o de baixa freqüència són, sobretot, de tres tipus:

- Dones grans, en el darrer període de la seva vida laboral (45-60 anys), sense alternatives professionals o sense capacitat d'accedir al mercat de treball en condicions mínimes per poder mantenir-se.

- Dones grans, presents de manera irregular en el mercat de treball fins fa poc, que han perdut, de manera imprevista, el seu mitjà de subsistència (empresa familiar, feines de la llar sense contracte, atenció a persones grans) i no poden trobar alternatives viables.

- Dones que es dedicaven a la seva família, sense presència en el mercat de treball, dependents d'altres persones, i que han estat expulsades d'aquesta situació per un divorci o separació, enviduar o un altre succés (abandonament de la llar, per part de la seva parella, migració...).

Com es pot observar, les situacions i trajectòries són diverses, però sempre estan vinculades a la pèrdua dels mitjans de subsistència, juntament amb la manca d'una xarxa familiar o social que els permeti trobar alternatives de manteniment viables.

En tots els casos, s'observa la manca de xarxes de suport eficaces, siguin informals com la família o els amics, siguin formals, com els serveis socials públics o d'iniciativa social. Són especialment vulnerables les dones grans immigrants, provinents d'altres països o de l'Estat (30,43%). Per a les immigrants d'altres països la manca d'aquestes xarxes i les dificultats legals per aconseguir entrar al mercat de treball regular (a Espanya s'exigeix que el primer contracte sigui d'un any de durada) agreugen molt la situació. A més, les conseqüències per a aquestes dones són molt més greus, ja que són tractades com a delinqüents quan són detingudes per la policia (Crowhurst, 2012).

Tot i que la tipologia s'ha pogut establir amb facilitat,[3] el que no es pot concretar són les dimensions d'aquest fenomen. Es pot parlar de les dimensions desconegudes del fenomen de la quasiprostitució entre les dones grans. Sabem que hi ha presència als mitjans, però fins ara, per les característiques de la deslocalització (ocultació, baixa freqüència de contactes i altres), no s'han pogut establir les dimensions de referència. Revisant els dos mitjans de premsa i les dues webs d'anuncis, així com les webs més importants de relacions sexuals de pagament, es pot estimar que hi ha permanentment entre 50 i 70 dones més grans de 45 anys que es dediquen a la quasi prostitució deslocalitzada.

[3] Sempre amb la prevenció que significa una mostra tan limitada de dones, es pot dir que s'ha construït una proposta eventual de tipologia.

En el procés d'entrada i sortida de la prostitució que representa la quasiprostitució per a aquestes dones grans, la seva activitat es converteix en una primera etapa anterior a la dedicació permanent, per tres motius principals:

- perquè no troben alternatives viables de subsistència i incrementen la freqüència i la intensitat de la dedicació a mesura que guanyen confiança;

- perquè cauen sota el control i l'explotació sexual de subjectes o organitzacions que les forcen a continuar;

- per influència de «l'èxit» relatiu i perquè aconsegueixen un nombre de clients permanents que pressionen perquè la dona es dediqui a la prostitució.

En aquest procés, la primera i la tercera situacions (familiaritat amb l'activitat i «èxit» relatiu) s'han pogut documentar perfectament pel que fa a les 23 dones entrevistades. La segona situació, d'explotació per part d'altres persones o d'organitzacions, no s'ha documentat tot i que hi ha sospites fonamentades en almenys tres casos.

En qualsevol cas, en qualsevol de les tres situacions, s'ha de tenir present que l'activitat a la qual es dediquen és d'una gran duresa, per la qual cosa l'adaptació per part de les dones necessita desenvolupar-se amb el suport de determinats processos cognitius, és a dir, es basa en diverses estratègies d'afrontament a la lluita contra el patiment personal i l'estigma (Juliano, 2004, p. 150 i s.), la reducció de l'autoestima, la modificació negativa de l'autoconcepte personal i la depressió que acompanyen aquesta activitat. Les estratègies d'afrontament més comunes en aquestes dones inclouen els següents processos cognitius:

- La venda ocasional de serveis sexuals és una elecció lliure. Pensen que s'hi dediquen lliurement i que controlen plenament l'entrada i la sortida de la prostitució.

- La prostitució és una professió no regulada, però tan digna com qualsevol altra.[4]

- En aquesta professió, la persona que sol·licita els serveis és un client i la dona que els ofereix és un proveïdor de serveis. En certa manera, aquest argument convida a la professionalització de la dona que en un determinat moment s'hi ha dedicat, sota el supòsit que controlarà la situació com si fos una empresa oferint serveis en un mercat. Aquesta estratègia d'afrontament es basa també en el convenciment que aquesta activitat és com qualsevol altra professió, amb els seus aspectes desagradables, i també

[4] Com sabem, hi ha autors i col·lectius que defensen la normalització del treball sexual utilitzant com un dels arguments la desculpabilització de les dones. Diversos autors han estudiat, des d'un punt de vista jurídic, aquesta opció (Poyatos, 2009; González del Río, 2013), per la qual cosa no es pot considerar una estratègia d'afrontament recercada.

en el convenciment que els diners fan que valgui la pena. Els diners són la justificació dominant, com és evident.

- La prostitució, tal com l'exerceixen elles, a partir d'anuncis a la premsa o a Internet i de manera esporàdica, és diferent que el que fan les dones al carrer (d'una elevada precarietat i alta exposició pública) o en clubs (amb control per part del club i pressió exterior per dedicar-se a la prostitució cada dia).

- Per distanciar-se de l'estigma, la dona gran que es dedica a la quasiprostitució intensifica el *covering* (manté en secret l'exercici de la seva activitat professional amb familiars, amics i veïns).

- També es desenvolupa la justificació basada en la necessitat social, justificant la dedicació a la prostitució amb l'ajuda als clients insatisfets en les seves relacions formals o que no poden establir-les per diversos motius (aparença física, impossibilitat de mantenir relacions lliures o de lligar). En aquest darrer cas, la justificació coincideix amb la representació pública que es mostra als anuncis.

Segons Sanchis, l'estratègia d'afrontament dominant es basa en la «racionalitat econòmica», en la justificació per la necessitat de recursos: «vence las resistencias iniciales a base de racionalidad económica (la prostitución es un trabajo como muchos otros, con sus ventajas y sus inconvenientes) y no hace de su integridad sexual una cuestión de honor. En la vida hay otras cosas más importantes, como pagar el alquiler a fin de mes o sacar adelante a los hijos» (Sanchis, 2011, p. 924).

Totes aquestes estratègies permeten suportar, almenys en part, l'impacte negatiu de la prostitució, especialment per part de les dones grans que s'hi dediquen ocasionalment. La possibilitat de superar els episodis negatius i la violència de baixa o mitjana intensitat (pressió per dur a terme pràctiques de risc, per exemple), depenen de les diferents capacitats personals i de les experiències concretes. Cal tenir present a més, que moltes dones s'inicien en el consum d'alcohol i fàrmacs (o l'augmenten) per poder superar les situacions d'estrès i violència associades a la prostitució.

Pel que fa als anuncis, l'anàlisi ha de prestar atenció a un doble enfocament. En primer lloc, cal considerar la informació que aporten. En segon lloc, s'ha d'estudiar com es presenten els tòpics de la representació masclista i estigmatitzadora de la prostitució.

La informació que aporten, confirmada en els dos contactes fets, el primer telefònic i el segon cara a cara, inclou elements molt significatius:

- En relació amb les dones que posen anuncis, els preus que demanen es troben en el

grup més baix de totes les tarifes. En la gran majoria dels casos (20 de les 23 dones entrevistades), les dones de més de 45 anys ofereixen serveis per menys de 40 euros (M = 30, 65 €; DE = 7,8). Només en alguns casos excepcionalment superen aquests preus i també excepcionalment algunes baixen de 25 euros.

- Les ofertes d'activitats que promocionen inclouen activitats de risc elevat que clarament poden afectar la seva salut i la de les persones amb les quals estableixen contactes. Es tracta d'activitats poc recomanables que poden facilitar el contagi de malalties de transmissió sexual, però també lesions d'altres tipus per a les dones i relacions humiliants.

- Els texts, en especial els de les webs d'anuncis, quasi sempre estan escrits en castellà (en dues ocasions en anglès) i estan plens de faltes greus d'ortografia.[5]

Què significa aquesta informació? Que les dones grans es troben en situacions més precàries que totes les dones que no treballen al carrer.[6] Els seus preus mostren la seva precària «posició de mercat», és a dir, la impossibilitat d'aconseguir clients interessats en preus superiors. També informa de la situació desesperada d'aquestes dones, al marge que l'afrontin amb força, ja que han de fer quasi qualsevol cosa per no perdre cap dels clients que s'hi interessi.

Les faltes d'ortografia no necessàriament informen del nivell cultural de les dones, tot i que majoritàriament són dones de classes populars amb un nivell d'estudis també baix. Però no fins al punt de justificar les faltes observades. Pel que fa als anuncis a les webs, hi ha mitjancers que els hi fan una part de la feina d'escriure l'anunci. En molts casos (14 de 23), les dones mostren els ordinadors a les habitacions on fan l'entrevista.

Una dels principals resultats als quals arriba el nostre estudi és que els anuncis contribueixen a perpetuar estereotips i a fomentar els prejudicis en mostrar la vinculació entre dona gran que exerceix la prostitució i la seva disponibilitat absoluta. Els anuncis de tots els mitjans (premsa o webs d'anuncis) presenten una representació de les dones grans dedicades a la prostitució com a persones que gaudeixen amb el sexe, disposades a fer qualsevol cosa, i contribueixen a projectar una imatge degradada de la dona. A més, l'estratègia de polaritzar el missatge diferenciant entre nosaltres, les dones grans que buscam clients, i vosaltres els clients que us ho mereixeu tot si pagueu, contribueix a mantenir la imatge distorsionada de la dona com a agent voluntari. Les imatges que inclouen els anuncis de les webs d'anuncis, no ajuden a superar les distorsions, al contrari, aprofundeixen en l'estigma

[5] Per exemple, al marge dels accents i l'escriptura resumida de paraules, s'hi poden llegir errades com les següents: «higiene y discecion», «besos con lemgua y trios», «soy amater liveral particular», «divinas cuervas, exelente presentacion», «mujer madura y experiente», «attrevida y traviesa», «madura no professional», etc.

[6] Cal dir que al carrer encara hi ha dones més grans de 45 anys. En alguns carrers de l'entorn de la Porta de Sant Antoni i la plaça des Banc de s'Oli hi ha dones grans però es tracta de casos singulars molt limitats.

social en mostrar dones aparentment disposades a posar-se a disposició de les demandes dels clients. S'estableix, d'aquesta manera, una associació entre prostitució i disponibilitat, entre oferta de sexe de pagament i activitat plaent, que és molt difícil de trencar i que inevitablement es mantindrà en la ment del lector de l'anunci. La manera esbiaixada.

7. Conclusions i perspectives de futur

Dimensionar un fenomen difícil de conèixer, de perfils difusos, és una mica aventurat. De les dades que disposam no es pot treure la conclusió que les dones grans, entre 45 i 60 anys, amb greus situacions de precarietat, centren les seves estratègies de captació d'ingressos en l'economia irregular i, entre les diverses opcions que aquesta ofereix, en la prostitució ocasional. Aquesta estratègia es produeix en pocs casos i molt especials.

Es tracta de relativament poques persones, entre 50 i 70 dones més grans de 45 anys dedicades a la quasiprostitució deslocalitzada a Mallorca. Però no se sap certament què està passant, és a dir, no es coneixen en detall els nivells de l'explotació que porten a terme terceres persones i tampoc no es coneixen exactament les implicacions per a la salut i relacions socials de les dones. Podem dir que sí que se sap que es tracta d'un fenomen important per diversos motius:

- Se sap que afecta dones molt vulnerables: dones grans sense recursos, immigrants o no.

- També se sap que les noves tecnologies de la comunicació potencien el desenvolupament d'aquest tipus de prostitució (xarxes socials a Internet i anuncis multimèdia de distribució en temps real i fàcil interactivitat).

- El nombre de clients potencials és molt elevat, especialment a les grans zones urbanes i en zones turístiques.

- L'ocultació de la relació és molt més fàcil en la quasiprostitució, ja que la baixa exposició en els espais de contacte garanteix un cert anonimat.

Aquests factors permeten pensar en les conseqüències greus que pot tenir per a les dones grans que hi estan implicades, des de violència de mitjana i baixa intensitat oculta i impune, fins a segrests i captació en relacions d'explotació que aprofiten la vulnerabilitat de les dones. Cal desenvolupar una política d'atenció a les dones grans en situacions especialment vulnerables, per tal d'evitar la dedicació forçada a la prostitució per la manca d'alternatives.

També cal concloure que és necessari estudiar més a fons aquest fenomen ocult. És necessari desenvolupar una proposta d'investigació. Com és evident, fent servir les

paraules de Sanchis (2011, p. 932): «condición necesaria de toda política de intervención es un diagnóstico previo del problema que defina sus características básicas y las causas que lo generan. Tal diagnóstico exige mantener separados el plano de los hechos y el de las valoraciones, no confundir el ser con el deber ser».

Com es podria millorar el reduït coneixement actual sobre la quasiprostitució de dones grans per tal de desenvolupar una política eficaç? Sembla que un estudi longitudinal, basat en una mostra a les Illes Balears, amb representació de les modalitats bàsiques (edats, grups culturals, connexió a través d'Internet o no, etc.) seria una de les millors opcions. Però no s'ha d'abandonar l'anàlisi retrospectiva, basada en la reconstrucció d'històries de vida de dones grans dedicades a la prostitució. La construcció dels models de trajectòria permetran actuar de manera més eficaç i això, a curt termini, solament s'aconsegueix amb la reconstrucció d'històries de vida.

Referències bibliogràfiques

ALECRÍN (2006). *Informe prostitución en Lugo*. Concellería de Muller e Servizos Sociais, Lugo.

Ballester, L. & Santiago, F. (1995). *Memòria del carrer. Prostitució i vellesa. Alimara*, 36, 81-86.

Baker, L. M., Dalla, R. L. & Williamson, C. (2010). *Exiting prostitution: An integrated model. Violence Against Women,* 16 (5), 579–600.

Ballester, L.; March, M. X. & Orte, C. (2006). *Sexe en venda a Mallorca. Escenaris del risc. La prostitució femenina*. Ballester et al., *Sexe en venda a Mallorca. La prostitució femenina a Mallorca*. Lleonard Muntaner Editor, Palma, pp. 7-60.

Crowhurst, I. (2012). *Caught in the victim/criminal paradigm: female migrant prostitution in contemporary Italy*. Modern Italy. 17 (4), 493-506.

Gázquez, J. J., Pérez-Fuentes, M. C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. & Díaz, A. M. (2009). *Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. European Journal of Education and Psychology*, 2 (3), 263-273.

González del Río, J. M. (2013). *El ejercicio de la prostitución y el derecho del trabajo*. Editorial Comares, Madrid.

Juliano, D. (2004). *Excluidas y marginales.* Cátedra, Madrid.

López, J. (2012). *Una aproximación etnográfica a la prostitución: cuando las trabajadoras sexuales hablan de los clientes. RES,* 18, 31-62.

Pallarés, J. (2007). *Mujeres inmigrantes y trabajo sexual en Lleida*. Edicions de la Universitat de Lleida; Sud-nord. Lleida.

Poyatos, G. (2009). *La prostitución como trabajo autónomo.* Bosch, Barcelona.

Sanchis, E. & Serra, I. (2009). *El mercado de la prostitución femenina. Una aproximación desde el caso valenciano*. *Política y Sociedad,* 48 (1), 175-192.

Sanchis, E. (2011). *Prostitución voluntaria o forzada. Una contribución al debate*. *Papers de Sociologia*, 96 (3), 915-936.

Sanders, T. (2007). *Becoming an ex-sex worker: Making transitions out of a deviant career. Feminist Criminology, 2,* 74-95.

Autors

JAUME PERELLÓ ALORDA

Palma, 3 de març de 1976. Llicenciat en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. És expert en Formació de Formadors (2009) i expert en Intervenció Socioeducativa (2012). Ha desenvolupat la tasca investigadora principalment en la prostitució femenina participant en diverses investigacions i programes d'intervenció en aquest àmbit. En el marc del Grup d'Estudi de la Prostitució a les Illes Balears (GEPIB), ha coordinat els tres congressos celebrats els anys 2005, 2008 i 2010. També ha participat com a formador en els cursos de formació sobre el fenomen de la prostitució dirigit a professionals de l'àmbit social.

La seva trajectòria professional inclou treball amb menors (2003), joves en contextos socioculturals (2005), educació per a la salut (2006-2007) i formació de professorat (2007-2012). També ha desenvolupat tasques docents a la Universitat de les Illes Balears (2011-2013) a la vegada que ha obtingut el DEA (2013). Actualment, desenvolupa la seva tesi sobre la intervenció socioeducativa en contextos de prostitució.

LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la. Doctor en Filosofia (UIB) i en Sociologia (UAB). Des de 1996 és professor de Mètodes d'Investigació Educativa a la Universitat de les Illes Balears (UIB). La seva experiència professional com a coordinador d'un centre comarcal de serveis socials (1986-1990) i com a responsable de la Unitat de Planificació i Estudis de l'Àrea de Benestar Social del Consell de Mallorca (1990-96), així com les investigacions realitzades des de 1984, s'han centrat en l'anàlisi de les necessitats socials i educatives (joves, persones grans i altres sectors) i també en els mètodes d'investigació: panells Delphi, històries de vida, anàlisi de dades qualitatives (amb NVIVO-QSR). El curs 2002-2003 va compatibilitzar la seva tasca com a docent i investigador a la UIB amb la direcció de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (AQUIB). Entre març de 2007 i juliol de 2011 va ser director de l'Institut de Ciències de l'Educació de la UIB. El seu darrer llibre, publicat el 2012 amb el professor Antoni J. Colom, duu per títol: Intervención sistémica en familias y organizaciones socioeducativas.

Universitat de les Illes Balears

Colonya
Fundació Guillem Cifre

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2013

Govern de les Illes Balears
Conselleria de Família i Serveis Socials

Consell de Mallorca
Departament de Benestar Social
Institut Mallorquí d'Afers Socials