Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2021

Universitat de les Illes Balears

CARMEN ORTE SOCIAS
Directora

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

ANUARI DE L'ENVELLIMENT. ILLES BALEARS 2021

Universitat de les Illes Balears

GOIB CONSELLERIA AFERS SOCIALS I ESPORTS

IMAS Departament de Drets Socials Consell de Mallorca

Colonya Fundació Guillem Cifre

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2021
Aquest Anuari de l'envelliment és el resultat de la col·laboració entre la Conselleria d'Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears, el Departament de Drets Socials del Consell de Mallorca i la Universitat de les Illes Balears. L'Anuari de l'envelliment és una iniciativa del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques i la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB, i compta, a més, amb el suport de la Fundació Guillem Cifre de Colonya de la Caixa d'Estalvis de Pollença, Colonya i de la Societat Balear de Geriatria i Gerontologia.

Consell de Direcció
Directora:
Dra. Carmen Orte Socias

Directores adjuntes:
Dra. Marga Vives Barceló i Dra. Lidia Sánchez-Prieto

Secretari:
Dr. Liberto Macías González

Consell de Redacció
Vocals:
Dr. Josep Lluís Oliver Torelló
Dra. Belén Pascual Barrio
Dr. Joan Amer Fernández
Dra. M. Antònia Gomila Grau
Dra. Rosario Pozo Gordaliza
Dra. Victòria Quesada Serra

Comitè Assessor:
Sr. Enrique Campos Alcaide
Sr. Ferran Dídac Lluch i Dubon
Dr. Jordi Forteza-Rey Borralleras
Sra. Josefa Marí Marí
Dr. Pere Antoni Borràs Rotger

- * © del text: els autors 2021
- * © de l'edició: Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i Universitat de les Illes Balears
- * Disseny, maquetació i impressió: amadip.esment
- * ISSN: 2174-7997
- * Dipòsit legal: PM-2908-2008

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

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

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

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

PRESENTACIONS 5
Pròleg de la consellera d'Afers Socials i Esports del Govern de les Illes Balears
Fina Santiago Rodríguez

Pròleg del conseller executiu del Departament de Drets Socials i president de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials
Javier de Juan Martín

INTRODUCCIÓ 13
Direcció de l'Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears

L'EPIDÈMIA DE LA COVID-19 EN LA GENT GRAN DE LES ILLES BALEARS 19
Joan Albert Pou Goyanes i Antoni Colom Fernández

ACTITUDS ENVERS LA MORT DE LES PERSONES GRANS I ELS PROFESSIONALS DE LA SALUT: UN ANY DE COVID-19 31
Saray Fernández Muñoz i María Valero de Vicente

CÀNCER, VELLESA I SARS-COV-2 53
Javier Cortés Bordoy

VIOLÈNCIA DE GÈNERE I PERSONES GRANS 69
Ferran D. Lluch Dubon

LA NECESSITAT D'UN PROTOCOL DE DETECCIÓ DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE EN LA DONA GRAN. PILOTATGE AL MUNICIPI DE CALVIÀ 121
Carmen Orte Socias, Cristina Gamundí Massagué, Empar Santacreu Oliver, Lidia Sánchez-Prieto, Soraya El Boutaybi Mohamed, Emmanuelle Gelabert Mayol, Soledad Fernández Trapero, Toni Mascaraque Rojas, Maria del Mar Verger Oliver i Catalina Ramis Alemany

EDATISME: EN UNA SOCIETAT EDATISTA TOTS HI ESTAM IMPLICATS 141
Liberto Macías González i Marga Vives Barceló

ELS PERIODISTES DE LES ILLES BALEARS DAVANT L'ENVELLIMENT I LES PERSONES GRANS 157
Natàlia Blanes Quist

EL PAPER DE LA FAMÍLIA EN ELS CENTRES RESIDENCIALS 175
Margalida Roser Hernández i Sofía Alonso Bigler

BALANÇ DELS RESULTATS DE L'AVALUACIÓ DE L'EFICÀCIA DEL PROGRAMA DE COMPETÈNCIA FAMILIAR-AUTO EN LA PROMOCIÓ FAMILIAR DE L'AUTONOMIA PERSONAL EN L'ENVELLIMENT 189
Lluc Nevot Caldentey, Carmen Orte Socias i Gregorio Molina Paniagua

PROJECTE "L'AJUNTAMENT DE CALVIÀ AL TEU COSTAT" 211
Empar Santacreu Oliver, Cristina Gamundí Massagué, Xisco Guarí Torres i Carlos Muñoz Toro

EL COMPROMÍS DE LA CREU ROJA AMB LES PERSONES GRANS A LES ILLES BALEARS 237
Deyana Mihaylova Popova, Juan Carlos Ballesteros Nielsen, Elizabeth Gutiérrez Ventura i Marta Mateu Sastre

PROGRAMA D'INTERVENCIÓ SOCIAL DE L'ASSEMBLEA LOCAL DE LA CREU ROJA EN LES PERSONES GRANS: TALLERS COGNITIUS. ADAPTACIÓ METODOLÒGICA EN TEMPS DE PANDÈMIA 257
Ana López Valera i Alba Mariscal López

SITUACIÓ ACTUAL DELS CENTRES DE DIA PER A PERSONES GRANS D'INTRESS EN RELACIÓ AMB EL CANVI DE MODEL D'ATENCIÓ 271
Virgínia M. Llamazares Juan i Coloma Reynés Cunill

ENVELLIMENT ACTIU EN LES PERSONES AMB LESIÓ MEDUL·LAR I ALTRES DISCAPACITATS FÍSIQUES. ASPAYM 293
Paula Martorell Lliteras

INTERVENCIÓ DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL PROGRAMA RESC PER A PERSONES GRANS AMB PROBLEMES RESPIRATORIS CRÒNICS 307
Andrea Moyà Ocaña i Laura Ruíz Sancho

IMATGE CORPORAL I ESTIL DE VIDA EN ADULTS GRANS AMB SOBREPÈS I OBESITAT 323
Cristina Bouzas Velasco, Maria del Mar Bibiloni Esteva i Josep A. Tur Marí

LA BRETXA DIGITAL PER QÜESTIÓ D'EDAT 347
Tomàs Burguera Cremades

ENVELLIMENT ACTIU I DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL: BONES PRÀCTIQUES AMB APPS 361
Vicenç Ferretjans Moranta, Lorena Cuenca Pons, Laura V. Pérez Roininen i Adoración Luzón Perona

PREFERÈNCIES I RETICÈNCIES DE LA GENT GRAN SOBRE ELS ROBOTS DE CURA 381
Xavier Ponseti Forteza, Núria Vallès Peris i Miquel Domènech Argemí

PROGRAMA DE L'ONCE PER PREVENIR I ATENUAR LA SOLITUD. AL TEU COSTAT SEMPRE 399
Departament de Serveis Socials. ONCE Illes Balears

PROGRAMES INTERGENERACIONALS EDUCATIUS AMB ALUMNAT D'EDUCACIÓ PRIMÀRIA 409
Victòria Quesada Serra i Maria Sintes Torres

PRESENTACIONS

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

En la presentació de l'Anuari de l'any passat ja parlàrem de la voluntat col·lectiva de seguir endavant i de la importància de seguir fent les aportacions que donen sentit a les nostres responsabilitats. Ho deia, com tots sabem, en uns moments molt delicats de les nostres vides, sobretot per la COVID, però no únicament. L'aturada de molts processos de la dinàmica econòmica, social i cultural representava un repte fonamental. Uns mesos crítics que han fet que ens emmiralléssim com a societat i que han reclamat el millor de nosaltres, com a col·lectiu.

En l'àmbit dels serveis socials, amb la irrupció i el llarg camí que hem recorregut i recorrem a causa de la pandèmia, també se'ns ha exigit. S'han tibat les costures de totes les iniciatives socials i sociosanitàries, ens hem vist obligades a replantejar el nostre dia a dia. Sense perdre de vista en cap moment els objectius bàsics de la tasca de prevenció, suport i promoció social, hem hagut de ser imaginatius i pensar en solucions immediates a problemes de gran envergadura, començant per l'assumpció d'unes restriccions que han afectat el desenvolupament dels darrers mesos.

Un exemple més d'aquesta voluntat de seguir endavant s'expressa en el mateix Anuari. Un any més, puntual i amb la mateixa qualitat que els altres anys, serveix com a cloenda del període de crisi i com a esperança per als pròxims mesos.

Aquest any, els 21 articles es configuren en blocs temàtics rellevants. Si em permeteu, crec que es poden destacar els següents:

- Tres articles sobre la COVID, analitzant què ha passat, els seus impactes i les possibilitats que s'obrin.
- Dos articles sobre comunicació i valors socials, amb relació a les persones grans de la comunitat.
- Dos articles sobre el suport familiar, un d'ells sobre el prometedor Programa de competència familiar per a la promoció familiar de l'autonomia personal en l'envelliment.
- Quatre articles sobre programes i experiències d'innovació de referència, desenvolupades per administracions i el tercer sector d'iniciativa social.
- Tres articles sobre situacions de necessitat, enfocades des de l'envelliment actiu, un dels eixos de reflexió i activitat a la nostra comunitat i, per descomptat, a l'Anuari.
- Finalment, hi ha tres articles sobre les dificultats, però també sobre les aportacions que fan les tecnologies.

Aquestes aportacions, referides als anys 2020-2021, encara sota els efectes de la crisi sociosanitària, són la prova que els serveis socials per a les persones grans just quan

arribem al 35è aniversari de la primera Llei de Serveis Socials de les Illes Balears han respost amb vitalitat, amb esforç col·lectiu, als reptes que se'ns han plantejat.

Amb la Llei 4/2009, d'11 de juny, de Serveis Socials de les Illes Balears, es va posar en marxa una profunda reforma de la distribució de competències i de les estratègies d'actuació. Abans citàvem l'envelliment actiu o el suport familiar, però són molts els canvis: el desenvolupament dels serveis i suports vinculats a la Llei de dependència, l'enfocament sociosanitari, el canvi del model de relació entre l'administració i el tercer sector, els complements de Renda Social per a les PNC, entre altres.

Amb la suma d'intel·ligències i capacitats posada en marxa per la reforma legal hem albirat el present i futur, ens hem acostat amb més intensitat tant al territori i als agents sanitaris i socials com a la possibilitat d'accés a projectes i programes socials de gran volada, com els vinculats a tots els temes mencionats.

En aquest Anuari podreu copsar l'empenta de la societat civil i l'administració pública a les Illes Balears: des de l'essència de la tasca de suport a la consolidació de noves línies de recerca i prospectiva; des de l'anàlisi de necessitats fins a noves iniciatives, capdavanteres a l'Estat. I més coses. Us convid a completar aquesta perspectiva escrita del que passa amb la visió d'una societat en moviment continu. Trenta-cinc anys després de la primera normativa que reconeixia la nostra capacitat per a posar en marxa els nostres serveis socials, la societat de les Illes Balears no s'atura, sinó que contempla el futur amb noves propostes, amb la força i la voluntat necessàries per afrontar els reptes.

Vull aprofitar totes les ocasions possibles, i aquest és una, per donar les gràcies en nom del Govern de la feina feta pels professionals dels serveis socials durant aquesta pandèmia. Han demostrat, un pic més, ser uns serveis imprescindibles i essencials pel conjunt de la ciutadania.

Gràcies a tothom per fer possible l'Anuari de l'Envelliment i tot el que significa.

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

L'any 2020 va obrir la porta a la creació d'estratègies i programes nous des de les institucions per donar respostes ràpides i àgils a les necessitats sorgides arran de la pandèmia. Enguany, hem constatat que moltes d'aquestes iniciatives han vengut per quedar, ja que l'aparició de la COVID-19 ha transformat la societat. La conjuntura socioeconòmica actual ens ha servit per recuperar valors i revisar el nostre funcionament, amb l'objectiu d'enfortir-lo.

Respectar al màxim l'autonomia de la gent gran i el seu dret a decidir com vol afrontar el procés d'envelliment, fent-la partícip del dret a tenir una vida autònoma i a formar part activa de la societat, han estat, són i seran els eixos de les polítiques de l'IMAS fonamentades en el model d'atenció centrat en la persona. Un model amb el qual cercam i prioritzam la qualitat de vida de la gent gran partint de les seves necessitats particulars, però, sobretot, garantint-ne els drets i respectant-ne les preferències i voluntats tant en l'atenció que han de rebre com en la seva vida quotidiana.

Com assenyalen en l'article Sofia Alonso i Margalida Roser, professionals de l'àrea d'Atenció Sociosanitària de l'IMAS, «totes les persones arriben als serveis socials amb una motxilla carregada de circumstàncies i experiències que ens obliga a empatitzar amb la seva realitat i, en la mesura del possible, a adequar-nos-hi».

S'estima que l'any 2045, les persones majors de 65 anys suposaran més d'un 30% de la població total. D'aquestes, prop d'un 40% seran octogenàries, segurament, amb algun tipus de dependència. Davant aquest escenari no tan llunyà, la societat ha d'apostar decididament per polítiques públiques que ens ajudin a reorientar tots els nostres serveis.

Tradicionalment, l'atenció a la gent gran s'ha tractat des de la perspectiva dels models assistencials, dedicats a institucionalitzar persones en grans centres residencials i oferir serveis rígids en espera que les persones usuàries siguin les que s'hi adaptin i no al contrari. Uns models que cada vegada funcionen manco perquè, afortunadament, les persones cada vegada esperam més.

En una enquesta recent (2018) de l'Observatori de Persones Majors de Mallorca (OMM) de l'IMAS a residents de devuit municipis de Mallorca d'entre 65 i 85 anys, el 82% de les persones expressaren el desig d'envellir al seu domicili i de ser cuidades al seu entorn, devora la família i amistats, fins i tot, en el cas de necessitar ajuda per fer les activitats més bàsiques de la vida diària. Aquest va ser l'inici d'un projecte que encetàrem el 2018: el Servei d'Atenció Integral a Domicili (SAID). Un model que va néixer de la necessitat de donar respostes a les demandes concretes d'un col·lectiu amb veu pròpia, dret a decidir i a participar en el seu itinerari vital. El SAID ofereix un sistema professionalitzat

de cures particulars, específiques i individuals de cada persona al domicili propi. Aquest 2021 és l'any de la seva expansió i arribarà a atendre 1.000 persones l'any 2023.

Tot i això, els centres residencials han de continuar essent estratègics per a l'atenció de la gent gran dependent en els casos d'una necessitat assistencial d'alta intensitat o quan les condicions familiars o d'habitatge no siguin les adequades. Això sí, han d'anar evolucionant cap a serveis amb unitats més especialitzades, temporals, rehabilitadores i connectades amb la comunitat. En definitiva, han de ser també espais adaptats a les persones.

Ningú ja no posa en dubte que les administracions públiques tenim l'obligació d'assegurar la capacitat econòmica i l'atenció assistencial a la gent gran, que, sobretot, implica garantir el respecte per les decisions vitals de cada individu i fomentar la participació activa en el disseny de les polítiques que afecten el col·lectiu.

Defensar els drets de la gent gran també ha d'implicar protegir-la. Es calcula que una de cada deu persones grans han patit o patiran alguna forma d'abús o de maltractament, atacs inacceptables a la dignitat i als drets humans. Hem de generar confiança en les víctimes i en la societat en general per sortir del silenci que es produeix davant aquest tipus de comportaments. Per afrontar aquest problema primer hem de visibilitzar-lo i, a partir d'aquí, articular recursos i serveis comunitaris integrals, conjunts i coordinats de tots els serveis públics, per garantir que qualsevol persona que es consideri víctima d'abusos o de maltractament tengui la certesa que tindrà una resposta adequada.

Hem de continuar treballant per fomentar els programes d'intervenció comunitària i de participació social que cerquen un envelliment actiu i saludable, eviten l'aïllament social, redueixen els casos de depressions i solitud, prevenen i detecten els riscos de maltractaments a més d'abusos en totes les seves formes, amplien les xarxes de relacions de les persones i, sobretot, impedeixen la invisibilització d'un col·lectiu de persones cada vegada més gran i, moltes vegades, poc reconegut.

Sense cap dubte, per a una persona gran, participar socialment és, a més de poder decidir sobre el seu procés d'envelliment, afrontar-lo des d'un paper o rol actiu i sense desconnectar-se o aïllar-se de la societat. En aquest sentit, es fa essencial la tasca encomiable que dia a dia fan els professionals sociosanitaris. Treballadores i treballadors que, amb una vocació, responsabilitat i motivació immenses, han demostrat saber reinventar-se i adaptar-se al ritme que han marcat les circumstàncies i que mai no han baixat la guàrdia.

Entre tots hem de continuar treballant per mostrar que no es tracta només de crear recursos nous, sinó d'aprofitar bé els que tenim i els responsables polítics ens hem d'assegurar que arriben a tota la població. No hi ha solucions generals davant les necessitats especials de cada persona.

INTRODUCCIÓ

Direcció de l'Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears

Com es remarca al *Libro Verde sobre el Envejecimiento* (2021), a Europa, durant les darreres cinc dècades, l'esperança de vida s'ha incrementat al voltant de deu anys. Especialment, s'ha prolongat l'esperança de vida en països desenvolupats, com és el cas dels països del continent europeu. Per tant, es preveu que també s'incrementi el nombre de persones de 65 o més anys; ja actualment a Europa les persones de 65 o més anys representen el 20% i s'espera que el percentatge augmenti al 30%. En la mateixa línia, també es preveu un augment dels octogenaris; s'estima que un 13% de les persones el 2070 tindran 80 o més anys (Comissió Europea, 2021). No sols a Europa, sinó a tot el món, l'envelliment s'accelera. Tal com va quedar recollit a l'*Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud* (OMS, 2015), això té importants conseqüències en les polítiques i en els serveis, i és necessari donar prioritat a aquest col·lectiu a les agendes polítiques. Les persones grans constitueixen grups de població heterogenis i diversos en competències, capacitats i necessitats de salut. En aquest àmbit, com s'indica a l'informe mencionat i com hem reiterat des del primer *Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears* i fins al moment actual, és necessària una lectura més adequada i precisa de l'envelliment, allunyat dels estereotips que el vinculen amb la dependència, centrats en models de mancances. Es necessita una lectura de l'envelliment més dinàmica, centrada en la persona i en el curs de la vida, orientada a les decisions que poden prendre's per conservar la capacitat funcional tant de temps com sigui possible. És una perspectiva centrada en la realitat actual de l'envelliment que obre un ampli ventall de possibilitats per a les persones que envelleixen, les seves famílies, els professionals, els serveis i la societat en la qual viuen. Es tracta d'un enfocament preventiu i esperançador que requereix pensar en les necessitats de les persones grans a partir de models integrals que permetin conservar la capacitat funcional i potenciar les aportacions d'aquest col·lectiu a la societat a través de les seves contribucions i participació social en tots els nivells de la societat.

Les dades sobre mortalitat durant la pandèmia de COVID-19 són clares pel que fa a la prioritat política i social de les persones grans i en relació amb els serveis que hi estan destinats. No s'ha d'oblidar que durant la pandèmia de COVID-19 es va registrar el major nombre de defuncions durant les darreres cinc dècades. Concretament, els països de la UE amb més morts varen ser Espanya, Itàlia i Polònia (Eurostat, 2021).

L'increment del nombre de persones de 65 o més anys i de l'esperança de vida també ha comportat múltiples desafiaments, un és el fet que els pacients grans pateixen més malalties cròniques i més dependència. S'estima que a Europa la taxa de dependència s'incrementarà del 34,1% actual fins al 59% el 2070 (Comissió Europea, 2021).

Així doncs, i tenint en compte models integrals que donin resposta a les necessitats amb l'objectiu de mantenir la capacitat funcional, s'ha de disposar d'un sistema d'assistència sanitària, de serveis preventius, assistencials i de suport suficients i adequats (Davey, 2021), sobretot si tenim present com s'ha agreujat la situació a causa de la pandèmia

de COVID-19. S'espera que el nombre de persones que requeriran cures de llarga durada augmentarà de 19,5 milions el 2016 a 23,6 milions el 2030 i 30,5 milions el 2050 als països europeus (Comissió Europea, 2021).

Malgrat això, com es destaca al *Libro Verde sobre el Envejecimiento* (2021), la COVID-19 ha posat de manifest les febleses estructurals de les cures de llarga durada. Precisament, l'emergència d'aquestes noves necessitats ha provocat la cerca de noves fórmules d'atenció al col·lectiu. Hi ha dues propostes predominants defensades per experts en la matèria (Davey, 2021):

A. Foment de l'atenció integral i integrada en el domicili.
B. Transformació del model d'atenció residencial.

Com destaca Davey (2021), les anteriors propostes són recollides al *Plan de Choque para el Impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.* El Pla proposa augmentar les hores d'atenció al servei d'ajuda al domicili, incrementar el mínim de finançament i recuperar el nivell acordat de finançament. La clau és potenciar la salut i, com destaca el *Libro Verde sobre el Envejecimiento* (2021), fomentar la solidaritat i l'equitat intergeneracional que permetin un bon nivell de vida per a tots els ciutadans.

Un any més, l'objectiu d'aquest anuari és aportar dades i reflexions sobre la situació de l'envelliment de la població de les Illes Balears. Possibilitar polítiques de presa de decisions de benestar en la vellesa i apostar per la presa de decisions en diferents nivells de salut i socials avançant cap a models més pròxims a les necessitats de les persones en els processos d'envelliment a partir de la segona meitat de la vida. Una vegada més, agraïm als autors que hi hagin aportat els seus treballs i recerques, i el suport inicial i sostingut de les institucions que l'han fet possible.

Referències bibliogràfiques

Comisión Europea (2021). *Libro Verde sobre el Envejecimiento. Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones*. Brussel·les: Comissió Europea

Davey, V. (2021). *Situación en España de la evaluación de sistema de atención a personas mayores en situación de dependencia*. Madrid: Informes Envejecimiento en Red, 28, 18. Disponible a: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-situacion-sad.pdf>

Eurostat (2021). *Demography of Europe*. Statistics Visualised. Brussel·les: Eurostat

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Ginebra, Suiza. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

L'EPIDÈMIA DE LA COVID-19 EN LA GENT GRAN DE LES ILLES BALEARS

L'epidèmia de la COVID-19 en la gent gran de les Illes Balears

Joan Albert Pou Goyanes
Antoni Colom Fernández

Resum

La pandèmia de la COVID-19 ha causat un impacte directe i indirecte sobre la salut a tot el món, així com a les Illes Balears, sobretot en els col·lectius més fràgils, principalment el de la població d'edat avançada. L'afectació greu per la malaltia i també el resultat de mort s'ha donat especialment en la gent gran. Però no només n'han patit l'impacte directe, sinó que el confinament i la resta de mesures restrictives han afectat notablement aquest col·lectiu en les seves condicions de discapacitat, deteriorament cognitiu, salut mental i d'altres problemes de salut.

Resumen

La pandemia de la COVID-19 ha causado un impacto directo e indirecto sobre la salud en todo el mundo, así como en las Illes Balears, especialmente en los colectivos más frágiles, principalmente el de la población de edad avanzada. La afectación grave por la enfermedad y también el resultado de muerte se ha dado principalmente en el colectivo de gente mayor. Pero no solo han sufrido el impacto directo, sino que el confinamiento y el resto de las medidas restrictivas han afectado notablemente a este colectivo en sus condiciones de discapacidad, deterioro cognitivo, salud mental y otros problemas de salud.

1. Introducció

Els anys 2020 i 2021 el món ha viscut una pandèmia sense precedents en la història recent que ha tensat fortament els recursos sanitaris amb un fort impacte directe sobre la salut de la gent gran que ha patit la malaltia per SARS-CoV-2, a més d'un important impacte psicosocial pel confinament i les restriccions acordades per mitigar els efectes directes de l'epidèmia.

Segons la Xarxa de Vigilància Epidemiològica, durant els primers mesos de pandèmia, la mortalitat directa associada a la infecció per SARS-CoV-2 va arribar a ser del 6,3% per a la població general, i en el cas de la població més gran de 80 anys va arribar a ser del 22%.

2. Fisiopatologia i factors de risc de la COVID-19 en la gent gran

La COVID-19, malaltia apareguda a finals de 2019, està produïda pel coronavirus SARS-CoV-2, el qual es transmet principalment per via aèria i provoca una infecció a tot

l'organisme amb febre, tos seca, dolors musculars i mal de cap com a símptomes més freqüents.

Però, en algunes persones, alguns dies més tard de l'aparició de la malaltia es produeix una reacció inflamatòria exacerbada com a resposta al virus, que sovint provoca una greu afectació d'ambdós pulmons i, en ocasions, l'aparició de trombosis pulmonars. La causa de l'empitjorament i mort en la majoria de pacients greus va ser una síndrome del destret respiratori agut (SDRA), que abocava a la pèrdua de la funció d'oxigenació de la sang que es produeix als pulmons durant la respiració.

Aquesta afecció més greu es dona sovint en pacients més fràgils i d'edat més avançada que, a més, tenen menys probabilitats de sobreviure a aquesta afecció de caràcter greu per la COVID-19.

S'han proposat una sèrie de factors de risc específics que poden haver causat l'especial afecció sobre la gent gran i que han fet que la pandèmia hagi afectat molt més fortament aquest col·lectiu social:

- L'augment de propagació que suposa la institucionalització en residències.
- La pèrdua de capacitat del sistema immunitari amb l'envelliment, anomenada immunosenescència.
- Un estat proinflamatori associat a l'edat conegut com a *inflammageing.*
- L'acumulació de patologies de base que sovint presenta la gent gran.

La gent gran presentava un risc incrementat de progressar a una SDRA, la forma més greu de la malaltia, i en particular entre aquells que presentaven malalties cròniques del cor, fetge o ronyons.

Més enllà de les particularitats de la malaltia mateixa, els ingressos hospitalaris i particularment els ingressos hospitalaris en condicions d'aïllament com les que requeria la COVID-19 són especialment penalitzadors per a la gent gran, que presenta algunes característiques que els fan especialment sensibles:

- La major prevalença de trastorns de l'ànim i l'efecte que hi té la privació dels contactes socials.
- Sovint la hipoacúsia o sordesa dificultava fortament la comunicació a través de mascaretes i pantalles de protecció.

- L'obligada postració i les dificultats per a una mobilització i rehabilitació òptimes en condicions d'aïllament.

3. La pandèmia a Europa, Espanya i les Illes Balears

Des que el gener de 2020 l'Organització Mundial de la Salut va rebre la seqüenciació del nou virus SARS-CoV-2, l'epidèmia es va propagar ràpidament per tot el planeta després d'haver provocat un primer focus de contagis el desembre de 2019, a la província xinesa de Wuhan.

El 7 de febrer de 2020, va ingressar a l'Hospital Son Espases el primer cas sospitós de COVID-19; des de llavors i fins al juny de 2020, s'han diagnosticat 61.052 casos d'infecció per COVID-19 i han mort 844 persones per mor de la malaltia.

Les infraestructures sanitàries varen experimentar un tensament que va obligar en diversos períodes a interrompre molta de l'activitat programada als centres sanitaris i la majoria d'activitats preventives i de cribratge. També es va haver d'ampliar la capacitat d'atenció a pacients crítics amb l'adquisició de nous recursos.

4. La pandèmia a les residències de gent gran

Aproximadament el 28% de les persones que han mort a les Illes Balears vivien en residències de gent gran, amb focus de transmissió especialment greus en alguns d'aquests centres.

A les Illes Balears i a Espanya, així com a molts països occidentals, la pandèmia ha posat en qüestió si bona part del sistema residencial de la gent gran proporciona un nivell assistencial i de cures adequat a les necessitats d'una població de persones grans que des de fa temps va augmentant la seva esperança de vida, però també el seu grau de dependència i discapacitat.

En plena pandèmia es varen haver de posar en marxa sistemes d'informació i estratificació de pacients per facilitar l'intercanvi d'informació entre els professionals del sector sanitari i del sector sociosanitari i residencial. En alguns casos concrets, el Govern de les Illes Balears va haver d'intervenir la gestió d'algunes residències en un intent de frenar-hi la propagació de contagis i assegurar un ràpid diagnòstic i el trasllat a un centre sanitari d'aquells pacients que ho necessitaven.

5. Impacte directe sobre la salut de la gent gran afectada per la COVID-19

5.1. La pandèmia a les Illes Balears. Context global

Un dels punts que va generar més alarma social va ser el temor que la disponibilitat de llits de cures crítiques als hospitals de les Illes Balears es veiés compromesa. De fet, es varen haver d'utilitzar llits habilitats amb urgència per a aquest efecte i d'altres anteriorment dedicats a la reanimació postquirúrgica.

El juny de 2021, a les Illes Balears s'havien diagnosticat un total de 61.098 casos d'infecció confirmada per SARS-CoV-2, en tres onades epidèmiques, la primera amb un pic l'abril de 2020 (en què sembla clar que se'n varen infradiagnosticar un gran nombre de casos); la segona amb un pic el 30 d'agost de 2020, i la tercera, la que més casos greus va comportar i la que més va tensar el sistema sanitari.

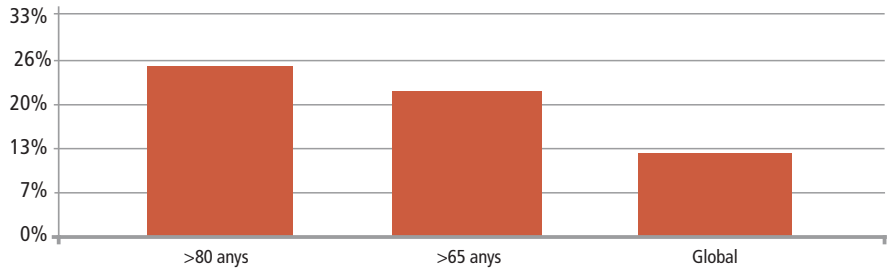
Aquest fet va crear especial inquietud en l'entorn de la gent gran, però durant la pandèmia, a les Illes Balears es varen poder seguir els mateixos criteris per plantejar l'ingrés en una unitat de cures pal·liatives o adequar les cures a un nivell inferior. Per aquest motiu, l'edat mai no és un criteri definitiu, però sí que ho varen ser els criteris de dependència, deteriorament cognitiu crònic i deteriorament dels òrgans vitals, que desequilibren la balança de risc-benefici entre la supervivència escassa i l'impacte greu sobre la qualitat de vida posterior en cas de sobreviure.

5.2. Atenció als ingressos per COVID-19 en la gent gran a les Illes Balears. El cas de l'Hospital Universitari Son Espases

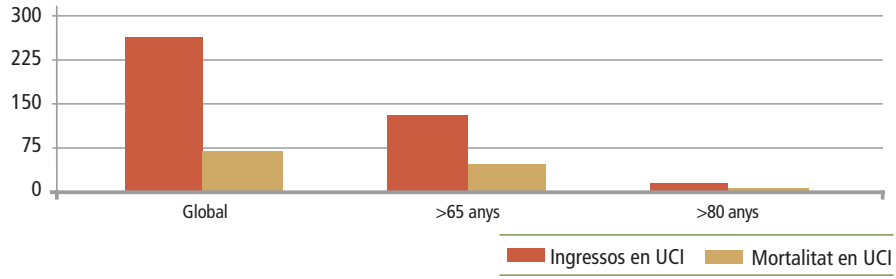
Un gran nombre de pacients que han contret la COVID-19 han requerit ingrés hospitalari, principalment per quadres de pneumònia intersticial bilateral que condicionaven en molts casos una insuficiència respiratòria greu, quadre especialment sensible en els pacients d'edat avançada que tenen una reserva funcional molt menor.

L'Hospital Universitari Son Espases ha atès durant la pandèmia la majoria de casos de COVID-19 que han requerit ingrés hospitalari com a hospital sanitari del sector Ponent de Mallorca i hospital de referència de les Illes Balears. L'edat mitjana dels pacients que hi varen ingressar era de 63,21 anys, i la dels pacients que varen morir durant l'ingrés hospitalari, de 77,02 anys. També els pacients amb edat avançada varen tenir estades més llargues als centres hospitalaris i varen necessitar més derivacions a altres centres per convalescència, amb el consegüent impacte sobre el seu grau de dependència.

Gràfic 1 | *Mortalitat intrahospitalària*



Gràfic 2 | *Nombre d'ingressos en UCI i mortalitat en UCI*



A causa de la incidència relativament més mitigada a les Illes Balears respecte d'altres autonomies o regions europees, la capacitat ampliada dels centres sanitaris ha permès durant la pandèmia disposar de recursos per atendre correctament els pacients la vida dels quals estava amenaçada.

Com a la resta de països i comunitats autònomes, els pacients d'edat avançada varen presentar uns pitjors pronòstics i resultats en salut, en especial una mortalitat notablement augmentada respecte de la resta de pacients. Aquest fet es va tractar de pal·liar al nostre entorn amb el suport d'hospitals d'atenció intermèdia (principalment l'Hospital General de Mallorca).

6. Impacte indirecte sobre la salut de la gent gran

Les conseqüències indirectes del confinament i les mesures restrictives posteriors adoptades han tingut un gran impacte sobre la gent gran. L'infradiagnòstic d'altres malalties i les dificultats per a l'atenció de malalties cròniques han provocat un impacte

sobre els resultats en salut en aquestes patologies, entre les quals podem destacar les patologies de l'àmbit de la salut mental. Però, a més d'altres patologies, les capacitats cognitives i els problemes mentals de la gent gran han augmentat notablement amb el confinament i la privació d'estímuls i contactes socials que ha comportat, sobretot tenint en compte les dificultats per a l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació que té aquest col·lectiu.

7. La vacunació contra la COVID-19

Des de l'inici de l'estratègia de vacunació, s'ha decidit prioritzar en primer lloc els pacients d'edat avançada i fràgils, per després estendre-la a la resta de la població en extractes d'edat decreixents.

A les Illes Balears, fins al 15 de juny de 2021, s'han administrat 751.521 vacunes, i 191.293 persones han rebut la pauta completa de vacunació. L'estratègia de vacunació ha estat radicalment efectiva durant el 2021 en la prevenció d'ingressos per COVID-19 greu, és a dir, ha fet disminuir a la mínima expressió els casos de malaltia greu en la població de gent gran vacunada i ha eliminat quasi per complet la transmissió del SARS-CoV-2 en les residències de gent gran.

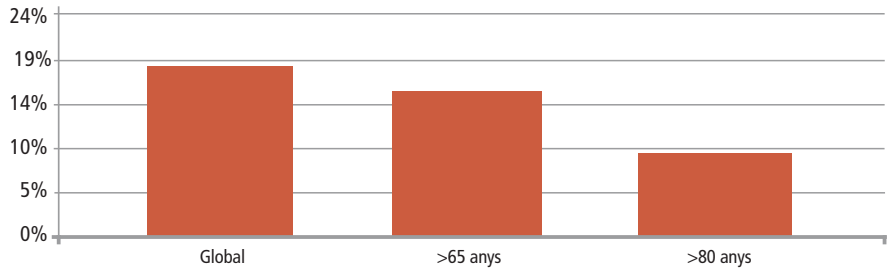
8. Lliçons i reptes que ens ha deixat la pandèmia en l'atenció a la gent gran

Els sistemes de residències de gent gran del món occidental cal que estiguin orientats a les necessitats actuals de dependència dels usuaris; la coordinació entre el sistema sanitari i el sociosanitari són essencials.

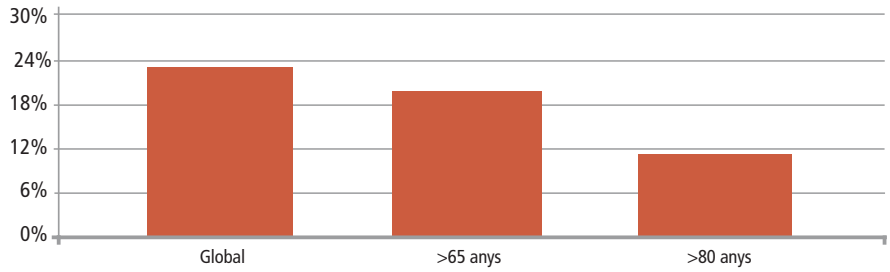
Quan els recursos sanitaris escassegen, es fa especialment important adequar les cures sanitàries a cada pacient, però s'ha d'evitar el risc de fer generalitzacions excessives i, sobretot, de caure en alguns casos en edatisme. No sembla que s'hagi incorregut en aquest risc a les Illes Balears gràcies, principalment, a l'afectació mitigada respecte d'altres territoris, ja que a les nostres Illes no s'ha sobrepassat la capacitat ampliada dels centres sanitaris.

La capacitat per a un ràpid desenvolupament de vacunes enfront d'amenaces infeccioses globals és un mètode determinant per lluitar contra noves infeccions respiratòries altament transmissibles que continuam en risc de patir. En el cas de la COVID-19, ha estat la mesura més efectiva per protegir la gent gran i els col·lectius de risc.

Gràfic 3 | *Estada mitjana*



Gràfic 4 | *Derivacions a hospitals d'Atenció Intermèdia*



Agraïments

Als serveis de Medicina Interna, Pneumologia, Medicina Intensiva, Urgències, Microbiologia i Anàlisis Clíniques de l'Hospital Universitari Son Espases. A l'Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdISBa).

Referències bibliogràfiques

Banerjee, D. (2020). The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *35*(12), 1466-1467. https://doi.org/10.1002/gps.5320

Chudasama, Y. V., Gillies, C. L., Zaccardi, F., Coles, B., Davies, M. J., Seidu, S. i Khunti, K. (2020). Impact of COVID-19 on routine care for chronic diseases: A global survey of views from healthcare professionals. *Diabetes & metabolic syndrome*, *14*(5), 965-967. https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.042

Colenda C. C., Reynolds C. F., Applegate W. B., Sloane P. D., Zimmerman S., Newman A. B., Meeks S. i Ouslander J. G. (2020). COVID-19 Pandemic and Ageism: A Call for Humanitarian Care. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *28*(8), 805-807. https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.04.005.

Dades dels serveis de Medicina Interna i Pneumologia i del sistema SIHUSE de Bussiness Intelligence.

Informació sobre la COVID-19 de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears. https://www.caib.es/sites/coronavirus/ca/portada/

Informes COVID-19 de la xarxa de vigilància epidemiològica RENAVE del Ministeri de Ciència i Innovació. https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublica-RENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx

Maringe, C., Spicer, J., Morris, M., Purushotham, A., Nolte, E., Rachet, B. i Aggarwal, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *The Lancet Oncology*, *21*, 1023-1034. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(20)30388-0

Mason, R. J. (2020). Pathogenesis of COVID-19 from a cell biology perspective. *European Respiratory J*ournal, *55*(4), 2000607. https://doi.org/10.1183/13993003.00607-2020.

Perrotta, F., Corbi, G., Mazzeo, G., Boccia, M., Aronne, L., D'Agnano, V., Komici, K., Mazzarella, G., Parrella, R. i Bianco, A. (2020). COVID-19 and the elderly: insights into pathogenesis and clinical decision-making. *Aging Clinical and Experimental Research*, *32*(8), 1599-1608. https://doi.org/10.1007/s40520-020-01631-y

Autors

JOAN ALBERT POU GOYANES

Palma (1986). Metge especialista en Medicina Interna. Dedicat els darrers anys al diagnòstic i al tractament de malalties cròniques, principalment la insuficiència cardíaca, i als sistemes d'informació clínica. Pertany als grups de recerca en Medicina Interna i Microbiologia i Malalties Infeccioses de l'Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdiSBa). En la pandèmia de la COVID-19 ha participat en les tasques assistencials a pacients ingressats a l'Hospital Son Espases.

ANTONI COLOM FERNÁNDEZ

Palma (1983). Doctor en Investigació Transnacional en Salut Pública i Malalties d'Alta Prevalença. Integrant del grup de recerca en Epidemiologia Nutricional i Fisiopatologia Cardiovascular (NUTRCOR) a l'Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdiSBa). A més, també pertany al grup de recerca en Biologia Molecular i Salut Global de la Universitat de les Illes Balears (UIB). Actualment, és tècnic de suport a la recerca en Nutrició Humana i Dietètica i professor associat del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la UIB.

ACTITUDS ENVERS LA MORT DE LES PERSONES GRANS I ELS PROFESSIONALS DE LA SALUT: UN ANY DE COVID-19

Actituds envers la mort de les persones grans i els professionals de la salut: un any de COVID-19

Saray Fernández Muñoz
María Valero de Vicente

Resum

La COVID-19 ha causat milers de víctimes mortals i ha acostat a la societat l'experiència de la mort. El present estudi té com a objectiu principal investigar les actituds envers la mort de les persones més grans de seixanta-cinc anys i els professionals de la salut. Tots dos s'han enfrontat a la malaltia sent grups d'alt risc: un, per ser més vulnerable a l'efecte de la malaltia, i l'altre, per haver d'afrontar-la i atendre-la professionalment. Així mateix, les persones grans són el grup d'edat on més morts s'han registrat, i, en el cas dels professionals de la salut, han hagut d'oferir cures i treballar en estreta relació amb la mort. S'espera que siguin col·lectius amb actituds negatives envers la mort. Hi han participat 38 persones més grans de seixanta-cinc anys i 44 professionals sanitaris. A cada grup se'ls ha proporcionat dos qüestionaris diferents formats per les escales següents validades per a la població espanyola: EBAM, PRAM-R i ProQOL-IV. Els resultats principals assenyalen que tots dos grups presenten actituds negatives envers la mort; no obstant això, el grup de professionals de la salut és el que manifesta tenir més evitació i por de la mort, a més d'alts nivells de trauma secundari i la síndrome del professional cremat o *burnout*.

Resumen

La COVID-19 se ha cobrado miles de vidas acercando a la sociedad la experiencia de la muerte. El presente estudio tiene como objetivo principal investigar las actitudes hacia la muerte de las personas mayores de sesenta y cinco años y los profesionales de la salud. Ambos se han enfrentado a la enfermedad siendo grupos de alto riesgo, uno por ser más vulnerable a los efectos de la enfermedad y el otro por tener que afrontarla y atenderla profesionalmente. Así mismo, las personas mayores son el grupo de edad dónde más fallecidos se han producido, y en el caso de los profesionales de la salud, han tenido que brindar cuidados y trabajar en estrecha relación con la muerte. Se espera que sean colectivos con actitudes negativas hacia la muerte. Han participado un total de 38 personas mayores de sesenta y cinco años y 44 profesionales sanitarios. A cada grupo se les ha administrado dos cuestionarios diferentes formados por las siguientes escalas validadas para población española: EBAM, PRAM-R y ProQOL-IV. Los principales resultados señalan que ambos grupos presentan actitudes negativas hacia la muerte; sin embargo, el grupo de profesionales de la salud presenta en mayor medida evitación y miedo a la muerte, además de altos niveles de trauma secundario y *burnout*.

1. Introducció

L'any 2020 i ben entrat el 2021, la mort ha estat més present que mai en les nostres vides. L'11 de març de 2020, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) declara l'estat de pandèmia mundial a causa de la incidència descontrolada d'una nova malaltia

infecciosa denominada SARS-Cov-2 (d'ara endavant, COVID-19). A final de gener del mateix any, ja se n'havien detectats els primers casos a Espanya, i, atesa la situació, el 14 de març el Govern espanyol declara l'estat d'alarma a tot el país. En aquells moments, la COVID-19 ja havia causat centenars de morts i es comptaven per milers els contagiats. Com a mesura principal derivada de l'estat d'alarma, es confina la població a casa seva, la qual cosa limita la mobilitat individual i suspèn qualsevol tipus d'activitat social, excepte aquelles relacionades amb l'adquisició de béns de primera necessitat (comprar queviures, medicines, assistència sanitària, etc.).

A l'últim informe publicat per l'Institut Nacional d'Estadística amb dades encara provisionals referides a l'any 2020, es compten un total de 4.492.930 morts; un 17,70% més que l'any anterior (INE, 2021). Cal esmentar que el gruix de les defuncions que hi hagué durant l'any en què es declara la pandèmia es registraren els mesos de març i abril, seguit d'octubre i de novembre. En comparació amb l'any anterior, hi ha hagut un increment de la mortalitat en tots els grups d'edat excepte entre els menors de 30 anys. L'increment més significatiu s'observa en la franja d'edat que va dels 75 als 79 anys (fins a un 24% més), seguit de la gent gran d'entre 95 i 99 anys (un 22,3% més). Aquest increment ha afectat pràcticament per igual tant els homes (un 25% més) com les dones (un 22,4% més). Les persones grans han representat un 68% del total dels hospitalitzats per COVID-19 i el 95% del total dels morts pel virus. El risc de defunció augmenta considerablement a partir dels 80 anys, a conseqüència de l'empitjorament de les patologies de base i les complicacions cardiorespiratòries derivades de la COVID-19 (Porcel et al., 2020).

Tenint en compte aquestes dades, no és d'estranyar que les persones grans hagin estat considerades un grup de risc prioritari i hagin focalitzat gran part de les mesures preventives, entre les quals destaquen l'aïllament de les residències, franges horàries per sortir al carrer per poder fer activitats essencials o les recomanacions de no visitar-los. Tot plegat ha obligat a cuidar-los i a mantenir-los enfora del contacte estret amb familiars per evitar contagis, i també privar-los del contacte social. El fet de ser considerat grup de risc un mateix o el cercle més pròxim genera situacions de distrès psicològic (Orte et al., 2020). Autors com Pinazo-Hernandis (2020) sostenen que aquesta vulnerabilitat està associada a l'edat, per tenir un sistema immunitari més feble i presentar altres malalties cròniques, principalment de tipus cardiovascular, pulmonar, metabòliques, etc., fet que implica més mal pronòstic a l'hora de contreure la malaltia i recuperar-se'n satisfactòriament.

Malgrat que la mort és precisa, continua sent un tema tabú en la societat actual, que suscita generalment actituds negatives i de rebuig social. La idea de la mort més normalitzada en la societat occidental és la que ocorre de manera sobtada, mentre l'adult gran dorm i que acaba morint a causa de la vellesa (Moreno, 2016; Uribe-Rodríguez,

2007). Així mateix, no és igual pensar en la mort d'un mateix que en la dels altres. Per les persones, generalment és més fàcil elaborar la mort del proïsme que la pròpia, ja que al llarg de la vida es tenen més experiències de mort pròxima que experiències amb la d'un mateix. Això és perquè la mort es presenta com una cosa inevitable, però irreal, pel fet que no ens ha succeït i només ha estat percebuda en relació amb els altres (Lynch i Oddone, 2017).

La finalitat dels ritus funeraris, acudir a les vetlles, donar el condol, guardar dol o les visites al cementeri va més enllà d'una demostració de respecte pels difunts i serveix com a estratègia adaptativa la funció primordial de la qual és preservar l'equilibri individual i social dels vius (Lynch i Oddone, 2017). Així mateix, el procés de dol es presenta com a resposta a la mort d'un ésser estimat o de qualsevol altra pèrdua significativa. Es tracta d'un pas necessari per reorganitzar els vincles i elaborar el dolor de la pèrdua (Flórez, 2009). El dol s'associa sovint a simptomatologia depressiva, que es manifesta amb sentiments de tristesa, plor, desesperança, ràbia, culpa i impotència, i arriba a provocar disfunció temporal en les activitats de la vida quotidiana.

D'alguna manera, els ritus funeraris i el mateix procés de dol ajuda a organitzar la vida emocional i elaborar la mort. Per tant, s'entenen com a pautes culturals efectives que serveixen per afrontar la mort i evitar que aquesta es torni patològica (Urmeneta, 2001, citat per Flórez, 2009). El fet que els últims anys hagin perdut importància aquests rituals funeraris, impedeix l'elaboració de la mort i en dificulta l'acceptació, la qual cosa afavoreix que torni patològica. Més recentment, durant la pandèmia, la celebració dels ritus funeraris han limitat la cabuda o s'han ajornats a causa de la gravetat de la situació sanitària (Pía-Santelices, 2020).

En aquest sentit, s'entén que les persones grans es veuen afectades en major mesura pel dol, ja que viuen pèrdues continuades i significatives, com ara de la parella, familiars, amistats, veïns, etc., i, per això poden quedar amb més facilitat ancorats en alguna de les fases (Uribe-Rodríguez et al., 2008). Autors com Bowen (1989), citat per Lafebre (2014), sostenen que les pèrdues significatives produeixen canvis en la visió que les persones tenen sobre la pròpia vida, però també sobre la pròpia mort.

La recerca prèvia sobre les actituds envers la mort s'han centrat fonamentalment en l'ansietat i la por de la mort, que són generadores d'emocions negatives. La **por de la mort** s'entén com una actitud universal influenciada per factors varis, entre els quals destaquen la fi de l'existència d'un mateix, la por del desconegut o por del dolor i el patiment durant el procés (Feifel, 1990; Moreno, 2016; Schmidt, 2007). D'altra banda, l'ansietat davant la mort, segons Limonero (1997), seria una reacció emocional més o menys inconscient que és generada davant la percepció de senyals de perill o amenaça a la vida, siguin aquests reals o imaginats.

El context actual de crisi sanitària, que ha tingut com a mesura principal de prevenció el distanciament social i l'aïllament, ha afectat de manera significativa els rituals funeraris i també les maneres de morir (Pía-Santelices, 2020). Així doncs, moltes persones han mort en la més absoluta solitud i, a més, els familiars i afins han estat privats de la possibilitat d'acomiadar-se'n (Balluerka et al., 2020). Seguint l'argumentació de la recerca sobre actituds, la por de la mort i l'ansietat davant aquesta, podrien ser reaccions normals que ocorren amb més freqüència en situacions que generen incertesa i que impacten en pràcticament tots els àmbits de la vida, com ha estat la situació provocada per la COVID-19 (Orte et al., 2020; Sandín et al., 2020).

Un altre dels papers protagonistes en aquest context ha estat el desenvolupat per part dels professionals de la salut que han tractat d'afrontar de la millor manera possible la crisi sanitària i social sobrevinguda. El personal sanitari ha hagut d'enfrontar-se a una malaltia nova en un temps rècord i posar al servei de la societat tots els recursos sanitaris, personals, materials i socials de què disposava. L'esforç ha estat titànic i en molts casos s'han vist desbordats per una situació que sobrepassava els límits del que es podien esperar. El contacte directe amb la malaltia i la mort ha estat constant i s'ha començat a observar l'augment del que es coneix com a síndrome del professional cremat (*burnout*) (Araujo et al., 2020). És a dir, el personal sanitari manifesta nivells molt elevats d'estrès, por i ansietat davant la mort, així com altres problemes de salut mental (Erquicia et al., 2020). En aquest sentit, ha estat un altre dels grups de risc més exposats a la malaltia i a les seves conseqüències, per la qual cosa caldria esperar que es vegin afectades les seves capacitats a l'hora d'enfrontar-se als esdeveniments traumàtics, l'estrès, l'ansietat i la por de la mort.

La situació de pandèmia provocada per la COVID-19 genera la necessitat d'explorar les actituds envers la mort de dos dels grups més afectats per aquesta crisi sanitària, les persones grans i els professionals de la salut.

2. Objectius i hipòtesis de recerca

A partir del que s'ha exposat anteriorment, es desprenen els objectius principals següents, centrats a estudiar les actituds envers la mort. D'una banda, de la gent gran en un context de pandèmia per la COVID-19, i, de l'altra banda, dels professionals de la salut que han fet front a la pandèmia. Quant a les hipòtesis principals d'aquest estudi pel que fa a la situació excepcional, tant les persones grans com els professionals presenten actituds negatives envers la mort, i aquestes actituds presenten relacions amb algunes de les variables avaluades. Així mateix, també s'espera que hi hagi diferències entre les persones grans i els professionals de la salut en relació amb les actituds envers la mort.

3. Metodologia

S'ha dut a terme un estudi quantitatiu basat en l'administració de qüestionaris validats per a població espanyola de tipus transversal. A continuació, es detallen els participants que n'han format part, els instruments emprats i el procediment seguit.

3.1. Participants

Per dur a terme aquesta recerca, s'han recollit dues mostres de participants: una mostra de persones més grans de 65 anys (*n* = 38) i una altra mostra de professionals de la salut (*n* = 44). El mostratge realitzat és no probabilístic de tipus intencional. A continuació, es resumeixen les dades descriptives per a cadascuna de les mostres recollides.

En el grup de persones grans (*n* = 38), hi ha 16 homes i 22 dones, amb una edat compresa entre els 65 i els 88 anys (*M* = 73,02; *DE* = 6,44). L'edat mitjana de les dones és de 74 anys i la dels homes de 68. Del total de la mostra, el 84,2% (*n* = 32) es considera grup de risc. En relació amb la mena de convivència, el 63,2% (*n* = 24) viuen amb la unitat familiar, el 23,7% (*n* = 9) viu amb la seva parella, el 7,8% (*n* = 3) viu amb la família extensa i només el 3% (*n* = 2) viu sol.

Al grup de professionals de la salut (*n* = 44), hi ha 14 homes (34,1%) i 30 dones (65,9%), amb una edat compresa entre els 19 i els 59 anys (*M* = 38,7; *DE* = 10,90). La franja d'edat en la qual es concentren els participants correspon entre els 45 i els 52 anys. Un 31,8% (*n* = 14) declara que pertany a un grup de risc. Segons la mena de convivència, el 59,1% (*n* = 26) viu en la unitat familiar, un 29,3% (*n* = 13) viu amb la seva parella i un 11,4% (*n* = 5) viu sol. En relació amb la professió sanitària que exerceixen trobam que un 40,9% (*n* = 18) són tècnics auxiliars d'infermeria; un 38,63% (*n* = 17) són infermers/es; un 13,63% (*n* = 6) són professionals sanitaris i la resta, un 4,54% (*n* = 2), són higienistes bucodentals i un 2,27% (*n* = 1) són treballadors sociosanitaris.

3.2. Instruments

Per fer aquesta recerca, s'han elaborat dos qüestionaris: un per a cada mostra de participants. Tots dos qüestionaris s'han elaborat i administrat a partir de la plataforma de Google Forms i inclouen un apartat inicial en el qual s'explica l'objectiu de l'estudi, se sol·licita la col·laboració i s'informa sobre la confidencialitat i el tractament de les dades segons la Llei orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. Per participar en l'estudi, tots els col·laboradors havien de donar el consentiment després d'haver-ne llegit les condicions. En l'apartat següent d'aquests dos qüestionaris, es presenta un bloc de preguntes per recollir informació descriptiva de la mostra (edat, gènere, pertinença a grup de risc, tipus de convivència,

haver passat la COVID-19, etc.). Una vegada recollida aquesta informació bàsica, es presenten els qüestionaris que es detallen a continuació.

3.2.1. Perfil revisat d'actituds envers la mort, PRAM-R

El perfil revisat d'actituds envers la mort (PRAM-R, Gesser et al., 1987) és un instrument multidimensional que mesura les actituds davant la mort. Concretament, se n'ha administrat una versió revisada i validada per a població espanyola (Schmidt, 2017). Aquest instrument ha estat administrat tant a les persones més grans de 65 anys com als professionals sanitaris.

El qüestionari està compost per 32 ítems a l'escala tipus Likert que va d'1 a 7, sent 1 totalment en desacord i 7 totalment d'acord. Les propietats psicomètriques constaten que es tracta d'un instrument de fiabilitat elevada i uniforme entre totes les dimensions que avalua (alfa de Cronbach .86; Schmidt, 2017). L'avantatge principal d'aquest qüestionari, a més de la fiabilitat, és que permet avaluar un ampli espectre d'actituds envers la mort:

- **Por de la mort:** resposta conscient davant la mort que es relaciona amb la por a la perduda d'un mateix, al que és desconegut, al que hi haurà més enllà, al dolor, al patiment i al benestar de les persones més pròximes. Aquesta por sorgeix com a resposta davant la falta de significat de la vida o de la mort.

- **Evitació de la mort:** relacionat amb actituds de rebuig i aversió a la mort i tot el que hi estigui relacionat.

- **Acceptació d'acostament:** fa referència a les creences religioses o espirituals que poden augmentar la confiança, la tranquil·litat o la convicció d'una vida feliç després de la mort.

- **Acceptació de fuita:** mesura les habilitats per enfrontar-se al dolor, al patiment o als problemes de l'existència mateix, de manera que, si hi ha mancances en les habilitats d'enfrontament, es vegi la mort com una alternativa o fuita de les emocions considerades socialment negatives.

- **Acceptació neutral:** avalua la situació d'ambivalència davant la mort, que s'expressa com una por normal, acceptant que és un fet innegable i natural que forma part de la vida i que, per això, ha de ser aprofitada al màxim.

3.2.2. Escala de Bugen d'afrontament de la mort, EBAM

L'escala d'afrontament de la mort (EBAM; Bugen, 1980) és un dels primers instruments psicomètrics utilitzats per avaluar la competència davant la mort. Aquest qüestionari

ha estat administrat únicament a les persones més grans de 65 anys per mesurar un ampli rang d'habilitats i de capacitats personals per afrontar la mort, així com les creences i actituds respecte d'aquestes capacitats i competències.

Es tracta d'un instrument validat en castellà que consta de 30 ítems a l'escala tipus Likert, que va d'1 a 7, sent 1 totalment en desacord i 7 totalment d'acord. Quant a les propietats psicomètriques, ofereix una consistència interna elevada (alfa de Cronbach .82; Galiana et al., 2015).

3.2.3. Escala professional qualitat de vida, ProQOL-IV

L'instrument professional qualitat de vida (Quality of Life) versió IV (ProQOL-IV; Figley i Stamm, 1996) mesura la fatiga de compassió i satisfacció dels professionals de la salut. Està compost per 30 ítems que pregunten per la freqüència experimentada els últims 30 dies i es respon en l'escala tipus Likert de 0 a 5, sent 0 mai i 5 sempre (Martínez, 2014). Es divideix en tres subescales: satisfacció per compassió, síndrome d'esgotament professional i trauma secundari. Aquest qüestionari només ha estat administrat a la mostra de professionals sanitaris. La consistència interna per a la satisfacció per compassió és d'una alfa de Cronbach de .77, de .78 per a trauma secundari i de .54 per a la síndrome d'esgotament profesional (*burnout*) (Galiana et al., 2015). A partir del que exposa Martínez (2014), cadascuna de les subescales avaluen:

- **Satisfacció per compassió:** es refereix al plaer/benestar del professional sanitari amb el seu treball i l'ajuda que proporciona a les persones que el necessiten. Per exemple, plaer a rebre agraïments de les persones a les quals ha ajudat; benestar o sentiment d'haver complert amb el seu deure; sentir-se útil, valorat o transcendent per a les persones que cuida, o amb la societat en general. També fa referència a la mena de vincle que estableix amb els companys, l'ambient de treball i el reconeixement com a professional.

- **Síndrome del professional cremat *(burnout):*** en català, que es defineix com un estat d'esgotament emocional, despersonalització i baix o reduït sentit d'autoeficàcia professional. Es tracta d'un procés que es va generant al llarg del temps i que tendeix a agreujar-se. Està influenciat per les característiques personals i d'afrontament del professional, les característiques o casuístiques de la població a la qual atén i de les dinàmiques o ambients de les organitzacions en les quals exerceix la professió.

- **Trauma secundari:** es tracta d'un dels components de la fatiga per compassió i fa referència al conjunt d'emocions i conductes que experimenta el professional a causa de l'estreta relació amb persones que han viscut un fet traumàtic i del qual d'alguna manera són partícips, o fins i tot protagonistes (Figley i Stamm, 1996;

Martínez, 2014). Aquest estrès traumàtic secundari ocorre precisament per l'establiment de relacions altament empàtiques amb el pacient en prestar-li ajuda. Seria alguna cosa així com el reflex dels símptomes de l'estrès traumàtic de la víctima primària (el pacient) en el professional que li proporciona les cures.

3.3. Procediment

La recerca consta de dues fases. La primera ha consistit a fer una revisió bibliogràfica de les publicacions que s'han fet fins al moment sobre la COVID-19, concretament sobre el paper que hi han tingut les persones grans i el personal sanitari. També sobre les actituds envers la mort, així com de les diverses maneres d'avaluar-les, el procés de dol i l'impacte de la COVID-19 en els rituals funeraris. En la segona fase, s'han dissenyat i administrat els qüestionaris per a la recollida d'informació i, posteriorment, se n'han analitzat els resultats principals.

L'estudi s'ha dut a terme durant els mesos de març i maig de 2021. La recollida d'informació es va realitzar a través de la difusió dels enllaços per xarxes socials (Instagram, WhatsApp i Facebook) del 14 d'abril al 4 de maig de 2021. Una vegada recollida la mostra, les dades foren extretes en un document Excel i analitzades amb el paquet estadístic IBM SPSS versió 27.

4. Resultats

Els resultats principals de la recerca s'han dividit en tres blocs: el primer bloc fa referència als resultats de les persones més grans de 65 anys; el segon pertany al grup de professionals de la salut, i el tercer, a la comparació de tots dos grups.

4.1. Grup de persones més grans de 65 anys

En relació amb la possibilitat de contreure la COVID-19 per la mena de convivència, el 81,6% (n = 31) reconeix que es troba en risc. El 60,5% (n = 23) ha assenyalat que no creu haver passat la COVID-19, el 71,1% (n = 27) té algun familiar o amic pròxim que l'ha passada, i només un 28,1% (n = 8) indica que algun familiar o amic ha mort a conseqüència de la malaltia. Pel que fa a si s'han fet o no una prova de detecció de la COVID-19, el 84,2% (n = 32) declara no haver-se'n feta cap.

Quant als resultats dels qüestionaris administrats a aquest grup, a la taula 1 es mostren els estadístics descriptius bàsics del qüestionari PRAM-R i EBAM. Les mitjanes més baixes en PRAM-R corresponen a la dimensió d'evitació de la mort i l'acceptació de fuita, mentre que la mitjana més elevada és de la dimensió d'acceptació d'acostament, seguida de

l'acceptació neutral. En relació amb els resultats del qüestionari EBAM, la mitjana de tota la mostra és de 125,36, la qual cosa significa que, en conjunt, el grup de gent més gran de 65 anys es troba dins dels paràmetres considerats normals, fet pel qual no existeix ni un pitjor enfrontament de la mort ni un enfrontament òptim, sinó més aviat neutral.

Taula 1 | *Estadístics descriptius d'actituds envers la mort segons PRAM-R*

	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació típica
PRAM-R puntuació total	50,00	132,00	89,34	23,32
Por de la mort	7,00	36,00	16,42	9,36
Evitació de la mort	5,00	29,00	13,89	7,01
Acceptació d'acostament	10,00	52,00	29,68	11,81
Acceptació de fuita	5,00	29,00	13,18	6,43
Acceptació neutral	6,00	32,00	16,15	6,79
EBAM puntuació total	79,00	167,00	125,36	21,78
N	38			

Amb l'objectiu d'observar la relació entre les diferents puntuacions (qüestionaris i les seves subescales), s'ha dut a terme una anàlisi de correlacions de Spearman (vegeu la taula 2). Entre els resultats més destacats es troba que la variable de por de la mort té una relació estadísticament significativa i positiva de magnitud eelvada amb evitació de la mort amb r_s = .718, p<0,00. La subescala acceptació neutral té una relació lineal estadísticament significativa i inversament proporcional de força moderada amb la subescala de por de la mort (r_s = -.538, p<0,00), la qual cosa suggereix que, com més por es té a la mort, menys capacitat d'acceptació. També s'observa una relació lineal estadísticament positiva, encara que de magnitud feble, entre acceptació de fuita i evitació de la mort (r_s = .453, p<0,006).

També s'ha comprovat si hi havia diferències en les variables en funció del sexe, i se n'han trobat, a partir de l'estadístic U de Mann-Whitney, però no s'ha detectat cap diferència estadísticament significativa.

4.2. Grup de professionals de la salut

El 77,3% (n = 34) dels professionals creu que a causa de la seva mena de convivència podria tenir risc de contreure la COVID-19. El 100% considera que, per les seves condicions de treball, podria estar exposat a la COVID-19, mentre que només un 20,5% (n = 9) creu haver passat la malaltia. Quant al seu cercle més pròxim, el 65,9% (n = 29) ha tingut algun conegut que ha passat la COVID-19 i el 20,5% (n = 9) assenyala que algun conegut ha mort per la malaltia. No obstant això, del total de la mostra de professionals, només un 13,6% (n = 6) s'ha fet alguna prova diagnòstica.

Taula 2 | *Anàlisi de correlació de les variables avaluades en el grup de gent més gran de 65 anys*

Variables		PRAM-R puntuació total	Por de la mort	Evitació de la mort	Acceptació d'acostament	Acceptació de fuita	Acceptació neutral	EBAM puntuació total
PRAM-R puntuació total	r_s	1						
	p	.						
Por de la mort	r_s	.505**	1					
	p	.001	.					
Evitació de la mort	r_s	.617**	.718**	1				
	p	.000	.000	.				
Acceptació d'acostament	r_s	.665**	-.060	.053	1			
	p	.000	.722	.751	.			
Acceptació de fuita	r_s	.670**	.409*	.453**	.363*	1		
	p	.000	.011	.006	.025	.		
Acceptació neutral	r_s	.168	-.538**	-.287	.346*	-.058	1	
	p	.315	.000	.080	.033	.729	.	
EBAM puntuació total	r_s	.365*	.646**	.463**	.001	.256	-.422**	1
	p	.024	.000	.003	.996	.121	.008	.

Nota. r_s, coeficient de correlació de Spearman; *p*, significació bilateral.

* La correlació és significativa a nivell *p* = .01; * La correlació és significativa a nivell *p* = .05.

A la taula 3 es mostren els estadístics descriptius del qüestionari PRAM-R i ProQOL-IV i a la taula 4 es fa la interpretació de les puntuacions obtingudes en el qüestionari ProQOL-IV en funció de les instruccions de correcció proporcionades pels autors. Els resultats més destacats indiquen que la majoria de la mostra es troba en nivells normals de satisfacció per compassió (65,9%), només un 20,5% puntua alt en aquesta escala; un 31,8% puntua alt en la subescala de la síndrome d'esgotament professional (*burnout*) i un 20,5% puntua alt en la subescala de trauma secundari.

Taula 3 | *Estadístics descriptius de les actituds envers la mort dels professionals de la salut segons PRAM-R i ProQOL-IV*

	Mínim	Màxim	Mitjana	Desviació típica
PRAM-R puntuació total	70,00	172,00	116,88	27,79
Acceptació neutral	7,00	23,00	12,09	4,04
Acceptació de fuita	7,00	35,00	19,13	7,96
Acceptació d'acostament	23,00	70,00	45,95	13,07
Evitació de la mort	5,00	35,00	16,38	7,11
Por de la mort	8,00	44,00	23,31	10,59
ProQOL-IV				
Trauma secundari	17,00	52,00	33,97	8,87
Satisfacció per compassió	21,00	59,00	37,52	9,23
Síndrome d'esgotament professional	24,00	61,00	38,45	10,10
N	44			

Taula 4 | *Interpretació per nivells de les subescales de la qualitat de vida professional del personal sanitari segons ProQOL-IV*

Nivell	Satisfacció per compassió		Síndrome d'esgotament professional		Trauma secundari	
	f	%	*f*	%	*f*	%
Baix	5	11,4	2	4,5		
Mitjà	29	65,9	25	56,8	29	65,9
Alt	9	20,5	14	31,8	9	20,5
Total	43	97,7	41	93,2	38	86,4
Perduts del sistema	1	2,3	33	6,8	6	13,6
Total	44	100,0	44	100,0	44	100,0

Taula 5 | *Anàlisi de correlació d'Spearman dels professionals de la salut, segons PRAM i ProQOL-IV*

Variables		PRAM-R	Por de la mort	Evitació de la mort	Acceptació d'acostament	Acceptació de fuita	Acceptació neutral	ProQOL	Satisfacció per compassió	Síndrome d'esgotament professional	Trauma secundari
PRAM-R puntuació total	r_s	1									
	p	.									
Por de la mort	r_s	.698**	1								
	p	.000	.								
Evitació de la mort	r_s	.599**	.581**	1							
	p	.000	.000	.							
Acceptació d'acostament	r_s	.771**	.367*	.138	1						
	p	.000	.014	.373	.						
Acceptació de fuita	r_s	.670**	.090	.102	.369*	1					
	p	.000	.562	.508	.014	.					
Acceptació neutral	r_s	.505**	-286	-.232	.171	.057	1				
	p	.000	.060	.130	.266	.715	.				
ProQOL Puntuació total	r_s	.071	-.627**	-.592**	-.187	-.499**	.297	1			
	p	.648	.000	.000	.225	.002	.050	.			
Satisfacció per compassió	r_s	-579**	.708**	-.594**	.669**	-.368*	.190	-.499**	1		
	p	.000	.000	.000	.000	.014	.217	.001	.		
Síndrome d'esgotament professional	r_s	.926	.717**	.675**	.676**	.165	-.146	-.488**	.724**	1	
	p	.000	.000	.000	.000	.283	.344	.001	.000	.	
Trauma secundari	r_s	.829**	.492**	.339*	.777**	.702**	.183	-.527**	.777**	.585**	1
	p	.000	.001	.024	.000	.000	.233	.000	.000	.000	.

Quant a l'anàlisi de correlacions a partir del coeficient de correlació d'Spearman (vegeu la taula 5), veiem que la dimensió de por de la mort està altament correlacionada amb la subescala de *burnout*, r_s = .717, p<0,00. També es troben relacions estadísticament significatives de magnitud elevada entre satisfacció per compassió i por de la mort, r_s = .708, p<0,00; trauma secundari i acceptació d'acostament r_s = .777, p<0,00; trauma secundari i acceptació de fuita, r_s =. 702, p<0,00.

Pel que fa a si hi ha o no diferències en funció del sexe dels professionals sanitaris, els resultats de l'U de Mann-Whitney només mostren diferències estadísticament significatives per a acceptació de fuita (p =. 005), en acceptació neutral (p =. 029) i en la puntuació total d'aquest qüestionari (p =. 011), en què els homes són els que presenten les puntuacions més baixes en aquestes dimensions.

4.3. Comparació entre totes dues mostres

La comparació entre totes dues mostres s'ha pogut realitzar sobre el qüestionari PRAM-R que va ser administrat als dos grups: persones més grans de 65 anys i professionals sanitaris. A la taula 6 es mostren els estadístics descriptius per a tots dos grups en el qüestionari PRAM-R.

Taula 6 | *Anàlisi d'estadístics descriptius de tots dos grups en el qüestionari PRAM-R*

	Grup	N	Mitjana	Desviació típica
PRAM-R puntuació total	Més grans de 65 anys	38	89,34	23,32
	Professionals	44	116,88	27,79
Por de la mort	Més grans de 65 anys	38	16,42	9,36
	Professionals	44	23,31	10,59
Evitació de la mort	Més grans de 65 anys	38	13,89	7,01
	Professionals	44	16,38	7,11
Acceptació d'acostament	Més grans de 65 anys	38	29,68	11,81
	Professionals	44	45,95	13,07
Acceptació de fuita	Més grans de 65 anys	38	13,18	6,43
	Professionals	44	19,13	7,96
Acceptació neutral	Més grans de 65 anys	38	16,15	6,79
	Professionals	44	12,09	4,04

L'anàlisi de correlacions d'Spearman (vegeu la taula 7) llança relacions estadísticament significatives i de magnitud elevada entre por de la mort i evitació de la mort

(r_s = .642, p<.000); amb una força feble, relació significativa i positiva entre les variables acceptació d'acostament (r_s = .299, p =. 006) i acceptació de fuita (r_s = .298, p = .007). D'altra banda, es conserva una correlació inversa de força moderada entre les variables d'acceptació neutral i por de la mort (r_s = -.472, p<.000), així com entre evitació de la mort i acceptació neutral (r_s =-.238, p = .031).

Taula 7 | *Anàlisi de correlació d'Spearman de totes dues mostres en PRAM-R*

Variables		PRAM-R puntuació total	Por de la mort	Evitació de la mort	Acceptació d'acosta-ment	Acceptació de fuita	Acceptació neutral
PRAM-R puntuació total	r_s	1					
	p	.					
Por de la mort	r_s	.670**	1				
	p	.000	.				
Evitació de la mort	r_s	.642**	.642**	1			
	p	.000	.000	.			
Acceptació d'acostament	r_s	.764**	.299**	.175	1		
	p	.000	.006	.116	.		
Acceptació de fuita	r_s	.620**	.298**	.303**	.446**	1	
	p	.000	.007	.006	.000	.	
Acceptació neutral	r_s	-.032	-.472**	-.238*	.026	-.081	1
	p	.775	.000	.031	.816	.472	.

Quant a l'anàlisi per saber si hi ha diferències entre els professionals i les persones més grans de 65 amb l'estadístic U de Mann-Whitney, es troben diferències estadísticament significatives amb un rang major en els professionals sanitaris per a les subescales següents (vegeu la taula 8): por de la mort (p<.000), acceptació d'acostament (p<.000) i acceptació de fuita (p =.002). Mentre que en la subescala d'acceptació neutral (p = .003), el rang mitjà és més elevat en les persones que tenen més de 65 anys.

Taula 8 | *Prova U de Mann-Whitney de mostres independents per a tots dos grups en PRAM-R*

Variables	Grup	Rang mitjà	Suma de rangs	*U*	*p*
PRAM-R puntuació total	Més grans de 65 anys	29,76	1.131	390	.000
	Professionals	51,64	2272		
Por de la mort	Més grans de 65 anys	32,83	1.247,5	506	.002
	Professionals	48,99	2155,5		

continua

Variables	Grup	Rang mitjà	Suma de rangs	*U*	*p*
Evitació de la mort	Més grans de 65 anys	36,75	1.396,5	655	.093
	Professionals	45,60	2.006,5		
Acceptació d'acostament	Més grans de 65 anys	27,58	1.048	307	.000
	Professionals	53,52	2.355		
Acceptació de fuita	Més grans de 65 anys	32,66	1.241	500	.002
	Professionals	49,14	2.162		
Acceptació neutral	Més grans de 65 anys	49,89	1.896	517	.003
	Professionals	34,25	1.507		

Nota. *U*, valor de l'estadístic *U* de Mann-Whitney; *p*, significació bilateral.

5. Conclusions

Aquesta recerca tenia com a objectiu fer un estudi exploratori de les actituds envers la mort d'un grup de persones grans i un altre de professionals sanitaris, un any després d'haver-se declarat l'estat de pandèmia per la COVID-19. Els principals resultats de les anàlisis estadístiques assenyalen que hi ha diferències significatives entre tots dos grups. Concretament, els professionals de la salut mostren menys capacitat d'enfrontament, més por de la mort i evitació. Això pot resultar contraintuïtiu, si tenim en compte que el col·lectiu de gent gran és un dels que més risc presenta i el grup d'edat en el qual més defuncions hi ha hagut (INE, 2021).

Els resultats assenyalen que els professionals de la salut presenten més dificultats per abordar la mort que les persones grans; no obstant això, aquests també tenen actituds negatives, encara que en menor mesura. Aquests resultats són congruents amb el han exposat per autors com Schmidt (2017), que sosté que la por de la mort es relaciona a les experiències personals, especialment a les situacions vitals extremes que han pogut ocórrer en el seu entorn més pròxim, més que amb experiències relacionades amb la pròpia salut i la integritat física. Tenint en compte que els professionals sanitaris han tingut un paper crucial en l'afrontament de la COVID-19, com a «porta d'entrada» envers la mort, no és d'estranyar que les puntuacions més elevades siguin precisament en trauma secundari i la síndrome d'esgotament professional (Araujo et al., 2020). Per tant, es tracta d'un col·lectiu en risc de presentar problemes relacionats amb la COVID-19, per la seva exposició direct, i també per a la seva salut mental i professional.

La mort és acceptada en major mesura per aquesta mostra de gent gran, malgrat pertànyer al grup més afectat per la pandèmia. Les raons d'aquesta acceptació podríem trobar-les en el fet que les persones, a mesura que envelleixen, desenvolupen la idea de la mort com a part del seu cicle vital (Uribe-Rodríguez et al., 2008). En aquest sen-

tit, és destacable que els resultats llancin puntuacions més elevades per a les persones grans en acceptació de fuita i acostament, la qual cosa suggereix que estan més preparades per afrontar la mort. Així i tot, estudis com el de Lena (2020) manifesten que les persones grans que han experimentat una mort pròxima han desenvolupat problemes psicològics (ansietat, depressió i estrès) a conseqüència de la COVID-19. A pesar que no és un aspecte que s'hagi estudiat en aquesta recerca, sí que és necessari tenir-ho en compte a causa de la possible influència que aquest fet pugui tenir en la capacitat d'enfrontar-se a la mort. Així mateix, l'espiritualitat (la creença en Déu o en la vida després de la mort) com a «efecte modulador» de les actituds negatives envers la mort encara són presents en la gent gran, més que en les noves generacions, i aquest és un aspecte a tenir en compte a l'hora d'afrontar el final del cicle vital amb naturalitat i sentiments d'acostament (Schmidt, 2007; Uribe-Rodríguez et al., 2008).

Per concloure, els professionals sanitaris han tingut respostes negatives per la situació desencadenada per la COVID-19, estrès, síndrome d'esgotament professional, por i evitació de la mort aparentment en major mesura que les persones grans. És a dir, l'ansietat i la por envers la mort no han estat únicament un fenomen en la gent gran, sinó també en els adults joves que han fet front a la malaltia i, per tant, els efectes del coronavirus deixen patent la necessitat futura d'abordar aquest fenomen des de l'educació per a l'afrontament i l'acompanyament cap a la mort.

Les limitacions principals d'aquest estudi destaquen la baixa grandària mostral i el tipus de mostratge no probabilístic. Així mateix, una altra de les limitacions és el fet de treballar amb una mostra (les persones grans) que té difícil accés al qüestionari a través dels mitjans de difusió utilitzats. Per aquesta raó, ha estat necessari en alguns casos la participació d'una tercera persona per emplenar-los, la qual cosa podria haver influenciat en les respostes per efecte de la desitjabilitat social.

Referències bibliogràfiques

Araujo, M., García, S. i García-Navarro, E. (2020). Abordaje del duelo y de la muerte en familiares de pacientes con COVID-19: revisión narrativa. *Enfermería clínica, 31*, S112-S116. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.011

Balluerka, N., Gómez, J., Hidalgo, M. D., Gorostiaga, A., Espada, J. P., Padilla, J. L. i Santed, M. A. (24 de abril de 2020). *Las consecuencias psicológicas de la covid-19 y el confinamiento. Informe de investigación.* Servicio de publicaciones de la Universidad del País Vasco.
https://www.ub.edu/web/ub/ca/menu_eines/noticies/docs/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf

Bugen, L. A. (1980). Coping: Effects of death education. *Journal of death and dying, 11*(2), 175-183.

Erquicia, J., Valls, L., Barja, A., Gil, S., Miquel, J., Leal-Blanquet, J., i Vega, D. (2020). Impacto emocional de la pandemia de Covid-19 en los trabajadores sanitarios de uno de los focos de contagio más importantes de Europa. *Medicina Clínica, 155*(10), 434-440. https://doi.org/10.1016/j.medcli.2020.07.006.

Feifel, H. (1990). Psychology and death. *American Psychologist, 45*, 537-543.

Figley, C. R. i Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of Compassion Fatigue Self Test. En B.H. Stamm (ed.). *Measure of stress, trauma and adaptation*. Sidran Press.

Flórez, S. (2009). Duelo. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Psiquiatría, 25*, 77-85. https://doi.org/10.23938/ASSN.0843

Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., Pades, A. i Benito, E. (2015). Validación confirmatoria de la Escala de Afrontamiento de la Muerte en profesionales de cuidados paliativos. *Medicina Paliativa, 24*(3), 126-135. http://dx.doi.org/10.1016/j.medipa.2015.04.001

Gesser, J. N., Wong, P. i Reker, G. (1987). Death attitudes across the lifespan: The development and validation of Death Attitudes Profile (DAP). *Omega, 18*, 100-124.

Instituto Nacional de Estadística, INE (17 de junio de 2021). *Movimiento Natural de la Población (MNP). Indicadores Demográficos Básicos (IDB)*. Notas de prensa. https://www.ine.es/prensa/mnp_2020_p.pdf

Lafebre, L. E. (2014). *Eficacia del ritual de despedida en la disminución de la depresión en pacientes con duelo no superado* [treball de fi de grau, Universitat Central de l'Equador, Quito].
http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/7525/1/T-UCE-0007-261c.pdf

Lena, T., Ugalde, M., Rizo, Y., Jiménez, Y., Mesa, C. i Placeres, J. F. (30 de octubre de 2020). *Acompañamiento emocional en adultos mayores: una barrera para la Covid19.* I Jornada Virtual de Psiquiatría 2020. Infomed.
http://jvirtualpsiquiatria2020.sld.cu/index.php/jvpsq/2020/paper/view/11/46

Limonero, J. T. (1997). Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y estrés, 3*(1), 37-46.

Lynch, G. i Oddone, M. J. (2017). La percepción de la muerte en el curso de la vida. Un estudio del papel de la muerte en los cambios y eventos biográficos. *Revista de Ciencias Sociales, 30*(40), 129-150.

Martínez, A. S. (2014). *Fatiga por compasión, Escalas, medidas y mecanismos de prevención* [memòria del treball de fi de grau, Universitat de les Illes Balears]. Espanya.
https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/866/Mart%C3%ADnez%20González%20Alejandro%20Santiago.pdf?sequence=1

Moreno, S. (2016). *Actitudes hacia la muerte y salud biopsicosocial en cuidadores profesionales de personas mayores dependientes* [treball de fi de grau, Universitat de Salamanca]. https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/130232/TFG_MorSanS_Actitudes.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Orte, C., Sánchez-Prieto, L., Domínguez, D. C. i Barrientos-Báez, A. (2020). Evaluation of Distress and Risk Perception Associated with COVID-19 in Vulnerable Groups. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(24), 9207. https://doi.org/10.3390/ijerph17249207

Pía-Santelices, M. (coord.) (2020). *Recomendaciones y guías de acompañamiento frente a duelos por COVID-19.* Material preparado por la mesa social: salud mental y bienestar psicosocial. http://familiarycomunitaria.cl/FyC/wpcontent/uploads/2020/05/INFORME-COVID-19-u%CC%81ltima-versio%CC%81n.pdf

Pinazo-Hernandis, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 5*, 249-252. https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.05.006

Porcel, A. M., Badanta, B., Barrientos, S. i Lima, M. (2020). Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enfermería clínica, 31*, S18–S23. https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.004

Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J. i Chorot, P. (2020). Impacto psicológico de la pandemia de COVID-19: Efectos negativos y positivos en población española asociados al periodo de confinamiento nacional. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 25*(1), 1-22. https://doi.org/10.5944/rppc.27569

Schmidt, J. (2007). *Validación de la versión española de la «Escala de Bugen de afrontamiento de la muerte» y del «perfil revisado de actitudes hacia la muerte»: Estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención*. [tesi doctoral]. Universitat de Granada.
https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/1563/16729341.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Uribe-Rodríguez, A. F., Valderrama, L. i López, S. (2007). Actitud y miedo ante la muerte en adultos mayores. *Pensamiento Psicológico, 3*(8), 109-120.

Uribe-Rodríguez, A. F., Valderrama, L., Durán, D. M., Galeano-Monroy, C. i Gamboa, K. (2008). Diferencias evolutivas en la actitud ante la muerte entre adultos jóvenes y adultos mayores. *Acta Colombiana de Psicología, 11*(1), 119-126.

Autores

SARAY FERNÁNDEZ MUÑOZ

Mallorca (1997). Estudiant d'Educació Social a la Universitat de les Illes Balears (2021). Ha desenvolupat una recerca de les actituds envers la mort de les persones grans i els professionals sanitaris com a treball de final de grau. Actualment treballa en el centre d'acollida de menors a la Fundació Minyones.

MARÍA VALERO DE VICENTE

Oriola (1988). Doctora en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster en Intervenció Psicològica en Àmbits Clínics i Socials, i psicòloga general sanitària. Actualment és professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, i membre actiu del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES). Entre els seus interessos de recerca destaquen el treball en competències familiars, els programes de prevenció basats en l'evidència i la prevenció de conductes de risc en la infància i l'adolescència.

CÀNCER, VELLESA I SARS-COV-2

Càncer, vellesa i SARS-CoV-2

Javier Cortés Bordoy

Resum

Es presenten i discuteixen les circumstàncies epidemiològiques —incidència, mortalitat, relació amb l'edat— dels quatre càncers més incidents a Espanya i a les Illes Balears, i l'impacte que hi ha tingut i tindrà la pandèmia de SARS-CoV-2.

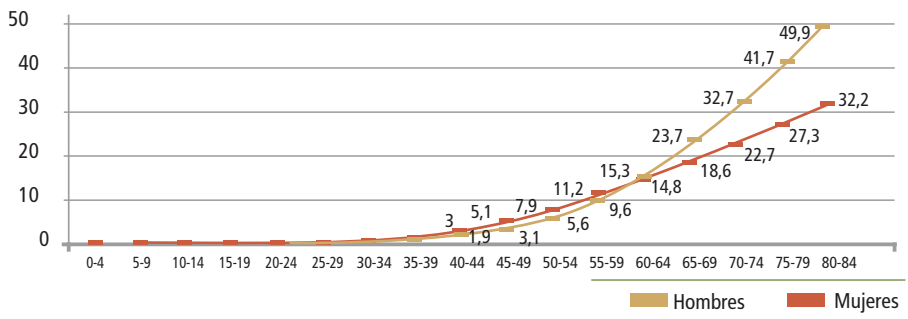
Resumen

Se presentan y discuten las circunstancias epidemiológicas —incidencia, mortalidad, relación con la edad— de los cuatro cánceres más incidentes en España e Islas Baleares y el impacto que en ellas ha tenido y tendrá la pandemia por SARS-CoV-2.

1. Introducció

Les últimes dades publicades per la Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica deixen molt clar que el risc de patir un càncer augmenta amb l'edat. A la figura 1, es pot veure que a partir dels cinquanta anys es dispara cap amunt la possibilitat, en homes i dones, de ser diagnosticats de càncer. Assolir la vellesa és, en conseqüència, causa principal de ser diagnosticat d'un càncer, tot i que en molts de casos aquesta circumstància —ser una persona d'edat— es pot associar a un millor pronòstic de la malaltia, pel que fa als dos tumors més incidents tant en homes —pròstata— com en dones —mama—, però també amb l'elevada freqüència de la vida en soledat que pateix la gent gran, tal com els serveis socials de l'Associació Espanyola contra el Càncer (AECC) veuen cada dia.

Gràfic 1 | *Dades del càncer*



Font: Las cifras del cáncer en España 2020. Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica. https://seom.org/seomcms/images/stories/recursos/Cifras_del_cancer_2020.pdf [consultada el 24/03/2021]

La taula 1 recull la incidència, els anys 2012 i 2020, dels càncers més freqüents a les Illes Balears, poblacionalment i per gènere, i en detalla el nombre de casos.

Taula 1 | *La incidència, el 2012 i el 2020, dels càncers més freqüents a les Illes Balears*

	2012		2020	
Poblacional	Colorectal	710	Colorectal	806
Dones	Mama	676	Mama	754
Homes	Pròstata	643	Pròstata	730

Font: Observatorio del Cáncer. Associació Espanyola contra el Càncer. http://observatorio.aecc.es/ [consultat el 23/03/2021].

La taula 2 recull els tipus de càncer que causaren més mortalitat els anys 2012 i 2020 a les Illes Balears, poblacionalment i per gènere, i en detalla el nombre de casos.

Taula 2 | *Els tipus de càncer que causaren més mortalitat els anys 2012 i 2020 a les Illes Balears*

	2012		2020	
Poblacional	Pulmó	491	Pulmó	533
Dones	Mama	133	Mama	146
Homes	Pulmó	378	Pulmó	408

Font: Observatorio del Cáncer. Associació Espanyola contra el Càncer. http://observatorio.aecc.es/ [consultat el 23/03/2021].

En funció d'aquestes dades, quatre càncers haurien de focalitzar la nostra preocupació en la feina oncològica, els de còlon-recte, pulmó, mama femení i pròstata.

A continuació, valorarem cada un dels casos en particular, i a partir de la idea bàsica segons la qual no hi ha res més eficaç, en termes de salut personal, i eficient (cost-benefici), en termes de salut pública, que la prevenció primària (evitar-la o les causes) i/o la secundària (el diagnòstic precoç). Discutirem quina és la situació preventiva de cada un a la nostra comunitat autònoma i l'impacte que en la seva implantació i cobertura ha tingut la pandèmia per la infecció causada pel virus SARS-CoV-2. Aquesta denominació prové de l'acrònim en anglès de *severe acute respiratory syndrome – corona virus*, amb el **2** final perquè és el segon coronavirus identificat. La malaltia que n'ha derivat, la COVID-19, és l'acrònim de la denominació en anglès de la malaltia, *corona virus desease,* i que incorpora l'any -20**19**- en què la descrigueren.

2. Càncer de pulmó

La majoria de les persones diagnosticades amb càncer de pulmó té 65 anys o més; un nombre molt petit de persones diagnosticades tenen menys de 45 anys. L'edat mitjana de les persones en el moment de la diagnosi és aproximadament 70 anys. Un càncer de gent gran, és evident.

Nou de cada deu càncers de pulmó estan relacionats causalment amb el consum directe de tabac, però també amb el consum secundari, el del fumador passiu, que veu incrementada en un 35 per cent la seva probabilitat de patir un càncer de pulmó en comparació amb la del no fumador. El tabac és la gran droga addictiva de venda i ús regularitzats, i que està socialment acceptada. L'AECC, tant en l'àmbit estatal com a les Illes Balears, treballa en cursos de desintoxicació tabàquica, que tenen un cert èxit: el 60 per cent de les persones ateses han deixat de fumar en 6 mesos.

Els mesos pandèmics, el consum de tabac ha disminuït prop d'un 6 per cent entre els homes, seguint la tendència del descens dels darrers 25 anys, en què hem passat d'un 45 per cent a un 26 per cent de fumadors, però no amb la situació del tabaquisme entre les dones, que s'ha mantingut estable durant la mateixa fracció de temps sobre el 25 per cent. La pitjor de les notícies és que curam no més d'un 15 per cent de càncers de pulmó: 609 diagnosticats a Illes Balears el 2020, 533 morts, el 88 per cent. Per tant, treballar en la prevenció primària —evitar el tabac— és prioritari, perquè la prevenció secundària —diagnòstic precoç— està en període d'assaig clínic: aplicar la tomografia axial computeritzada de baixa intensitat a grans fumadors (més de 20 cigarretes al dia durant més de 20 anys) sembla que pot facilitar l'accés al diagnòstic de càncers de pulmó inicials asimptomàtics no detectables per radiologia convencional, amb unes possibilitats de curació molt elevades.

3. Càncer de mama femení

La precisió de gènere no és debades: només un de cada cent càncers de mama apareix en un home, generalment d'edat avançada. En l'home, les causes i la prevenció no han estat establertes.

I, en la dona? Sabem moltes coses del càncer més incident en la dona. Hi ha una fracció de càncer de mama (entre el 10 i el 15 per cent dels casos) que es diagnostica en el primer terç de la vida i que està vinculada a alteracions genètiques i hereditàries: l'expressió dels gens BRCA 1 i 2. Sabem que el càncer de mama és més freqüent en dones que han tingut la primera regla abans dels 12 anys (menarquia precoç) i la darrera, passats els 55 (menopausa tardana); les que no han tingut fills i entre les que n'han tingut a

partir dels 30 anys, les quals encara tenen més risc si, a més, no han donat de mamar a la criatura. Sabem també que els tractaments hormonals substitutius de la menopausa de llarga durada augmenten el risc de patir-ne, com també de sobrevenir obesitat. I l'edat? L'edat mitjana de diagnòstic d'un càncer de mama és devers els 62 anys, un altre càncer majoritàriament de gent gran. L'increment de diagnòstic s'accentua a partir dels 50 anys, raó per la qual els programes de prevenció secundària, tot cercant l'eficiència, comencen a aquesta edat. La taula 3 recull els percentatges de diagnòstic per talls d'edat i fan paleses les dades que comentam.

Taula 3 | *Els percentatges de diagnòstic per talls d'edat*

Edat	% de casos
30–39	7,41
40–49	14,81
50–59	24,44
60–69	22,96
70–79	16,30
> 80	14,07

Font: https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-el-riesgo-cancer-mama-conceptos-13024489 [consultat el 26/03/2021].

L'increment de casos diagnosticats que observam a la taula 1 el podem explicar per l'acumulació epidemiològica dels factors de risc: els índexs de natalitat a Espanya i a les Illes Balears s'han ensorrat d'un 3, als anys 60 del segle XX, a un 1,3 el 2017, segons dades del Banc Mundial. A Espanya, l'edat mitjana en què una mare té el primer fill ara és als 31 anys, i un 30 per cent, el té a partir dels 35. A més, l'obesitat té nivells pandèmics al primer món econòmic. Són factors corregibles, abordables amb accions de prevenció primària; per exemple, que la dona no hagi d'esperar a tenir 30 anys i més per poder oferir al fill una certa estabilitat laboral i econòmica, i que l'alimentació sana, enfora del menjar ràpid i del precuinat, sigui assequible.

La millor notícia és la gran eficàcia, en termes de diagnòstic de càncer de mama inicial, i la bona eficiència, en termes de cost/benefici per a la salut pública, que tenen els programes de cribratge, de diagnòstic precoç, és a dir, de prevenció secundària. A les Illes Balears, el programa ja fa anys que s'aplica, però darrerament no se n'han publicat els resultats. Potser puguem estimar l'efectivitat del programa analitzant la taula 4, que recull les tendències d'incidència i de mortalitat per càncer de mama femení a les Illes Balears:

Taula 4 | *Les tendències d'incidència i de mortalitat per càncer de mama femení a les Illes Balears*

	Anys			
	2020	2019	2013	2012
Incidència	754	735	678	676
Mortalitat	149	141	131	135

Font: Observatorio del Cáncer. Associació Espanyola contra el Càncer. http://observatorio.aecc.es/ [consultat el 26/03/2021].

Als anys 2020 i 2019, la mortalitat fou d'un 19,5 per cent; als anys 2013 i 2012, d'un 19,6 per cent. És a dir, mortalitat estable. Segons aquestes dades, sembla que el programa que és aplicat a les Illes Balears hagi aconseguit minvar la mortalitat, conseqüència esperada principal en un programa de triatge que ha de facilitar l'accés a diagnòstics més inicials del càncer, i, per tant, més curables. Res no agradaria més a l'autor d'aquestes consideracions que les xifres oficials, quan es facin públiques, corregeixin per bé aquestes dades.

4. Càncer de pròstata

Com hem detallat a la taula 1, és el més incident en homes, però, en l'estadística de mortalitat, apareix al cinquè lloc. La raó pot raure en:

- La millora de les estratègies de diagnòstic precoç, encara que no està consolidada l'evidència de l'eficàcia i l'eficiència dels programes de triatge poblacional. La selecció amb antigen prostàtic específic, PSA (acrònim de les inicials angleses de *prostatic specific antigen*), pot reduir la mortalitat per càncer de pròstata, però està associat a resultats positius falsos. A més, comparat amb conductes conservadores, els tractaments actius dels casos detectats en la tria produeixen resultats incerts sobre la supervivència, i estan associats a dificultats sexuals i urinàries. El diagnòstic precoç en activitat clínica assistencial ha d'estar basat en la valoració del nivell en sang de PSA, a més d'una exploració clínica adequada, amb suport de tècniques d'imatge, bàsicament l'ecografia. Aquest control assistencial convé que sigui aplicat a tots els homes a partir dels 50 anys, i encara més si presenten algun símptoma, com ara micció imperiosa o incontinència urinària.

- La consolidació de variables de tractament noves, que inclouen la immunoteràpia i el seguiment sense teràpia amb vigilància activa d'alguns casos, especialment en homes d'edat avançada. Aquesta dada és important perquè la majoria dels càncers de pròstata es diagnostiquen a partir dels 60 anys: heu passat aquesta edat llindar? Sí? Cuidau-vos la pròstata.

L'evolució de la mortalitat a les Illes Balears revela una certa estabilització, amb un descens lleuger, si comparam les xifres de 2012 amb les de 2020, tal com podem comprovar a la taula 5:

Taula 5 | *L'evolució de la mortalitat per càncer de pròstata a les Illes Balears*

Any	Incidència / núm. de casos	Mortalitat
2012	693	117 (17 %)
2020	730	110 (15 %)

Font: Observatorio del Cáncer. Associació Espanyola contra el Càncer. http://observatorio.aecc.es/ [consultat el 26/03/2021].

A partir d'aquestes dades, i amb l'objectiu d'intentar millorar-los, la conclusió hauria de ser estar molt atents als beneficis que pugui aportar una bona política de selecció poblacional, probablement començada als 50 anys i basada en les evidències que es consolidin. Mentre això no arriba, cal aplicar els protocols nous a l'assistència preventiva i als tractaments.

5. Càncer de còlon

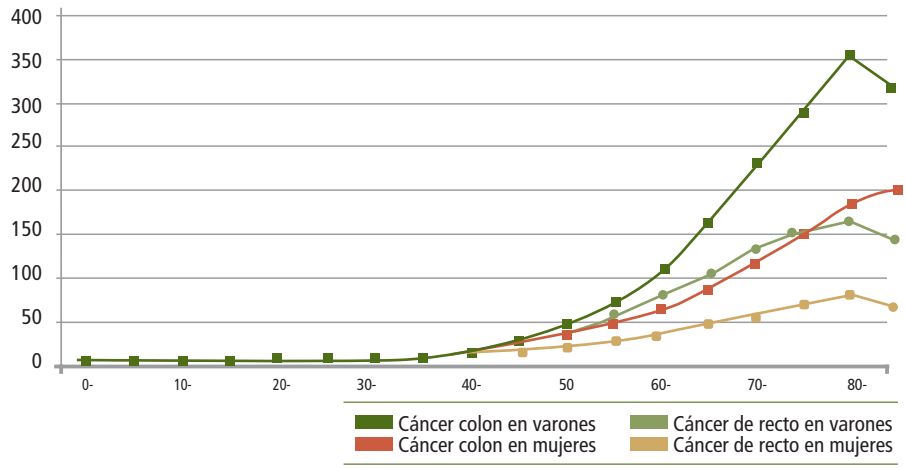
Recordem el que ja hem dit: el càncer de còlon és el més incident a les Illes Balears: 806 casos diagnosticats l'any 2020 i 710 el 2012. Aquests mateixos anys, 320 i 301 defuncions, respectivament. Són aquestes xifres acceptables? No ho són: el càncer de còlon és, amb diferència, aquell en el qual els protocols de prevenció secundària —tria poblacional— poden i han de ser aplicats amb més eficàcia i eficiència. Aquesta acció reduiria dràsticament no probablement el nombre de casos, però sí el moment clínic del diagnòstic, que seria més inicial. Això en facilitaria el tractament i eficàcia, alhora que es diagnosticarien lesions precanceroses silents, ambdues coses en nombre molt important. Els resultats obtinguts amb el programa pilot aplicat a la zona del Raiguer de Mallorca així ho demostren. En persones asimptomàtiques, 57 càncers diagnosticats, 46 dels quals en la fase I i II de desenvolupament, i 246 adenomes avançats. Pràcticament tots aquests casos han estat o seran perfectament curables amb mesures poc agressives. Fer augmentar la implantació d'aquest programa per arribar a tota la comunitat autònoma sembla un objectiu inajornable. La bona nova és que, un dels dies en què redactam aquestes línies, la Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears ha anunciat el compromís d'haver implantat el programa a tota la comunitat autònoma en el període 2022-2024.

A quina edat convé començar el programa? A la figura 2, podem veure la corba d'edat del diagnòstic del càncer de còlon, amb un increment molt evident a partir dels 50 anys, edat que, en conseqüència, convé començar a aplicar el programa.

Prevenció primària, modificació de factors de risc? Bàsicament, alimentació: poc greix, pocs aliments processats, poca carn vermella, molta verdura, fruita, llegum. Gens de tabac, una altra vegada, i un consum molt limitat d'alcohol, o, en cara millor, nul.

Amb bona cultura de salut orientada a la prevenció primària i l'aplicació poblacional no ajornada de la tria, podrem aconseguir limitar a un nombre molt baix la incidència i la mortalitat del càncer de còlon. Esforçar-nos per aconseguir-ho és una prioritat sanitària.

Gràfic 2 | *La corba d'edat del diagnòstic del càncer de còlon*



Font: https://www.iarc.who.int/ [consultat el 29/03/2021].

6. Càncer i impacte de la pandèmia de SARS-CoV-2

A una publicació molt recent del National Cancer Institute dels Estats Units (EUA), prediuen que l'any 2022 pràcticament es duplicarà el nombre de morts per càncer de còlon i de mama femení als EUA. També a l'AECC hem treballat en un informe, «Impacto de la pandemia COVID-19 en las persones con cáncer en España», que hem publicat al febrer de 2021. L'informe recull els resultats d'un estudi que férem al desembre de 2020 d'abast estatal, en què mesuràrem les diferències en algunes activitats que s'havien dut a terme entre març i juny de 2019 i març i juny de 2020. El férem en col·laboració amb les societats espanyoles d'anatomia patològica, infermeria oncològica, hematologia i hemoteràpia, oncologia mèdica i oncologia radioteràpica. Els resultats globals coincideixen amb els obtinguts per a les Illes Balears. Aquestes són algunes de les conclusions principals de l'estudi:

- Impacte en els procediments diagnòstics: 30 per cent menys de citologies i 24 per cent menys de biòpsies practicades.

- Problemes per accedir al sistema sanitari, encara que el pacient que ja hi estava inclòs no patí, en general, retards en el procés diagnòstic o terapèutic.
- Un 41 per cent dels pacients oncològics ha vist afectada la seva estabilitat psicològica.

- Un 19 per cent de malalts oncològics ha patit un deteriorament important de la seva situació econòmica, la qual cosa els ha deixat en risc d'exclusió social, més greu entre les dones (40 per cent).

- Retrocés en l'ordenament del consum públic de tabac.

- Aturada en l'acció sobre els tres programes de triatge, amb necessitats diferenciades:

  - Càncer de mama femení: actualització de la situació i dels resultats
  - Càncer de coll d'úter: redisseny integral del programa
  - Càncer de còlon: ampliació de la seva aplicació a poblacional

7. Comentaris sobre aquestes dades

- De moment, el descens del nombre de citologies i biòpsies practicades no ha tingut repercussió en la taxa d'incidència del càncer a les Illes Balears, tal com es pot comprovar a la taula 6:

Taula 6 | *Taxa d'incidència del càncer a les Illes Balears*

Càncer	Núm. de casos	
	2019	2020
Còlon	782	806
Mama (femení)	735	754
Pròstata	707	730

Font: Observatorio del Cáncer. Associació Espanyola contra el Càncer. http://observatorio.aecc.es/ [consultat el 26/03/2021].

No obstant això, és molt recomanable que fem cas de les estimacions publicades sobre un augment de casos que es detectaran a partir de 2022 i que, a més, seran diagnosticats molt probablement en estadis clínics més avançats, situació que podríem prevenir i afrontar si adeqüàssim convenientment les estructures preventives i diagnòstiques a la nova situació.

- Només un 20 per cent dels malalts de càncer reben suport psicològic per part del Sistema Nacional de Salut. A més, no hi ha un programa específic públic d'assessoria laboral per a malalts de càncer que pateixen una situació de risc de pèrdua d'ocupació, més elevada en pacients de més de 50 anys. Les dues accions, el suport psicològic i l'ajuda econòmica i laboral, són prioritàries per a l'AECC, que a les Illes Balears ha duplicat, en temps de la pandèmia SARS-CoV-2, la seva inversió en aquestes àrees. A més, les dones han de rebre suport prioritari, perquè treballen en sectors més afectats per la caiguda de la demanda i perquè tenen una presència elevada en l'ocupació a temps parcial o temporal.

- El camí en l'ordenació del consum públic de tabac ha de ser el contrari del que s'ha recorregut darrerament, que ha estat més permissiu. Necessàriament ha de ser restrictiu: més espais sense fum, des de platges a parcs, passant per cotxes amb criatures a dins o espais esportius. En paral·lel, treball educatiu en l'adolescència per evitar que hom comenci a fumar: està clar que és molt més fàcil no començar que haver de deixar-ho.

- En els epígrafs respectius previs, ja hem fet els comentaris sobre la situació dels programes de triatge de càncer de mama femení i còlon, però potser el que estructuralment i metodològicament estigui pitjor sigui els de coll d'úter, de cèrvix. L'estructura oportunista únicament revisa les dones que van a consulta mèdica —un 30 per cent no ho fa, segons dades publicades el 2008 i que no han estat corregides— i el mètode de revisió és bàsicament citològic, que és una bona alternativa al que ha de ser prioritari, basat en la determinació per mètode validat del virus del papil·loma humà, causa necessària del càncer de cèrvix. Aquestes dues situacions —l'estructura i el mètode—, aplicades a ca nostra, contradiuen les recomanacions de les societats científiques, del Ministeri de Sanitat i de l'Organització Mundial de la Salut, que ha declarat que el càncer de cèrvix és el primer càncer que es pot erradicar al nostre entorn.

8. A tall de conclusions

1. La pandèmia per SARS-CoV-2 ha desestabilitzat al Sistema Nacional de Salut: ha generat retards en l'actualització i l'aplicació dels procediments preventius oncològics. Cal un esforç prioritari, planificador i pressupostari, per corregir aquesta situació sobrevinguda i poder afrontar amb garanties problemes futurs.

2. La incidència del càncer és molt probable que presenti un repunt l'any 2022. Hem d'estar preparats per afrontar-la, ja que no hauria de desbordar la capacitat diagnòstica i terapèutica disponible.

3. Treballar a reduir l'obesitat i el consum de tabac és imprescindible, bàsicament des de la millora de l'accessibilitat a l'alimentació sana i de l'educació per evitar començar a fumar.

4. És importantíssim concentrar el treball de suport psicològic i social sobre els pacients oncològics que hagin patit més els efectes de la pandèmia. Atenció preferent a alleujar la soledat dels avis i la situació laboral de las dones.

Com va deixar escrit Albert Einstein, «la crisi és la millor benedicció que pot passar a les persones i als països, perquè la crisi implica progressos» i «és amb la crisi quan neixen la inventiva, els descobriments i les grans estratègies». Aprenguem de la crisi i sortim de l'actual des de la solidaritat millorada i la innovació, tot creant un espai sanitari equitatiu i molt actualitzat en tot el fa referència al món oncològic, que és el que aquí i ara ens interessa.

Referències bibliogràfiques

Alpert, P.F. (2018). New Evidence for the Benefit of Prostate-specific Antigen Screening: Data from 400,887 Kaiser Permanente Patients. *Urology, 118*: 119-26.

Blanco, A., Chueca, A.M., López, J.A. y Mora, S. (2018). *Informe España 2018.* Madrid: Universidad Pontificia Comillas Ediciones.

Centros para el control y la prevenció de enfermedades. Disponible a https://www.cdc.gov/spanish/cancer/breast/basic_info/risk_factors.htm

El grupo banco mundial COP26. Acción climàtica. Disponible a https://www.bancomundial.org/es/home

Fenton, J.J., Meghan, S.W., Durbin, S., Liu, Y., Bang. H. i Melnikow. J. (2018). Prostate-Specific Antigen-Based Screening for Prostate Cancer: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA, 319*: 1914-31.

Garrido, P. (2017). Reflections on the Implementation of Low-Dose Computed Tomography Screening in Individuals at High Risk of Lung Cancer in Spain. *Arch Bronconeumol*, *53*, 568-573.

Ghebreyesus, T.A. (2018). WHO Executive Meeting. Intercontinental Hotel, Genève, Suisse, 19 May 2018.

Hábitos de vida Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2016. Disponible a https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2016/2Hab_vida.pdf

Infocop. Disponible a http://www.infocop.es/view_article.asp?id=9906#:~:text=seg%C3%BAn%20una%20encuesta-,Se%20detectan%20cambios%20en%20el%20consumo%20de%20tabaco%20durante%20el,COVID%2D19%2C%20seg%C3%BAn%20una%20encuesta&text=Un%206%2C73%25%20de%20los,98%25%20han%20reducido%20su%20consumo.

Masmiquel, Ll. (2021). Lliçó Inaugural de el Curs Acadèmic 2021. Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears.

Merriel, S.W.D., Funston, G. i Hamilton, W. (2018). Prostate Cancer in Primary Care. *Advances in Therapy, 35*: 1285-1294

Ministerio de Sanidad (2021). Programa de cribado de cáncer de cérvix. Disponible a https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Cribado/CribadoCancerCervix.htm

Puig-Tintoré et al. (2008). Coverage and factors associated with cervical cancer screening: results from the AFRODITA study, a population-based survey in Spain. *Journal of Lower Genital Tract Disease,* 12: 82 - 9.

Reyes, J., Trelles, M., Florido, M., Miyashiro, E.A.I., Ortega, S.P. (2020). Resultados del programa de diagnóstico precoz de cáncer de colon y recto de les Illes Balears en el Hospital Comarcal de Inca en las dos primeras rondas de su desarrollo en relación a la actividad endoscópica. Enero 2015 - Diciembre 2018. *Medicina Balear, 35*: 16-25.

Sharpless, N.E. (2020). COVID-19 and cancer. *Science, 386*: 1290

Sociedad Americana contra el càncer. Disponible a https://www.cancer.org/es.html

Sociedad Española contra el cáncer. Disponible a https://www.aecc.es/es/sobre-nosotros/donde-estamos/sede-baleares.

Sociedad Española contra el cáncer. Fumador pasivo. Disponible a https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/prevencion/no-fumes/riesgos-asociados/fumador-pasivo#:~:text=%C2%BFQui%C3%A9n%20es%20fumador%20pasivo%3F,el%20fumador%20despu%C3%A9s%20de%20fumar.

Sociedad Española contra el cáncer. Impacto del COVID-19. Disponible a http://observatorio.aecc.es/sites/default/files/informes/Impacto-COVID19_Personas_Cancer_0.pdf

Torné, A. et al. (2014). Guía de Cribado del Cáncer de Cuello de Útero en España, 2014. *Progresos de Obstetricia y Ginecología, 57*(Supl. 1): 1 – 53.

Walboomers, J.M et al. (1999). Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer cervical worldwide. The Journal of Pathology, 189: 12-19.

Wilt, T.J. et al. (2017). Follow-up of Prostatectomy versus Observation for Early Prostate Cancer. *The New England Journal of Medicine,* 377: 132-142.

Autor

JAVIER CORTÉS BORDOY

Ginecòleg. President de la Junta de les Illes Balears de l'Associació Espanyola contra el Càncer. Acadèmic numerari de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears.

VIOLÈNCIA DE GÈNERE I PERSONES GRANS

Violència de gènere i persones grans

Ferran D. Lluch Dubon

Resum

Aquest article analitzarà la violència patida per les dones i se centrarà, com és lògic, a destacar aquells aspectes més rellevants de la violència exercida sobre les dones d'edats més avançades.

Les dones poden patir violència de qualsevol persona, però la més comuna és la violència masclista: la violència de gènere. Aquesta violència és fruit d'un constructe social, d'unes relacions que al llarg dels segles i per diverses causes (filosòfiques, religioses, culturals…) han configurat un sistema de poder en què els homes ocupen la posició central, dominant i atorga a les dones una posició perifèrica i sotmesa.

No cal anar gaire lluny per recordar que les dones, fins fa només algunes dècades eren considerades persones de segona categoria. Fins ben entrat el segle XX a molts de països, ni tan sols tenien dret al vot i, durant el règim franquista, es preparava les dones per complir el seu paper d'esposes i mares cristianes, modulant l'educació cap a les tasques domèstiques i no intel·lectuals (tot i que amb algunes excepcions) o cap a tasques assistencials (docència, infermeria…). No fa tant que les dones a l'Estat espanyol, estaven tutelades, primer pel pare i després pel marit, i n'havien de rebre el permís per fer qualsevol cosa: obrir un compte corrent, sortir a l'estranger, vendre una propietat (malgrat que fos de la dona), anar a fer feina...

Aquestes relacions tan asimètriques encara estructuren bona part de la mentalitat de la societat i donen lloc, ja sigui a micromasclismes ja sigui a accions de violència (assetjament físic o per xarxes socials, activitats de control a la parella, abusos sexuals…) i que, en casos extrems, poden acabar amb episodis de violència vicària o l'assassinat de les dones amb qui mantenien o havien mantingut una relació afectiva. Aquests casos extrems de violència de gènere ocuparan la part final de l'article.

Amb tot i això, la situació actual de les dones ha canviat considerablement, però hi queda molt per fer. Esperem que al llarg del segle XXI es consolidin els avenços aconseguits i que, en definitiva, es pugui construir una societat lliure de càrregues de gènere.

Resumen

Este artículo analizará la violencia sufrida por las mujeres y se centrará, como es lógico, en remarcar aquellos aspectos más destacados de la violencia ejercida sobre las mujeres de edades más avanzadas.

Las mujeres pueden sufrir violencia de cualquier persona, pero la más frecuente es la violencia machista: la violencia de género. Esta violencia es fruto de un constructo

social, de unas relaciones que a lo largo de los siglos y por diversas causas (filosóficas, religiosas, culturales…) han configurado un sistema de poder en que los hombres ocupan una posición central, dominante y otorga a las mujeres una posición periférica y sometida.

No hace falta ir muy lejos para recordar que las mujeres, hasta hace solo algunas décadas eran consideradas personas de segunda categoria. Hasta bien entrado el siglo XX en muchos países ni tan solo tenían el derecho al voto y en el régimen franquista, se preparaba a las mujeres para cumplir su papel de esposas y madres cristianas, modulando su educación hacia tareas domésticas y no intelectuales (aunque con algunas excepciones) o hacia tareas asistenciales (docencia, enfermería…).

No hace tanto tiempo que las mujeres en el Estado español estaban tuteladas, primero por el padre y después por el marido, y debían tener su permiso para hacer cualquier cosa: abrir una cuenta corriente, salir al extranjero, vender una propiedad (aunque fuese de la mujer), ir a trabajar…

Estas relaciones tan asimétricas todavía estructuran buena parte de la mentalidad de la sociedad y dan lugar, ya sea a micromachismos ya sea a acciones de violencia (acoso físico o por redes sociales, actividades de control a la pareja, abusos sexuales…) y que, en casos extremos, pueden acabar en episodios de violencia vicaria o en el asesinato de las mujeres con las que mantenían o habían mantenido una relación afectiva. Estos casos extremos de violencia de género ocuparán la parte final del artículo.

A pesar de todo, la situación actual de las mujeres ha cambiado considerablemente, aunque queda mucho por hacer. Esperemos que a lo largo del siglo XXI se consoliden los avances conseguidos y que, en definitiva, se pueda construir una sociedad libre de cargas de género.

1. La violència de gènere: definició i tipologia

La violència de gènere fa referència a aquelles violències que s'exerceixen contra els membres femenins de la societat. No obstant això, en determinades ocasions i, per no confondre amb terminologies jurídiques que reserven aquesta denominació exclusivament a casos en què hi ha una relació sentimental o prèvia entre l'home maltractador i la dona maltractada, algunes veus prefereixen utilitzar l'expressió violències masclistes, ja que consideren que així queda palès que s'inclouen totes les violències patides per les dones pel fet de ser dones, independentment de la relació, prèvia existent o no, amb el maltractador. En tot cas, és important ser conscients del

terme que utilitzem o quin és el sentit del terme utilitzat per la font de què obtinguem dades o informació.

La violència de gènere (o masclista, si ho preferiu) referida a la violència contra les dones pel fet de ser dones, es troba normalitzada i es reprodueix a causa de les desigualtats estructurals, com ara les normes socials, les actituds i els estereotips al voltant del gènere, en general, i la violència contra les dones específicament.

Així, és important reconèixer la violència estructural o institucional, que es pot definir com la subordinació de les dones a la vida econòmica, social i política, quan s'intenta explicar la prevalença de la violència contra les dones a les nostres societats. Les relacions de gènere són, en definitiva, un constructe social; una xarxa de relacions de poder, de dominadors i dominades, en què la variable bàsica que decideix el lloc que, a priori, correspon a cadascú és el sexe. No fa tant de temps, durant el període franquista, fins i tot, el Codi Civil permetia corregir amb certs càstigs físics les esposes i aquestes estaven totalment subordinades, primer als pares i després als esposos, per prendre decisions com obrir un compte corrent, sortir a l'estranger o, fins i tot, estudiar o treballar. I tot i que la legislació i el control moltes vegades no és tan directament visible, encara es materialitza en distints tipus de maltractament físic i psicològic que posteriorment descriurem.

Cal encara un llarg camí per recórrer per aconseguir la igualtat plena entre homes i dones i aconseguir que ningú pateixi discriminacions i menys encara violència pel fet de ser dona. La sensibilització, a través de campanyes i l'educació, són camins imprescindibles, que s'han d'acompanyar, necessàriament i mentre s'aconsegueixi, de les legislacions i el disseny de programes i ajudes específiques, tant per garantir la integritat física de les dones amenaçades, com per ajudar-les a refer les seves vides en els casos més greus (centres d'acollida, oficines d'informació, adaptacions en matèria laboral…).

La violència de gènere presenta diverses modalitats, des de la seva forma més estesa, la violència de parella, fins els actes de violència realitzats en espais en línia.

Una particularitat de les violències de gènere és que no s'exclouen mútuament i, de fet, poden donar-se i reforçar-se mútuament.

A més a més, i això és molt important, les desigualtats que experimenta una persona relacionades amb la seva raça, (dis)capacitat, edat, classe social, religió i sexualitat, també poden provocar actes de violència. Per tant, moltes dones que pateixen violència i discriminació per raó de gènere, poden experimentar formes de violència múltiples i entrellaçades, si a més, es manifesta alguna de les variables indicades.

El Conveni d'Istanbul (Consell d'Europa, Conveni sobre la prevenció i la lluita contra la violència envers les dones i la violència domèstica) classifica la violència envers les dones en quatre grans apartats: física, sexual, psicològica i econòmica.

1. **Violència física:** Implica qualsevol acte que causi danys físics a una dona o impliquin restriccions de l'ús del seu espai i limitin la seva llibertat de moviments. Exemples de violència física serien totes les agressions, greus o menys greus, la privació de llibertat i l'homicidi. Una de les manifestacions de la violència de gènere i de la violència masclista en general, més greu i que apareix, dissortadament amb massa freqüència als mitjans de comunicació, és el cas de dones assassinades per les seves parelles o exparelles.

2. **Violència sexual:** Es defineix com aquell acte sexual que pateix una dona sense el seu consentiment. La violència sexual pot adoptar distintes formes i pot, en els casos més greus, arribar a l'agressió sexual o la violació.

3. **Violència psicològica:** Inclou qualsevol acte o conducta que causi patiment o danys psicològics a una dona. La violència psicològica adopta múltiples manifestacions, per exemple, coaccions, difamacions, insults, desqualificacions o assetjament. Un cas és l'anomenada violència vicària en què el pare agressor fa servir els seus propis fills com a persones interposades per fer mal a la parella. Els casos més greus poden conduir al segrest i assassinat dels fills, amb la finalitat de provocar un dolor extrem en la parella, per la pèrdua definitiva o la incertesa de l'estat dels fills. El cas recent més conegut s'ha produït a les Canàries en què Tomàs Gimeno assassinà i tirà a la mar les seves filles Anna i Olivia. Però aquest no és un cas únic. Només d'ençà del 2013, 40 menors han estat assassinats només a l'Estat espanyol.

4. **Violència econòmica:** És qualsevol acte o comportament que causi danys econòmics a una persona o que suposin una situació de dependència i submissió al maltractador que impossibiliten que la persona violentada pugui assolir els recursos econòmics necessaris per gestionar la pròpia vida diària. La violència econòmica pot adoptar diverses formes com ara, els danys a la propietat, la restricció a l'accés als recursos financers, a l'educació o al mercat laboral o no complir amb les responsabilitats econòmiques, com ara la pensió alimentària.

Tot i que les classificacions són bastant clares, podem entendre que moltes maneres de violència s'entrecreuen i així, una violació també suposa violència física i té conseqüències psicològiques. Moltes vegades també, els patiments psicològics es poden somatitzar i originar problemes físics o algunes de les situacions de violència econòmica, com per exemple, no permetre accedir a l'educació o no passar la pensió alimentària,

també poden originar problemes psicofísics importants que, per manca de recursos econòmics, poden tenir majors dificultats a l'accés a recursos especialitzats.

2. Les dades de la macroenquesta de violència contra la dona 2019

L'Estat espanyol disposa d'una enquesta, en el Pla estadístic nacional, que es realitza aproximadament cada 4 anys d'ençà de l'any 1999, que permet conèixer el percentatge de dones de 16 i més anys residents a l'Estat espanyol que han patit o pateixen algun tipus de violència pel fet de ser dones.

Se n'han fet, concretament, el 1999, 2002, 2006, 2011, 2015 i 2019, tot i que s'han anat perfeccionant sobretot a partir de l'edició de 2015 en què s'adaptaren, en bona mesura, a les directrius de les Nacions Unides per mesurar aquest fenomen d'una manera més acurada i que es van millorar el 2019 per recollir les qüestions que indica el Conveni del Consell d'Europa sobre prevenció i lluita contra la violència envers les dones i la violència domèstica (Conveni d'Istanbul) i responent als criteris del Pacte d'estat contra la violència de Gènere. Des del 2011, és la Delegació del Govern contra la Violència de Gènere la responsable de la seva publicació.

Les principals dades d'aquesta enquesta ens ajudaran a centrar el tema dels maltractaments i les violències patides per les dones, amb dades reals recopilades de les 9.568 dones enquestades (435 a les Illes Balears) de tot tipus i graus d'intensitat, des de mirades lascives fins a violacions.

Repassarem totes les dades principals generals, però posarem especial atenció a tots els aspectes relacionats amb les dones de 65 i més anys.

3. Dades globals de violència contra les dones

Les dades de violència total, entesa com aquella patida per les dones al llarg de la seva vida, sigui quin sigui el tipus de relació amb la persona maltractadora o la modalitat de violència patida, són sorprenents, per no dir esgarrifoses: prop del 60% de les dones (57,3%) han patit violència al llarg de la seva vida i prop del 20% (19,8%) n'ha patit durant el darrer any.

Majoritàriament es tracta de violència de masclista, tot i que hi ha algunes violències que són exercides per dones contra les dones, ja siguin maltractaments viscuts durant la infantesa causat per algun familiar femení, ja siguin altres episodis puntuals (assetjament, abús sexual...). En tot cas, es tracta d'episodis molt poc prevalents i que, en cas

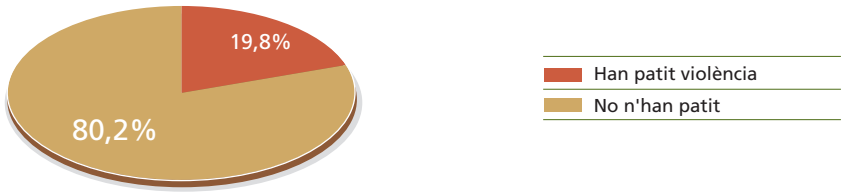
que es considerin destacables, se n'ha fet el comentari específic. El mateix cal considerar quan es parla de violència en la parella, ja que no es distingeix el sexe de la parella considerada; però, atesa la freqüència general de les relacions de parella, es poden considerar aquestes dades, en bona mesura, com a representatives de la violència de gènere.

Si aquestes dades les traduíssim en valors absoluts, amb xifres del padró de 2021, prop de 12 milions de dones espanyoles al llarg de la seva vida i més de 4 milions de dones en el darrer any han patit violència, majoritàriament masclista, a l'Estat espanyol. I, pel que fa a les Illes, suposaria que unes 290.000 dones al llarg de la seva vida i poc menys de 100.000 dones en el darrer any han patit violència. Unes xifres, insisteixo, que no només no ens poden deixar indiferents sinó que, al contrari, ens ha de moure a actuar envers una situació insostenible des d'un punt de vista ètic i social i que, evidentment, no per silenciada o ocultada, ens pot resultar menys commovent.

Gràfic 1 | *Dones que han patit qualsevol tipus de violència al llarg de la seva vida*

Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Gràfic 2 | *Dones que han patit qualsevol tipus de violència en els darrers 12 mesos*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Aquestes són les dades de la Macroenquesta de 2019, però hi ha dos elements que ens permeten pressuposar que aquestes dades són, en realitat encara més elevades.

D'una banda, moltes dones no manifesten els maltractaments patits per distintes causes (por, pressió social…) i, per tant, potser que ni tan sols a efectes estadístics vulguin revelar aquestes violències viscudes. De l'altra, si per violència en general i masclista en particular hem de considerar qualsevol tipus de desconsideració, menyspreu o maltractament patit per qüestió de gènere, que hagi fet sentir a una dona por, rebuig, intranquil·litat o qualsevol altres tipus de sentiment negatiu, el percentatge seria, en realitat, molt superior. Podríem arribar a afirmar que totes les dones han patit algun tipus de violència per l'única causa de ser dona. Això ho podeu comprovar d'una manera molt senzilla, si penseu en la pròpia experiència personal en cas que la persona que llegeix aquest text sigui una dona o pensant en les vostres accions i actituds al llarg de la vida, en cas que sigui un home qui ho llegeixi.

La violència de gènere és una violència estructural, molt arrelada i difícil d'erradicar, ja que es troba en les bases filosòfiques, religioses i culturals, gairebé sempre establertes per homes, que han estructurat les relacions socials i, en particular, les de gènere durant molts mil·lennis. Posar en relleu aquest fet i reflexionar-hi és una passa imprescindible per avançar cap a un nou model social lliure d'aquestes càrregues.

La variable edat és significativa i, així, podem afirmar que els percentatges de violència patida per les dones és més alta entre les dones més joves que en dones de més edat. Així, mentre aproximadament el 70% de les dones d'entre 16 i 34 anys han patit alguna violència al llarg de la seva vida, aquest percentatge es redueix en els grups de més edat fins arribar al 42,1% de les que tenen 65 i més anys, una xifra, però, que és realment ben elevada. Aquestes xifres provenen de dades estadístiques que moltes vegades interpel·len les dones sobre les violències patides per part de parelles actuals i anteriors i, és precisament, i com veurem, el fet d'haver tingut més parelles anteriors, allò que fa, entre d'altres factors, que les dones més joves indiquin haver patit més episodis de violència, però que les dones grans experimenten taxes més altes de maltractaments de les parelles actuals. Així mateix, les dones de la tercera edat, com veurem, presenten una tendència a l'ocultació de les violències patides i, probablement, un percentatge de dones enquestades pot ser que hagi volgut mantenir ocult el fet d'haver patit violència o que hagi pogut considerat alguns dels ítems considerats com a violència de gènere com a circumstàncies del matrimoni (per exemple, realitzar determinades pràctiques o accedir a mantenir relacions sexuals, malgrat no desitjar-les en un moment determinat).

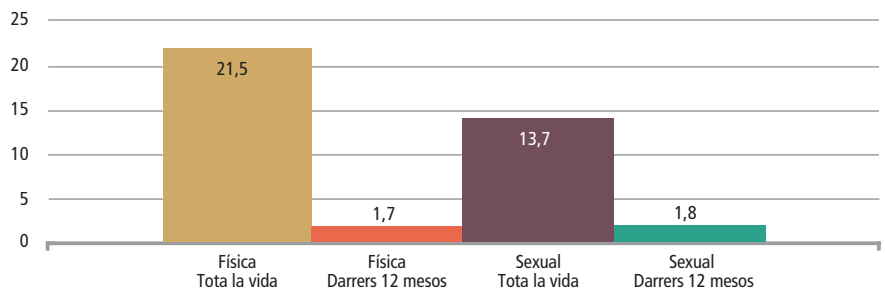
Aquestes dades novament posen en relleu el problema i mostren la virulència amb què aquest fenomen afecta les dones més joves que, en el futur, i atesa la llarga trajectòria vital que tenen per davant, pugui anar augmentat progressivament aquest percentual de violència.

4. Dades específiques de violències patides per les dones

Intentarem aprofundir en la violència patida per les dones a partir de les dades destacades pel Ministeri d'Igualtat de les principals conclusions de la Macroenquesta de violència contra la dona de 2019, abans de centrar-nos a saber què succeeix en el grup de dones de més edat.

4.1. Violència física i sexual per part de qualsevol persona agressora

Gràfic 3 | *Violència física i sexual patides per les dones de 16 anys i més*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Una de cada cinc dones ha patit violència física al llarg de la seva vida, ja sigui per part d'una parella o exparella o de persones amb qui no ha tingut relació de parella. Aquest percentatge es redueix a poc més del 10%, és a dir, una de cada deu dones, quan parlem de violència de tipus sexual. Amb tot i això, sí ho traduíssim en valors absoluts, parlaríem de prop de 4 milions i mig de dones a Espanya i més de 2.800.000 en el segon cas. Així mateix, la incidència dels casos és prou significativa si parlem del què ha succeït en el darrer any, en què poc menys del 2% de les dones ha patit algun d'aquests tipus de violència i en què destaca que la violència sexual supera, fins i tot, la física.

4.2. Violència sexual fora de l'àmbit de la parella

La violència sexual és un dels tipus de violència més greus que poden patir les dones, per les repercussions personals i, fins i tot, socials que pot comportar. En el 99,6% dels casos, l'agressor sexual és un home.

És un tipus de violència que, més encara que d'altres tipus, és particularment ocultada per l'estigma que pot recaure sobre la víctima si denuncia els fets i els dóna a conèixer. Per no parlar de les dobles victimitzacions a què són sotmeses algunes dones que han denunciat els seus casos i els mateixos agressors o els mitjans de comunicació revelen els

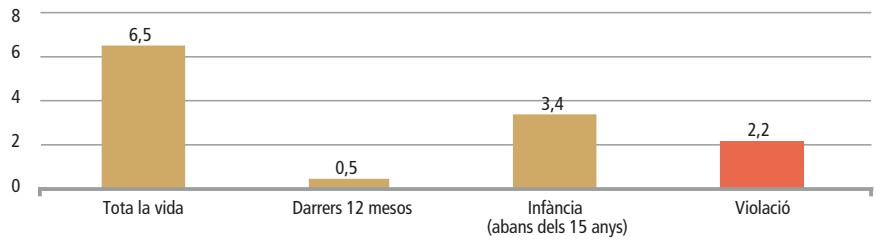
noms o les dades personals de la víctima o fins i tot difonen gravacions dels fets. Així mateix, moltes vegades els judicis penals, molt garantistes amb els drets dels «presumptes» agressors, sotmeten les víctimes no només a situacions en què han de viure les agressions masclistes, sinó que de vegades els interrogatoris semblen qüestionar la seguretat dels fets i la responsabilitat dels agressors o, si més no, fets sense una adequada sensibilitat. Probablement s'haurien d'implementar o augmentar els cursos de formació adreçats als jutges i fiscals que treballin en aquest camp, amb la finalitat de ser més empàtics amb les víctimes d'aquests tipus de delicte.

Aquesta ocultació ens pot dur a pensar que hi ha un important subregistre i que són moltes més les dones afectades, particularment aquelles que menys han pogut verbalitzar i denunciar els fets viscuts.

Gràfic 4 | *Perfil dels agressors sexuals fora de la parella, per sexe (%)*

Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Gràfic 5 | *Violència sexual fora de l'àmbit de la parella (%)*



Font: Macroenquesta violència contra la dona (2019)

Les dades percentuals anteriors, posen en relleu la importància que presenta el fenomen de la violència sexual patida per les dones fora de l'àmbit de la parella. I no només resulta impactant que el 6,5% de les dones residents a Espanya hagin patit algun tipus de violència sexual, sinó que un 50% de les dones que han patit aquesta violència, l'hagi patida durant la seva infància (abans del 15 anys), en un moment de gran indefensió

i poca maduresa per afrontar una situació tan traumàtica que, tanmateix, no s'hauria de produir en cap moment de la vida de les dones. I, finalment, la violació, que suposa la consumació d'una pràctica sexual completa contra la voluntat de la dona i que afectaria, ni més ni menys a un mínim d'1 de cada 50 dones. Uns valors que, particularment, em semblen molt alts.

Amb tot i això, el que es deriva de la Macroenquesta és que la violència sexual, malgrat aquestes xifres tan elevades, és una situació que roman oculta. Així ho demostra el fet que només un 8% de les dones que han patit violència sexual fora de l'àmbit de la parella ha denunciat aquesta agressió a la policia, la Guàrdia Civil o al Jutjat. I si a més es consideren les denúncies realitzades per altres persones o institucions, aquest percentatge, pujaria només fins a l'11,1%.

Gràfic 6 | *Percentatge de dones que han denunciat violència sexual fora de l'àmbit de la parella*

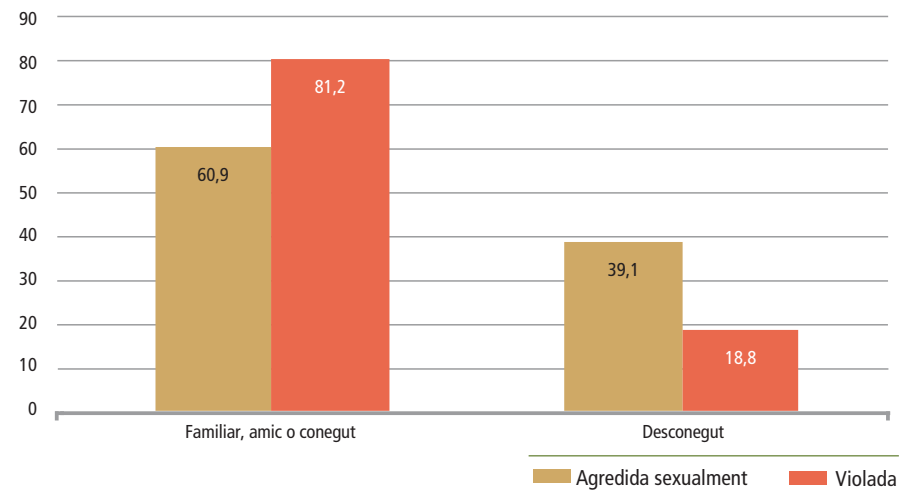
Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Els motius que portaren a no denunciar la violència sexual patida reflecteixen els sentiments de vergonya, la voluntat d'amagar-ho i la por i la indefensió viscudes per aquestes dones. Així, les dones que havien patit una violació indiquen, com a motiu per no denunciar els fets, en més del 40% dels casos perquè eren menors quan es produïren i que no volien que ningú ho sabés per vergonya. Així mateix, una de cada tres dones pensaren que no les creurien i 1 de cada 4 ho justifiquen en el fet que eren altres èpoques i que no se'ls haurien pres seriosament, així com la por a l'agressor i a les represàlies si ho contaven i, fins i tot, prop d'1 de cada 5 pensava que la violació podia haver estat culpa seva malgrat que, evidentment, l'única persona responsable és la persona agressora.

No ens ha d'estranyar que, la violència sexual patida i la repressió dels fets, tinguin efectes devastadors en moltes de les dones violentades, la qual cosa fa que en un percentatge molt elevat de casos (30-40%) hagin tingut pensaments suïcides al llarg de les seves vides.

Pel que fa al vincle existent amb l'agressor, en els casos de violència sexual fora de la parella, destaca que els agressors són majoritàriament coneguts per les víctimes, fonamentalment persones conegudes i considerades abans dels fets com amigues i, en menor mesura, per membres de la mateixa família.

Gràfic 7 | *Vincles amb l'agressor de dones que han denunciat violència sexual o violació fora de l'àmbit de la parella (%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Set de cada deu agressions sexuals fora de la parella són comeses per persones conegudes per les víctimes (49% per amics i coneguts i 22% per familiars) i, en els casos de violació, menys d'1 de cada 5 la comet una persona desconeguda.

Aquesta relació familiar o preexistent pot explicar les elevades taxes que presenten alguns dels motius per no denunciar (por a les represàlies, incredulitat de l'entorn davant la denúncia, vergonya…).

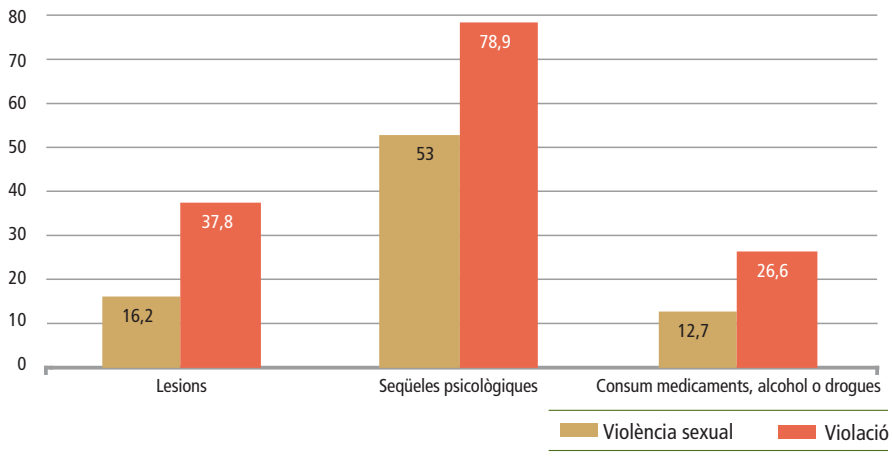
Un altre factor destaca en els episodis de violència sexual fora de la parella: no només es tracta de fets aïllats, sinó que gairebé la meitat de les dones agredides, conta que ha patit violència sexual en més d'una ocasió.

Quant a la manera en què s'han produït aquestes agressions sexuals fora de l'àmbit de la parella, acabarem dient que més del 10% d'aquestes agressions, han estat dutes a terme per més d'una persona simultàniament i que els llocs més habituals on s'ha comès aquest fet són una casa (ja sigui de la dona agredida, la de l'agressor o d'un altre,

44%), en zones obertes (carrers, parcs, boscs…32%) o establiments d'oci (discoteques, pubs, bars…17,8%).

Les conseqüències de la violència sexual fora de la parella que pateixen les dones són, en molts casos, devastadores. Les seqüeles són molt més importants en els casos de violació, però també afecten, i molt, les dones que han patit altres tipus de violència sexual. Tant és així, que un nombre significatius de dones entrevistades amb discapacitat, que han patit violència sexual, diuen que la mateixa discapacitat és conseqüència de l'episodi de violència patit. Nogensmenys, un nombre significatiu de lesions físiques, problemes d'índole psicològic o consums significatius de medicaments, alcohol o drogues són circumstàncies que s'aprecien en una xifra significativa de dones que han patit violència sexual fora de la parella (vegeu-ne la taula annexa).

Gràfic 8 | *Conseqüències de la violència sexual i violació fora de l'àmbit de la parella (%)*

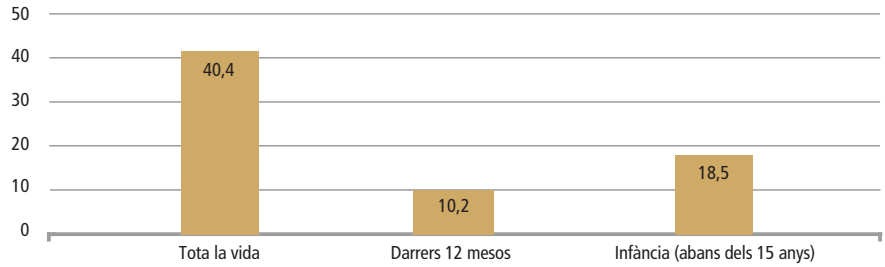


Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

4.3. L'assetjament sexual

És un tipus de comportament amb connotació sexual, no desitjat per la dona i que pot consistir entre d'altres a rebre mirades insistents o lascives, contacte físic no desitjat, exhibicionisme, tramesa d'imatges de contingut sexual explícit, que condueixen la dona a sentir-se ofesa, intimidada, humiliada o a considerar que han atemptat contra la seva llibertat, en aquest sentit.

Gràfic 9 | *Assetjament sexual fora de l'àmbit de la parella (%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Destacaríem en aquest apartat, no només el gran nombre de dones afectades (4 de cada 10), sinó el fet que 3 de cada 4 dones afirmen que les han assetjades en més d'una ocasió. És, per tant, evident que es tracta d'un fenomen que experimenten amb massa freqüència les dones i que, a més, l'han patit com a mínim d'1 de cada 10 dones durant els 12 mesos anteriors al moment de l'enquesta.

Un altre factor que destaca, és l'elevada xifra de dones que l'han patit durant la seva infància (abans dels 15 anys) amb xifres properes al 20%, tot i que, gràcies als nous mitjans telemàtics i al de cada cop més precoç accés a les xarxes socials i als mòbils multimèdia personals, alguns d'aquest tipus de comportaments han esdevinguts senzills en el mètode i immediats en el temps, amb la certa protecció o falsa idea d'impunitat que atorga no compartir el mateix espai físic gràcies a l'ús de tecnologia d'intermediació.

L'assetjament sexual no afecta per igual les dones, sinó que el factor edat és important. Així, molt més de la meitat de les dones d'entre 16 i 24 anys (60,5%) ha patit aquest tipus de comportaments.

Tant en el cas de violències sexuals, com els casos d'assetjament sexual, l'agressor és fonamentalment masculí, i arriba a superar el 98% dels casos en aquest darrer tipus de violència. El perfil de l'agressor-assetjador és majoritàriament el d'un desconegut (74%), seguit a gran distància per un amic o conegut (34,6%) o, també, en gairebé 1 de cada 5 casos, una persona del treball. Es tracta d'una pregunta que admet múltiples respostes i, per això, el total no suma el 100%.

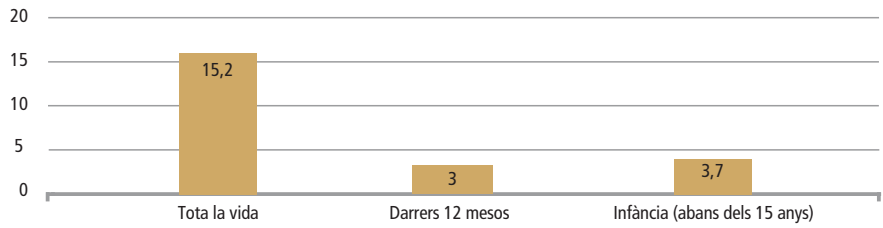
4.4. L'assetjament reiterat o 'stalking'

L'assetjament reiterat o el terme anglosaxó *stalking* es refereix a una sèrie de comportaments reiterats de tipus ofensiu o amenaçadors que han causat a la víctima por, an-

sietat o angoixa. Aquests comportaments, segons el mateix qüestionari, inclou distints tipus de comportaments: rebre missatges, cridades de telèfon, correus electrònics, cartes o regals no desitjats; rebre cridades obscenes, molestes, amenaçadores o silencioses; conductes de vigilància com esperar-la a la sortida del treball, escola o treball o voltar prop del domicili; seguir-la pel carrer o espiar-la; danys a les propietats, a les seves mascotes o a les persones que aprecia; comentaris inapropiats sobre la dona assetjada per Internet o per les xarxes socials o, finalment, la publicació d'imatges o informació sensible i molt personal en llocs públics, on ha transmès aquesta informació per la web.

Aquesta conducta inclou tant parelles i exparelles com altres persones amb qui no hauria tingut vincle sentimental.

Gràfic 10 | *Assetjament reiterat ('stalking') patit per la dona, independentment de la relació amb la persona assetjadora (%)*

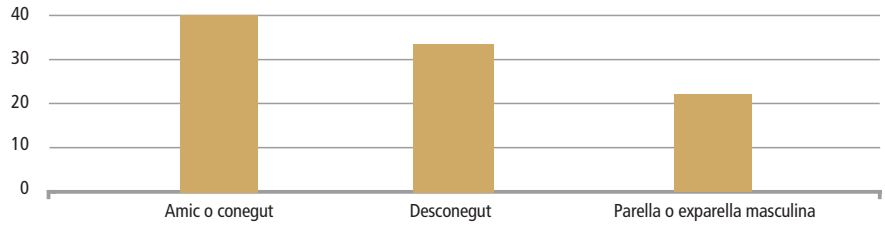


Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Les xifres, tot i ser més baixes que en altres tipus d'agressions o conductes patides per les dones, no deixen de ser importants, i afecten el 15,2% de les dones enquestades.

Un factor que agreuja aquesta situació és que l'assetjament reiterat té un component general de forta repetició temporal, la qual cosa sotmet a una gran pressió i tensió les dones que el pateixen. Una dada que reflecteix aquest fet és que els 60% de les dones que han patit *stalking*, experimentava aquest conducta amb una freqüència diària o setmanal.

Gràfic 11 | *Assetjament reiterat ('stalking') perfil principal de la persona assetjadora (%)*



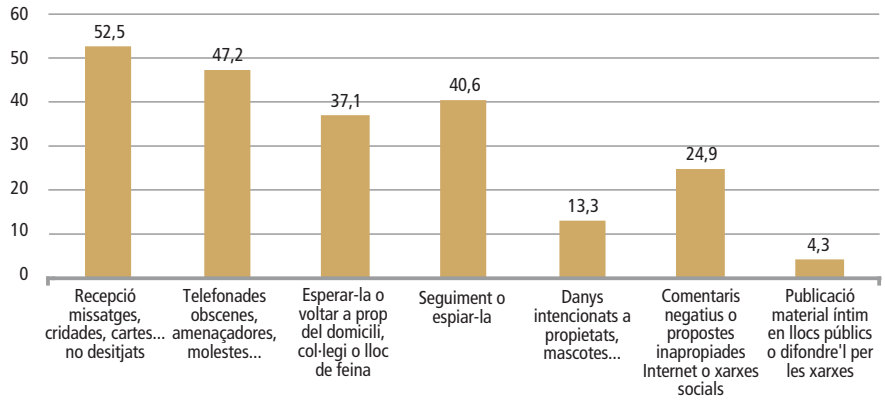
Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

A diferència d'altres tipus de violència contra les dones, a l'anomenat *stalking* trobem un pes prou important de dones (12,1%) que exerceixen aquest tipus de violència contra altres dones, tot i que, evidentment, el percentatge principal correspon, com és habitual als homes (prop del 88%).

La resposta múltiple que intenta establir la tipologia dels agressors, indiquen com a principals tipus d'agressors els amics o coneguts i els desconeguts, superant en ambdós casos 1 de cada 3 casos d'assetjament reiterat. Així mateix, és un tipus de conducta molt freqüent entre les parelles o exparelles masculines, amb 1 de cada 5 casos declarats en l'enquesta.

Finalment, us oferim una taula amb els percentatges per la tipologia de l'assetjament reiterat sofert per les dones que han patit *stalking*.

Gràfic 12 | *Distribució percentual de la tipologia de l'assetjament reiterat ('stalking') declarat per les dones que han patit aquest tipus de violència*



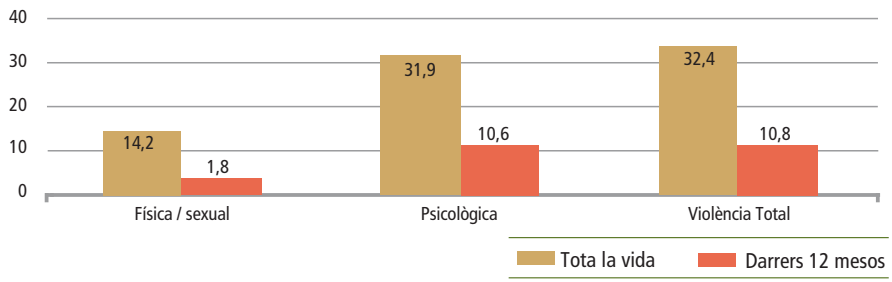
**Respostes múltiples. Mostren la freqüència general del tipus d'assetjament reiterat. No sumen 100*

Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

4.5. Violència en la parella

La violència en la parella és un tipus de violència especialment cruel, ja que prové d'aquella persona amb la qual s'havia establert o es manté un vincle sentimental, que hauria de comportar relacionar-se en un marc d'afecte, respecte i protecció. Però, res més lluny de la realitat. En molts casos, les relacions de parella es deterioren i es produeixen, tant per part de les parelles actuals com de parelles anteriors que no volen admetre l'acabament de la relació i la llibertat de les dones per seguir lliurament les seves trajectòries personals, maltractaments de distinta tipologia que poden acabar, en casos extrems, en feminicidis, que analitzarem en el darrer capítol de l'article.

Gràfic 13 | *Violència per tipus en la parella actual o parelles passades*



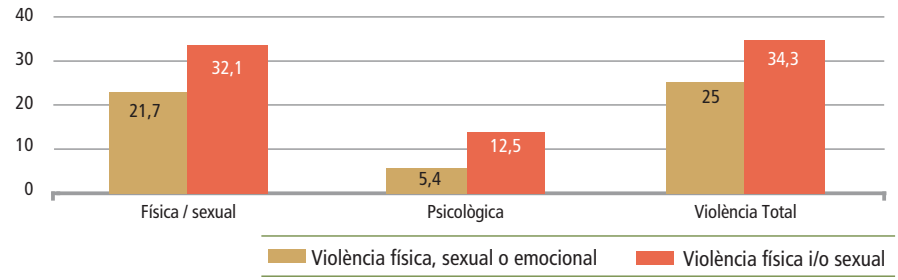
Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Les dades no poden ser més explícites: un terç de totes les dones manifesta haver patit violència de qualsevol tipologia per part de les seves parelles. Un percentatge molt similar assoleix la violència psicològica que, evidentment, acompanya sempre qualsevol tipus de violència física o sexual patida.

Així mateix, més del 10% de les dones enquestades (14,2%), afirma haver patit violència física o sexual per part de les seves parelles o exparelles, a més, va patir violència física o sexual (o dels dos tipus).

Segons càlculs de l'Enquesta de 2019 de violència contra la dona, prop de 2.000.000 de dones han denunciat directament o han cercat ajuda en serveis formals (sanitaris, socials…), però una xifra molt més alta, establerta en més de 3.000.000 de dones, no hauria ni denunciat ni acudit a cap servei d'ajuda després de patir un episodi de violència.

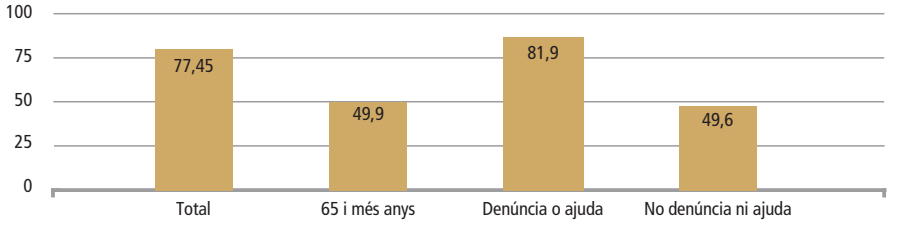
Gràfic 14 | *Comparació del percentatge d'episodis de violències segons si la persona agressora és parella actual o exparella, per tipus de violència*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Les dades recollides a l'enquesta de denúncies per violència de gènere, davant dels jutjats o la policia, ja sigui directament per la dona o per una altra persona o institució, ens permet arribar a una conclusió molt clara: les denúncies són molt més freqüents contra parelles anteriors que contra les parelles actuals. Aquesta situació és d'altra banda lògica, ja que explica els motius pels quals les dones havien romput la relació anterior (o intentat rompre aquesta relació), en tractar-se de parelles, majoritàriament homes, violents i maltractadors.

Gràfic 15 | *Ruptura de la relació per violència de la parella segons si han denunciat o han cercat ajuda o no (%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Com és lògic, la violència en la parella, ja sigui física, sexual o emocional, determina la ruptura amb les parelles anteriors. No obstant això, encara hi ha 1 de cada 4 dones, aproximadament, que no han romput la relació malgrat els episodis violents.

Les dones que han romput la relació amb una major proporció són aquelles que han denunciat els fets o que cercaren ajuda (més del 80%), per només un 50% d'aquelles

que no denunciaren ni cercaren ajuda. Aquesta diferència és lògica, d'altra banda, ja que quan una dona decideix denunciar els fets o cercar ajuda, és perquè ha arribat al convenciment que la situació és insostenible. I sigui perquè íntimament ja s'havia arribat a aquesta convicció o perquè les ajudes formals l'han aconsellada en aquest sentit, hi ha una relació directa entre denúncia o recerca d'ajuda formal i l'acabament de relacions violentes.

Ja en parlàrem a l'epígraf de violència sexual, però un important percentatge de dones que han patit violència han experimentat distints tipus de problemes físics i psicològics a conseqüència de la violència rebuda i que, en determinats casos, han determinat l'ús (o l'abús) de medicaments, alcohol o altres tipus de drogues com a via per afrontar el que havien sofert.

Gairebé la meitat de les dones que han patit violència física o sexual, han patit algun tipus de lesió i el 70% de les dones que han patit qualsevol tipus de violència per part d'alguna parella o exparella ha presentat seqüeles psicològiques. Així mateix, els percentatges de consum d'algun tipus de substància, arriben aproximadament al 25% (1 de cada 4 dones) en el cas de violència física, sexual o emocional i 33% (1 de cada 3 dones) en el cas de violència física o sexual

Per acabar amb el tema de la violència en la parella, esmentarem un grup dels potser oblidats en bona mesura, quan parlem de violència contra les dones i és, precisament els fills menors de la dona agredida.

Prop del 90% de les dones que han patit violència emocional, física o sexual afirmen que els fills menors presenciaren o sentiren els episodis de violència i que, més de la meitat d'aquests infants patiren alguns tipus de violència infringida per la parella violenta.

Per tant, ens trobem davant d'un col·lectiu molt nombrós que pateix en silenci i és molt vulnerable i que convé visibilitzar: els fills menors de les dones que han patit o pateixen violència. Els càlculs de l'Enquesta no poden ser més esgarrifosos i xifren en prop d'1.700.000 els menors que viuen en una llar en què la dona pateix algun tipus de violència i més de 250.000 els que viuen en llars en què la dona pateix violència física o sexual.

5. La violència en el grup de dones de 65 i més anys

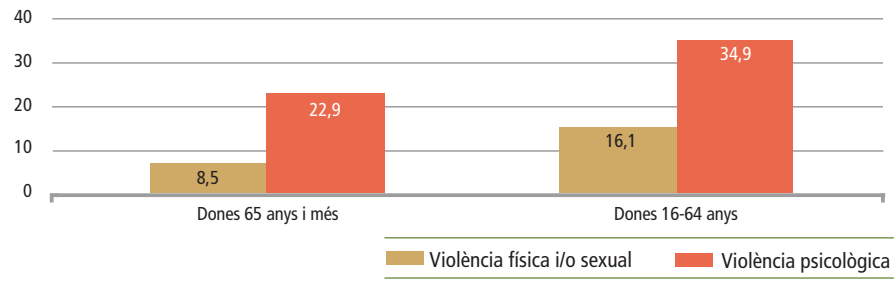
El grup de 65 i més anys rep una especial atenció i s'inclou en el grup de dones especialment vulnerables enfront de la violència. Altres col·lectius també considerats especialment vulnerables són el de dones joves (16-24 anys), les dones nascudes a l'estranger i, finalment, les dones amb un grau de discapacitat igual o superior al 33%.

5.1. Violència en la parella

5.1.1. Prevalença de la violència en la parella

Les dones de 65 anys i més tenen una prevalença de violència en la parella inferior a les de 16-64 anys. Així, mentre que un 16% de les dones de 65 i més anys manifesta haver patit violència psicològica, aquest percentatge s'eleva fins a prop del 35% si considerem el grup de dones d'entre 16 i els 64 anys. Idèntic patró trobem si parlem de violència física o sexual, que han patit menys del 10% de les dones de més de 65 i més anys (8,5%), mentre que la proporció arriba gairebé a 1 de 4 dues dones (22,9%) entre les dones d'edats inferiors.

Gràfic 16 | *Prevalença de la violència d'alguna parella al llarg de la vida de la dona entrevistada. Dones de 65 i més anys i d'entre 16 i 64 anys (%)*



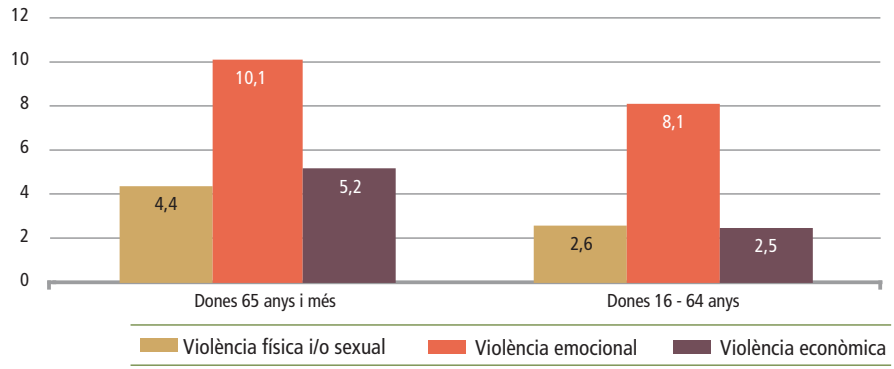
Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Les dades de violència patida per les dones de 65 i més anys són inferiors a les de les dones del grup més jove, ja que registren una prevalença inferior de violència de parelles anteriors i, per això, el còmput global de violència patida presenta unes xifres més baixes.

No obstant això, i quan s'investiga la violència exercida per les parelles actuals, les dones de 65 i més anys presenten una prevalença de violència superior que les dones d'una edat inferior. Dit d'una altra manera, les dones grans experimenten taxes més elevades de violència de les parelles presents que altres grups més joves.

Si es duen a terme comparacions del que ha succeït, quant al maltractament de parelles, en els darrers 4 anys o en els darrers 12 mesos, s'obtenen unes diferències més importants entre les dones de més edat i les més joves, sobretot quan s'analitzen les relacions passades, ja que en el cas de les dones de més edat les relacions hauran acabat anys enrere, ja sigui per separació, ja sigui per defunció de la parella.

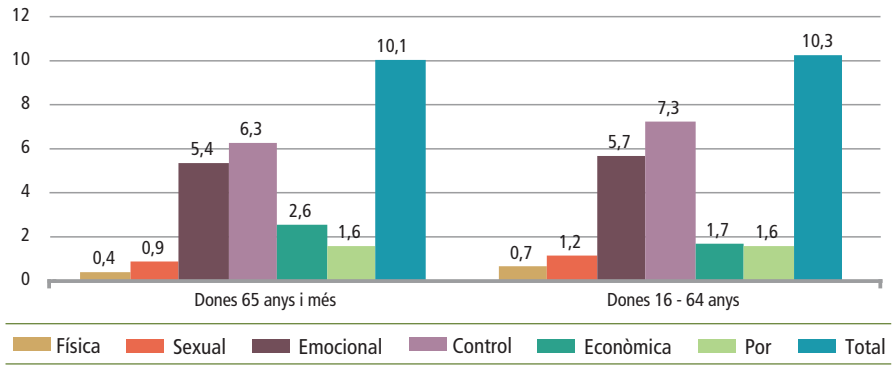
Gràfic 17 | *Prevalença de la violència de la parella actual de la dona entrevistada. Dones de 65 i més anys i d'entre 16 i 64 anys (%)*



Font: Macroenquesta violència contra la dona (2019)

Quan es valora el que ha succeït amb les parelles actuals en els darrers 12 mesos, no hi ha diferències significatives per edat de la dona, que afectaria 1 de cada 10 dones de l'Estat espanyol. En tot cas, podríem entreveure un major control patit per les dones del col·lectiu més jove i una mica més de violència econòmica en el grup de més edat (format en ocasions per dones que mai no han cotitzat i, per tant, amb unes percepcions menors i no contributives).

Gràfic 18 | *Prevalença de la violència de la parella actual per tipus de violència. Dones de 65 i més anys i d'entre 16 i 64 anys en els darrers 12 mesos(%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

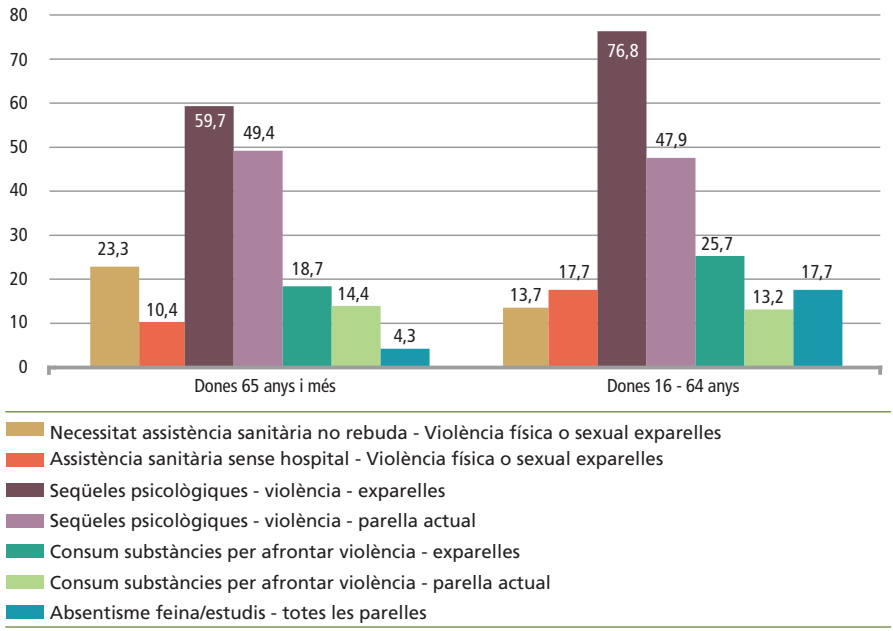
5.1.2. Conseqüències físiques, psíquiques i laborals i consum de substàncies derivades de la violència en la parella en el grup de 65 i més anys

L'enquesta de violència apunta que no hi ha diferències significatives entre les dones de 65 i més anys i la resta en relació amb la prevalença de lesions a conseqüència de violència física o sexual.

L'assistència sanitària de parelles actuals presenta uns valors tan baixos, que només comentem les dades derivades de les violències causades per parelles anteriors.

Les dones de 65 i més anys que patiren violència física o sexual d'una parella anterior, es manifesten en major mesura que les de 16 a 64 anys que no reberen assistència sanitària després de l'episodi, però que l'havien hagut de menester, amb uns percentatges respectius del 23,3% i 13,7% i, com sembla lògic, declaren un menor percentatge d'assistència sanitària sense hospitalització (10,4% i 17,7%, respectivament).

Gràfic 19 | *Conseqüències de la violència de la parella actual o d'anteriors. Dones de 65 i més anys i d'entre 16 i 64 anys (%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Pel que fa a les conseqüències psicològiques patides per les dones derivades dels episodis de violència física, sexual, emocional o por patits segons l'edat, ens mostra unes xifres similars per grup d'edat si la persona violenta maltractadora és la parella actual (49,4%, en dones de 65 anys i més i 47,9%, en el grup de 16-64 anys), mentre que quan parlem de parelles anteriors, la xifra és més alta entre les dones de 16-64 anys (76,8%) que entre les dones de 65 i més anys (59,7%).

Si parlem del consum de medicaments, alcohol o drogues amb la finalitat d'afrontar els episodis de violència de qualsevol índole (física, sexual, emocional o por), entorn del 17% de les dones de més de 65 anys i més del 25% de les dones de 16 a 64 anys% que els han patit amb parelles anteriors o les pateixen amb la parella actual han pres alguna d'aquestes substàncies. Les diferències que trobem entre les dones per grup d'edat és conseqüència de les majors taxes de consum d'aquestes substàncies per les situacions de violència viscudes amb parelles anteriors, ja que el consum per violència de parelles actuals és molt similar, del 14,4% per a les dones de 65 i més i de 13,2% per a les dones del grup d'edat inferior.

Si investiguem si les dones que patiren violència de qualsevol índole per qualsevol parella (actual i anteriors) que les impossibilità durant un temps per poder anar al lloc de treball o estudi, trobem diferències significatives d'altra banda esperables. Així, mentre que només el 4,3% de dones més grans de 65 anys no pogueren temporalment anar a treballar o prosseguir els estudis, aquest percentatge arriba fins al 17,7% dels casos, però cal tenir present que aquestes diferències són degudes, en bona mesura, al fet que un percentatge molt més alt de dones del grup de més edat, no treballaven ni estudiaven en el moment de patir la violència que les dones més joves. Però en tot cas, resulta significatiu fins a quin punt la violència que pateixen les dones, siguin en major o menor percentatge, afecta qualsevol aspecte de la seva vida i, en aquest cas, realitzar amb normalitat les seves tasques laborals o seguir el seu itinerari formatiu.

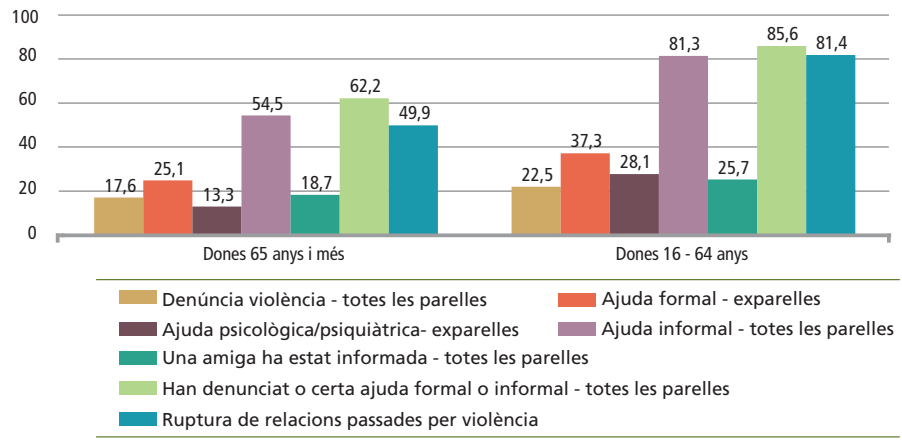
5.1.3. Denúncia, cerca d'ajuda formal i informal a conseqüència de la violència en parella

El primer aspecte que cal indicar és que només el 17,6% de les dones de 65 i més anys que han patit algun tipus de violència per part de qualsevol parella ha denunciat els fets a la policia o als jutjats, enfront del 22,5% de les dones d'entre 16 i 64 anys que sí que ho ha fet. En tot cas, crec que tothom pot valorar com a molt minsos ambdós percentatges i que cal incentivar, en tot cas, tant la denúncia com la recerca d'ajuda en els circuits formals i informals com la millor via per poder deixar una relació tòxica i iniciar una trajectòria vital lliure de violència.

Una característica de les dones de més edat que han patit violència física, sexual o emocional per part d'alguna exparella és que han acudit a serveis formals d'ajuda (25,1%)

en menor mesura que les dones de 16-64 anys (37,3%). Sembla que aquesta diferència percentual és conseqüència d'una menor freqüentació a recursos de tipus psicològic i psiquiàtric (13,3% de les dones de 65 i més hi acudiren), als quals sí que accediren en major mesura les dones de menor edat (28,1%). Aquestes diferències són rellevants pel que fa a violència de parelles anteriors, però no pel que fa a les parelles actuals, en què, fins i tot, el percentatge de dones de 65 i més anys que han cercat ajuda formal és un poc superior (18,2%), al de dones d'entre 16 i 64 anys (15,3%).

Gràfic 20 | *Denúncia de la violència i recerca d'ajuda formal i informal. Dones de 65 i més anys i d'entre 16 i 64 anys (%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Però no és només que les dones d'edat més avançada que han patit aquestes violències no acudeixen als serveis formals d'ajuda més que en un petit percentatge de casos, el mateix succeeix quan s'investiga sobre si han contat a les persones del seu entorn aquestes violències patides. Així, mentre que el 81,3% de les dones de 16 a 64 anys que han patit violències físiques, sexuals o emocionals ho ha explicat a les persones properes del seu entorn, aquest percentatge baixa considerablement, fins al 54,5% en el cas de les dones de 65 i més anys. La figura de l'entorn a qui totes les dones han contat en major mesura les violències patides són les amigues, però mentre que el 56,1% de dones de 16 a 64 anys que han patit violència ho ha explicat a una amiga, aquest percentatge es redueix a només un 20,9% en el cas de dones de 65 i més anys. Els grups de suport informal que han cercat les dones de 65 i més anys que han patit violència per pes percentual, després de les amigues, ha estat una germana (19,9%), la mare (14,4%) i un altre membre femení de la família (12,2%). En canvi, les dones del grup d'entre 16 i 64 anys, després de les amigues, han contat la violència de parella que

patien a la mare (40,1%), una germana (26,4%), el pare (20,8%), un germà (15,2%) o un amic (14,9%). Com podem veure, hi ha una gran diferència quant al distint tipus de persones de l'entorn a qui han comunicat la violència patida i els percentatges amb què ho han fet.

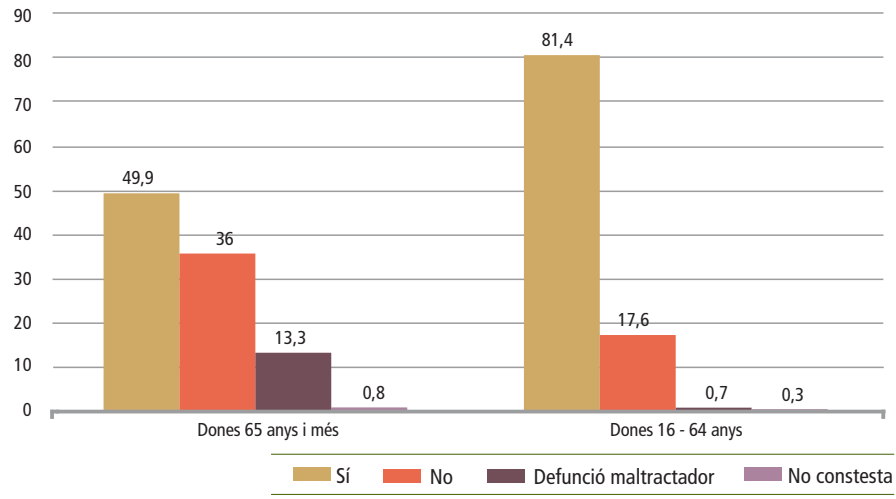
En definitiva, podem concloure que les dones d'edats més avançades tendeixen a ocultar, a no revelar, les violències patides en una proporció més alta que dones d'altres grups d'edat, amb les importants repercussions que això pot tenir en l'estat psíquic i emocional de les afectades i, per això, presenten probablement taxes més elevades de violència per part de les parelles actuals. Intentarem cercar algunes possibles explicacions en l'apartat següent que dedicarem a la ruptura de les parelles per causa de la violència.

5.1.4. Ruptura de la relació a conseqüència de la violència de la parella per edat de la dona

Les situacions destacades anteriorment (menor proporció de denúncies i de recerca d'ajuda formal i informal), probablement tingui, almenys en part l'explicació en l'educació i els valors interioritzats que responien a una societat patriarcal i androcèntrica en què les dones tenien un paper accessori i totalment subordinat a les figures de poder masculines (pare, espòs…) i, per tant, han patit amb resignació allò que se'ls havia dit que era el seu paper. Fins i tot, en les dones de més edat, podria influir el paper de la religió, amb la creença del caràcter sacramental i indissoluble del matrimoni, que implicava que les dones havien d'afrontar amb resignació i sacrifici les circumstàncies d'aquesta relació durant tota la vida del cònjuge. Val a dir que dècades enrere i fins al final del franquisme i l'entrada dins del període constitucional, amb les importants legislacions que regularen el divorci, les pressions socials actuaven en aquest mateix sentit, donant al matrimoni un caràcter de relació necessàriament permanent que, provocaven en molts casos, uns llargs períodes de convivència en què les parelles i, sobretot, les dones havien de suportar unes vides molt difícils. Altres factors que també poden influir-hi són altres, com ara la dependència econòmica, ja que entre les parelles de més edat, molt freqüentment només era el marit el que treballava i aquesta circumstància dificultava enormement que una dona decidís rompre una relació, en no disposar de recursos inicials per emprendre una nova etapa.

El resultat, en tot cas, d'aquesta ocultació de la violència patida per les dones de 65 i més anys, que no han cercat suport ni formal ni del seu entorn, a banda de les pressions socials i personals, han determinat que les ruptures amb les parelles passades amb què havien patit episodis de violència, hagin estat molt més dificultoses i reduïdes. Així, les dones de més edat han estat capaces de deixar la relació en molt menor mesura (49,9%) que les dones dels grups d'edat inferior (81,4%).

Gràfic 21 | *Ruptura de la relació de parelles anteriors per violència. Dones de 65 i més anys i d'entre 16 i 64 anys (%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Fins i tot, un percentatge prou significatiu, que arriba al 13,3% de les dones de 65 i més anys, afirma que la relació violenta va acabar amb la defunció de la parella. Les dades de dissolució de parella per aquesta causa, com és lògic, és molt més baix entre les dones de 16-64 anys, en què només suposen un 0,7%.

Dit en altres paraules, només una de cada dues dones grans havia estat capaç de rompre activament una relació amb una parella anterior, per la situació de violència patida i, fins i tot, un percentatge significatiu, superior a 1 de cada 10 dones, va patir aquesta violència fins a la mort de la parella. Aquests percentatges, per tant, indiquen que hi ha una xifra de dones molt significativa que pateix aquesta situació i que moltes la patiran fins que el maltractador mori. De fet, hem de desterrar la imatge, si algú així la té formada, que els maltractadors només són homes joves; el maltractadors es troben en tots els grups d'edat, des dels més joves fins als més grans. I en alguns casos, aquesta conducta s'ha estès i s'ha exercit al llarg de tota la vida, afectant totes les parelles que hagin pogut tenir i totes les dones amb qui hagin pogut tenir contacte.

5.2. Violència física fora de la parella patida per les dones de 65 i més anys

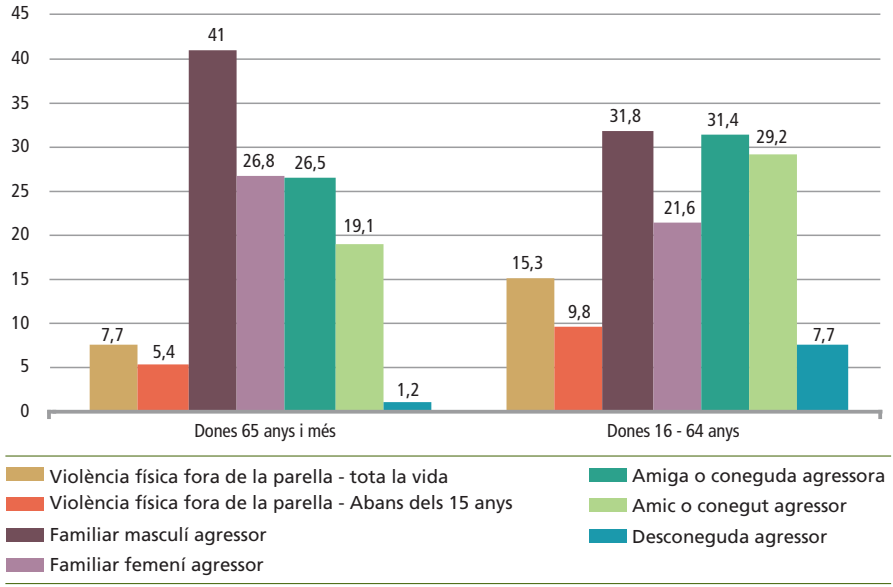
Si fins ara hem intentat esbrinar alguns dels elements més destacables de la violència de parella patida per les dones de 65 i més anys en comparació a les dels grups

d'edat més joves, ara parlarem de la violència física patida fora de l'àmbit de la parella.

Podem afirmar, d'acord amb les dades de l'Enquesta, que les dones de 65 i més anys han patit durant la seva vida violència física fora de la parella amb menor proporció (7,7%), que les dones entre els 16 i els 64 anys (15,3%). Podem afirmar que com més jove és el grup de dones analitzat, més elevada és la taxa de violència física patida. Així, prop d'una de cada 4 dones d'entre 16 i 17 anys (23,8%) ha patit violència física, mentre que la xifra se situaria entorn d'1 de cada 4 (21,3%) en el grup de 18-24, per mantenir-se en una situació relativament estable, però a la baixa des del 17,2% de violència física patida en el grup de 25-24 anys fins a 11,7% del grup de 55-64 anys.

Aquests percentatges entre les dones de més edat no és només més baix en el període més proper de l'entrevista (0,8% durant els 4 anys previs, enfront d'un 3,2% de les dones d'entre 16 i 64 anys), sinó també durant la infància, considerada abans dels 15 anys d'edat, en què mentre que un 5,4% de les dones de 65 i més anys declaren haver patit violència, aquest percentatge puja fins al 9,8%, gairebé el doble, en el cas de dones d'entre 16 i 64 anys.

Gràfic 22 | *Violència física fora de l'àmbit de la parella. Dones de 65 i més anys i d'entre 16 i 64 anys (%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Pel que fa a les persones agressores, les dones de 65 i més anys indiquen com a principals persones agressores membres de la família masculins (41%) i femenins (26,8%) i amigues o conegudes (26,5%); mentre que les dones d'entre 16 o 64 anys mostren una menor violència rebuda a l'entorn familiar (membre masculí (31,8%) i femení (21,6%) i un increment de la violència exercida per persones amigues o conegudes (femenines, 31,4% i masculines, 29,2%). Així mateix també crida l'atenció el 7,7% de violència física patida per les dones del grup més jove, per part de persones desconegudes de sexe femení, que és molt més elevat que en el grup de més edat.

En tot cas, destaca en aquest epígraf el paper que tenen les dones com a maltractadores, independentment de la relació amb la dona objecte de violència.

5.3. Violència sexual fora de l'àmbit de la parella: dones de 65 i més anys

5.3.1. Dades generals de la violència sexual fora de l'àmbit de la parella: les dones de 65 i més anys en relació amb les de menor edat

La macroenquesta de 2019 posa en relleu que les dones de 65 i més anys han patit violència sexual fora de la parella al llarg de la seva vida en menor proporció que les dones de 16 a 64 anys, amb uns percentatges del 2,8% i 7,7% respectivament. I el mateix succeeix en el període de la infància (abans dels 15 anys), en què els percentatges de violència patida per les dones del grup dels 16 als 64 anys gairebé duplica (3,9%), el de les dones de 65 i més anys.

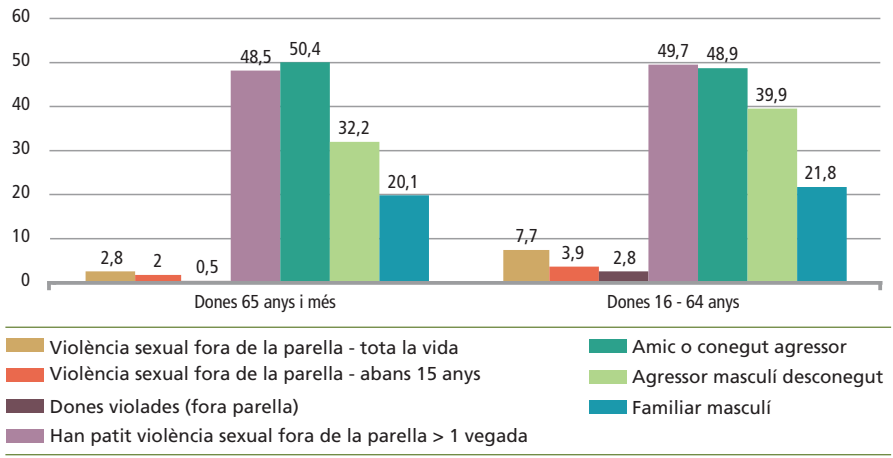
El grup desagregat que presenta una prevalença més alta de violència sexual fora de la parella és el grup de 18-24 anys, en què més d'1 de cada 10 dones ha patit aquest tipus de violència (11,5%), seguit per les dones de 16-17 anys (9,3%) i el grup de dones entre 25-44 anys (8%, aproximadament).

Quant a les violacions fora de la relació de parella, les diferències encara són més paleses, ja que són 5,6 vegades superiors entre les dones de 16-64 anys que entre les dones de més de 65 anys. Mentre que 1 de cada 200 dones de 65 i més anys declara haver estat violada, aquest percentatge puja fins a prop del 3% (2,8%) en els cas de les dones d'entre 16 i 64 anys.

Quant a la freqüència dels episodis de violència sexual, l'enquesta destaca que no hi ha diferències significatives entre els grups de dones de 65 i més anys i el més jove. Així, podem dir que entorn del 50% de les dones que han patit violència sexual, sigui quina sigui l'edat, n'han patit un únic episodi, mentre que l'altra meitat, ha patit violència sexual fora de la parella en més d'una ocasió. A més a més, les taules de reiteració mostren que moltes de les dones que han patit agressions sexuals repetides han sofert aquesta situació amb molta freqüència temporal, la qual cosa, sens dubte, fa especial-

ment greu els casos detectats d'agressions sexual repetides (més del 40% les patiren un cop o més cada mes i més del 60%, un cop o més l'any). A més, cal tenir present que en molts dels casos de violència sexual i violació, els participants foren 2 o més almenys en una ocasió, amb un 12,4% i un 17,3% dels casos, respectivament. La realització d'activitats grupals, no només aquesta sinó la d'altres comportaments contra les normes, s'explica per diversos factors com la dissolució de la responsabilitat en l'activitat col·lectiva, la necessitat de demostrar als altres membres del grup que són capaços de dur a terme aquell activitat, l'absència de control d'impulsos, la manca d'empatia i molts d'altres que, en qualsevol cas, no serveixen ni per disculpar ni per reduir la responsabilitat individual en aquest tipus de fets.

Gràfic 23 | *Violència sexual fora de l'àmbit de la parella. Dones de 65 i més anys i d'entre 16 i 64 anys (%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Aquestes xifres ens han de fer reflexionar sobre la importantíssima quantitat de dones que han patit, ja sigui en una o en diverses ocasions, aquest tipus de violència.

5.3.2. Conseqüències físiques, psíquiques i laborals de la violència sexual fora de la parella a la tercera edat i comparació amb les dones de menor edat

Els percentatges de lesions derivades d'aquesta violència sexual no presenta diferències estadísticament significatives, segons l'Enquesta de violència, tot i que sembla un poc més elevada entre les dones de 16 i 64 anys (16,8%) que entre les dones de 65 i més anys (10,9%).

Quant a les conseqüències psicològiques patides per la violència sexual fora de la parella, també és més elevada la taxa entre les dones de 16 i 64 anys (54,9%) que la declarada per les dones de 65 i més anys (37,1%). Les seqüeles psicològiques afecten més del 50% de les dones que han patit violència sexual i prop del 80% de les víctimes de violació. Les seqüeles psicològiques que prevalen més entre les dones que han patit aquest tipus d'agressió hi ha la pèrdua d'autoestima (57,4%, en cas de violació i 30,8%, violència sexual); l'ansietat, fòbies i atacs de pànic (55,9% de les víctimes de violació i 32,5% de violència sexual), depressió (39,8% de les violades i 19,7% de les que ha patit violència sexual), entre molts altres problemes com ara dificultats de concentració, del son i de l'alimentació i les autolesions o pensaments suïcides.

No considera l'enquesta que hi hagi cap diferència significativa pel que fa al consum de substàncies per afrontar aquests episodis en relació amb l'edat de les dones afectades.

Pel que fa a l'absentisme laboral o estudiantil per aquesta causa, presenta un mateix percentatge en els dos grans grups considerats, que assoleix el 10% de les dones que han patit aquesta agressió. Això no obstant, si tenim present que el grup de dones de 65 anys i més que no treballava en aquell moment era molt superior al de dones entre 16 i 64 anys, hem de concloure que les dones de més edat resultaren molt més afectades, quan considerem aquest ítem.

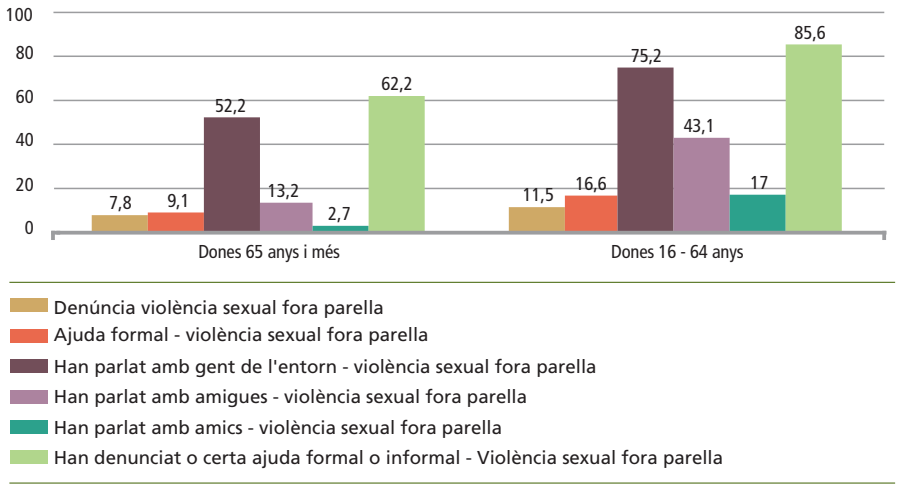
5.3.3. Denúncia i recerca d'ajuda formal i informal a conseqüència de la violència sexual fora de la parella

En cas d'haver patit violència sexual fora de l'àmbit de la parella només un baix percentatge de dones n'han presentat denúncia als jutjats o davant la policia. Així, ho feren el 7,8% de les dones entrevistades de 65 i més anys i l'11,5% de les dones entre 16 i 64 anys. Aquestes xifres posen en relleu que un gran nombre d'agressions no només queden impunes, sinó que ni tan sols apareixen a les estadístiques oficials sobre violència sexual cap a les dones. Aquest xifres situarien les agressions fins a 9 vegades per damunt de les dades que ens puguin presentar els jutjats o la policia sobre aquest tipus de fets.

Pel que fa a la recerca d'ajuda formal, en cas d'haver patit violència sexual, els percentatges són novament baixos, tot i que superiors entre el grup de dones d'entre 16 i 64 anys (16,6%) que en les dones d'edats més avançades (9,1%).

Ja hem esmentat els motius que porten les dones a no cercar ajuda formal, d'una banda una xifra significativa no concedí suficient importància als fets per iniciar un procés formal (principalment en casos de violència sexual), mentre que la vergonya, el desconeixement, pensar que no les creurien o que «eren altres temps», són altres motius que prevalen per no sol·licitar ajuda d'institucions o professionals.

Gràfic 24 | *Denúncia de la violència sexual fora de l'àmbit de la parella i recerca d'ajuda formal i informal. Dones de 65 i més anys i d'entre 16 i 64 anys (%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Ara bé, on hi ha unes diferències més remarcables és en la comunicació a les persones de l'entorn dels fets succeïts, fet que com a mínim, suposa compartir la càrrega i rebre el consol de les persones estimades que, a més, la poden orientar i, si ho consideren oportú, acompanyar-les a circuits formals d'ajuda o a presentar una denúncia i, sempre i en tot cas, acompanyar les dones agredides en el procés de superació dels fets. Com és lògic, les dones agredides confirmen que han rebut un suport molt majoritària quan han contat els fets a les persones de la seva confiança.

Així, mentre només 1 de cada 2 dones de 65 i més anys (52,2%) ha explicat els fets de violència sexual patida a les persones de l'entorn, aquest percentatge és molt superior entre les dones d'entre 16 i 64 anys, en què 3 de cada 4 ho han fet (75,2%).

La gran diferència de transmissió dels fets a les persones de l'entorn sembla que provenen de la major confiança amb les amigues i amics de les dones més joves (43,1% i 17%, respectivament) que la que mostren les dones de més edat, amb uns percentatges de comunicació a amigues (13,2%) i amics (2,7%) molt més baixos.

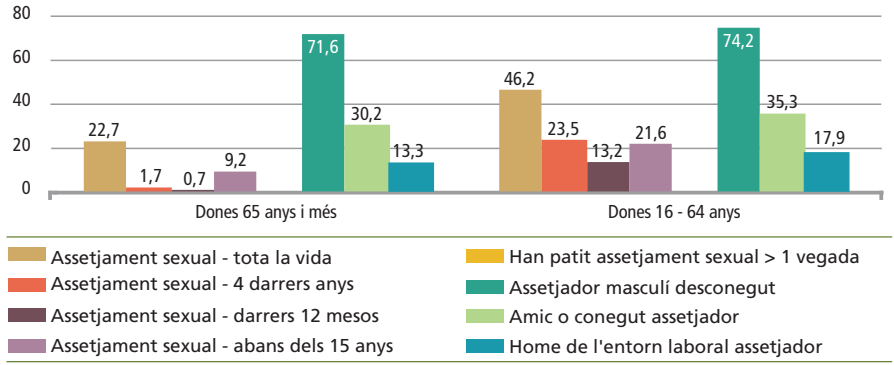
Això fa que el conjunt considerat de dones que han denunciat o cercat ajuda formal o informal sigui molt més baix entre les dones de 65 i més anys (58,3%) que entre les dones de menor edat (77,7%).

Aquesta ocultació i una menor recerca d'ajuda formal i informal pot repercutir negativament en les dones de més edat que han patit aquesta violència, ja sigui des del punt de vista psicològic, ja sigui per haver de recórrer a algun tipus de substància (medicament, alcohol…) per afrontar la situació. Aquestes dades mostren la necessitat de potenciar la denúncia dels fets de violència sexual i potenciar els equips d'atenció formal, els qual s'haurien d'adreçar al col·lectiu de les dones de més edat, que amb menys freqüència revelen els fets i cerquen ajuda específica.

5.4. L'assetjament sexual a les dones de 65 anys i més

El concepte d'assetjament sexual implica un comportament amb connotacions de tipus sexual que fa que qualsevol dona se senti molesta o incòmoda. Aniria des de mirades insistents i lascives que la intimiden (un 30% de les enquestades ha experimentat, com a mínim, aquesta sensació), contactes físics no desitjats (17,5% de les enquestades), suggeriments per mantenir una cita o activitat sexuals que l'hagi ofesa o intimidada (14%), insinuacions o missatges inapropiats o ofensius per xarxes socials (7,4%), exhibicionisme (12,2%)… Cal tenir present que es demana aquest comportament de qualsevol persona, tant de parelles o exparelles com de qualsevol altra persona. I, hem de recordar, que tot i que les persones violentes i agressores són molt majoritàriament homes, un percentatge de violentes i, en aquests cas, assetjadores són dones. Així, el 4,6% de les persones assetjadores de les dones enquestades de 65 i més anys eren de sexe femení, mentre que aquest percentatge pujaria fins al 7,5%, en el cas de dones més joves.

Gràfic 25 | *Assetjament sexual. Dones de 65 anys i més i d'entre 16 i 64 anys (%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Pel que fa a la prevalença de l'assetjament sexual patit per les dones per grans grups d'edat, és inferior entre les dones de 65 i més anys que les del grups d'entre 16 i 64 anys. Així mateix, en el grup de dones més joves, hi ha diferències contrastades. El subgrup que ha patit un nivell d'assetjament sexual més elevat és el constituït per dones d'entre els 18 i els 24 anys, en què el 62,5% hauria patit aquesta forma de violència. Després, amb percentatges gairebé idèntics, superiors al 52%, trobaríem tant les dones d'entre 16 i 17 anys com el grup de les que en tenen entre 25 i 34. Finalment, amb xifres d'entre un 44% i un 47% trobaríem les dones d'entre els 25 i els 54 anys i ja passaríem al grup de les dones d'entre 55 i els 64 anys, un terç de les quals afirmen que han estat assetjades.

Poc més del 20% (22,75%) de les dones de 65 i més anys ha estat assetjada sexualment, mentre que aquestes xifres es dupliquen, fins aproximar-se a 1 de cada 2 dones, en el cas de les dones de 16 a 64 anys. Així mateix, si l'assetjament es considera durant la infància (menys de 15 anys), els percentatges també divergeixen enormement i són del 9,2% entre les dones de més edat i del 21,6% entre les dones d'entre 16 i 64 anys.

I, tot i que ja ho hem reiterat en diverses ocasions, els percentatges de violència contra les dones són molt significatius, fins i tot aquella patida per al·lotes molt joves, es tracti del tipus de violència que es tracti. Aquesta situació afecta milions de persones a l'Estat espanyol i a les Balears i s'ha d'erradicar. La igualtat i el respecte són (o haurien de ser) els pilars de qualsevol societat democràtica contemporània. I, dissortadament, mentre hi hagi violència en general i violència masclista en particular, aquest horitzó queda molt lluny de la realitat.

Així mateix, com d'altra banda calia esperar, els fenòmens d'assetjament recents són molt més importants entre les dones més joves que entre les dones de 65 i més anys. Així, durant els darrers 4 anys i els darrers 12 mesos han sofert assetjament un 23,5% i un 13,2% de les dones del primer grup, mentre que en el segon, aquests percentatges baixen fins 1,7% i el 0,7%, tot i que, com podem comprovar, no és un fenomen que sigui inexistent també entre les dones grans de la nostra societat.

Nogensmenys, si analitzem la repetició de l'assetjament (si aquest tipus de fet s'ha produït en una o en diversos ocasions), també podem concloure que totes les dones, independentment de l'edat de les enquestades, han estat assetjades en més d'una ocasió. No obstant això, les dones més joves (16-64 anys) presenten 8 punts percentuals més d'assetjament repetit (76,3% de les dones d'aquest grup, enfront d'un 68,2% de les dones de 65 i més anys).

Una cosa que canvia poc, tot i que hi poden haver alguns punts percentuals de diferència, és el perfil de l'assetjador sexual de les dones residents a Espanya, independent-

ment del gran grup d'edat considerat: el primer lloc, amb uns percentatges d'entre el 70 i el 75% trobaríem els homes desconeguts, seguits amb un pes percentual, si fa no fa de la meitat de l'anterior, pels amics o coneguts de sexe masculí i, en tercer lloc, se situarien els homes de l'entorn laboral de la dona assetjada, amb un pes percentual d'entre els 13 i el 18%.

L'enquesta no revela diferències significatives en el consum de medicaments, alcohol o drogues entre les dones grans i la resta de dones i, per això, us remetem a l'epígraf general que trobareu en el capítol anterior que parla d'assetjament sexual de les dones.

Quant a la denúncia dels fets i a la recerca d'ajuda formal i informal, con també succeeix en altres casos, les xifres són més elevades entre les dones més joves que entre les dones de més edat. Amb tot i això, destacaríem els baixos percentatges tant de denúncia com de recerca d'ajuda formal entre les dones de 65 i més anys i les dones d'entre 16 i 64 anys, que presenten uns percentatges de l'1,5% i 0,7% i del 2,6% i 2,0%, respectivament. Això significa que molt pocs casos d'assetjament són denunciats i que encara més baixa és la freqüència en què les dones cerquen ajuda formal especialitzada.

El que sí que és molt més freqüent és la recerca d'ajuda informal, aquella ajuda que sorgeix de parlar del que ha succeït amb persones de l'entorn proper, cosa que permet alliberar-se d'una càrrega psíquica important i sentir-se compreses i acompanyades. També aquí els percentatges són inferiors entre les dones de 65 i més anys, tot i ser molt més elevat que els detectats en altres tipus de violència (46,6%), mentre que la de la resta de dones s'acosta al 60% (59,7%).

5.5. Assetjament reiterat o 'stalking' a dones de 65 anys i més

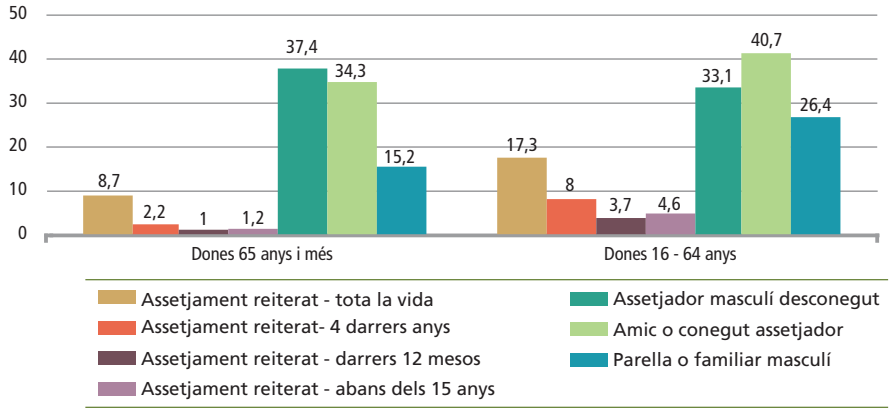
La prevalença de l'assetjament reiterat o *stalking* és inferior entre les dones de 65 i més anys que en el grup de dones d'entre 16 i 64 anys. Així, el 8,7% de les dones del primer grup l'ha patit almenys un cop durant la seva vida i d'aquest, l'1,2% abans de complir els 15 anys, mentre que entre les dones de menys edat, aquest percentatge s'enfila fins al 17,3% i el 4,6% en el segon cas.

El mateix podem dir quan s'analitzen els episodis més recents, dels darrers 4 anys i dels darrers 12 mesos, en què els percentatges que presenten les dones del primer grup són pràcticament 4 vegades inferiors a les del segon: 2,2% i 1% (65 i més anys) i 8% i 3,7% (16-64 anys).

El patró de la freqüència en què es repeteixen els assetjaments reiterats són bastants similars entre ambdós grups d'edat i, quan es produeixen, es tracta de fenòmens que es repeteixen sobretot entre 1 i 3 vegades per setmanes (un poc més del 30% dels casos),

cada dia o gairebé (entre el 20 i el 25%, aproximadament) o entre 1 i 3 vegades al mes (entre el 15 i el 18% dels casos). Potser destaquen els casos entre les dones de 65 i més anys que s'han produït menys d'una vegada a l'any, de manera aïllada o en períodes particulars (Nadal, vacances…), que arriben al 17,7%, mentre que entre les dones més joves només superen, per poc, el 10%.

Gràfic 26 | *Assetjament reiterat ('stalking'). Dones de 65 anys i més i d'entre 16 i 64 anys (%)*

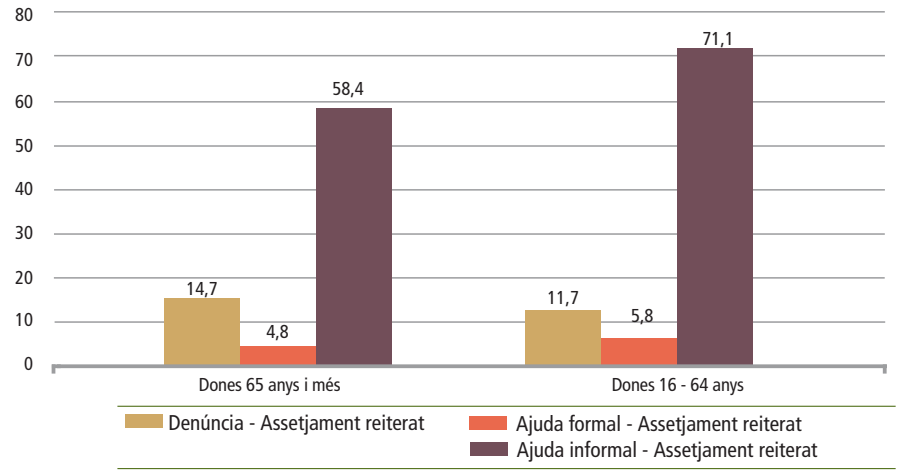


Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Quant al patró dels assetjadors reiterats, s'observen algunes diferències entre el grup d'edat de les dones de 65 i més anys i la resta. Així, mentre que entre les dones de més edat l'assetjador reiterat més prevalent és el d'un home desconegut amb el 37,4%, aquest no és el perfil més prevalent entre les dones més joves, tot i que suposa un terç dels assetjadors reiterats (33,1%). Entre les dones de 16 i 64 anys, el perfil més prevalent és el d'un home amic o conegut, que supera el 40% dels casos (40,7%) i, així mateix, presenta uns percentatges significativament elevats, sobretot si ho comparem amb els de les dones de més edat, l'agressor reiterat que és la parella o familiar home de l'agredida, amb un 26,4% dels casos que baixa, en el grup de 65 i més anys, fins al 15,2%. No podem deixar de destacar que entre el perfil de les persones que assetgen les dones de manera continuada, hi ha una xifra relativament important de dones agressores, que causen el 17,4% del total de casos de *stalking* entre les dones de 65 i més anys i el 14,4% entre les dones de menor edat. El perfil de dona agressora en ambdós grups és el constituït per amigues o conegudes (més del 50% dels casos).

Les dones dels distints grups d'edat responen amb uns consums similars de medicaments, alcohol o drogues per enfrontar-se a la situació d'assetjament reiterat, del 7,9% en el grup de 65 i més anys i del 9,5% en el de 16 a 64 anys. Podríem dir que entorn del 10% de dones que pateixen aquest tipus de violència prenen algun tipus de substància per afrontar la situació, xifra que des del punt de vista sanitari podem considerar prou rellevant.

Gràfic 27 | *Denúncies i recerca d'ajuda formal i informal per assetjament reiterat ('stalking'). Dones de 65 anys i més i d'entre 16 i 64 anys (%)*



Font: Macroenquesta de violència contra la dona (2019)

Tot i que també hi ha, novament, un percentatge més elevat de dones del grup d'entre 16 i 64 anys que cerca ajuda informal i comenta amb l'entorn la circumstància que pateix (més de 7 de cada 10), la xifra de dones grans que ho fa és, en aquest cas, ben prou significativa i s'acosta al 60% (58,4% dels casos). Mentre, pel que fa a recerca d'ajuda formal, gairebé no hi ha diferències significatives (4,8% entre les dones de 65 i més i 5,8%, entre la resta).

Pel que fa a les denúncies, en aquest cas trobem, i això potser és una novetat, uns percentatges superiors entre les dones de més edat: el 14,7% de les que han patit *stalking* han denunciat els fets, mentre que aquest percentatge seria de l'11,7% entre les dones d'edats inferiors. Així mateix, hem de destacar la importància d'aquest percentatges davant les denúncies presentades per altres casos que podríem considerar, a priori més greus, com la mateixa violència sexual fora de la parella. Potser això té a veure amb les connotacions ben diferents de cada tipus de violència i amb la voluntat

d'ocultar, precisament, aquelles violències que afecten més íntimament i de manera més impactant les dones, per no reviure'n els fets i no veure's enfrontada a l'opinió pública. Unes situacions que hem vist que sovint es repeteixen entre les dones de més edat, amb distints tipus de violència, tant de parella com de persones externes a les relacions mantingudes.

6. Les dones assassinades per violència de gènere a l'Estat espanyol

6.1. La corprenedora punta de l'iceberg de la violència de gènere

Amb les dades actualitzades a dia 5 de juliol del 2021, ja són 1.102 les dones mortes per violència de gènere d'ençà del 2003, en què s'inicià aquest recompte i es determinà aquest tipus específic de violència masclista.

La vigent Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, fou aprovada per unanimitat per totes les forces parlamentàries existents en aquell moment. Molt probablement aquest consens no es produiria avui en dia, ja que hi ha algunes forces polítiques que s'han manifestat repetidament contra la violència de gènere, intentant manipular determinats sectors de la població amb un fals discurs que tots som iguals i que la violència és per a tothom, no per a un sector específic com són les dones.

Aquesta Llei no és una llei adreçada a tots els tipus de violència masclista, sinó només a una classe específica que defineix com de gènere. Així, l'article 1.1 diu què s'ha d'entendre per violència de gènere aquella que es produeix com la manifestació de la discriminació, la situació de la desigualtat i les relacions de poder dels homes sobre les dones i quan és exercida sobre aquestes per part dels qui siguin o hagin estat cònjuges o amb els quals estiguin o hagin estat lligats per relacions similars d'afectivitat, encara que no hi hagi hagut convivència, i aquesta violència de gènere comprèn tots els actes de violència física i psicològica, incloent-hi les agressions a la llibertat sexual, les amenaces, les coaccions o la privació arbitrària de la llibertat i, evidentment, en els casos extrems, l'assassinat, que és el que analitzarem tot seguit.

Per tant, la violència de gènere, almenys des d'un punt de vista jurídic i en el marc de l'Estat espanyol, només es produeix en els casos de maltractaments dels homes sobre les dones quan existeixi o hagi existit una relació d'afectivitat prèvia, s'hagi arribat a conviure o no i s'hagin establert vincles matrimonials o no. Altres tipus de violència masclista, en cas de no existir vincles afectius previs, no s'inclouria dins l'estadística de casos de violència de gènere, ni tampoc els casos de violència de les dones sobre

els homes (malgrat que hi hagi relació sentimental, present o passada) o els casos de violències entre parelles del mateix sexe. Aquestes violències existeixen, però no són objecte d'aquest article, ni tampoc ho és demostrar que els casos de violència entre sexes són majoritàriament exercits pels homes cap a les dones i no a l'inrevés, cosa que, tanmateix, ja ha quedat palesa amb les dades aportades de l'Enquesta de violència contra la dona del 2019.

Les dades de dones assassinades a l'Estat espanyol entre el 2003 i el 2021 són esgarrifoses: 1.102 dones, de tots els grups d'edat, de distints estrats socioeconòmics i de distintes procedències geogràfiques, només pel fet de ser dones, han trobat la mort a mans d'algú amb qui mantenien o havien mantingut una relació afectiva en un moment determinat de la seva vida.

Aquesta xifra inclou les dades de dones assassinades fins a principis de juliol del 2021, tot i que les dades que presentarem, per distribució de variables, faran referència a exercicis complerts i, per tant, fins al 2020.

Vivim en un món de xifres i, de vegades, oblidem que rere cada nombre individual, hi ha una persona; una dona, en aquest cas, amb les seves il·lusions i projectes, una dona amb amistats, fills i famílies que l'han perduda per sempre, assassinada per un individu que se suposava que l'estimava o que en algun moment l'havia estimada. Però la violència de gènere, com la violència masclista en general, no va d'amor. Va de relació de poder, d'estructures socials i culturals que han situat històricament l'home en una posició superior i les dones en una situació d'inferioritat tan sols per una qüestió de naixement. Unes situacions que alguns diuen que es troben superades en la societat democràtica espanyola actual. La realitat, però, demostra que això no és així: la situació d'igualtat no existeix. I no només a efectes de salaris o dedicació a les tasques de la llar o a l'atenció i cura dels fills o d'altres membre de la família, sinó també en tots els casos de violència masclista, com les violacions grupals o les violències patides per tantes i tantes dones al llarg de la seva vida o, en els casos de violència de gènere, totes les violències registrades cada dia i que, dissortadament, han acabat en massa casos en l'assassinat d'una dona: 24 des que va començar l'any, 1.102 d'ençà del 2003.

I aquesta només és la punta de l'iceberg, els casos més extrems, però desconeixem tot el sofriment de les dones que pateixen violència psíquica i física continuada i que no s'atreveixen a denunciar la situació en què viuen. Esperem que, mitjançant les campanyes institucionals i els programes d'educació per a la igualtat, s'arribi a un moment en què no siguin necessàries mesures com la Llei de gènere i que la igualtat entre les persones, independentment del sexe o preferències sexuals, sigui una realitat a l'Estat espanyol.

Si algú està interessat a aprofundir una mica més en tots els assassinats de les dones comesos en el 2021, per empatitzar un mica més amb les víctimes, podeu consultar el web Feminicidio.net (2021)[1].

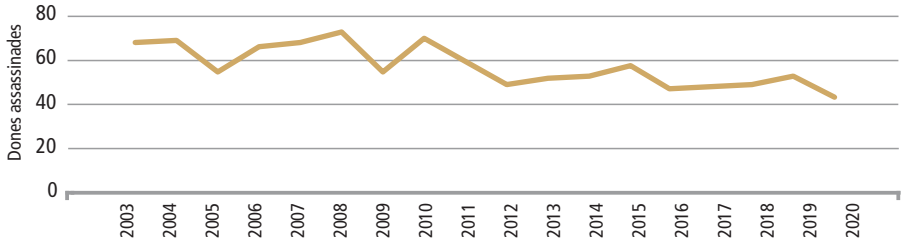
6.2. La xifra total de dones assassinades per violència de gènere a l'Estat espanyol i a les Illes Balears d'ençà del 2003

Ja hem comentat que, segons dades recents, les dones assassinades a Espanya per violència de gènere arriben a les 1.102, 24 de les quals han estat assassinades durant el 2021.

Aquestes xifres no ens permeten sentir-nos orgullosos de la situació que es viu a l'Estat espanyol, després de tants d'anys d'esforços i mitjans destinats a mitigar, en primer terme, i a erradicar la violència masclista en el si de la nostra societat.

Això no obstant, la representació gràfica de l'evolució de les dones assassinades per qüestió de gènere des del 2003, ens mostra una certa tendència subjacent a un lleuger decreixement en la xifra d'assassinats, malgrat que no es tracta d'un fenomen continu i hi ha anys d'un cert increment, seguits d'anys de noves baixades, per la qual cosa el gràfic ofereix un perfil típic de dents de serra. Tot i això, des dels primers quinquennis, en què es registraven entorn dels 70 casos de dones assassinades per les parelles o exparelles, s'ha passat a un període en què es produeixen entre 45-55 assassinats. Un descens excessivament poc pronunciat, podeu pensar, però real i que esperem que s'intensifiqui en el futur.

Gràfic 28 | *Dones assassinades i any. Estat espanyol 2003-2020*

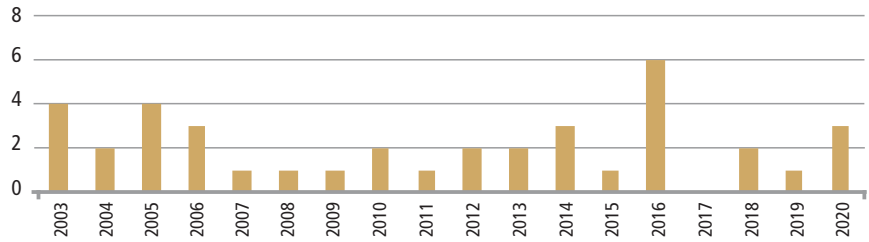


Font: Fitxes anuals de les víctimes mortals de violència de gènere. Ministeri d'Igualtat. Delegació del Govern Contra la Violència de Gènere. Govern d'Espanya

[1]. https://feminicidio.net/listado-de-feminicidios-y-otros-asesinatos-de-mujeres-cometidos-por-hombres-en-espana-en-2021

Les dades a principis de juliol, fan pensar que enguany es poden registrar xifres similars a les de l'any 2020. Amb tot i això, algunes organitzacions han indicat que no només la COVID-19 va incrementar la violència masclista, sinó que també el cessament de les mesures de confinament i de control, podrien determinar un nou repunt de la violència, per la por dels individus maltractadors de perdre el control sobre la dona sobre la qual exerceixen la dominació i el control. És evident que les mesures de control de mobilitat i, particularment, les de confinament total que visqué la població en les primeres fases de l'estat d'alarma, han suposat un problema greu per a tota la població però, sobretot, per a alguns sectors, com els de les dones maltractades, obligades a conviure permanentment amb els seus maltractadors en un espai reduït i sense poder recórrer a cap suport de tipus formal o informal exterior.

Gràfic 29 | *Illes Balears / Dones assassinades. 2003-2020*



Font: Fitxes anuals de les víctimes mortals de violència de gènere. Ministeri d'Igualtat. Delegació del Govern Contra la Violència de Gènere. Govern d'Espanya

Pel que fa a les Illes Balears, 39 dones han estat assassinades entre 2003 i 2020, a les quals, des que va començar el 2021, se n'ha d'afegir un cas, fins arribar a les 40.

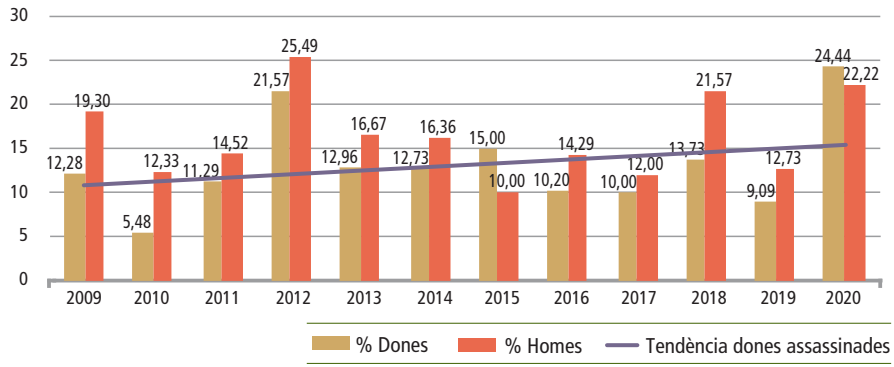
Unes xifres que ens mostren que cada any, moren de mitjana, com a mínim, dues dones al nostre arxipèlag per violència de gènere. Això no obstant, i com podem veure al gràfic adjunt, les xifres són prou variables, des del màxim de 6 casos en el 2016, fins a un any en què, afortunadament però únic en la sèrie, que no registrà cap assassinat, el 2017; mentre que les dades de 2020, últim exercici complert disponible, comptabilitzen 3 dones assassinades per les seves parelles o exparelles. A les Illes Balears, atesa la reduïda magnitud de les xifres, no es veu una tendència clara al descens general que sí que s'apreciava pel conjunt de l'Estat. En qualsevol cas, cal continuar en la tasca de prevenció i educació per erradicar la violència masclista i la seva manifestació extrema: l'assassinat de les dones amb qui s'havia mantingut una relació sentimental.

6.3. Dones assassinades per violència de gènere en els grups de més edat

Una variable interessant per analitzar els assassinats per violència de gènere és, sens dubte, l'edat.

Aquesta anàlisi, que hem centrat bàsicament en els grups d'edat més avançada, ens permet concloure que hi ha una xifra important de dones que són assassinades després dels 60 anys. Les dades ens mostren que, des del 2009-2020, les dones assassinades de més de 61 anys presenten una certa tendència a incrementar el pes percentual sobre el total. O dit d'una altra manera, sembla que hi ha una certa tendència que les xifres de dones assassinades de més edat sigui superior, entre d'altres factors per l'increment de l'envelliment de població.

Gràfic 30 | *Percentatge de dones assassinades i d'assassins de més de 61 anys. Estat espanyol. 2009-2020*



Font: Fitxes anuals de les víctimes mortals de violència de gènere. Ministeri d'Igualtat. Delegació del Govern Contra la Violència de Gènere. Govern d'Espanya

El percentatge de dones assassinades de més de 61 anys sobre el total de dones assassinades varia molt en funció de l'any, però podem dir que sempre es troba per sobre del 10% dels casos i que arriba en algun cas a superar el 20%. Això significaria, ni més ni menys, que com a mínim, almenys 1 de cada 10 dones assassinades per violència de gènere a Espanya pertany al grup de més edat i que aquesta xifra, en ocasions, s'arriba a duplicar. Fins i tot, les dades de 2020 situen aquest col·lectiu en el màxim de la sèrie estudiada i 1 de cada 4 dones assassinades havia superat els 61 anys.

Tot seguit, intentarem afinar una mica més la tipologia de les dones grans assassinades, per gran grup d'edat.

6.4. Percentatge de dones assassinades de 61 anys i més per grups d'edat. Estat espanyol. 2009-2020

Gràfic 31 | *Percentatge de dones assassinades de 61 anys i més per grups d'edat. Estat espanyol. 2009-2020*

Font: Fitxes anuals de les víctimes mortals de violència de gènere. Ministeri d'Igualtat. Delegació del Govern Contra la Violència de Gènere. Govern d'Espanya

En el període 2009-2020 han estat assassinades 85 dones de més de 61 anys. El primer grup d'edat (61-70 anys) concentra més del 50% dels assassinats de dones grans, amb 47 casos. Podem dir que la xifra de dones assassinades decreix a mesura que pugem en el grup d'edat. Així, entre el 71 i els 84 anys, les 33 dones assassinades suposaren poc menys del 40% i les dones de 85 i més anys, amb 5 casos, s'acostaren al 6% de les dones grans assassinades.

Hem comentat les dades del període 2009-2020, ja que les dades de 2003-2008 presenten una distribució distinta i no directament comparativa. No obstant això, les dades del primer període ens ofereixen dades prou significatives per a l'estudi de la incidència dels assassinats de gènere en els grups d'edats superiors. Així, a les 85 dones assassinades en el període més recent, hi hauríem d'afegir, com a mínim, les 56 dones assassinades en el primer període considerat, fet que elevaria fins a 141 la xifra de dones assassinades d'edat avançada, la qual cosa suposaria, aproximadament, un 13% del total de dones assassinades entre 2003 i 2020.

Aquestes xifres, ben prou significatives, i que fins i tot, poden sorprendre algú, demostra que les dones d'edat avançada o de la tercera edat, si preferiu aquesta denominació, no es troben ni lliures de la violència masclista ni lliures dels casos extrems de violència de gènere com l'assassinat.

I què podem dir dels homes d'edats avançades que han assassinat en el context de crims de violència de gènere? Doncs que 69 homes de més de 64 anys cometeren feminicidis per violència de gènere durant el període 2003-2008 a l'Estat espanyol i que 107 ho feren en el període 2009-2020, tot i que en aquest cas, s'inclouen homes des dels

61 anys. Si comptabilitzem, per tant, un total de 176 assassinats de dones en mans d'homes d'edats avançades en el període 2003-2020 i ho relacionem amb el total de 1.078 dones mortes durant el període, podem afirmar que més del 16% dels feminicides per violència de gènere, tenien com a mínim 61 anys i, per tant, podem defugir l'idea que els casos d'assassinats per violència de gènere només són comesos per gent jove i que una xifra prou considerable de casos es registren en els grups d'edats superiors.

6.5. Les dones assassinades i els assassins per lloc de naixement

No disposem d'aquesta variable associada per grup d'edat, però també trobem interessant, si més no, fer alguns comentaris sobre una variable interessant.

Potser una idea de les més difoses quan es parla de violència de gènere i de feminicidis és que aquest tipus de violència i els casos més extrems, d'assassinat, es produeixen majoritàriament entre persones immigrants i així, molts pensen que dones assassinades i assassins són nats a altres països. Un cop més, les dades desmenteixen aquests falsos clixés.

Així, la distribució per lloc de naixement mostra que les dones assassinades entre 2003 i 2020 són majoritàriament nascudes a l'Estat espanyol (713 dones, 66,3%), mentre que només una tercera part de les víctimes mortals de violència de gènere havien nascut a l'estranger (363). Cal tenir present que a la sèrie hi ha 2 víctimes en què no figura el lloc de naixement i que no s'han comptabilitzat i que, a nivell percentual, no suposen cap canvi significatiu.

Evidentment, això no vol dir que, si calculéssim les dades respecte a la composició de la societat, no constatéssim unes taxes més elevades de feminicidis entre població nascuda fora. És evident que moltes persones immigrants presenten certs indicadors de risc que potencien la probabilitat de patir violència de gènere, com ara la manca de suport de l'entorn (família extensa), la provinença de llocs on culturalment i socialment el paper de la dona és clarament de submissió a les figures masculines, l'existència de dificultats econòmiques més altes que poden tensar les relacions….. Però en tot cas, serveix per adonar-nos que el fet d'haver nascut a l'Estat espanyol no és cap garantia per a una dona per romandre al marge de la violència masclista ni dels crims de gènere.

I, què succeeix pel que fa als assassins? Exactament el mateix. Fins i tot el percentatge d'assassins (tot i que hi ha 6 casos en què es desconeix el lloc de naixement i que no s'han considerat) nascuts a l'Estat espanyol és un punt percentual més alt que el de dones. Amb tot i això, la distribució és ben similar: prop de 7 de cada 10 assassins de dones per crims de violència de gènere ha nascut a l'Estat espanyol, mentre que poc més de 3 de cada 10 ho ha fet a l'estranger. És evident que, malgrat com hem dit abans

i per diversos factors, les taxes són superiors entre els nascuts a l'estranger, no és més cert que la idea que molts tenen que els assassins de dones i els maltractadors són majoritàriament estrangers no és certa i, potser deriva, en bona mesura d'una certa xenofòbia o rebuig a la població forana.

Gràfic 32 | *Dones assassinades per violència de gènere. 2003-2020*

Font: Fitxes anuals de les víctimes mortals de violència de gènere. Ministeri d'Igualtat. Delegació del Govern Contra la Violència de Gènere. Govern d'Espanya

Gràfic 33 | *Assassins per lloc de naixement. 2003-2020*

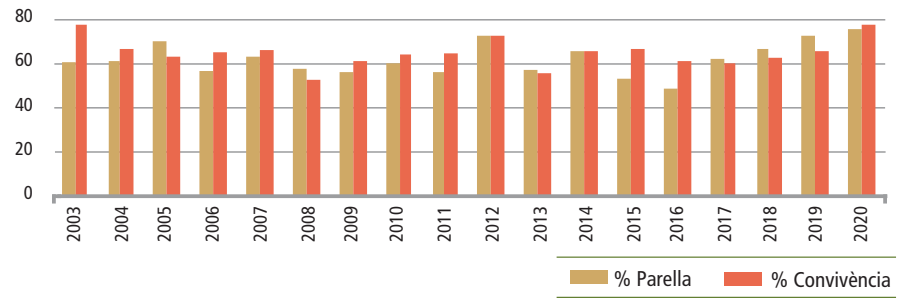
Font: Fitxes anuals de les víctimes mortals de violència de gènere. Ministeri d'Igualtat. Delegació del Govern Contra la Violència de Gènere. Govern d'Espanya

6.6. Relació i convivència en el moment de l'assassinat

Una variable de la qual moltes vegades es parla és de si la dona assassinada mantenia encara relació de parella amb l'assassí o si entre assassí i assassinada encara hi havia una situació de convivència.

Les dades dels crims de violència de gènere recopilats a l'Estat entre 2003 i 2020 mostren que prop del 62% de les dones assassinades ho foren per la seva parella actual i que prop del 65% convivien plegats. És a dir que majoritàriament els assassinats es produïren per homes amb qui les dones convivien i que eren, encara les seves parelles sentimentals.

Gràfic 34 | *Percentatge de parella i percentatge de convivència*



Font: Fitxes anuals de les víctimes mortals de violència de gènere. Ministeri d'Igualtat. Delegació del Govern Contra la Violència de Gènere. Govern d'Espanya

Tot i així, un percentatge prou significatiu d'assassins ja no mantenien una relació afectiva amb la víctima i no residien al mateix domicili. Per tant, és evident que la consumació de la ruptura de la parella definitiva i el fet de residir de manera independent no protegeix les dones contra els casos de feminicidis, tot i que pot reduir-ne en certa mesura l'ocasió que aquest es cometin.

6.7. Dones assassinades per violència de gènere segons existència de denúncies prèvies i mesures adoptades

Cal pensar que la relació prèvia al moment de l'assassinat no podia ser mai bona entre assassí i dona assassinada. Amb tot i això, les dades disponibles mostren que el 75% de les dones assassinades mai no havia presentat cap denúncia, mentre que sí que ho havia fet una de cada quatre dones.

Gràfic 35 | *Dones assassinades per violència de gènere, segons denúncies prèvies. 2006-2020*

Font: Fitxes anuals de les víctimes mortals de violència de gènere. Ministeri d'Igualtat. Delegació del Govern Contra la Violència de Gènere. Govern d'Espanya

Evidentment, moltes d'aquestes denúncies acaben en ocasions amb l'adopció de certes mesures de distints tipus (prohibicions de tinença d'armes, ordres d'allunyament…). Aproximadament, un 18% de les dones assassinades havien obtingut en algun moment algun tipus de mesura de protecció, i un percentatge prou significatiu, del 15% en tenien alguna de vigent en el moment de l'assassinat.

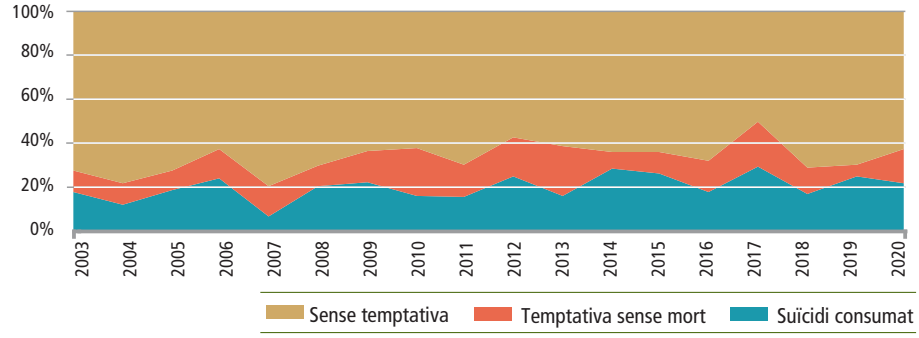
Aquestes dades mostren que, tot i que les institucions treballen activament per erradicar la violència de gènere, la prevenció total dels casos de violència i dels assassinats en particular no són suficients per evitar aquests crims absurds i terribles, malgrat les resolucions i disposicions adoptades. La veritat és que l'única via per modificar la violència masclista és modificar en profunditat les relacions de gènere i aconseguir la igualtat, desitjable i efectiva, entre sexes.

6.8. Temptativa de suïcidi dels assassins per violència de gènere

Una de les decisions que, amb certa freqüència, prenen els homes, després d'haver comès feminicidi de la qui era o havia estat anteriorment la seva parella és la de suïcidar-se.

Aquesta decisió extrema, potser resulta d'adonar-se de la magnitud del crim comès, però sembla que principalment respondria a la decisió conscient i premeditada de fugir del càstig que, legalment els correspondria pel tipus de crim comès.

Gràfic 36 | *Suïcidi consumat, temptativa sense mort i sense temptativa*



Font: Fitxes anuals de les víctimes mortals de violència de gènere. Ministeri d'Igualtat. Delegació del Govern Contra la Violència de Gènere. Govern d'Espanya

Un de cada cinc assassins (el 20%) consumen l'assassinat i moren després d'haver assassinat la seva víctima. En total 217 homes moriren entre el 2003 i el 2020 després d'haver assassinat la dona amb qui mantenien o havien mantingut un vincle afectiu. 1 assassí de cada 10 efectua una temptativa de suïcidi, amb major o menor voluntat de morir i,

qui sap si per intentar al·legar algun tipus de trastorn psíquic en el moment de l'assassinat i posterior temptativa, a fi d'intentar reduir la condemna penal i, finalment, la majoria, prop del 67% no atempta contra la seva vida.

Ja ho hem dit en diverses ocasions, però creiem que ho hem de tornar a repetir com a cloenda: els crims de gènere no són crims que es justifiquin per temes d'afecte o d'amor. Tot al contrari, destil·len odi i menyspreu. Els crims de gènere són un reflex de relacions de poder asimètriques, són el fruit del masclisme existent a la nostra societat i de la creença que tenen alguns homes que les dones amb qui han mantingut una relació els pertanyen i que s'han de sotmetre a la seva voluntat sempre i en tot moment, reaccionant de manera violenta a qualsevol intent d'alliberar-se d'aquest control i arribant, fins i tot i en casos extrems, a l'assassinat com a mostra definitiva de poder i menyspreu absolut cap a la dona.

7. Conclusions

1. La violència de gènere o violència masclista és una violència estructural que deriva de les relacions asimètriques que situen els homes en una posició central i dominant i les dones en una posició marginal i dominada.

2. Moltes dones són víctimes de violència al llarg de la seva vida, algunes de manera reiterada. Un mínim del 60% de les dones ha patit violència durant la seva vida i prop del 20% n'ha patit durant el darrer any.

3. Sigui quina sigui la violència analitzada, aquesta ha estat causada majoritàriament per homes. Aquest percentatge arriba al 99,6% quan s'analitzen els agressores sexuals fora de la parella. Ens trobem, per tant, davant de manifestacions de violència de gènere.

4. Aquests elevadíssims percentatges, que podrien encara ser en realitat més elevats, atesa la tendència detectada d'ocultar determinats tipus de violència patits per les dones, mostren la gravetat de la violència de gènere i la necessitat de dedicar amb major intensitat els recursos necessaris per aconseguir erradicar aquesta greu xacra social.

5. Les violències masclistes (físiques, psíquiques, sexuals i econòmiques) originen greus problemes en les dones i determinen un ús més alt de medicaments, alcohol i altres substàncies, per intentar afrontar aquestes situacions.

6. Més de la meitat de les dones que han patit violència sexual fora de la parella i prop del 80% que han patit una violència presenten seqüeles psíquiques.

7. Les persones de més edat no es trobem al marge de les violències de gènere. Tot al contrari, moltes dones de la tercera edat han patit violència al llarg de la seva vida. Així mateix, també entre els homes de la tercera edat hi ha maltractadors i cal suposar, a més, que han estat maltractadors tota la vida, relacionant-se per tant de manera violenta i negativa amb totes les dones amb què s'han relacionat al llarg de la seva vida.

8. Les taxes de violència rebudes per les dones de la tercera edat tot i ser inferiors a les experimentades per grups més joves, presenten, no obstant això, unes taxes superiors de violència rebuda per part de les parelles actuals. Aproximadament una de cada deu dones grans actualment patiria violència de la seva parella.

9. Hi ha un percentatge molt elevat de violència que no és denunciada en els circuits formals i informals. Aquest percentatge és especialment elevat en delictes de tipus sexual. Per tant, podem concloure que les taxes de violència són molt superiors a les que apareixen en les estadístiques policials de denúncies per delictes contra les dones o a les estadístiques judicials de violència de gènere.

10. Els percentatges de denúncia i de recerca d'ajuda formal i informal són encara molt més baixos en el col·lectiu de la tercera edat. Aquesta situació fa que, encara més, aquest col·lectiu sigui especialment sensible als temes de violència. Precisament, hi ha una relació entre la separació de l'home maltractador i el nivell de denúncia i recerca d'ajuda, la qual cosa vindria a reforçar la idea que les dones grans són les que més temps i amb major continuïtat pateixen la violència per part de les parelles presents. El fet que la defunció sigui indicada com una de les causes del final de la violència patida per les dones de la tercera edat a mans de la parella anterior, corrobora aquest fet.

11. Més del 10% de les dones assassinades per violència de gènere (2009-2020) tenien més de 61 anys. D'aquestes, més de la meitat en tenia entre 61-70, poc més dels 40% entre 71 i 84 i poc menys del 6%, 85 anys i més. El 16% dels assassins de les dones de més de 61 anys tenien 61 i més anys.

12. Tot i que és evident que vivim en una societat en què el gènere suposa un important obstacle per assolir la plena igualtat entre sexes, imprescindible per aconseguir una societat realment democràtica, cal considerar que la situació actual de la dona ha millorat considerablement respecte a la que hi havia unes dècades enrere. Els esforços institucionals, el de certes associacions i persones i la mateixa consciencia ció de la societat sobre aquest greu problema, pensem que contribuirà a reduir amb el temps la violència de gènere i a millorar les relacions entre les persones, independentment del sexe de naixement.

Referències bibliogràfiques

European Institut for Gender Equality (EIGE) - Institut Europeu per la Igualtat de Gènere. https://eige.europa.eu/

Feminicio.net (2021, 17 de gener). *Listado de feminicidios y otros asesinatos de mujeres cometidos por hombres en España en 2021*
https://feminicidio.net/listado-de-feminicidios-y-otros-asesinatos-de-mujeres-cometidos-por-hombres-en-espana-en-2021/

Institut Nacional d'Estadística (INE). Dades padronals d'1 de gener de 2021

Ministeri d'Igualtat. Delegació del Govern Contra la Violència de Gènere. Govern d'Espanya

Macroencuesta de violencia contra la mujer (2019)
https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/Macroencuesta2019/home.htm

Fitxes anuals de víctimes mortals de gènere https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/mortales/home.htm

Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó (1965). Geògraf. Ha publicat diversos llibres i articles sobre la geografia i la demografia de les Illes Balears. Entre els llibres destaquen *L'epidèmia de grip de l'any 1918 a les Illes Balears*, El Tall (1991, 219 pp.); *Geografia de les illes Balears*, Lleonard Muntaner Editor (1997, 337 pp.) i *Geografia de les illes Balears. Física i ambiental*, Lleonard Muntaner Editor (2018, 548 pp.). Durant alguns anys, ha estat coautor del capítol de sanitat de l'*Informe econòmic i social*, de Sa Nostra, i del capítol sobre demografia de la *Memòria econòmica i social* del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. En el camp de l'envelliment, destaquen —a banda d'altres— els articles publicats a l'*Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears*: «Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural» (Anuari 2010, 17-74); «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears» (Anuari 2011, 21-77); «La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística» (Anuari 2012, 49-76); «Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears» (Anuari 2013, 103-141); «Els impactes ocults de la crisi econòmica en la tercera edat» (Anuari 2014, 153-182); «Recuperar la llengua del cor: el coneixement i l'ús de la llengua catalana de la població de 65 i més anys a les Illes Balears» (Anuari 2015, 25-62); «Un perfil aproximat de la població de la tercera edat a les Illes Balears. Indicadors estadístics bàsics» (Anuari 2016, 31-94) i «Una aproximació al patró actual de la mortalitat general i de la tercera edat a les Illes Balears» (Anuari 2017, pp. 49-81), «Eutanàsia: el dret a decidir el momento de morir» (Anuari 2019, pp. 431-461) i «La primera onada de la COVIC-19 a les Illes Balears: reflexions generals, anàlisi de dades i repercussions sobre la tercera edat» (Anuari 2020, pp. 33-91). En el camp de la narrativa ha publicat *Contes contemporanis (1.0)*, Lleonard Muntaner Editor, 2015, 160 pp.

LA NECESSITAT D'UN PROTOCOL DE DETECCIÓ DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE EN LA DONA GRAN. PILOTATGE AL MUNICIPI DE CALVIÀ

La necessitat d'un protocol de detecció de violència de gènere en la dona gran. Pilotatge al municipi de Calvià

Carmen Orte Socias
Cristina Gamundí Massagué
Empar Santacreu Oliver
Lidia Sánchez-Prieto
Soraya El Boutaybi Mohamed
Emmanuelle Gelabert Mayol
Soledad Fernández Trapero
Toni Mascaraque Rojas
Maria del Mar Verger Oliver
Catalina Ramis Alemany

Aquest estudi ha sigut finançat per l'Institut de la Dona de les Illes Balears (IBdona)

GOIB CONSELLERIA PRESIDÈNCIA, FUNCIÓ PÚBLICA I IGUALTAT
INSTITUT BALEAR DONA

Pacto de Estado contra la violencia de género

Desenvolupament Social
Ajuntament de Calvià

Resum

L'IBdona ha concedit a l'Ajuntament de Calvià una subvenció, amb càrrec al pressupost del Pacte d'Estat contra les violències masclistes, per realitzar als anys 2020 i 2021 un "Estudi sobre la violència de gènere en dones majors de seixanta-cinc anys". Per part de l'Ajuntament de Calvià, aquest estudi s'ha impulsat des del Servei d'Intervenció Social i Persones Majors en coordinació amb el Servei d'Igualtat, i s'ha duit a terme sota la direcció de Carmen Orte Socias, Catedràtica d'Universitat i Directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i per Lidia Sánchez-Prieto, doctora en Educació. Amb aquest estudi es pretén fer una anàlisi de la situació de les dones grans víctimes de violència de gènere del Municipi de Calvià. A la vegada, amb els resultats es proposarà un model de protocol de detecció, dirigit a visibilitzar els factors de risc de les dones grans víctimes de violència, que permeti a professionals de l'atenció directa posar en marxa protocols d'actuacions i d'intervenció de forma coordinada. En concret, a aquest capítol es presenta una part de la recerca qualitativa que es va desenvolupar a "l'Estudi sobre la violència de gènere en dones de seixanta-cinc anys o més anys", basada en la realització de dos grups focals amb professionals i experts de diferents serveis d'atenció directa a les víctimes de violència de gènere o persones grans del municipi.

Els resultats verifiquen que, associades al col·lectiu de dones grans, es generen situacions i barreres que afavoreixen la vulnerabilitat d'aquestes víctimes. A més, també s'aborden les fortaleses i les febleses de les intervencions actuals del municipi de Calvià. Al seu torn, s'emfatitza com ha influït la pandèmia de COVID-19 en el col·lectiu de persones grans. Finalment, la informació prèvia permet establir indicacions de com s'hauria d'orientar el protocol de detecció específic a les víctimes més grans.

Resumen

El IBdona ha concedido al Ayuntamiento de Calvià una subvención, a cargo del presupuesto del Pacto de Estado contra las violencias machistas, para realizar en 2020 y 2021 un "Estudio sobre la violencia de género en mujeres mayores de sesenta y cinco o más años". Por parte del Ayuntamiento de Calvià, este estudio se ha impulsado desde el Servicio de Intervención Social y Personas Mayores en coordinación con el Servicio de Igualdad, y se ha llevado a cabo bajo la dirección de Carmen Orte Socias, Catedrática de Universidad y Directora de la Cátedra de Atención a la Dependencia y Promoción de la Autonomía Personal y por Lidia Sánchez-Prieto, doctora en Educación. Con este estudio se pretende hacer un análisis de la situación de las mujeres mayores víctimas de violencia de género del Municipio de Calvià. De igual modo, con los resultados se propondrá un modelo de protocolo de detección, dirigido a visibilizar los factores de riesgo de las mujeres mayores víctimas de violencia, que permita a profesionales de la

atención directa poner en marcha protocolos de actuaciones y de intervención de forma coordinada. En concreto, en este capítulo se presenta una parte de la investigación cualitativa que se desarrolló en el "Estudio sobre la violencia de género en mujeres mayores de sesenta y cinco años", basada en la realización de dos grupos focales con profesionales y expertos de diferentes servicios de atención directa a las víctimas de violencia de género o personas grandes del municipio.

Los resultados verifican que, asociadas al colectivo de mujeres mayores, se generan situaciones y barreras que favorecen la vulnerabilidad de estas víctimas. Además, también se abordan las fortalezas y las debilidades de las intervenciones actuales del municipio de Calvià. A su vez, se enfatiza cómo ha influido la pandemia de COVID-19 en el colectivo de mayores. Finalmente, la información previa permite establecer indicaciones de cómo se debería orientar el protocolo de detección específico a las víctimas mayores.

1. Violència de gènere i dona gran

Tot i que la violència de gènere ocorre en totes les etapes de la vida, s'estén la idea que aquest procés no es produeix o descendeix com més grans són les dones (Celdrán, 2013; Orte i Sánchez, 2010, 2012; Vinton, 2011). Probablement, la incorrecta percepció que la violència finalitza amb l'edat afavoreix confondre el concepte de violència de gènere amb el concepte de maltractament a la persona gran. La violència de gènere ha de ser entesa com una forma d'abús duta a terme per la parella íntima de la víctima. Es tracta d'un aspecte diferent del maltractament de persones grans, l'agressor de les quals no té per què ser la seva parella (Crockett et al., 2015; Sánchez et al., 2012). De fet, com indica Hightower (2002), la categorització de maltractament a persones grans determina que la variable edat és el desencadenant d'aquests abusos.

Sens dubte, la categorització dels abusos com a maltractament a la persona gran produeix una invisibilització dels abusos a la dona gran (Orte i Sánchez, 2010, 2012). D'aquesta manera, les característiques de vulnerabilitat, de dependència i de necessitat d'atenció i de cures s'associaran a la víctima, potenciant la idea de presentar dificultats i pal·liant la culpabilitat de l'agressor (Hightower et al., 2008; Scott et al., 2004).

1.1. Una aproximació a la realitat de la víctima d'edat

Les dades sobre les víctimes a Espanya demostren que la violència de gènere és freqüent per a les dones grans. Durant 2021 han estat assassinades 35 dones per violència de gènere. 10 de les víctimes eren més grans de 51 anys i 3 eren més grans de 71 anys (Delegació del Govern contra la Violència de Gènere, 2021). El 21,7% de les dones que

han sofert violència de gènere d'una parella actual o passada ha denunciat alguna de les agressions davant la policia o el jutjat, segons la macroenquesta de violència contra la dona realitzada el 2019 (Delegació del Govern contra la Violència de Gènere).

Les dades estatals van registrar un increment de la violència de gènere en les dones grans. De fet, mentre que el 2007 l'enquesta de violència contra les dones va registrar que fins a un 6,9% de dones grans havien patit violència de gènere, l'enquesta de violència contra les dones de 2019 va registrar-ne un increment rellevant. Les dades registrades durant 2019 van mostrar que fins a un 15,6% de dones grans entre 70 i 74 anys havien patit violència de gènere, i igualment un 25% de dones de 75 o més anys (Delegació del Govern contra la Violència de Gènere, 2020). Concretament, segons assenyala la Delegació del Govern contra la Violència de Gènere (2020), fins a un 17,8% de dones de 65 o més anys havien patit violència psicològica, un 8,1%, agressions sexuals, i un 8,9%, violència econòmica.

Internacionalment, es va identificar que un 5,1% de les dones més grans de 60 anys i un 8,7% de dones amb edats compreses entre 45 i 59 anys havien patit violència de gènere (Makaroun et al., 2020). Altres estudis apunten al fet que fins a un 26,5% de dones grans havien sofert violència de gènere en algun moment de la vida, un 3,5% durant els darrers cinc anys i un 2,2% durant el darrer any (Bonomi et al., 2007). Fins i tot, alguns estudis van registrar majors prevalences de violència física en dones de 50 o més anys que en joves (15,5% versus 13,8%), igualment pel que fa a la violència psicològica (19,7% versus 18,7%) i agressions sexuals (4,6% versus 3,8%) (Metheny i Essack, 2020).

Un altre motiu pel qual s'adquireix la percepció que la violència de gènere cessa o disminueix amb l'edat és que són víctimes que denuncien poc. De fet, segons Delegació del Govern contra la Violència de Gènere (2020), les dones de 65 o més anys són les que menys denuncien (17,6% de denúncies), juntament amb les dones de 16 a 24 anys —és a dir, les més joves— (14,5% de denúncies). D'igual manera, només el 25,1% cerquen ajuda i només el 54,6% de les dones van contar el que havia passat als seus éssers estimats. Cal destacar que el 26% dels agressors tenien 65 anys o més. Específicament, un total de 632 víctimes de 65 o més anys van necessitar una ordre de protecció o mesura cautelar (Delegació del Govern contra la Violència de Gènere, 2020).

Per tant, la detecció de la violència relacionada amb el col·lectiu de dones grans és una prioritat; són víctimes que denuncien menys i sol·liciten menys un suport o recursos d'ajuda, fins i tot a pesar que les conseqüències associades a les víctimes dones grans són greus i alarmants: fins al 59,7% de les víctimes grans informa haver sofert conseqüències psicològiques, i fins a un 18,7% informa haver consumit medicaments o algun tipus de drogues per poder fer front a episodis de violència. A més, com indiquen Sanz-Barbero et al. (2019), la gravetat de la violència de gènere en dones grans és superior a la patida per les dones joves.

La violència de gènere implica diverses seqüeles, tant en la salut física com en la mental (Celdrán 2011; Vinton 2001). Entre les conseqüències en la salut mental, es fomenta la simptomatologia d'ansietat, depressió i la tendència a somatitzar, a més de, com afegeixen Wilke i Vinton (2005), l'ús de medicació per pal·liar el malestar. En referència a la salut física, apareixen patologies cròniques, com ara patologies òssies, digestives, cardíaques o arterials (Fisher et al., 2011). Sense deixar de tenir en compte la possibilitat que, en casos extrems, la violència pot portar a la mort de la víctima (McGarry et al., 2011). Els motius anteriors justifiquen el desenvolupament d'un protocol de detecció de violència de gènere en dones grans.

1.2. Característiques de la violència de gènere en la dona gran

En el desenvolupament del protocol de detecció de violència de gènere en la dona gran resultarà fonamental identificar quins elements poden actuar com a factors predisposants de la violència de gènere. En concret, com indiquen Pathak et al. (2019), hi ha tres elements que podrien propiciar que s'afavorís la violència en dones grans: a) la jubilació, b) la mala salut de les parelles o l'aparició de situacions de discapacitat, i c) la sortida dels fills de casa. Es tracta d'estressors que podrien generar situacions d'estrès elevat o de malestar que fomentessin la violència de gènere.

D'altra banda, l'estudi de Rosay i Mulford (2017), realitzat sobre una mostra de 2.185 participants, exposa que els factors predictius de la violència de gènere en dones serien:

A. Estar-hi involucrat sentimentalment

B. Tenir activitats limitades

C. Experimentar inseguretat mèdica; els autors indiquen que la percepció d'impossibilitat d'anar al metge va incrementar fins a 4,53 vegades més la probabilitat de patir abusos físics.

Altres factors que hi podrien influir serien: 1) ingressos baixos, 2) menor nivell educatiu, 3) divorcis o tenir fills, 4) residència en zones rurals, 5) ser mestressa de casa, 6) tenir mala salut, 7) haver experimentat violència anteriorment, 8) ser immigrant i 9) ser d'edat avançada (Rodríguez, 2019).

Per tant, la violència de gènere és una realitat, i en les dones grans sol ocultar-se i normalitzar-se (Orte i Sánchez, 2010; Sánchez i Mantero, 2011). Zink et al. (2005) destaquen que un problema que incideix en el fet que s'invisibilitzi és que menys de la meitat de les víctimes van denunciar abusos. Encara així, per què es denuncia tan poc?

Per començar, trencar el cicle de violència i agressió mai no és fàcil (Orte i Sánchez, 2012; Sánchez et al., 2012, 2013). A més, s'identifiquen diversos obstacles davant la denúncia. El principal obstacle per a les dones grans és la dependència física, emocional i/o econòmica, com bé destaquen Dunlop et al. (2005). A mesura que passen els anys, la culpa tendeix a arrelar i, per tant, és més probable que justifiqui l'abús (Beaulaurier et al., 2005; McGarry et al., 2017). Altres obstacles comuns són la culpa, el sentiment de desesperança o la necessitat de protegir els membres de la família. De fet, Bhatia i Soletti (2019) emfatitzen que el sentiment de desesperança és un factor clau en les persones grans: senten que és massa tard, que no hi ha altra sortida o que no té sentit canviar l'statu quo. La durada i la inèrcia de la relació aprofundeixen la victimització i enforteixen les barreres de denúncia (Bhatia i Soletti, 2019; Beaulaurier et al., 2005; McGarry et al., 2017). Grunfeld et al. (1996) expliquen que, abans de prendre una decisió, també sorgeixen la incertesa, la por de perdre l'estatus social i ser desallotjada del seu entorn (ca seva, el seu veïnat). Com emfatitzen Bhatia i Soletti (2019), no s'ha d'oblidar que els rols de gènere continuen afectant especialment generacions d'homes i dones grans. Les dones grans segueixen amb costums molt arrelats, ja que van ser educades fa dècades per ser «bones dones» i amb la idea que han de cuidar ca seva, els fills i estar a prop del seu marit.

2. Metodologia

La metodologia és qualitativa, basada en grups focals. Es varen realitzar dos grups focals a partir d'informants clau sobre la matèria. Els grups varen ser gestionats per dos moderadors.

2.1. Participants

Els grups focals estaven formats per experts i professionals d'atenció directa a les víctimes de violència de gènere, o bé, d'atenció a gent gran. Pertanyien a àmbits diversos i complementaris: social, sanitari, psicològic i de les forces de seguretat locals del municipi. En concret, eren professionals i experts de diversos serveis i organitzacions: Serveis Socials, seguretat ciutadana, atenció domiciliària, atenció sanitària i organitzacions i institucions socials i educatives.

La mostra es componia de 27 professionals. Específicament, el primer grup focal estava compost per 7 professionals i experts en violència de gènere i en persones grans. El segon grup focal es va dur a terme amb 12 professionals i experts. Més de la meitat de la mostra eren dones (77,8% de la mostra) amb una edat mitjana de 48 anys (DE = 9,77). Els professionals que tenien estudis universitaris (diplomatura, llicenciatura o grau) representaven un 81,5% de la mostra. La majoria treballava a l'àmbit social (63%),

seguits dels que pertanyien a les forces de seguretat (14,8%). La resta de professionals es dedicava a l'àmbit sanitari i a altres serveis de gestió i atenció als usuaris.

2.2. Disseny i procediment

Com s'ha explicat, per obtenir informació es varen realitzar dos grups focals de professionals i d'experts en els quals es va tractar el tema de la violència de gènere i les persones grans. Mitjançant aquests dos grups focals, es va explorar i analitzar quina és la situació de les dones de 65 o més anys víctimes de violència de gènere actualment al municipi de Calvià. L'objectiu era conèixer quines són les característiques i els indicadors més presents en la detecció de la violència de gènere en les dones més grans de 65 anys.

Es varen seleccionar els serveis que s'involucren i han d'intervenir quan apareixen casos de violència de gènere o bé que atenen persones que poden estar en aquesta situació. De cada servei, es va seleccionar un informant clau per participar als grups focals.

Per tal de poder comptar amb el major nombre de professionals especialistes possible, es varen convocar dos grups focals en horaris diferents. Aquests varen permetre poder tractar els diversos aspectes que influeixen en la violència de gènere en la dona gran i que ajuden a detectar-la.

2.3. Anàlisi de les dades

A partir de la informació recollida als grups focals es va fer una anàlisi qualitativa de la informació recollida. El programa utilitzat per elaborar l'anàlisi qualitativa va ser NVIVO 12.

Es va començar enregistrant i transcrivint la informació recollida als grups focals al programa d'anàlisi. Es va construir un índex de categories per classificar els temes tractats, de manera que cada categoria va anar englobant informació conceptual vinculada a un mateix tema. Finalment, es va analitzar la informació: es disseminaren les dades perfilant les principals contribucions vinculades a cada temàtica.

3. Resultats

3.1. Violència invisible i normalitzada: detecció de la violència de gènere en la dona gran

Els professionals varen coincidir que la violència de gènere en les dones grans sol estar arrelada, ha estat present durant molt de temps i es produeix en maneres molt diver-

ses. A mesura que el temps passa van canviant les agressions, de manera que tendeixen a ser més psicològiques. El problema rau en el fet que és una violència oculta, que sol ser normalitzada per les dones i, fins i tot, a vegades, pels seus fills. La dona no sol ser conscient de la seva situació i, per tant, no sol denunciar. En els casos en què n'és conscient, no denuncia per motius diversos: a) un conjunt de creences i de valors educatius i culturals sexistes, b) una situació econòmica deficitària, c) una falta de suport social i/o familiar, d) la por de les conseqüències, i e) el sentiment de vergonya que li crea el fet de patir i denunciar la violència.

El fet que la dona gran no denunciï i/o no demani ajuda dificulta que es pugui identificar la violència de gènere que pateix, així com que es percebi que els col·lectius de dones grans també presenten risc de violència. Aquest problema provoca que s'hagi d'apostar per una manera diferent de detectar la violència mitjançant els professionals. És a dir, els professionals que treballen amb la dona i es troben en el seu entorn han de ser els encarregats de detectar els possibles signes i símptomes de violència, així com de dur a terme el seguiment de la seva situació. Els professionals expressen el següent:

> «Porque los casos que a lo mejor nos hemos encontrado son personas que han vivido toda la vida esta violencia por parte de sus parejas, de su marido, y ha llegado un momento en que lo han normalizado, se han acostumbrado, incluso no le dan importancia, ¿no? Es su forma de vida y es lo único que conocen» (PROF5F2).

El segon grup focal que es va realitzar va proporcionar informació rellevant sobre el procés de denúncia i representa un 6,78% del contingut. Aquesta categoria recopila la informació relativa als agents que, amb més freqüència, posen la denúncia. S'assenyala els familiars (2,99% del discurs) i els professionals d'atenció directa (0,25% del discurs). Un altre aspecte important remarcat és la necessitat de sensibilitzar la població sobre la responsabilitat que té de denunciar els casos que puguin conèixer, que representa el 2,10% del discurs *(vegeu la taula 1).*

Les principals maneres de detectar la violència de gènere fou un tema central en el primer grup focal, i correspon a un 17,25% del discurs. Un aspecte a destacar és que una primera manera és mitjançant els serveis als quals acudeixen amb més freqüència les dones grans. Un segon aspecte és mitjançant els professionals amb els quals es relacionen directament. Específicament, els professionals argumentaven que:

> «Tenemos que responder rápidamente el resto de profesionales cuando hay una señal de urgencia que se detecta desde un servicio a domicilio, desde cualquier otro recurso, pero también desde un servicio de ayuda a domicilio, sobre todo por la inmediatez» (PROF4F2).

3.2. Barreres davant la denúncia i intervencions professionals

Com s'ha explicat prèviament, un problema principal davant la violència de gènere consisteix en el fet que la dona gran identifica múltiples barreres davant la denúncia del seu company sentimental. Un primer motiu és que el matrimoni comparteixi el mateix equip d'atenció primària, segons varen exposar els professionals de l'àmbit sanitari. Aquest fet provoca que a vegades la dona acudeixi acompanyada de la seva parella a la consulta. A la vegada, l'entrevista que ha de realitzar el professional a la dona gran en els casos de sospita es converteix en un desafiament, juntament amb les preguntes de cribratge que utilitza, ja que són molt directes. Segons els professionals, aquesta no és la millor estratègia per detectar la violència de gènere:

> «El sistema de cribaje que tiene el sistema sanitario a la hora de detectar víctimas resulta un poco fuerte si no estás habituada a hacer ese tipo de preguntas. Se está metiendo en la vida privada de la mujer. Pero, efectivamente, hay que visibilizarlo como que no es una situación de meterte en la vida privada, sino que es algo que forma parte también de su salud» (PROF6F1).

En canvi, els professionals varen indicar que s'ha de guanyar la confiança de la dona gran i els professionals s'han de convertir en una figura de suport durant el procés, sempre tenint en compte el ritme de cada dona. De fet, un 3,27% del discurs del grup focal es va centrar en la importància que té que la víctima tingui confiança en el professional. Al segon grup focal també es va destacar la rellevància de crear confiança amb la dona gran, per així poder detectar la violència de gènere (2,62% del discurs del segon grup focal). Per una altra banda, també es va emfatitzar que s'havia d'adaptar el llenguatge i el protocol a cada col·lectiu específic. Els professionals d'atenció domiciliària són els agents que tenen un contacte més estret amb les víctimes, per aquest motiu, són els que millor podran detectar els casos de violència de gènere.

> «Si ya tienes la negativa de ella y luego, pues, ya te pone el muro, aún se complica más. Si es que luego es superdifícil volver a entrar y volver a, pues eso. Ya tenemos el que compartimos, que la persona comparte médico y enfermera con su marido, con su pareja. Y luego ya te pone la barrera, entonces, ya luego no hay quien entre en esa historia» (PROF6F2).

Amb la finalitat que l'entorn denunciï les situacions de violència de gènere, es va plantejar la necessitat de generar campanyes de sensibilització amb una altra orientació. Campanyes centrades en l'acompanyament i que mostrin que la violència es pot donar en el col·lectiu de les dones grans. A més, es destaca que s'ha de treballar amb dones de la mateixa generació per aconseguir d'aquesta manera fomentar la seva autonomia i empoderament:

> «Actuaciones en prevención y campañas de sensibilización que vayan dirigidas tanto a la ciudadanía en general como a las familias y personas del entorno particular que sean más cercanas a la mujer» (PROF8F2).

Respecte a les intervencions, sobretot es remarca la dificultat de detecció i d'intervenció quan no hi ha una denúncia. Per això, s'assenyala que s'ha de millorar el procés de detecció, informatiu i de seguiment de les víctimes en els casos de sospita, com també s'assenyala la importància de derivar els casos. Un punt fort destacat és que hi ha una bona coordinació entre els diversos serveis del municipi de Calvià: es va destacar la coordinació entre Serveis Socials i la infermera gestora de casos. Un altre punt fort és que els cossos de seguretat (policia local i guàrdia civil) han adquirit una sèrie de competències en matèria de violència de gènere. En canvi, es va especificar que alguns recursos es troben fora del municipi de Calvià. En concret, els professionals expressen:

> «En Calvià no contamos con un punto de información, el centro de acogida para víctimas de violencia también está fuera del municipio» (PROF5F2).

Per una altra banda, els professionals critiquen la falta de formació especialitzada en violència de gènere i remarquen la formació com un punt clau. Els professionals reclamen que:

> «s'estableixi un protocol i que ens donin una formació, una mica, perquè, independentment de derivar, el que feim és derivar a Benestar Social aquestes coses quan les detectem. Doncs, sí, que tinguéssim una mica més de coneixement per saber, efectivament, com realment hem d'actuar» (PROF2F2).

A més a més, arran de la pandèmia de COVID-19, les entrevistes van passar a fer-se de manera telefònica o telemàtica. Aquest sistema, segons els professionals, va limitar la detecció de violència. Per tant, la situació de violència de gènere en les dones grans va empitjorar durant el confinament, atès que es va reduir l'accés als recursos. D'aquesta manera, va augmentar la vulnerabilitat de les víctimes i es crearen més situacions de solitud i d'aïllament social. També es va tractar la bretxa digital que pateixen les persones grans, que en ocasions dificulta que accedeixin als serveis. Es va incidir en aquest fet:

> «Durante la COVID-19 se produjo muy poca comunicación de casos y estos casos, que supongo que se iniciaron o se agravaron durante el periodo de confinamiento, se han comunicado con posterioridad. Yo creo que cuando los servicios ya han estado abiertos, más accesibles, nosotras no cerramos, pero es verdad que no hacíamos atención presencial durante el confinamiento» (PROF4F2).

3.3. Necessitat d'un protocol de detecció de violència de gènere

Un aspecte en el qual van coincidir els participants és la necessitat de disposar d'un protocol de detecció de violència de gènere especialitzat en dones grans. Es va destacar la necessitat d'unificar la problemàtica en tots els serveis i per a tots els professionals que poden tenir relació amb la dona gran. A més, es va destacar la necessitat de comptar amb una mirada interseccional. Es varen plantejar exemples de protocols rellevants que es troben en funcionament, com el model de Registre Unificat de Maltractament Infantil de les Illes Balears (RUMI). En concret, es va exposar que:

> «Evidentment en l'àmbit sanitari i social, però així com es fa almenys amb el RUMI, amb el registre unificat de comunicació de menors. Que també fins i tot la població general pogués comentar que ha detectat una situació i que hi hagi, doncs això, un registre que sigui, ja no només al nivell professional, que evidentment és un punt clau, sinó que tota la població pugui estar implicada en aquest camí de la detecció. Després, ja a la feina, passarà a ser ocupació dels professionals» (PROF5F2).

A manera de síntesi, els principals aspectes que es varen recollir i enregistrar als grups focals són els següents:

Taula 1 | *Aspectes principals abordats als grups focals*

Situació actual de les víctimes grans de violència de gènere
• La violència de gènere en les dones grans generalment sol estar normalitzada i sol ser de llarg recorregut.
• Les principals dificultats de detecció a l'àmbit sanitari és que la dona va acompanyada de la seva parella a les consultes.
• Les qüestions que planteja el cribratge actual de violència de gènere són massa directes.
• Els professionals generalment han rebut poca formació i utilitzen els instruments de detecció existents.
• Hi ha una bona coordinació entre serveis.
• Les persones grans troben moltes dificultats per poder accedir a les noves tecnologies i utilitzar-les (bretxa digital).
• La via de detecció constant i directa més important és el servei d'atenció domiciliària.
Situació durant la pandèmia de COVID-19
• El servei d'ajuda a domicili ha continuat funcionant durant el confinament.
• La situació de pandèmia ha limitat la detecció de violència, ja que les entrevistes es feien telemàticament o per telèfon.
• La situació de soledat i aïllament s'ha agreujat pel confinament.

continua

Necessitats de les víctimes grans de violència de gènere
• El protocol és necessari, ja que afavoriria una millor detecció. • El protocol també aportaria seguretat als professionals, establiria un marc comú i unificaria criteris. • És necessari que es traspassi la informació dels casos de sospita i que s'actuï per diligències pròpies quan no hi ha una denúncia anterior. • S'ha d'acompanyar la dona durant el procés de denúncia. • S'han de fer campanyes de sensibilització per a la població general i per a les persones de l'entorn de la víctima gran. • S'ha d'adequar la forma d'accedir a les dones grans. • S'ha de fomentar la confiança en el professional. • S'ha de tenir en compte la intermediació familiar. • S'han de preveure al protocol quins són els factors de vulnerabilitat que poden agreujar la situació de la dona gran.

Font: elaboració pròpia

4. Discussió

Com s'argumenta a Orte i Sánchez (2010), els professionals manifesten que la violència de gènere en dones grans és una realitat freqüent, però que tendeix a ocultar-se. La falta de denúncia de les dones grans provoca que es mantingui la invisibilització de la violència. Com s'ha enregistrat als grups focals, és important saber quins són els motius pels quals el col·lectiu de dones grans no denuncia les agressions. Són diversos els motius que poden dificultar la denúncia que possibilitaria una percepció més adequada i realista de la situació de les dones grans (Stöckl i Penhale, 2014). Per començar, pot ocórrer que la dona gran no sigui conscient de la seva situació perquè ha normalitzat la violència. En tractar-se d'una violència més psicològica, no la identifica com a tal. Per començar, pot passar que no tingui sensació que és maltractada. D'altra banda, pot ocórrer que la dona gran sí que sigui conscient de la seva situació, però no l'exterioritzi per dependència emocional, física o econòmica, com assenyalen Dunlop et al. (2005). També per sentiments de vergonya, culpa i temor a les conseqüències (Sánchez et al., 2012, 2013). Els professionals subratllen les aportacions de Bhatia i Soletti (2019) referents al fet que no ha d'oblidar-se que els rols de gènere influeixen, especialment, en generacions de dones i homes grans.

Respecte a la detecció de la violència de gènere en dones grans, es reconeix que les vies més importants de detecció són els serveis als quals acudeixen les dones grans amb més freqüència. És a dir, aquells serveis en els quals hi ha una relació directa amb els professionals. Es manifesta que les denúncies les presenten principalment els professionals, però que és necessari obrir el ventall. Hi ha la necessitat de sensibilitzar la població d'una altra manera, perquè perdin la por de denunciar els casos que puguin conèixer. Es proposa la idea d'elaborar un protocol de detecció de violència de gènere

en dones grans similar al RUMI. D'aquesta manera, s'hi involucra tota la comunitat i es converteix en una responsabilitat conjunta.

Els professionals han comentat una dada que no apareix recollida en les recerques analitzades, però és interessant tenir en compte. El fet que el matrimoni o la parella comparteixin el mateix equip d'atenció primària constitueix una barrera en la detecció. Normalment, la dona gran hi va acompanyada de la seva parella, i, per tant, no es pot realitzar l'avaluació del cas adequadament. A més, es posa l'accent en el fet que l'entrevista és tot un desafiament, perquè les preguntes són molt directes i les dones senten que s'envaeix la seva privacitat. Els professionals incideixen que cal enfocar la detecció com una tasca necessària per examinar la salut de les dones grans.

Sense dubte, els professionals d'atenció directa tenen una labor fonamental en la detecció de la violència de gènere. Ells han de guanyar-se la confiança de la dona i funcionar com una figura de suport al llarg del procés. Per això, es posa de manifest la necessitat de rebre una formació més especialitzada sobre el col·lectiu de dones grans. A més, es considera necessari unificar criteris mitjançant un protocol de detecció de violència de gènere específic per a dones grans. D'aquesta manera, tots els professionals i serveis implicats podrien funcionar amb la mateixa perspectiva i treballar de manera coordinada.

D'acord amb les aportacions de Lundy i Grossman (2005), els professionals consideren que les intervencions desenvolupades no cobreixen les necessitats del col·lectiu. Els recursos específics estan situats fora del municipi de Calvià i els recursos disponibles a vegades no s'adapten a les característiques de totes les dones grans. Per exemple, hi ha moltes dones que no saben utilitzar les noves tecnologies. Per tant, el servei d'ajuda telefònica o telemàtica no funciona bé per a aquests casos i cal cercar altres opcions. Aquesta situació s'ha vist agreujada per la COVID-19, perquè s'ha reduït l'accés presencial als recursos i les entrevistes s'han fet via telefònica, de manera que seria necessari adequar els recursos existents a les necessitats que tenen les dones grans. Per acabar, tant a Rodríguez (2019) com a les aportacions dels professionals, es destaca que s'han de tenir en compte una sèrie de factors que augmenten la vulnerabilitat de les dones grans víctimes de violència de gènere. Aquests factors poden ser: viure en entorns rurals, ser immigrant o tenir ingressos baixos, entre d'altres.

Referències bibliogràfiques

Bhatia, P., i Soletti, A. B. (2019). Hushed voices: Views and experiences of older women on partner abuse in later life. *Ageing International, 44*(1), 41-56. https://doi.org/10.1007/s12126-018-9331-0

Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Carrell, D., Fishman, P. A., Rivara, F. P., i Thompson, R. S. (2007). Intimate partner violence in older women. *The Gerontologist, 47*(1), 34-41. https://doi.org/10.1093/geront/47.1.34

Celdrán, M. (2013). La violencia hacia la mujer mayor: revisión bibliográfica. *Papeles del Psicólogo*, *34* (1), 57-64.

Crockett, C., Brandl, B., i Dabby, F. C. (2015). Survivors in the margins: The invisibility of violence against older women. *Journal of Elder Abuse & Neglect, 27*(4-5), 291-302. https://doi.org/10.1080/08946566.2015.1090361

Delegació del Govern contra la Violència de Gènere (2020). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019*. Ministerio de Igualdad.

Delegació del Govern contra la Violència de Gènere (2021). *Estadística de Víctimas Mortales por Violencia de Género.* Ministerio de Igualdad.

Dunlop, B. D., Beaulaurier, R., Seff, L., Newman, F. L., Malik, N., i Fuster, M. (2005). *Domestic Violence Against Older Women: Final Technical Report*. New York: The Center on Aging of Florida International University for The National Institute of Justice.

Fisher, B. S., Zink, T., i Regan, S. L. (2011). Abuses against older women: Prevalence and health effects. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(2) 254–268. https://doi.org/10.1177/0886260510362877

Grunfeld, A.F., Larsson, D.M., Mackay, K. i Hotch, D. (1996). Domestic violence against elderly women. *Canadian Family Physician*, *42*, 1485-1494.

Hightower, J., Smith, M. i Hightower, H. (2001). Silent and invisible – A Report on Abuse and Violence in the Lives of Older Women in British Columbia and Yukon. B. C. / Yukon Society of Transition Houses, Vancouver, B. C. Executive sumary.

Lundy, M. i Grossman, S.F. (2005). Elder abuse: spouse/intimate partner abuse and family violence among elders. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, *16 (*1), 85-102. https://doi.org/10.1300/J084v16n01_05

Makaroun, L. K., Brignone, E., Rosland, A. M., i Dichter, M. E. (2020). Association of health conditions and health service utilization with intimate partner violence identified via routine screening among middle-aged and older women. *JAMA Network Open, 3*(4), e203138-e203138. https://10.1001/jamanetworkopen.2020.3138

McGarry, J., Ali, P., i Hinchliff, S. (2017). Older women, intimate partner violence and mental health: a consideration of the particular issues for health and healthcare practice. *Journal of Clinical Nursing, 26*(15-16), 2177-2191.https://doi.org/10.1111/jocn.13490

McGarry, J., Simpson, C. i 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. https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00964.x

Metheny, N., i Essack, Z. (2020). Intimate partner violence in older South African women: An analysis of the 2016 Demographic and Health Survey. *South African Medical Journal, 110*(10), 1020-1025. https://doi.org/ 10.7196/SAMJ.2020.v110i10.14684

Orte, C., i Sánchez, L. (2010). Invisibilitat de la violència de gènere en les dones grans a Mallorca. A Orte, C. (dir.). *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears 2010*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Orte, C. i Sánchez, L. (2012). Gender violence in older woman. *Social and Behavioral Sciences, 46*, 4603-4606. https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.06.304

Pathak, N., Dhairyawan, R., i Tariq, S. (2019). The experience of intimate partner violence among older women: A narrative review. *Maturitas, 121*, 63-75. https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.12.011

Rodríguez, P. (2019). Intimate Partner Violence against Women in Scandinavia and Southern Europe. *Comparative Sociology, 18*(3), 265-289. https://doi.org/10.1163/15691330-12341500

Rosay, A. B., i Mulford, C. F. (2017) Prevalence estimates and correlates of elder abuse in the United States: The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey. *Journal of Elder Abuse y Neglect, 29*(1), 1-14. https://doi.org/10.1080/08946566.2016.1249817

Sánchez, L. (2011). Creences de les persones grans sobre la violència de gènere. En: Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2011*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Sánchez, L. i Mantero, S. (2013). Sensibilització sobre la violència de gènere a les dones grans: començant a combatre. En: Orte, C. (dir.) *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2013*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Sánchez, L., Orte, C., i Ballester, Ll. (2012). La figura absent en les campanyes contra la violència de gènerela dona gran. En Orte, C. (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2010.* Palma: Universitat de les Illes Balears.

Sánchez, L., Orte, C., Vives, M., i Macias, L. (2013). *Violencia de género en las mujeres mayores: necesidad de intervención sociosanitaria.* En Pérez, M.C. i Molero, M.M. (dir.). Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento. Almería: Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP).

Sanz-Barbero, B., Barón, N., i Vives-Cases, C. (2019). Prevalence, associated factors and health impact of intimate partner violence against women in different life stages. *PLoS one, 14*(10), e0221049. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0221049

Scott, M., Mckie, L., Morton, S., Seddon, E., i Wasoff, F. (2004). *Older women and domestic violence in Scotland*. Edinburgh: Health Scotland, Woodburn House.

Stöckl, H., i Penhale, B. (2015). Intimate partner violence and its association with physical and mental health symptoms among older women in Germany. *Journal of interpersonal violence*, *30*(17), 3089-3111. https://doi.org/10.1177/0886260514554427

Vinton, L. (2001). Violence against older women. A: Renzetti, C. M., Edleson, J. L., i Bergen, R. K. (eds.). *Source book on violence against women.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Wilke, D. J., i Vinton, L. (2005). The Nature and Impact of Domestic Violence Across Age Cohorts. *Affilia, 20*(3), 316-328. https://doi.org/10.1177/0886109905277751

Zink, T., Fisher, B. S., Regan, S., i Pabst, S. (2005). The prevalence and incidence of intimate partner violence in older women in primary care practices. *Journal of General Internal Medicine, 20*(10), 884. https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2005.0191.x

Autors

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. És catedràtica d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Té sis quinquennis de docència reconeguts i cinc sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. És la investigadora principal en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-98 i l'ha dirigida fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'*Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears*. Igualment és la directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC) de la UIB. Va ser la directora de la International Summer Senior University. Entre 2018 i principi de 2019 va ser directora general de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials (Imserso) del Govern d'Espanya.

CRISTINA GAMUNDÍ MASSAGUÉ

Palma (1970). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Gerontologia Social Aplicada per la Universitat de Barcelona, amb formació en els àmbits d'intervenció social i de gestió de polítiques públiques. Tècnica de l'àrea social de l'Ajuntament de Calvià des de l'any 1998 en projectes de serveis socials, infància, cooperació social i internacional, envelliment actiu, igualtat i participació ciutadana. Des del 15 d'octubre de 2019 és la responsable de la direcció del Departament de Desenvolupament Social, Infància i Gent Gran.

EMPAR SANTACREU OLIVER

Sóller (1962). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Especialista universitària en Gerontologia Social, amb formació i docència en els àmbits de persones grans, persones amb discapacitat i diversitat funcional, serveis socials, dona i igualtat, participació i cohesió social, i pedagogia del cos i el moviment. Entre 1997 i 2004 va ser subdirectora a la Llar de Majors de Calvià. Des de 2017 dirigeix el Servei d'Intervenció Social i Gent Gran de l'Ajuntament de Calvià. Entre d'altres, ha coordinat el disseny del nou Pla integral d'atenció a les persones grans del municipi de Calvià.

LIDIA SÁNCHEZ-PRIETO

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

SORAYA EL BOUTAYBI MOHAMED

Palma (1995). Graduada en Pedagogia per la UIB, estudiant del Màster en Intervenció Socioeducativa amb Infància, Adolescència i Família. Ha treballat com a tècnica d'investigació en el Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES). Com a investigadora ha realitzat un diagnòstic de la situació de la dona magrebina a la societat mallorquina.

EMMANUELLE GELABERT MAYOL

Sóller (1999). Graduada en Pedagogia per la UIB, treballa actualment com a terapeuta a Projecte Home Balears i estudia el Màster en Pedagogies Actives i Ecosistemes d'Aprenentatge en Xarxa. Ha treballat com a tècnica d'investigació amb el GIFES i ha investigat sobre la creació, disseny i aplicació d'una aula virtual per al desenvolupament de les activitats del programa de competència familiar (PCF 12-16).

SOLEDAD FERNÁNDEZ TRAPERO

Palma (1994). Graduada en Pedagogia i estudiant del grau d'Educació Social a la UIB. Màster en Direcció i Gestió de Recursos Humans i Coaching per la Cambra de Comerç de Granada. Treballa en el món de l'hoteleria com a cambrera. Des de 2015 ha participat de manera voluntària en programes d'intervenció socioeducativa amb adolescents i dones en situació de prostitució.

TONI MASCARAQUE ROJAS

Palma (1985). Diplomat en Treball Social per la UIB. Amb formació de màster i postgrau en Geriatria i Gerontologia, Inserció Social i Laboral, Polítiques d'Integració Ciutadana, Violència de Gènere, i Gestió i Direcció de Serveis Socials. Ha treballat com a treballador social per a diferents administracions i entitats del tercer sector. També ha estat coordinador de l'equip de mediació intercultural de Palma, l'OFIM de Mallorca i d'Eivissa, el Centre de Primera Acollida de la Xarxa d'Inclusió, els punts d'informació jurídica a les dones, Marratxí Social, Sa Miranda i SAM d'Eivissa. Actualment, des de novembre de 2020, és treballador social del Programa d'Atenció Social a la Gent Gran de l'Ajuntament de Calvià.

MARIA DEL MAR VERGER OLIVER

Calvià (1975). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Graduada en Treball Social per la Universitat Internacional de La Rioja. Formació destacada en intervenció social, infància i família, així com en igualtat, violència de gènere, planificació i avaluació de programes socials. Treballadora social de l'Ajuntament de Calvià des de l'any 2005, treballa als serveis socials municipals d'atenció primària, posteriorment com a cap de negociat de gestió de l'Institut Municipal d'Educació i Biblioteques, amb responsabilitats de planificació, coordinació i gestió de programes educatius. Des de l'any 2020 és coordinadora de prestacions domiciliàries i atenció a urgències al Servei d'Intervenció Social i Gent Gran de l'Ajuntament de Calvià.

CATALINA RAMIS ALEMANY

Palma (1964). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Postgrau en Emocions i Diàleg en el Segle XXI, formació en intervenció social amb infància, família i gent gran. Treballadora social de l'Ajuntament de Palma en atenció primària des de l'any 2015 al 2020. Actualment, des de novembre de 2020, és treballadora social del Programa d'atenció social a la gent gran de l'Ajuntament de Calvià.

EDATISME:
EN UNA SOCIETAT EDATISTA TOTS HI ESTAM IMPLICATS

Edatisme: en una societat edatista tots hi estam implicats

Liberto Macías González
Marga Vives Barceló

Resum

L'edat és un concepte subjectiu tant des del punt de vista personal com social. També ho són les atribucions que fem a les persones grans, ja que influeixen de manera conscient o subconscient en els (auto)comportaments envers el col·lectiu dels més grans.

En aquest capítol abordam l'edatisme, terme descrit ja el 1969 per Butler per referir-se a la discriminació per motius d'edat; discriminació que, amb el sexisme i el racisme, són les tres formes de discriminació més esteses dins la societat actual (Stallard et al., 2002) i que, per tant, necessiten un abordatge multidisciplinari (OMS, 2021), ja que afecten les conductes, les creences i els afectes (Losada, 2004) i porten conseqüències que poden arribar a ser l'inici d'un maltractament o afectar directament l'esperança de vida de la persona gran.

El capítol aborda dos eixos fonamentals per poder combatre i prevenir situacions d'edatisme: l'educació (com més primerenca millor i oferint espais intergeneracionals) i el model de persona gran que es projecta als mitjans de comunicació.

Resumen

La edad es un concepto subjetivo tanto a nivel personal como social. También lo son las atribuciones que hacemos a las personas mayores, ya que influyen de forma consciente o subconsciente en los (auto)comportamientos hacia el colectivo de los más mayores.

En este capítulo abordamos el edadismo, término descrito ya en 1969 por Butler para referirse a la discriminación por motivos de edad. Discriminación que, junto con el sexismo y el racismo son las tres formas de discriminación más extendidas en la sociedad actual (Stallard et al., 2002) y que, por tanto, necesitan un abordaje multidisciplinar (OMS, 2021), ya que afectan a las conductas, creencias y afectos (Losada, 2004), que pueden derivar en un inicio de maltrato o afectar directamente a la esperanza de vida de la persona mayor.

Finalmente, el capítulo aborda dos ejes fundamentales para poder combatir y prevenir situaciones de edadismo: la educación (cuanto más temprana mejor y ofreciendo espacios intergeneracionales) y el modelo de persona mayor que proyectan los medios de comunicación.

1. Una societat edatista

Abans de començar ens agradaria exposar uns aspectes relacionats amb el concepte d'edat i les seves implicacions. Com assenyalen Bárcena et al. (2009), l'edat no deixa de ser un element subjectiu, com a individus o com a col·lectiu. Hem de diferenciar el

que entenem per edat atribuïda, que és aquella que coneixem com l'edat cronològica, i l'edat sentida, que és aquella edat que sent la persona que té, per tant, quan parlem del concepte edat, ens referim a un terme amb diferents dimensions molt influenciat per la subjectivitat. Complementàriament, cal afegir-hi aquelles percepcions que les persones com a individus i la societat com a col·lectiu tenen de la vellesa i del procés de l'envelliment. Aquestes percepcions (IMSERSO, 2009a) estan carregades d'estereotips i de prejudicis envers les persones grans; cal fer feina amb aquests estereotips per eliminar-los i fomentar una visió positiva de les persones més grans. Com assenyalen Pérez-Rojo et al. (2017), aquestes imatges socials i estereotips sobre les persones grans poden influir, tant d'una manera positiva com negativa, en la societat, en els comportaments cap al col·lectiu o com les persones grans es perceben a si mateixes.

Els orígens del terme edatisme (*ageins*) en anglès, es remunten a l'any 1969 quan el doctor Robert Butler el va emprar «aprofitant l'efectivitat i l'èxit de termes com racisme o sexisme, que han contribuït a identificar i promoure canvis d'actitud» en les persones i en la societat (IMSERSO, 2009b:12). Per tant, l'edatisme fa referència als estereotips cap a les persones d'edat, fa al·lusió al manteniment dels estereotips o prejudicis cap a una persona, només pel fet de ser gran. Aquests estereotips es van formant des de la infància i es va reforçant amb el pas del temps (OMS, 2021).

L'informe mundial sobre l'edatisme (OMS, 2021) assenyala que:

> L'edat és un dels primers aspectes que observam en altres persones. L'edatisme sorgeix quan l'edat s'utilitza per a categoritzar i dividir les persones per atributs que ocasionen mal, desavantatge o injustícia, i menystenen la solidaritat intergeneracional.

Aquests atributs, que són la causa de la discriminació per raó d'edat, són els estereotips. Els estereotips creats cap a les persones grans el que fan és generalitzar, és creure i fer creure als altres que la gent gran és un col·lectiu homogeni, sense visibilitzar les diferències individuals pròpies dels éssers humans, la diversitat de persones que formen la societat, també dins el grup dels més grans.

Aquests estereotips creats socialment produeixen una sèrie de conseqüències. Palmore (1990) ja assenyalava, a la dècada dels anys noranta, les característiques bàsiques dels estereotips que conformen l'arrel de l'edatisme:

- L'estereotip aporta una visió molt exagerada d'algunes característiques de la persona.
- Alguns estereotips són inventats o no tenen base real. Però es consideren veritables a causa de la seva relació amb algunes tendències de comportament acceptades socialment.

- En un estereotip negatiu, les característiques positives s'oculten.
- Els estereotips no reflecteixen les tendències compartides per la majoria.
- Els estereotips no proporcionen cap informació sobre la causa de les tendències que s'assenyalen.
- Els estereotips no possibiliten el canvi.
- Els estereotips no faciliten l'observació de la variabilitat interindividual, ni visibilitat de la diversitat del col·lectiu.

Aquests aspectes no han canviat gaire, i així es pot observar a l'informe de l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2021) en què es tracta el tema de l'edatisme en l'àmbit mundial. En aquest document s'aborda la necessitat d'ampliar la nostra visió cap al futur, basant-nos en el dret que inclogui tant aspectes socials com legislatius i d'estructures polítiques. A la taula 1 es presenta un catàleg, que surt en aquest informe, on s'especifiquen exemples d'estereotips identificats; en concret, en l'atenció sanitària i social, en el treball i en els mitjans de comunicació, tant en positiu com en negatiu. Els estereotips negatius estan més estesos i són els que són presents, d'una manera més forta, dins l'imaginari social.

Taula 1 | *Un catàleg d'estereotips identificats en diferents entorns institucionals i països*

Institució o sector	Estereotips	
	Les persones joves són...	Les persones grans són...
Atenció sanitària i social		
POSITIUS	Saludables Físicament actives Fortes i enèrgiques	Càlides Simpàtiques
NEGATIUS	Arriscades Drogoaddictes Estressades i ansioses	Rígides Irritables i frustrants Solitàries i aïllades Fràgils i febles Asexuals Fàcilment confoses Deprimides i depriments Necessitades Discapacitades
Treball		
POSITIUS	Enèrgiques Ambicioses Expertes en TIC Treballadores (de mitjana edat)	De confiança Compromeses Experimentades Treballadores Socialment capacitades Bons mentors i líders Capaces de bregar amb el canvi

continua

NEGATIUS	Narcisistes Deslleials Sense titulació Mandroses Desmotivades Fàcilment distretes	Incompetents i improductives Desmotivades Resistents al canvi Més difícils d'entrenar i incapaces d'aprendre No són flexibles No són tecnològicament competents
Mitjans de comunicació		
POSITIUS	Atractives	Saludables Compromeses Productives Autosuficients
NEGATIUS	Problemàtiques Criminals violents	No atractives Infelices Senils Mal vestides Inactives Dependents Insalubres Sense poder i pobres Vulnerables Diabòliques

Font: Informe mundial sobre l'edatisme (OMS, 2021)

L'edatisme es considera la tercera manera de discriminació en la nostra societat, només darrere del sexisme i del racisme (Butler, 1980; Stallard et al., 2002). *HelpAge International Espanya* (2020) assenyala que «l'arrelament de l'edatisme legitima la discriminació estructural de les persones grans, amb la qual cosa interfereix amb la possibilitat que el seu desavantatge sigui identificat com una discriminació fins i tot per elles mateixes», per tant, aquest tipus de discriminació afecta completament la persona en diversos àmbits de la seva vida. Encara que no n'hi ha gaire literatura especialitzada, cada vegada més tant les persones grans com la població general demanen que apareguin i es creïn espais de debat per tractar aquesta qüestió.

Com exposava Losada (2004), la discriminació cap a les persones grans té diversos components, és una combinació de components cognitius, conductuals i emocionals. El component cognitiu són aquelles creences que tenim cap als altres, individus o col·lectius, és el que pensam d'ells. El component emocional són les sensacions que tenim cap als altres, és el que sentim, el nostre sentiment cap a aquelles persones o col·lectivitat, i el component conductual o actitudinal són les accions que tenim cap als altres, els nostres actes són les actituds discriminatòries. Seguint Losada, Sanz de Acedo (2012) ho explicà amb la taula que es mostra a continuació:

Taula 2 | *Influència de la informació cognitiva, afectiva i emocional en els prejudicis*

	Contingut	Prejudici
Creences	Cognicions (pensaments) sobre les persones. Tenen a veure amb els esquemes de pensament.	Opinions sobre un grup social (no totes són negatives), que poden tenir creences positives cap algunes característiques considerades menys importants. Per exemple, s'assumeix que persones d'una altra «raça» estiguin millor dotades per a uns certs esports.
Afectes	Sentiments relacionats amb les persones i predisposició favorable o desfavorable cap a elles.	Predisposició desfavorable (o afecte negatiu) cap a un grup de persones, que es manifesta en forma de por, menyspreu, fàstic, etc. (Quan es tracta de persones d'una altra raça, es denomina racisme, si és cap a les dones, sexisme.)
Conductes	Accions que es realitzen cap a les persones.	Maneres d'actuar amb les persones que formen part d'un grup social particular. En moltes ocasions pot ser una conducta de discriminació (es tracta pitjor algú pel simple fet de pertànyer a un col·lectiu concret).

Font: Sanz de Acedo (2002; a Losada, 2004)

L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2021) continua manifestant aquests multicomponents a l'edatisme, els quals estan interrelacionats: estereotips (pensaments), prejudicis (sentiments) i finalment la discriminació (acció o comportament).

Centrant l'atenció en el col·lectiu de les persones grans, Losada (2004) afirma que s'ha de tenir molt en compte que els biaixos sobre l'edatisme afavoreixen una descripció del col·lectiu més gran basada, sobretot, en trets negatius. Això es pot observar en la manera en què la societat i les institucions públiques i privades solen tractar les persones de més edat, per exemple, emprant la infantilització quan s'hi dirigeixen, el paternalisme cap al col·lectiu, la despersonalització que experimenten com si no fossin individus de ple dret i sobretot la invisibilització que pateixen. Aquestes actuacions no fan més que normalitzar certs comportaments de la vida quotidiana, sense adonar-nos que determinades conductes fomenten un tracte inadequat cap a les persones grans, arribant a ser el començament o l'inici d'un maltractament, familiar, social i institucional. Per tant, és important no només detectar aquest tipus d'estereotips sinó també erradicar-lo (Pérez-Rojo et al., 2017).

La Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia (SEGG) i l'OMS determinen que existeixen evidències que demostren que les persones exposades a comportaments negatius durant el seu procés d'envelliment viuen de mitjana 7,5 anys menys que aquelles que presentaven una actitud positiva sobre aquest tema. Per tant, ja no només és important eliminar l'edatisme i les actituds discriminatòries per qüestions de justícia social cap al col·lectiu dels més grans, sinó que també és una qüestió de salut. Com ho

assenyala el president de la Societat Francesa de Geriatria i Gerontologia (SFGG), el professor Olivier Guérin:

> La societat podrà beneficiar-se dels avantatges d'aquest envelliment de la població si tots envellim en un millor estat de salut. Però, per a això, haurem d'eliminar els prejudicis edatistes (segg.es).

Una de les millors maneres de combatre aquest tipus de discriminació és amb l'educació des d'una edat primerenca; si treballam els estereotips i prejudicis quan som petits, en arribar a l'edat adulta, no es generaran expectatives negatives cap al procés d'envelliment. Arias (2014) comenta que els més petits adquireixen els estereotips mitjançant l'observació, en el moment que han interioritzat aquests estereotips comencen a formar-se una idea errònia del que serà el seu propi envelliment (citat a Gutiérrez i Mayordomo, 2019). Els programes i les activitats intergeneracionals són una bona eina per prevenir estereotips i trencar amb els prejudicis que es puguin haver generat. Una apropiada intervenció duta a terme des de l'escola pot canviar les idees que tenen de les persones més grans, i el contacte amb elles farà que les percebin com a persones actives i amb una mirada en positiu (Pinazo i Kaplan, 2007). El grup GIFES ha fet i lidera projectes intergeneracionals en què es confirma que es produeix aquest canvi de percepció i actituds, atès que els infants i els joves observen un col·lectiu que els pot ensenyar coses, que són actius; els més grans tornen a sentir-se protagonistes del seu envelliment i membres actius de la societat i, en definitiva, es generen espais i vivències comuns a partir dels quals es fomenta la base d'una visió positiva de l'envelliment.

2. Les múltiples formes de l'edatisme i la visibilització de les persones grans

L'edatisme es pot donar de manera molt diversa, com a prejudicis, actituds i comportaments discriminatoris, i també en diferents entorns, com per exemple, dins l'àmbit polític, a les empreses i a les seves pràctiques institucionals, en les famílies i amb els cuidadors, dins els serveis que han d'atendre els més grans, als mitjans de comunicació, entre altres llocs, que el que fan és mantenir i continuar amb els estereotips.

Molts d'aquests estereotips els tenim normalitzats i els mantenim sense aturar-nos a pensar si la realitat social és aquesta o pot ser una altra. Als mitjans de comunicació, i sobretot a la televisió i a la premsa, podem observar com el «mite de l'eterna joventut» és el vàlid, el que té èxit i, si te n'allunyes, ja no tens cabuda i et tornes transparent en una societat que té com a prioritat el «culte al cos». Com s'ha mencionat, els mitjans de comunicació social, la publicitat, etc., faciliten que aquesta imatge estereotipada, que

fomenta l'edatisme, es reforci. S'ha de comentar que cada vegada s'està fent més feina, i gràcies a les campanyes, tant en paper com digital, de sensibilització i de lluita contra l'edatisme, es comença a valorar i visibilitzar la vellesa i el seu procés en positiu.

L'any 2002 es va dur a terme, a Madrid, la II Assemblea Mundial sobre l'Envelliment, organitzada per les Nacions Unides. Una de les qüestions que s'hi tractaren va ser la de les imatges de l'envelliment, posant èmfasi en el fet que s'ha d'aportar una imatge positiva del procés d'envelliment i, per tant, de les persones grans. Cal destacar-ne l'atractiu, la diversitat, la creativitat, així com la seva contribució vital a la societat (ONU, 2002). Quant als mitjans de comunicació, es plantegen una sèrie de mesures que s'haurien de posar en marxa per tal de contribuir a la difusió d'una imatge positiva (s'han seleccionat les mesures que expressen de manera explícita els mitjans de comunicació):

- Encoratjar els mitjans de difusió a promoure imatges que destaquin la saviesa, els punts forts, les aportacions, el valor i la inventiva de les dones i els homes grans, incloent-hi les persones d'edat amb discapacitat.

- Animar els mitjans de difusió a transcendir la presentació d'estereotips i il·luminar la diversitat plena de la humanitat.

- Reconèixer que els mitjans de difusió són precursors del canvi i poden actuar com a factors orientadors en la promoció del paper que correspon a les persones grans en les estratègies de desenvolupament, fins i tot en les zones rurals.

- Instar els mitjans de difusió i els sectors públic i privat a evitar la discriminació per raons d'edat en l'ocupació i presentar imatges positives de les persones grans.

- Promoure una imatge positiva de les aportacions de les dones grans, a fi d'augmentar la seva autoestima (ONU, 2002: 43-44).

Encara que institucions internacionals i nacionals com l'IMSERSO mitjançant el seu *Llibre blanc de l'envelliment actiu* (2011), en el qual també dedica una part a la imatge de les persones grans als mitjans de comunicació social, fomenten que es doni aquest canvi cap a una imatge positiva, per tal de trencar amb els estereotips, això no és senzill d'aconseguir; continuam veient als mitjans i a la publicitat imatges estereotipades, com per exemple, les que assenyalen Fuentes i Navarro (2009):

- **La persona gran i l'àmbit rural**: la figura de la persona gran que viu en un entorn rural és usada per a molts publicistes com a reclam comercial (estereotip com el del conservadorisme, serenitat, desvinculació).

- **La necessitat de cures especials atribuïdes a l'edat**: molts anuncis publicitaris utilitzen la imatge de les persones grans per vendre productes relacionats amb malalties o problemes físics (reforçament del mite associat a l'envelliment com a malaltia).

- **La cerca de l'estètica jove**: múltiples productes de bellesa es recomanen per combatre la imatge «deteriorada» de la vellesa, un fet biològic del nostre organisme que ha de ser dissimulat i fins i tot eliminat. (Mite de l'eterna joventut per donar una imatge de la vellesa com poc o gens atractiva.)

- **El missatge de l'absència**: hi ha una absència de persones d'edat avançada en la major part dels anuncis publicitaris —reforçament dels mites negatius com la improductivitat, decadència intel·lectual, la desvinculació (Fuentes i Navarro, 2009).

En altres estudis i investigacions relacionats amb la imatge de les persones grans a la publicitat, es poden observar conclusions molt semblants, per exemple, a Ramos-Soler i Carretón-Ballester (2012), estudi que assenyala que s'hi dona una molt baixa representació de persones grans en comparació amb el percentatge, fent referència al pes demogràfic, que té la població gran en el conjunt de la societat. La gent gran hi apareix amb una imatge estereotipada i amb una doble visió, una en què es mostren els grans d'una manera tradicional i una altra en què els presenten amb necessitat de cura. Respecte al sexe, les dones estan menys representades en comparació amb els homes. L'informe del Consell Audiovisual de la Junta d'Andalusia (2018) coincideix amb els anteriors estudis en la reduïda representació del col·lectiu més gran, així com la discriminació de la dona, molt estereotipada en uns rols molt definits. En la mateixa línia, quant a la presència dels gèneres, un estudi de l'agència publicitària reasonwhy.es (2017) conclou que la dona té manco representació a la publicitat televisiva, però destaca en els àmbits prioritaris de la bellesa, la higiene i la moda; per contra, la dona no surt gaire als anuncis relacionats amb l'esport, la feina i la salut (reasonwhy.com). Per tant, com ja hem esmentat abans, els mitjans de comunicació no contribueixen a donar una imatge real del col·lectiu, sinó que presenten un col·lectiu estereotipat que no es correspon amb un procés d'envelliment emmarcat en el segle XXI. Les campanyes per visibilitzar les persones grans són importants, d'una banda, per donar-los el lloc que els correspon, i de l'altra, per combatre l'edatisme.

Un escenari similar el trobem quan revisem la imatge de les persones grans a la premsa escrita. A la Declaració de Santander, de l'any 2011, realitzada per professionals del periodisme i altres experts, emmarcada en una trobada organitzada per l'IMSERSO, arribaren a la conclusió que és feina de tothom construir una imatge real del col·lectiu de les persones grans. Fernández i Antón (2018), al seu estudi sobre la imatge dels més grans a la premsa digital, assenyalen que la representació de la població gran és minsa,

i la dona és la menys visible; aporten una visió parcial de la realitat del col·lectiu, ple d'estereotips i tòpics, i remarquen que la majoria de notícies el destaquen com a una població inactiva i amb necessitats.

El Foro LideA (2018), agrupació de diverses organitzacions de persones grans, va publicar un decàleg amb l'objectiu de fomentar un tracte adequat als grans als mitjans de comunicació social. Són pautes que les mateixes organitzacions que formen el Foro han fet públiques de manera particular seguint les mateixes línies. Les aportacions són les següents:

- La imatge de la persona gran ha de representar la realitat.
- No s'ha de fer ús de conceptes inadequats.
- En general, no convé utilitzar la paraula «padrí» i «padrina», excepte si els continguts fan referència a aquesta faceta de la persona gran.
- No s'ha d'expressar en termes de propietat.
- No s'ha de generalitzar. El col·lectiu és molt divers i heterogeni.
- Es recomana evitar un llenguatge sexista.
- Se'ls ha de donar veu, ja que són una font d'experiència i informació.
- Cal tractar el col·lectiu de manera activa, no són classe passiva.
- Convé usar termes i concepte moderns, sense una càrrega negativa.
- Cal evitar la infantilització i la comparació amb altres col·lectius més joves.

Aquestes idees plasmades al decàleg de bones pràctiques s'han anat difonent mitjançant campanyes de sensibilització en diversos mitjans de comunicació, i en diversos formats, per exemple, cartelleria en paper, xarxes socials, etc. Aquestes campanyes de visibilització volen fomentar un tracte adequat cap al col·lectiu de les persones grans i lluitar contra els estereotips envers ells. Reclamen que es faci un ús adequat del llenguatge, utilitzant conceptes moderns, i que es representi una imatge real de les persones grans. Demanen que als mitjans de comunicació, en tots els seus formats, es faci referència a la gent gran com a individus, evitant els termes de propietat, els més grans no són propietat de ningú, són persones amb els seus drets i obligacions. Així mateix, es recomana no generalitzar, ja que el col·lectiu és molt heterogeni i molt divers. Un aspecte que volen transmetre és la necessitat i la importància de comptar amb ells en totes les decisions que es prenen en què el col·lectiu en forma part, ja que són les persones que més coneixement i informació poden aportar per millorar la seva qualitat de vida. Per tant, demanen que tenguin veu dins la societat.

3. Conclusions

En aquest capítol, ens hem volgut aturar a la tercera causa de discriminació en l'àmbit mundial, juntament amb el sexisme i el racisme: l'edatisme.

Com hem descrit, l'edat és un concepte subjectiu, personal, que afecta d'una manera directa els nostres pensaments, comportaments i actituds. El nostre comportament diari pot venir condicionat pel «què s'espera» socialment del que he de fer amb l'edat que tenc.

Però, d'on venen aquests estereotips sobre l'edat que marquen el comportament i la visió envers les persones grans? De les creences, dels sentiments (afectes) que tenim envers les persones grans i que marquen directament el nostre comportament cap a ells i que es poden traduir, entre d'altres, en la manera com tractam des del punt de vista institucional (tant públic com privat), comunitari, familiar o individual les persones grans que ens envolten; per exemple, infantilitzant el nostre llenguatge o mostrant actituds paternalistes i que, en definitiva, afecten els drets dels grans.

Aquestes actituds, creences, sentiments i comportaments no fan més que retroalimentar-se i, si no en som conscients, poden normalitzar determinats comportaments de la vida quotidiana que són discriminatoris per qüestions d'edat i que poden derivar en situacions de maltractament o, tal com s'ha demostrat científicament, en la disminució de l'esperança de vida.

Cal un abordatge multidisciplinari per lluitar contra l'edatisme. Aquest ha de començar per ser conscients de les actituds, creences i comportaments discriminatoris i oferir models en positiu de les persones grans. Aquest abordatge s'ha de fer en l'àmbit social, especialment ens hem centrat en els models que els mitjans de comunicació ofereixen (i que haurien d'oferir) de les persones grans, i potenciar en infants i joves espais intergeneracionals on puguin conviure, aprendre o simplement compartir moments amb persones grans per combatre els estereotips a través de l'intercanvi relacional.

Referències bibliogràfiques

Bárcena, C., Iglesias, J. A., Galán, M. I., i Abella, V. (2009). Dependencia y edadismo. Implicaciones para el cuidado. *Revista Enfermería CyL, 1*(1), 46-52

Butler, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues, 36*, 8-11. https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x

Consejo Audiovisual de Andalucía (2018). *La representación de las personas mayores en la publicidad*. Junta de Andalucía. https://www.consejoaudiovisualdeandalucia.es/actividad/actuaciones/informes/2019/07/informe-sobre-la-representacion-de-las-personas-mayores-en-la

Fernández, M. Y., i Antón, M. (2018). Estereotipos de las personas mayores y género en la prensa digital: estudio empírico desde la teoría de Framing. *Revista Prisma Social*, *21*, 316-33.

Foro LideA (2018). *Decálogo LideA de buen trato periodístico a las personas mayores.* https://www.forolidea.com

Fuentes, J., i Navarro, N. (2009). Los mitos y estereotipos sobre la vejez en los medios de comunicación y la importancia de la educación intergeneracional. Actas del IX Congreso Nacional de Organizaciones de Mayores "El arte de envejecer", Universidad de Sevilla.

Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) https://gifes.uib.es/

Gutiérrez M., i Mayordomo, T. (2019). Edadismo en la escuela. ¿Tienen estereotipos sobre la vejez los futuros docentes? *Revista Educación, 43*(2). 1-19. https://www.redalyc.org/journal/440/44058158029/html/

HelpAge International España (2020). La discriminación por razón de edad en España. *Conclusiones y recomendaciones para el contexto español desde un enfoque basado en derechos*. Fundación HelpAge International España y Instituto de Derechos Humanos Bartolomé de las Casas.

IMSERSO (2009a). Percepción en niños y adolescentes de las personas mayores. *Boletín sobre Envejecimiento. Perfiles y Tendencias, 38*. Observatorio de Personas Mayores. https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm38.pdf

IMSERSO (2009b). Edadismo en Estados Unidos. *Boletín sobre Envejecimiento. Perfiles*

y Tendencias, 40. Observatorio de Personas Mayores. https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm40.pdf

IMSERSO (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaria General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Losada, A. (2004). Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, *14*. http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf

Organización Mundial de la Salud (2021). *Informe Mundial sobre el Edadismo.* https://www.who.int/es/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combatting-ageism/global-report-on-ageism

Organización de Naciones Unidas (2002*). Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento Activo*. Madrid

Palmore, E. (1990). *Ageism: Negative and positive*. New York: Springer

Pérez-Rojo, G., Chulián, A., López, J., Noriega, C., Velasco, C., i Carretero, I. (2017). Buen y mal trato hacia las persones mayores. Teorías explicativas y factores asociados. *Revista Clínica Contemporánea, 8, e2*, 1-14 https://doi.org/10.5093/cc2017a3

Pinazo, S., i Kaplan, M. (2007). Los beneficios de los programas intergeneracionales. A M. Sánchez (coord.) *Programas intergeneracionales: hacia una sociedad para todas las edades*. Fundació "la Caixa"

Ramos-Soler, I., i Carretón-Ballester, M. C. (2012). Presencia y representación de las personas mayores en la publicidad televisiva: el caso español. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *47*(2), 55-61 https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.11.010

Reasonwhy.es (2017). *En publicidad también pierden las mujeres* https://www.reasonwhy.es/actualidad/entrevista-miguel-vizcaino-sra-rushmore-grey-2020

Sociedad Española de Geriatría y Gerontologia. https://www.segg.es/

Stallard, J. M., Decker, I. M., i Bunnell, J. (2002). Health Care for the Elderly: A Social Obligation. *Nursing Forum*, *37*(2), 5-15. https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2002.tb01192.x

Autors

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

Llicenciat en Pedagogia i doctor en Educació per la Universitat de les Illes Balears. Expert universitari en Intervenció en Qualitat de Vida de Persones Grans per la UNED. Especialista en Envelliment Actiu, Qualitat de Vida i Gènere (CSIC). Professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Entre les seves línies de recerca principal destaquen la qualitat de vida i l'aprenentatge al llarg de tota la vida. És col·laborador del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES).
Tècnic especialista i coordinador tècnic de la Universitat Oberta per a Majors (2007-2021). Ha estat participant en la comissió de treball de Promoció de l'Autonomia de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca (IMAS). Guanyador del «*Premio de Investigación Adoración Holgado Sánchez AEPUM 2020*» (febrer, 2021), de l'Associació Estatal de Programes Universitaris per a Majors (AEPUM).

MARGA VIVES BARCELÓ

Llicenciada en Psicopedagogia i doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Entre les seves línies de recerca principal destaquen la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, les relacions intergeneracionals i la gestió de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballar amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida de la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de les Persones Majors (IMAS) i participant en la comissió de Protecció del Major.

ELS PERIODISTES DE LES ILLES BALEARS DAVANT L'ENVELLIMENT I LES PERSONES GRANS

Els periodistes de les Illes Balears davant l'envelliment i les persones grans

Natàlia Blanes Quist

Resum

Aquest article presenta una primera aproximació a la visió que tenen els periodistes i altres professionals d'empreses i departaments de comunicació de les Illes Balears sobre les persones grans i l'envelliment com a matèria dels continguts informatius i d'opinió. L'Organització de les Nacions Unides (ONU) i, dins d'aquest organisme intergovernamental, l'Organització Mundial de la Salut (OMS), així com la plataforma AGE Europe i les principals institucions i entitats privades de defensa dels drets de la gent gran d'Espanya, promouen campanyes per fomentar l'envelliment actiu de la població i lluitar contra la discriminació per edat o edatisme.

Per a aquests objectius, és imprescindible la conscienciació i la col·laboració dels mitjans de comunicació d'arreu, atès el seu paper fonamental en la configuració de la imatge social de les persones grans. Una imatge social inadequada o, directament, negativa i estereotipada, com la que predomina en el cas de les persones grans, és un obstacle per al ple desenvolupament dels drets humans i democràtics dels ciutadans d'edat avançada.

Cal caminar cap a la conformació d'una imatge positiva i real de l'envelliment i dels grans i això no s'aconseguirà sense els periodistes. Ara bé, la mateixa gent gran també té la seva responsabilitat en aquest procés, tal com s'explica a l'article.

El present treball inclou, igualment, una petita guia per a periodistes i mitjans de comunicació que els pot orientar per informar més i millor, amb una mirada més acurada i real, sobre la gent gran i l'envelliment humà.

Resumen

Este artículo presenta una primera aproximación a la visión que tienen los periodistas y otros profesionales de empresas y departamentos de comunicación de las Islas Baleares sobre las personas mayores y el envejecimiento como materia de los contenidos informativos o de opinión.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) y, dentro de este organismo intergubernamental, la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como la plataforma AGE Europe y las principales instituciones y entidades privadas de defensa de los derechos de las personas mayores de España, están promoviendo campañas para fomentar el envejecimiento activo de la población y luchar contra la discriminación por edad o edadismo.

Para estos objetivos, es imprescindible la concienciación y colaboración de los medios de comunicación de todos los ámbitos, dado su papel fundamental en la configuración

de la imagen social de las personas mayores. Una imagen social inadecuada o, directamente, negativa y estereotipada, como la que predomina en el caso de las personas mayores, es un obstáculo para el pleno despliegue de los derechos humanos y democráticos de los ciudadanos de edad avanzada.

Hay que caminar hacia la conformación de una imagen positiva y real del envejecimiento y de las personas mayores y esto no se conseguirá sin los periodistas. Ahora bien, las propias personas mayores también tienen su responsabilidad en este proceso, tal como se explica en el artículo.

El presente trabajo incluye, igualmente, una pequeña guía para periodistas y medios de comunicación que los puede orientar para informar más y mejor, con una mirada más precisa y real, sobre las personas mayores y el envejecimiento humano.

1. Els mitjans de comunicació i el canvi demogràfic

El lector que té posada la mirada sobre aquestes línies escrites probablement arribarà a ser una persona gran, si no ho és ja i si no s'hi interposa cap malaltia o accident. És factible, també, que sigui gran durant molts d'anys, bastants més que els seus predecessors. Com voldria que el reflectissin els mitjans de comunicació en aquesta etapa de la vida? Possiblement, no com es fa actualment.

És estrany trobar consensos, però n'hi ha, fins a un nivell important, sobre la consideració com a estereotipada (negativament), estigmatitzada i insuficient pel que fa a la imatge que es projecta de la gent gran i l'envelliment als mitjans de comunicació social, tant en missatges escrits i orals com en fotografies i emissions televisives.

És això adequat i justificable si es té en compte que entorn d'un 21% de la població de les Illes Balears té 65 anys o més? El darrer padró publicat per l'Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT) en el moment de redactar aquest article, de dia 1 de gener de 2020, fixava en 1.171.543 el nombre de persones censades a l'arxipèlag. D'aquestes, 247.289 tenien 65 anys o més.

Aquest canvi demogràfic és un desafiament per a tots, inclosos els periodistes i els mitjans per als quals treballen. El repte és polièdric i abasta des dels drets humans i la integració fins a la disponibilitat de recursos i serveis, el canvi del mercat laboral, el pes del consum i l'ajustament de la imatge social de la gent gran a la realitat.

En aquest punt, el de la imatge social, els mitjans de comunicació hi tenen una gran responsabilitat. De moment, però, els professionals de la informació i la comunicació semblen bastant al marge de la qüestió, exceptuant-ne alguns casos concrets. L'assumpte és absent, per norma, dels llibres d'estil de mitjans escrits, orals i gràfics.

2. Crida a l'acció de l'ONU

L'Organització de les Nacions Unides ha declarat el decenni 2021-2030 com la Dècada de l'Envelliment Saludable, i l'Organització Mundial de la Salut reclama un esforç en formació per evitar falses concepcions sobre l'envelliment. Els periodistes, dins d'aquest nou paradigma, són peces clau pel seu poder per conformar i difondre missatges i imatges.

El concepte d'edatisme ha estat declarat com a «desafiament global» per l'ONU. En què es basa l'organització intergovernamental mundial per fer aquesta afirmació? Doncs en les evidències recollides a *l'Informe mundial sobre l'edatisme,* emès el març de 2021 per l'OMS, l'Oficina de l'Alt Comissionat de les Nacions Unides pels Drets Humans, el Departament d'Assumptes Econòmics i Socials de les Nacions Unides i el Fons de Població de les Nacions Unides.

Part de la campanya mundial contra l'edatisme és un fullet que determina que «l'edatisme es refereix als estereotips (com pensam), els prejudicis (com ens sentim) i la discriminació (com actuam) cap a les persones en funció de la seva edat. Pot ser institucional, interpersonal o autoinfligit». I ens recorda que, globalment, «una de cada dues persones són edatistes contra les persones grans», així com que l'edatisme és present en sectors de la societat com els mitjans de comunicació.

Quan afecta les persones grans, la discriminació per edat té conseqüències greus i directes sobre la seva salut. De fet, l'informe conclou que «l'edatisme s'associa amb una menor esperança de vida, una salut física i mental més deficient, una recuperació més lenta de la discapacitat i un deteriorament cognitiu». Tot això impacta negativament sobre la qualitat de vida de la gent gran, augmenta el seu aïllament i soledat, coarta la seva sexualitat i pot incrementar el risc que pateixin abusos o maltractaments.

El terme edatisme va ser encunyat l'any 1969 pel psiquiatre estatunidenc Robert Butler per referir-se a la discriminació sistemàtica de la gent pel fet de ser gran. Va emprar la paraula públicament per primer cop en una entrevista concedida al *Washington Post*. El mateix any, el terme en anglès, *ageism*, va ser inclòs a l'*Oxford English Dictionary*.

Ni al *Diccionario de la Lengua Española* de la Real Academia de la Lengua (RAE) ni al *Diccionari de la Llengua Catalana* de l'Institut d'Estudis Catalans (IEC) hi figuren ni 'edadismo' ni 'edatisme', respectivament, com a entrades en el moment de publicar aquest article.

3. Què pensen els periodistes de les Illes Balears?

Ateses totes aquestes evidències, és desitjable i esperable una acció o reacció per part dels mitjans de comunicació d'arreu. Això inclou, evidentment, els mitjans de les Illes Balears. Però, potser, això requereix d'una petita empenta i una mica (o bastant) de temps. Aquesta és la motivació del present article, juntament amb el convenciment que s'ha de pensar globalment però actuar localment.

Durant el mes de maig de 2021, s'ha dut a terme una enquesta adreçada a periodistes que exerceixen a les Illes Balears. Un total de 83 professionals hi han participat contestant un qüestionari titulat *Els periodistes de les Illes Balears davant l'envelliment,* basat en 23 preguntes tancades i obertes sobre la seva actitud envers els continguts relacionats amb l'envelliment i la gent gran.

Dels 83 periodistes participants, el 51% han estat homes i el 49% dones, amb edats compreses entre 24 i 63 anys. El 71% són treballadors en actiu per compte aliè, mentre que un 20% són autònoms, i la resta, aturats o jubilats. El grup més nombrós (un 30%) fa feina en premsa diària impresa o digital, mentre que prop d'un 13% treballa en premsa no diària impresa o digital.

El grup següent amb més representants treballa a la televisió (29%) i a la ràdio (un 19%), mentre que un 11% fa feina en ambdós mitjans. Un 15% desenvolupa la seva tasca a les xarxes socials i un 24% ocupa actualment un càrrec de responsabilitat en un gabinet de comunicació intern o extern o es dedica a l'assessoria en comunicació.

Demanats sobre qui o què té més poder per conformar la imatge de les persones grans a la societat, un 46% dels enquestats considera que són els mitjans de comunicació els que hi tenen un paper preponderant. La resta ho reparteix entre la família (24%), la publicitat (19%), l'escola (6%) i els amics (5%).

Quant als termes o conceptes que més relacionen amb la gent gran, queda palès que els predominants són els que tenen connotacions negatives, com ara dependència, soledat, malaltia o deteriorament. Cap dels periodistes no ha marcat l'opció de treball professional, i pràcticament ningú, la de benestar econòmic o vitalitat.

Taula 1 | *Paraules relacionades amb la gent gran*

Paraula	%vots	Nombre de vots
Dependència	72,80%	59
Soledat	74,10%	60
Vitalitat	12,30%	10
Oci actiu	23,50%	19
Aïllament	32,10%	26
Malaltia	44,40%	36
Pobresa	12,30%	10
Treball professional	0%	0
Viatges	18,50%	15
Benestar econòmic	6,20%	5
Deteriorament	42%	34
Plenitud	12,30%	10

Aclaparador és el «no» quan els demanen si consideren que les persones grans estan suficientment o correctament representades als mitjans de comunicació. Un 84% dels periodistes que han respost el qüestionari troben que la gent gran està insuficientment representada als mitjans, i fins a un 74% reconeix que la representació d'aquest col·lectiu és incorrecta.

A més a més, un 95% ha contestat que els missatges i imatges negatius són els més habituals en relació amb l'envelliment i la gent gran, enfront d'un 5% que afirma que predominen els positius. És destacable també el grau de consens (81,3%) a l'hora de considerar necessari actualitzar els bancs de fotografies i vídeos d'estoc en els quals apareixen persones grans.

Taula 2 | *Cal actualitzar els bancs de fotos i vídeos d'estoc?*

	%vots	Nombre de vots
Sí	81,30%	65
No	18,80%	15

Hi ha certa assumpció de responsabilitat, si no personal almenys sí com a col·lectiu, quant al pes que tenen les imatges de la gent gran projectades pels mitjans de comunicació sobre les actituds, expectatives i comportaments de la població en conjunt. En una escala de l'1 al 5, en què 1 és «gens» i 5 «molt», la majoria ha fixat el nivell entre el 4 i el 3.

Taula 3 | *Com afecta la imatge de les persones grans projectada pels mitjans de comunicació les actituds, expectatives i comportaments de la gent?*

Valor	%vots	Nombre de vots
1 (gens)	2,40%	2
2	6,10%	5
3	28,00%	23
4	43,90%	36
5 (molt)	19,50%	16

Fins a un 82% dels periodistes de les Illes Balears participants a l'enquesta es declara interessat en la gent gran i l'envelliment com a matèria informativa. I un 77% creu necessària la formació i especialització en perspectiva d'edat a la professió periodística.

Així mateix, un 73% pensa que els mitjans de comunicació haurien de dedicar espais específics a informar sobre la gent gran i l'envelliment. Per altra banda, gairebé vuit de cada deu periodistes de l'arxipèlag consideren que hi hauria d'haver més testimonis, convidats o tertulians grans als continguts dels mitjans de comunicació de les Balears.

Més del 92% dels enquestats assegura que no fa cap distinció per edat a l'hora de triar un expert en una qüestió concreta per il·lustrar una informació o un contingut o per facilitar la seva feina. Únicament, un 6% cerca preferentment experts més grans de 50 anys, i ho fa per motius tals com la seva «experiència», els «coneixements acumulats» i els «records de temps enrere», que consideren útils en aquests contexts.

Prop de vuit de cada deu periodistes no coneixen cap espai imprès, audiovisual o digital de les Illes Balears dedicat a l'envelliment i a la gent gran. D'entre el 20% que declara que sí que en coneix, la majoria fan referència al programa *Som grans* d'IB3 Ràdio o, simplement, «un programa de ràdio» o «un microespai a *El replà* d'IB3 Ràdio», «algunes tertúlies de tant en tant a mitjans de comunicació» o, fins i tot, el mateix *Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears*.

Dues terceres parts dels participants al qüestionari desconeixen l'existència de professionals més grans de 60 anys que siguin la cara visible o la veu principal d'un programa de televisió o ràdio a les Illes Balears. El restant terç situa dins d'aquestes circumstàncies noms com Nacho Lahuerta (Radio Ibiza), Pere Bagur (IB3 Ràdio), Margalida Solivellas (TV3), Conxa Rosillo (RNE), Armand Pomar (RNE), Pere Estelrich (IB3 Ràdio), Ferran Pereyra (IB3 Ràdio), Vicente Clavijo (Canal4 Ràdio), Antoni Crespí, «Ballador» (IB3 Televisió), Felip Munar (IB3 Televisió) i Joan Calafat (*Salut i Força*), entre d'altres.

Sorprèn, en certa manera, que el concepte d'edatisme (discriminació per edat) sigui conegut per tan sols un 25% dels periodistes que han respost la pregunta referent al terme. A pesar que tres de cada quatre professionals el desconeixen, un 80% afirma que la discriminació per edat és «igual de greu» que la que es basa en el sexe, l'origen ètnic, la religió, la discapacitat o l'orientació sexual. Un 13% creu que l'edatisme és la manera «menys greu» de discriminació, mentre que un 7% la considera «més greu».

Taula 4 | *Coneixes el concepte d'edatisme?*

	%vots	Nombre de vots
Sí	25,60%	21
No	80,50%	61

D'altra banda, no arriba a un de cada quatre periodistes els qui opinen que hi ha discriminació per edat dins dels mitjans de comunicació respecte dels seus treballadors. Un percentatge similar (21%) assegura que ha sofert alguna mena de discriminació per causa de la seva edat a la feina. En contrast amb això, un 94% del total de periodistes participants veu difícil aconseguir feina dins del seu sector en cas de perdre-la sent més gran de 50 anys.

Taula 5 | *Si tens més de 50 anys, creus que et pot resultar més difícil aconseguir feina al teu sector en cas de perdre-la?*

	%vots	Nombre de vots
Sí	93,80%	45
No	6,20%	3

4. La imatge de les persones grans als mitjans de comunicació del segle XXI

4.1. El «Llibre Blanc de l'Envelliment Actiu»

Diu el *Llibre Blanc de l'Envelliment Actiu* de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials (IMSERSO) que la realitat social va per davant dels estereotips i és la que força el canvi. Ara bé, també reconeix que la imatge social de la vellesa i l'envelliment a Espanya és, majorment, negativa i que la imatge es forma «principalment, a través dels mitjans de comunicació».

Com a grans consumidores de mitjans de comunicació que són les persones grans, no es veuen correspostes amb la seva presència mediàtica. Segons el *Marc General dels*

Mitjans d'Espanya de 2021, que recull dades de l'any 2020, un 48% de ciutadans de 65 anys o més consumeix diaris, suplements o revistes cada dia, un 46% escolta la ràdio, un 48% entra a Internet i un 93% mira la televisió cada dia.

El document governamental assegura que «les persones grans solen ser invisibles per als mitjans, hi apareixen poc i amb una imatge homogènia i un perfil antic», fet que s'ha comprovat que propicia la marginació i l'exclusió entre els ciutadans que tenen 65 anys o més.

Així mateix, el *Llibre Blanc de l'Envelliment Actiu* recalca que les imatges socials negatives són «possibles límits a l'envelliment actiu i saludable» i assenyala que la publicitat va més avançada que els mitjans de comunicació en el reflex d'una imatge més positiva de les persones grans.

4.2. La Declaració de Santander i el MAYMECO

Abans de l'edició de l'esmentat llibre blanc, es considera una fita l'anomenada Declaració de Santander emesa l'any 2005 per un grup de 15 periodistes reunits al palau de La Magdalena de la capital càntabra en una trobada entre persones grans i professionals de la informació.

Arran d'aquest seminari estiuenc celebrat a instàncies del mateix IMSERSO, els periodistes es comprometeren, entre altres coses, a mostrar l'envelliment com una etapa més de la vida, a incloure les persones grans en tot tipus d'informacions, a evitar el llenguatge pejoratiu, paternalista i discriminatori, a propiciar el tractament dels temes amb una perspectiva intergeneracional i a recórrer a la gent gran com a font informativa per posar fi a la seva invisibilitat.

Com a conclusions interessants del mateix seminari, cal comentar que el tractament informatiu dels assumptes relacionats amb la gent gran difereix segons el tipus de mitjà i s'apunta a la televisió com el que en fa un tractament més degradant i menys objectiu.

D'altra part, segons els assistents al curs, existeix diferència d'opinions sobre la necessitat que es facin programes específics per a la gent gran. Mentre que els mitjans de comunicació aposten per la transversalitat en la informació, les organitzacions del sector reclamen continguts especialitzats.

Poc ha canviat el panorama d'aleshores ençà, realment. La Declaració de Santander tenia molt bones intencions però un recorregut molt curt. Poc després, la Universitat Permanent de la Universitat d'Alacant va posar en marxa un grup d'investigació anomenat Observatori de Gent Gran i Mitjans de Comunicació (MAYMECO), amb l'objectiu de «contribuir a la definició i difusió d'una imatge de les persones grans actual, real

i no estereotipada». El grup segueix actiu, sota la coordinació de la sociòloga Irene Ramos-Soler.

4.3. Les persones grans com a creadores de la seva pròpia imatge

El *Llibre Blanc de l'Envelliment Actiu* de l'IMSERSO situa en les mateixes persones grans i les seves organitzacions representatives la responsabilitat de fer-se visibles als mitjans de comunicació, sent ciutadans crítics i participatius, detectant periodistes interessats en els assumptes que afecten la gent gran i facilitant-los informació i formació, establint relacions planificades i regulars amb els mitjans i intervenint en aquests tant reactivament com proactivament.

Remarca aquesta mateixa visió la veterana periodista de Ràdio Nacional d'Espanya (RNE) i activista pels drets de les persones grans i pel canvi de la imatge social de l'envelliment Loles Díaz Aledo. Per ella, la primera responsabilitat per crear imatges positives dels grans recau en ells mateixos.

Per la seva part, la Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats d'Espanya (UDP) lamenta que «si la veu institucional és la paraula hegemònica als mitjans, la veu de les persones grans, quant a referides per aquesta condició, és la paraula absent». Es refereix la UDP al moviment associatiu i organitzacional de les persones grans, «espai de representació per excel·lència».

La UDP posa sobre la taula també la ubicació de les notícies relacionades amb els grans com a col·lectiu. Aquesta informació «s'insereix amb freqüència en notícies de successos, en què la despersonalització, el drama, el desordre, l'anomalia social, ocupen un lloc quantitativament i qualitativament significatiu», afirma l'organització.

És igualment d'interès el recent estudi *Tratamiento y participación de las personas mayores en los medios de comunicación: opinión cualificada de los periodistas especializados* (Aznar Gómez, Hugo; Suay Madrid, Amparo, 2020), que recull dades obtingudes en un qüestionari enviat a 100 professionals de mitjans especialitzats de tot Espanya.

L'article insisteix en la condició d'infrarepresentació i, per tant, «vulnerabilitat mediàtica» de les persones grans que, al seu parer, no compleix el principi democràtic de «justícia de participació de tots els afectats en assumptes del seu interès».

Entre les conclusions de l'enquesta, destaca que prop d'un 54% dels periodistes especialitzats troba a faltar la figura d'un *ombudsman* o defensor del receptor pels temes que afecten les persones grans. Així mateix, un 94% veu necessàries «recomanacions ètiques per informar millor» sobre la gent gran.

4.4. Les fotografies d'adults grans. El cas de Getty Images

La potent AARP (abans coneguda com American Association of Retired Persons), el major lobby de defensa dels drets dels adults grans als Estats Units, es troba darrere l'estudi *Media Image Landscape: Age Representation in online images* (AARP, 2019). En aquest estudi, es denuncia que set de cada deu imatges en línia d'adults més grans de 50 anys els mostren «aïllats de la resta del món: tots sols, amb una parella o amb un professional sanitari», habitualment en situacions de dependència i enclaustrament.

També es posa l'accent sobre la manca d'imatges de gent gran amb tecnologia, ja que sols un 5% de les analitzades en mostren, mentre que un ínfim 2% retrata aquestes persones en un context laboral.

La campanya de l'AARP en què exigeix representacions visuals de les persones grans amb major «diversitat i autenticitat» ha donat fruits, ja que l'agència de fotografia Getty Images n'ha recollit el guant signant un acord per posar en circulació una nova col·lecció d'imatges de persones més grans de 50 anys amb un fons inicial de 1.400 fotos.

La col·lecció, anomenada *Disrupt Aging*, «planta cara als estereotips entorn de l'edat i redefineix visualment el que significa envellir», assevera l'agència, que hi vol contribuir amb un «panorama més autèntic i ampli», sense clixés, del que suposa fer-se gran.

A la Unió Europea existeix la plataforma AGE, que treballa en la defensa dels drets de les persones grans, polítiques socioeconòmiques i creació d'entorns amigables amb els grans. Però, fins a on ens ha estat possible conèixer, AGE encara no ha llançat cap campanya per a l'actualització de les fotografies de gent gran que difonen els mitjans de comunicació europeus. Val a dir que els mitjans d'Europa es nodreixen sovint de bancs d'imatges professionals com l'estatunidenc Getty.

4.5. La patata calenta de la responsabilitat sobre la imatge social

Loles Díaz Aledo (2013) recorda el paper substancial dels mitjans de comunicació en la creació i difusió de la imatge social de les persones grans i propugna una «nova cultura de l'envelliment». Per aquest motiu, els insta a fer una «reflexió profunda» i tenir una «cura exquisida del llenguatge» usat quan es parli de persones grans o d'envelliment. La periodista entén que «és imprescindible que els mitjans canviïn perquè ho faci també la societat en el seu conjunt».

Anys d'experiència i observació de la qüestió han dut l'exdirectora del programa *El Club de la Vida* d'RNE a constatar un creixent interès social i periodístic per les persones grans

i l'envelliment. Però la imatge mostrada, segons ella i molts d'altres experts, peca d'homogeneïtat i negativitat.

Aquesta imatge única i desfavorable «dificulta que també es facin visibles altres imatges, altres maneres més atractives de ser gran que també existeixen i que podrien servir de model amb el qual identificar-se, ja que el fet de complir anys no provocaria tant de rebuig», assevera Díaz Aledo al seu article *La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación* (*Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 2013).

Els estereotips que més freqüentment es relacionen amb les persones grans als mitjans de comunicació de massa són, pel sociòleg Gerardo Hernández Rodríguez, els que les associen amb la improductivitat, les patologies, el deteriorament físic i psíquic, la passivitat, la inflexibilitat o rigidesa mental, la soledat, la inactivitat física i sexual, la falta d'atenció i d'intel·ligència, la senilitat i el mite de la serenitat.

El professor denuncia que «la societat mediàtica oblida totes les obligacions cap als seus vells. Ja no són ells els actors que conten el passat a les futures generacions. Són les imatges conceptualment previstes per endavant, les que eduquen i donen referències d'un passat fragmentat i tendenciós».

5. Recomanacions per a periodistes

Si volem canviar la imatge de les persones grans que es reflecteix als mitjans de comunicació, cal la implicació dels professionals que hi fan feina. Especialment, dels periodistes responsables de recollir, elaborar i difondre la informació. Per això, també és necessari proveir aquests periodistes d'eines per poder desenvolupar la seva tasca en sintonia amb les noves maneres d'envellir i de ser una persona gran a les Illes Balears i a tot l'Estat.

Com a punt de partida, és imprescindible ser conscients que la gent gran són ciutadans de ple dret que tenen rols molt profitosos per al conjunt de la societat. Més de la meitat de les persones grans inicien noves activitats després de la jubilació, com ara esports, cursos, voluntariat..., i moltes són un important suport econòmic per a la seva família. A més a més, són generadores i consumidores de tot tipus de productes i serveis, i així esdevenen «actors decisius de l'economia general» i un «impuls socioeconòmic» per al país (SEGG, 2021).

A continuació, s'ofereixen una sèrie de recomanacions bàsiques per a periodistes que hagin de crear continguts relacionats amb les persones grans i que vulguin defugir els estereotips negatius, els estigmes, la imatge negativa i la discriminació per edat.

Aquestes recomanacions han estat recollides de les diferents guies per a comunicadors/periodistes elaborades per entitats com la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia (SEGG), la UDP, el Foro LideA (Liderazgo de Mayores) i la secció espanyola de la European Anti-Poverty Network (EAPN).

La intenció d'aquesta recopilació de consells és ajudar a aproximar la imatge mediàtica (i social) a l'autèntica realitat de la gent gran del nostre entorn. Es tracta d'una realitat molt diversa, que requereix d'un coneixement profund per evitar caure en llocs comuns erronis i perjudicials.

- **Emprar termes correctes**: Per referir-se als ciutadans grans, el terme que té més acceptació és «persones grans» o «grans», per la seva objectivitat i carència de connotacions negatives o valoracions. També es considera adequat i neutre l'ús de «persones d'edat avançada».

- **Alerta amb els termes adequats però insuficients**: Tant «jubilats/ades» com «padrins/es», «avis/àvies» o «*güelos/es*» poden ser correctes en un context determinat, però no poden servir per denominar tot el col·lectiu de les persones grans, perquè moltes d'elles segueixen en actiu o no tenen nets.

- **Termes a evitar**: Cal prescindir de paraules com «dependents», perquè no respon a la realitat de tothom; i «vells» o «ancians», per la seva càrrega pejorativa i de prejudicis, a més d'altres termes equivalents amb les mateixes connotacions o carències.

- **Usar termes moderns i adequats**: «Asil» ha quedat obsolet, mentre que «geriàtric» pot tenir una connotació negativa. El més correcte és dir «residències» o «centres residencials» per a gent gran.

- **No referir-se a les persones grans en termes de propietat**: No hem de dir «les nostres persones grans» ni «la nostra gent gran». Es pot substituir per «les persones grans de la nostra societat».

- **No comparar-los amb els infants o tractar-los com a infants**: La infantilització i la sobreprotecció dels adults grans es considera una manera de discriminació que s'ha d'evitar també en el llenguatge.

- **No s'ha de generalitzar**: Les persones grans són, probablement, el grup poblacional més heterogeni de la societat. Pot haver-hi més de 40 anys de diferència d'edat entre la gent més jove i la més gran, i tenen condicions físiques, psíquiques, socials, familiars, econòmiques i laborals absolutament heterogènies.

S'ha de tenir en compte també que, ni de lluny, no totes les persones grans viuen en residències, ans al contrari. De fet, a les Illes Balears hi ha només 2,7 places residencials per a cada 100 persones de 65 anys o més, segons l'*Informe Envejecimiento en Red* (CSIC, 2020). S'ha d'exhibir la seva realitat tal com és, mostrant-ne igualment l'edat real, sense prejudicis.

- **Evitar les imatges estereotipades**: A l'hora d'il·lustrar amb imatges (estàtiques o en moviment) les informacions o comentaris sobre gent gran, cal prioritzar les que siguin reals, diverses, positives, alegres o, almenys, neutres i deixar les fotografies grises, de persones tristes o malaltes, xacroses o encorbades només per a ocasions en què el seu ús estigui molt justificat i respongui a la realitat. La SEGG demana, igualment, que se cerquin imatges del nostre context sociocultural, ja que sovint se'n mostren de gent gran del nord d'Europa que no es corresponen amb la nostra realitat més pròxima.

- **Consultar les persones grans com a font d'informació**: Aquest punt és fonamental. S'ha d'evitar parlar en nom de la gent gran. En lloc d'això, es recomana acudir-hi directament com a font d'informació quan s'hagi d'elaborar un contingut relacionat amb ells. El seu discurs (amb les seves necessitats, gustos, opinions o reivindicacions) ha de ser escoltat, recollit i difós. A més a més, les seves veus han de ser incloses regularment als espais generals que difonen informació i opinió sobre tot tipus de qüestions, ja sigui en tertúlies, debats, entrevistes, reportatges o columnes de premsa.

Referències bibliogràfiques

Abellán, A., Aceituno, M. P., Ramiro, D. N. i Castillo, A. B. (2021). Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de septiembre de 2020. *Informes Envejecimiento en Red,* (27), 4-21. CSIC. https://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2020.pdf

Asociación para la Investigación de Medios de Comunicación (AIMC). (2021). *Marco General de los Medios en España 2021*. AIMC. https://www.aimc.es/a1mc-c0nt3nt/uploads/2021/02/marco2021.pdf

Aznar, H. i Suay, A. (2020). *Tratamiento y participación de las personas mayores en los medios de comunicación: opinión cualificada de los periodistas especializados. Profesional de la información, vol., 29 (3)*

Candalija et al. (2011). *Guía de estilo para periodistas sobre personas mayores.* EAPN. https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1104_Maqueta_Interior_PM_7.pdf

Causapié, P., Balbotín, A., Porras, M., i Mateo, A. (2011). *Libro Blanco del Envejecimiento Activo*. IMSERSO. https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf

Díaz, L. (2013). La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 483-502. https:// www.sociedadyutopia.es/images/revistas/41/D17.pdf

Fernández-Cid, M., Martín, Á., Cáceres, M. D. i Villas de Antonio, M. R. (2006). *La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación de masas*. Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados (UDP), Obra Social Caja Madrid. https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2019/06/La-imagen-de-los-Mayores-en-los-Medios.pdf

García, L. (2018). La imagen de las personas mayores en los medios de comunicación: El uso del lenguaje frente al edadismo. Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados (UDP). https://blogciudades.imserso.es/la-imagen-de-las-personas-mayores-en-los-medios-de-comunicacion-el-uso-del-lenguaje-frente-al-edadismo/

Hernández, G. (2006). Medios de comunicación de masas e imágenes asociadas a la población anciana. *Comunicación e Cidadanía*, 4, 1-22. Universidade de A Coruña. https://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/hernandez-comunicacion-medios-01.pdf

Herranz, R. (2011). La imagen de las personas mayores en los medios a debate. *Enlace en Red*, 19, 28-31. Universidad Internacional Menéndez Pelayo. https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/enlace19universidad5.pdf

Organització Mundial de la Salut (OMS) (2021). *Global report on ageism*. OMS. https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG) (2021). *Guía de la SEGG para los medios de comunicación sobre el tratamiento de la información y la imagen de las personas mayores y el envejecimiento*. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. https://www.segg.es/actualidad-segg/2021/03/01/guia-de-la-segg-para-los-medios-de-comunicacion-sobre-tratamiento-de-la-informacion-y-la-imagen-de-los-mayores

Thayer, C. i Skufca, L. (2019). *Media Image Landscape: Age Representation in Online Images.* AARP Research.

Foro LideA. (2018). *Decálogo LideA de buen trato periodístico a las personas mayores*. Foro LideA. Liderazgo de Mayores. https://fape.es/wp-content/uploads/2018/07/Dec%C3%A1logo-LideA-de-buen-trato-periodistico-con-las-personas-mayores.-Junio-2018.pdf

Ylänne, V. (2015). Representations of ageing in the media. *Routledge Handbook of Cultural*. Ge*rontology*. https://www.researchgate.net/publication/282936595_Representations_of_ageing_in_the_media

Autora

NATÀLIA BLANES QUIST

Palma (1978). Llicenciada en Periodisme (Universidad Europea de Madrid). Màster en Cercadors, SEO i SEM (Universitat Pompeu Fabra). Col·laboradora del programa *Fred i calent* d'IB3 Televisió. Presentadora del programa i la secció *Som grans* a IB3 Ràdio. Gestora i assessora de comunicació corporativa per a petites i mitjanes empreses del sector turístic. Redactora i locutora dels Serveis Informatius de RTVE a les Balears (en excedència). Entre setembre de 2017 i desembre de 2020, directora i presentadora del programa setmanal *Som grans* a IB3 Ràdio, especialitzat en la informació i divulgació sobre gent gran i envelliment. Des de gener de 2021, *Som grans* ha esdevingut una secció del programa vespertí *El replà*, també a IB3 Ràdio.

EL PAPER DE LA FAMÍLIA EN ELS CENTRES RESIDENCIALS

El paper de la família en els centres residencials

Margalida Roser Hernández
Sofía Alonso Bigler

Resum

Aquest article vol recalcar el paper de la família en els centres residencials com un àmbit més de treball estratègic, com pot ser l'àmbit sanitari o el psicològic, alhora que analitza com es viu aquest paper des de la perspectiva del centre, en moltes ocasions una perspectiva molt crítica amb la família; i per l'altra com viu l'ingrés i l'estada al centre residencial la família, possibles sentiments de culpa, actitud crítica amb el centre, sentiments de deixadesa de les funcions de cures, etc.

També, vol visualitzar que és una tasca que s'ha de viure com una part més a treballar, des del punt de vista de la importància que li dona, amb què la viu, la persona que ingressa al centre, necessita un acompanyament per part de la seva família en aquesta nova etapa i saber que vetllaran per ella. Que cal veure des d'una perspectiva positiva, si la família i el centre tenen una bona relació i tenen el mateix objectiu el benestar de la persona resident, així ho transmetran.

I per últim es donen les claus, que quasi tots els articles i estudis sobre aquest tema, que són pocs, destaquen com aspectes importants a treballar perquè la relació família, centre i persona sigui beneficiosa per a totes les parts.

Resumen

Este artículo quiere resaltar el papel de la familia en los centros residenciales como un ámbito más de trabajo estratégico, como puede ser el ámbito sanitario o el psicológico, a la vez que analiza como se vive este papel desde la perspectiva del centro, en muchas ocasiones desde una perspectiva muy crítica con la familia; y por la otra como vive el ingreso y la estancia en el centro la familia, posibles sentimientos de culpa, actitud crítica con el centro, sentimientos de dejadez de las funciones de cuidado, etc.

También quiere visualizar que es una labor que se debe entender como una parte más a trabajar, desde el punto de vista de la importancia que le da, con que la vive, la persona que ingresa en el centro, necesita un acompañamiento por parte de su familia en esta nueva etapa y saber que se preocuparan por ella. Desde una perspectiva positiva, si la familia y el centro tienen una buena relación y tienen el mismo objetivo, el bienestar de la persona residente, así lo transmitirán.

Y por último se dan las claves, que casi todos los artículos y estudios sobre este tema, que son pocos, destacan como aspectos importantes a trabajar para que la relación familia, centro y persona sea beneficiosa para todas las partes.

1. Introducció

La família està constituïda pels parents, aquelles persones que per raó de consanguinitat, afinitat, adopció o altres raons, formen part com a membres d'aquesta col·lectivitat. Aquesta seria una de les múltiples definicions que de família trobam.

Quan es parla de l'atenció a les persones en situació de dependència seguidament es veu que aquesta atenció implica la necessitat de cures i suport per part d'altres i una indefinició de les mateixes en la seva durada. Habitualment tenir dependència i a més ser persona gran, implica en la majoria de casos cures a llarg termini.

La majoria de familiars encara tenen la concepció de cuidar a casa, i més en aquesta societat més mediterrània, de donar servei, d'atendre des de l'àmbit familiar no professional a les persones dependents, però l'augment de l'esperança de vida (es viu més temps però amb més grau de dependència), l'acumulació de pluripatologies, el patir malalties de caràcter crònic, etc. fan que les famílies no puguin assumir aquest paper de cuidador com voldrien o com podrien. A més els serveis comunitaris no ofereixen suficient suport, i per tant, en moltes ocasions, s'ha de recórrer a un servei residencial especialitzat. Aquesta decisió pot ser voluntària, aleshores la integració en el centre, suposadament, és més senzilla; pot ser imposada per les circumstàncies, el desenvolupament de la malaltia, la incompatibilitat de conciliació familiar o professional, etc. Per tant, ja hi comença a haver factors que fan que des dels serveis que gestionen centres residencials, s'entengui el treball amb les famílies com un objectiu de treball imprescindible.

Partint de la definició, que s'ha fet inicialment de família, es pot pensar que darrere de cada persona gran que ingressa a un centre residencial hi ha una família i, que exercirà les seves funcions de supervisió, acompanyament i atenció igual que ho faria si la persona gran visqués a la comunitat, però la realitat no és tan senzilla i, per tant, el paper de la família a un centre residencial ha estat objecte de molts d'anàlisis, de projectes d'intervenció, de crítiques i lloances.

La família malgrat algunes situacions no desitjables, i algunes crítiques per part dels serveis on es diu que ofereixen el suport, són el principal suport instrumental per a les persones grans, com ho és per a les altres franges d'edat, així com el suport per a poder relacionar-se socialment.

És cert, que els canvis socials que ha sofert el concepte de família s'han de tenir en compte, com són: el canvi de rol de la dona cuidadora - s'encarregava de la cura de les persones que necessitaven suport -, a dona treballadora, canvis en l'estructura de la família; s'ha passat de famílies amb bastants de fills que es podien repartir la tasca

de les cures a famílies amb només un fill o sense descendència, divorcis..., canvis en l'àmbit laboral, allargar l'edat de jubilació, també pot afectar a les tasques de cura de les persones grans, etc. I per tant, s'ha hagut de suplir aquesta tasca pels recursos que ofereixen els serveis socials (ajuda a domicili...).

Encara tots aquests canvis, i des d'una perspectiva social, la família segueix essent fonamental per prestar cura a aquelles persones grans que, per diverses circumstàncies, necessiten de suport i ajuda pel seu dia a dia, tant en activitats bàsiques de la vida diària com en instrumentals, i que a més és la família qui a més de poder donar resposta a aquestes necessitats, podríem dir de supervivència, també ofereix el suport i una ajuda a nivell afectiu, emocional i relacional, igual d'imprescindibles benestar de la persona. Aquests vincles són necessaris i s'han de mantenir en la mesura del possible, atès que ajuden a mantenir la fortalesa psíquica i mental que el procés de dependència, pèrdua de l'autonomia, pèrdues en l'àmbit relacional i que en general l'envelliment duen implícits.

La quantitat i la qualitat de les relacions socials, no només en l'àmbit familiar, sinó amb la comunitat, amics, veïns, etc., ajuden de manera molt positiva en l'actitud de la persona gran del seu procés d'envelliment, influeix a la salut, al benestar, en definitiu en la percepció que com a persona té de la seva qualitat de vida.

Es podria pensar que quan la persona ingressa a un centre, aquest suport tant per les activitats de la vida diària com en l'àmbit emocional i social, ja no caldrà, i això, sortosament no és així, o no hauria de ser així. Els centres residencials han de donar suport a la persona per a totes les activitats de la vida diària que la persona no pugui desenvolupar de manera individual, i també ha de prestar suport emocional, social i relacional, però no s'ha d'excloure a la família d'aquest procés, llevat que la persona resident, manifesti la seva voluntat, de manera raonada i clara, que ho vol així (processos de conflictes intrafamiliars, etc.). La família ha de poder participar d'una manera activa en aquesta nova etapa de vida de la persona gran.

2. El paper de la família en el centre residencial

Cada persona és la que és, fruit de la seva història de vida, de la seva realitat social i com no de l'entorn familiar on ha crescut. Per tant, s'ha de tenir en compte que quan la persona ingressa, no ingressa aïllada ni comença la seva vida des de zero, i també ingressa la seva família, per tant tots aquests factors s'han de tenir en compte.

Llegim a diferents articles, que no és molta la bibliografia que hi ha el respecte, és com si quan s'institucionalitza a la persona gran, la figura del cuidador s'esvaeix, fins a arribar a desaparèixer del tot.

Encara hi ha moltes persones que creuen que quan s'ingressa a una persona gran a un centre residencial, és perquè la seva família l'ha abandonat, no es vol fer càrrec de la persona, i en la majoria de casos no hi ha aquesta voluntat tan explícita de desfer-se de la persona. Segons l'article de Márquez-González i altres, constata segons un estudi realitzat a Espanya, que les causes més comunes per ingressar a una persona a un centre residencial solen ser motius de caràcter social com la manca de xarxa social i de suport (49%), li segueix patir malalties psicològiques o cognitives (40%), i físiques (37%); també tenir comportaments problemàtics en la persona gran com agressivitat, deambulació o incontinència, són també motius que s'argumenten per decidir l'ingrés a un centre residencial.

Les famílies a l'hora d'ingressar al seu familiar a un centre, manifesten sentiments de culpa, d'estrès pel fet d'haver decidit l'ingrés de la persona «estimada», però alhora en moltes ocasions també es manifesten situacions de claudicació que han dut a prendre la decisió.

Alguns estudis ens indiquen que encara que les famílies comptin amb un servei d'atenció formal d'atenció no veuen reduïts els seus nivells d'estrès associat a les cures de la persona, degut a l'estigma i desconfiança que els hi dona l'ingrés a un centre especialitzat. Els que ens dona a pensar que a part del servei que s'ofereix a la persona depenent, també és necessari efectuar una intervenció a través de programes d'orientació, formació i d'intervenció terapèutica per les famílies.

Si partim del principi del model d'atenció centrat en la persona, la família ha de formar part del procés d'integració de la persona en el centre i per tant ha de ser una línia més a treballar des del centre. La família ha de ser reconeguda no només com el suport emocional, sinó com col·laboradors "naturals" de l'equip tècnic i de cures assistencials.

No són moltes les propostes que trobam en aquest sentit, revisant bibliografia, articles, etc., s'ha vist que per exemple el Principat d'Astúries sí que ha desenvolupat iniciatives en aquest sentit, així com algunes publicacions de l'IMSERSO, però que totes fa una sèrie d'anys que estan escrites, i no han tingut gaire continuïtat, no se sap si perquè no s'han aplicat i s'han pogut avaluar, si és per manca d'interès envers la temàtica, o si pot ser degut a altres causes.

El document elaborat per la Conselleria de Benestar Social del Principat d'Astúries «la família amb tu», té com a objectiu conèixer el paper de les famílies en el procés d'ingrés i integració a un centre residencial, identificar els moments claus d'aquest procés i el paper de cada actor, i a més ho fa des d'una perspectiva positiva, integradora i desculpabilitzadora pel cuidador, i que treballa a partir del suport emocional que tenir en compte a la família pot tenir pel resident. A més ens pot servir com a punt de

partida, és un escrit curt, senzill i clar, per clarificar quin és el paper de la família, que ens aporta al centre i sobretot a la persona resident treballar en aquesta línia, i a més ens defineix molt clarament el paper de la família, abans d'ingressar els objectius són:

- «Donar suport a la presa de decisions davant l'ingrés de la persona en el centre des de la clau de la desculpabilització.
- Assentar les bases d'una bona col·laboració.
- Ajustar expectatives sobre l'atenció que el centre ofereix».

Així com a l'ingrés on es treballarà:

- L'adaptació al centre.
- Afavorir que la família doni suport emocional a la persona ingressada.
- Treballar la relació de confiança necessària entre família i centre, sobretot per evitar pors o inseguretats sobre com s'atén a la persona.
- Fomentar la participació de les famílies en el pla de vida i de cures de la persona en situació de dependència i aconseguir la integració d'aquestes en el centre.

S'ha de treballar per aconseguir objectius i per evitar obstacles a la integració de la família en el centre, de fet plantejar-se línies de treball ajuda de per sí a ser inclusius i integradors, per tant s'ha d'evitar:

- No tenir com a centre una perspectiva de treball que inclogui la família.
- Que els professionals no estiguin motivats per fer feina amb les famílies.
- Ser molt rígids com a centre, no adaptar-se a situacions o circumstàncies.
- Tenir mala comunicació amb les famílies, és important que entenguin cada situació que es produeix en el centre i sobretot amb els seus familiars.
- No atendre les queixes o demandes de la família.
- Tenir prejudicis o estereotips de cara a les famílies, pensar que totes les famílies són iguals.
- Poca estabilitat laboral, dificulta que el personal tingui vincles amb la família, no s'estableixen espais on poder conèixer-se.

- I altres factors com la ubicació del centre, estar mal comunicat, manca de transport públic, etc. també poden ser dificultats.

3. Models de participació

Una vegada analitzada la importància de la família i de la necessitat d'implicar-la mentre la persona estigui vivint en el centre residencial, s'ha de veure quins models de participació s'han desenvolupat.

Els distints autors hi han analitzat el procés d'integració de la família en el centre residencial i hi ha un cert consens en identificar les fases per les quals passa la família fins que es pot concloure que s'ha integrat al centre, i que són molt similars a les fases d'adaptació de la persona resident al centre.

S'ha determinat que hi ha una sèrie de factors facilitadors a la cooperació familiar:

El centre ha de tenir un equip de professionals clau per garantir la cooperació familiar, la seva actitud pot determinar la col·laboració de la família i de cooperació passar a ser una barrera.

Els professionals d'atenció directa són molt importants en la transmissió de la informació diària, i dels missatges que la família espera i veu.

1ª fase. L'ingrés. El familiar o familiars poden presentar símptomes de culpabilitat, soledat, desconfiança, així com alleugeriment, alliberació, envers la situació que la persona gran que ella cuidava ingressa al centre residencial. En funció de com els equips es comuniquen amb les famílies, fan que la seva resposta sigui de cooperació o per una altra banda es vegi dificultada.

2ª fase. L'adaptació. Es va adaptant a la nova situació, però es poden donar situacions de voler estar massa a sobre de la persona resident, extrema sobreprotecció, etc. per demostrar que no s'està abandonant a la persona, i que s'està a sobre i preocupada per ell o ella.

3ª fase. La participació. Es va entenent què espera el centre de la persona familiar, que espera la persona resident i per tant es modula la participació de la família, sent cada vegada més acords a les expectatives del centre, del resident i de la mateixa persona.

4ª fase. La integració. Sense descuidar a la persona ingressada, es refà la vida social, i es normalitza el fet d'haver ingressat a la persona gran a un centre residencial

Partint de l'objectiu que les persones responsables del centre residencial han de tenir en arribar a la d'integració, és a dir, acceptació de la nova situació, s'haurà de dissenyar el pla de feina, i dins el pla del centre hi haurà d'haver una línia de treball molt clara amb aquest col·lectiu, no tenir-ho en compte, o no plantejar-s'ho pot ser una gran errada.

S'ha de plantejar el pla d'intervenció amb la família des d'una perspectiva individual, específicament amb la família, i des d'una perspectiva més grupal, es treballa amb més famílies del centre, que estan fent el mateix procés, o que han passat pel mateix procés.

Com a mètodes de treball es pot fer a través de:

- Entrevistes individuals: adient per treballar qüestions molt personals, aclarir dubtes, lliurar informes o documentació.

- Trobades grupals: adequades per transmetre informació comuna del centre, o que afecten a bastants de persones del centre, espais per consensuar temes, problemàtiques i arribar a solucions.

- Comunicats: poden ser escrits per carta, grups de difusió per xarxes socials, correu electrònic, etc. I s'han d'emprar quan es vol informar sobre un tema en concret i volem constància que tothom rep la mateixa informació. Permet arribar a totes les famílies de manera ràpida i eficaç, també s'ha de valorar quines coses es poden comunicar a través d'aquests canals de comunicació i què no és apropiat.

- Convocatòria a esdeveniments: trobar-se a esdeveniments que s'organitzen en el centre, també és una manera de poder fer feina amb les famílies, es pot treballar la participació activa de la mateixa família, o mostrar-los com es treballa en el centre a través de la convidada a distints actes o esdeveniments.

- Espais formatius: organitzar espais de formació específica pel col·lectiu de les famílies explícita de manera molt clar la voluntat de treballar amb elles, i permet de manera clara i directa formar sobre aquells aspectes que es consideri necessari.

Altres aspectes a tenir en compte serà la necessitat que el pla de feina amb famílies compti també amb:

- Temporalitat, s'ha de planificar quin temps es dedicarà al treball amb les famílies, quin temps pot dedicar la família, programar massa activitats i que la família no pugui assistir pot generar frustració a la mateixa família, als professionals que

pensaran que la família no té interès per participar, i en el propi resident, que també pot viure de manera negativa, si s'adona que la seva família no assisteix o no participa.

- Activitats amb sentit, es faci una entrevista, una reunió o es programi un esdeveniment, sempre ha de ser una activitat amb sentit per la família, atès a la situació emocional que pot dur l'ingrés a un centre residencial, és vital que l'oferta del pla de feina sigui atractiva i sigui d'interès, sinó es pot frustrar l'objectiu de participació de les famílies en el centre.

- Continuïtat, molt lligada a la temporalitat està la necessitat que hi hagi una continuïtat en el pla de feina, no s'aconseguirà a fiançar la relació centre – família o família – professionals si no hi ha una continuïtat de treball en aquesta línia.

4. Conclusions

L'experiència dels anys en la intervenció en conflictes familiars de tota índole, la participació en espais de reunió, de celebracions, etc., fa arribar a una primera conclusió, quasi sense analitzar tot el que s'ha exposat anteriorment, cal plantejar-se i fer feina de totes totes amb les famílies. Habitualment després d'una reunió tot està més clar, a les famílies els hi agrada conèixer les persones que desenvolupen la seva tasca amb el seu familiar, per tant llevat de contades ocasions, aquestes són sempre profitoses, per la família i pel professional.

Partint d'una manera més professional de l'anàlisi del paper de la família a les residències, podem arribar a les següents conclusions:

Per una banda les famílies han de ser complementàries a les cures que es facin al centre, s'ha de comptar amb elles, no es pot tenir en compte només l'atenció dels professionals, ha d'ésser prevista com una alternativa, com una necessitat més de la persona resident, un recurs que ajuda a poder cuidar millor a les persones partint del més significatiu, del més important per qualsevol persona, la gent que estima.

Aquest primer punt du al següent, cal capacitar, formar tant amb relació a les cures a la persona gran com en les autocures, perquè facin la transició la nova situació de vida i al nou entorn, el centre. Cal fer molta pedagogia amb les persones residents, amb les famílies com amb els treballadors sobre la necessitat de tots durant el temps que la persona resideixi en el centre, la necessitat de participació, de comunicació, d'intercanvi d'informació, en resum a dur a terme actuacions dirigides a acordar intervencions per ambdues parts (centre i família) coherents i integrades en la vida de la persona.

Per una altra banda cal fer i incentivar molta formació dels equips dels centres residencials, s'ha de treballar perquè la feina amb les famílies sigui entesa com una activitat beneficiària per la persona resident, i que ajuda tant o més, que una sessió de fisioteràpia, un taller d'estimulació cognitiva o una visita al metge, és una part més a treballar a dins el centre residencial. A més requereix, transformar la visió actual de les famílies, moltes vegades estereotipada i negativa, per una línia de treball estratègica que aportarà ajudarà al benestar de la persona, pot ajudar i alleugerir la tasca del personal d'atenció directa, i que permetrà treballar des de la perspectiva més emocional de la persona, l'estima.

També s'ha de fomentar la formació dels i les familiars, quin és el seu paper en el centre, que espera el centre de la persona, treballar possibles sentiments de culpa, etc., un problema no treballat, com hem vist, un ingrés mal gestionat emocionalment, pot dur una molt mala relació entre la família i el centre, i fins i tot amb la mateixa persona resident.

En definitiva cal tenir en compte a la família com un punt més estratègic a treballar des de la residència pel benestar de la persona, que serà beneficiós també per la família i els professionals del centre.

Referències bibliogràfiques

Leturia, F.J., Inza, B. i Hernández, C. (2007): El papel de la familia en el proceso de atención a personas mayores en centros sociosanitarios. *Eukania*, 129-143

Márques-González, M., Losada-Baltar, A., Pillemer, K., Romero-Moreno, R., López-Martínez, J. i Martínez-Rodríguez, T. (2010). Cuidando más allá del domicilio: el papel de la familia en los centros residenciales y el cuidado colaborativo. *Psicogeriatria; 2 (2)*; 93-104

Martínez Rodríguez, T. (2011). La atención centrada en la persona. Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia. *GIZARTEA HOBETUZ. Documentos de Bienestar Social*;157 - 174

Rodríguez Rodríguez, C. (2013). Las familias y los cuidados a las personas mayores dependientes: entre la reciprocidad y la ambivalencia. *Cuadernos de Trabajo Social, 26(2)*: 349-358.

VV. AA (s. f.). *La família contigo. El papel de los familiares en las residencias de personas mayores.* Consejería de Bienestar Social. Gobierno del Principado de Asturias.

Autores

MARGALIDA ROSER HERNÁNDEZ

Palma (1977). Treballadora Social (UIB). Estudis de Postgrau en Direcció i gestió de centres i serveis per a la dependència. Expert Universitari en atenció geriàtrica i gerontologia. Coautora de diverses publicacions sobre demències, Alzheimer i teràpies no farmacològiques. Des del 2008 ha exercit com a treballadora social i directora, als centres Residència i Centre de Dia Oms – Residència Sant Miquel i Residència Covid Sa Riera del l'IMAS – Consell de Mallorca

SOFÍA ALONSO BIGLER

Sa Cabaneta (1977). Educadora Social (UNED). Estudis de Postgrau sobre Qualitat ISO 9001. Diversos cursos sobre gestió de centres residencials per a persones majors. Des de l'any 2006 fins 2019 tècnica a la Coordinació de l'Àrea de Gent Gran de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials. Des de juliol de 2019 DI de Gent Gran, ara DI d'Atenció Sociosanitària a l'IMAS – Consell de Mallorca

BALANÇ DELS RESULTATS DE L'AVALUACIÓ DE L'EFICÀCIA DEL PROGRAMA DE COMPETÈNCIA FAMILIAR-AUTO EN LA PROMOCIÓ FAMILIAR DE L'AUTONOMIA PERSONAL EN L'ENVELLIMENT

Balanç dels resultats de l'avaluació de l'eficàcia del Programa de competència familiar-auto en la promoció familiar de l'autonomia personal en l'envelliment

Lluc Nevot Caldentey
Carmen Orte Socias
Gregorio Molina Paniagua

Resum

La promoció de l'autonomia personal s'estableix com a element clau per garantir l'envelliment actiu. La família és, sovint, el sistema social encarregat d'atendre els adults grans quan no poden valer-se per si mateixos; proporciona vincles afectius, relacionals i emocionals necessaris per garantir el benestar de l'adult gran. Per garantir la qualitat de vida de l'adult gran, s'hauran de considerar els vincles familiars i les destreses relacionals i socials fonamentals per a la convivència i el suport social. El Programa de competència familiar universal-auto es dissenyà per promoure, dins la família, l'autonomia personal en l'envelliment.

Amb un disseny quasi experimental, amb avaluacions pre-post dels participants del programa i amb l'aplicació d'instruments de mesurament dels efectes del programa sobre les famílies objecte d'estudi i d'intervenció, s'identificà que el PCF-Auto és eficaç en la consecució dels objectius. En relació amb l'eficàcia del programa en el desenvolupament de competències familiars i de relació social, s'identificà una millora estadísticament significativa en les escales Apgar, de funcionalitat familiar, l'escala de recursos socials (OARS), de relació social, i en l'escala de mesurament de la resiliència familiar.

Per concloure, queda demostrada l'efectivitat del PCF-Auto en la resposta a la necessitat de mesures de promoció de l'autonomia i de l'envelliment actiu en adults grans, indicada pels ens nacionals i internacionals principals, lleis i estudis sobre l'envelliment i la dependència. El PCF-Auto confirma que és vàlid com a eina preventiva de situacions de dependència mitjançant el treball sobre l'àmbit familiar.

Resumen

La promoción de la autonomía personal se establece como elemento clave para garantizar el envejecimiento activo. La familia es, a menudo, el sistema social encargado de atender a los adultos mayores cuando estos no pueden valerse por si mismos; proporciona vínculos afectivos, relacionales y emocionales necesarios para garantizar el bienestar del adulto mayor. Para garantizar la calidad de vida del adulto mayor, se tendrán que considerar los vínculos familiares y las destrezas relacionales y sociales fundamentales para la convivencia y el apoyo social. El Programa de competencia familiar universal-auto se diseñó para promover, dentro de la familia, la autonomía personal en el envejecimiento.

Con un diseño casi experimental, con evaluaciones pre-post de los participantes del programa y bajo la aplicación de instrumentos de medición de los efectos del programa sobre las familias objeto de estudio e intervención, se identificó que el PCF-Auto es eficaz en la consecución de sus objetivos. En relación a la eficacia del programa en el desarrollo

de competencias familiares y de relación social, se identificó una mejora estadísticamente significativa en las escalas Apgar, de funcionalidad familiar, la escala de recursos sociales (OARS), de relación social, y en la escala de medición de la resiliencia familiar.

En conclusión, queda demostrada la efectividad del PCF-Auto en la respuesta a la necesidad de medidas de promoción de la autonomía y del envejecimiento activo en adultos mayores, indicada por los principales entes nacionales e internacionales, leyes y estudios sobre el envejecimiento y dependencia. El PCF-Auto confirma su validez como herramienta preventiva de situaciones de dependencia mediante el trabajo sobre el ámbito familiar.

1. La prevenció de la dependència a Espanya

Un dels reptes principals que tenim a Espanya, pel que fa a la prevenció de les situacions de dependència en edats avançades, és disposar de programes de prevenció que hagin demostrat evidències d'efectivitat i que puguin estar disponibles per ser emprats en àmbits de prevenció relacionats amb la família, tant a la xarxa d'atenció a les persones en situació de dependència com als centres de serveis socials o de salut.

Tal com recull Przybylski (2008), el moviment basat en l'evidència científica es va originar en el camp de la medicina i de la salut pública entorn de la dècada dels vuitanta, a partir de la declaració de Cochrane sobre la falta d'evidència científica de la majoria de tractaments mèdics que s'aplicaven en la pràctica diària.

Uns anys més tard, la comunitat mèdica va començar a proporcionar una evidència científica de les intervencions a partir d'estudis rigorosos i a disseminar-la entre els professionals de l'àmbit en un format fàcilment accessible. Aquesta pràctica s'ha estès a altres camps, com ara la intervenció social, l'educació i la psicologia.

Aplicat a l'àmbit de la prevenció, els programes basats en l'evidència són programes que han demostrat ser eficaços en la intervenció, que han estat avaluats i, conseqüentment, validats generalment, mitjançant assajos controlats aleatoritzats o dissenys gairebé experimentals. Són programes que han demostrat produir resultats positius, els resultats esperats a partir del plantejament dels objectius de la intervenció (Social Research Unit, 2012; Orte et al., 2019; Nevot et al., 2019; Sánchez et al., 2019; Ballester et al., 2020).

Una característica molt important d'aquests programes és que es disseminen, de manera que faciliten als professionals l'accés per aplicar-los. A aquest efecte, disposen d'un currículum documentat que en facilita l'aplicació en els serveis i organitzacions. Té la

finalitat d'orientar l'acció i la intervenció i de conèixer i difondre'n els resultats per fomentar la bona pràctica.

Es requereix que tant administracions públiques com entitats privades sol·licitin l'eficàcia provada per als programes en els quals inverteixen recursos, atès que això suposa millorar la qualitat de l'atenció que proporcionen i amb això la probabilitat d'obtenir els resultats esperats (Orte, 2013; Orte et al., 2014; Orte et al., 2019).

Si disposéssim de prevenció universal basada en l'evidència per promoure l'autonomia en la gent gran, millloraríem la seva relació cost-benefici dels recursos emmarcats en la Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. En cas que s'identifiqui la intervenció primerenca basada en l'evidència, reduiria i endarreriria les necessitats derivades de la dependència, contribuint a l'estalvi dels costos socials de les atencions que requereixen les persones amb dependència avançada.

Perquè una intervenció pugui avaluar-se com «basada en l'evidència» caldrà, a més, una avaluació a llarg termini, en la qual s'avaluïn els beneficis i el seu manteniment al llarg del temps. S'identifiquen qüestions importants que influeixen en l'eficàcia de la intervenció com la formació específica dels professionals en els continguts dels programes, l'accés universal de les famílies a les intervencions, així com la seva motivació i implicació. Aquests aspectes requereixen un tractament altament acurat, atesos els baixos percentatges d'assistència i de manteniment d'aquestes famílies al llarg de l'aplicació dels programes de prevenció universal (Axford et al., 2012; Nevot Caldentey et al., 2019; Pascual et al., 2019; Nevot et al., 2018; Kumpfer et al., 2018).

Quant a la importància de la dimensió familiar, cal destacar el paper principal que aquesta desenvolupa en l'amortiment de l'impacte de la malaltia incapacitant o discapacitat de l'adult gran. També com a facilitadora del procés d'adaptació a la seva situació de dependència, com a proveïdora de recursos de suport i de cura, com a promotora del benestar, de la salut, de l'autonomia, de l'autoestima i de la seva recuperació dels potencials dèficits funcionals que pugui patir. Tots aquests elements són clau per al desenvolupament personal de l'adult gran. La família és fonamental en el maneig i la reducció d'aquelles interaccions que, sense intencionalitat, puguin fomentar l'avanç envers les situacions de dependència.

2. Disseny del PCF-Auto per millorar les dinàmiques familiars

L'evidència indica l'existència de certes actituds familiars que seran facilitadores de l'autonomia, mentre que d'altres dificultaran la promoció de l'autonomia de la persona en el seu procés d'envelliment, com ara la sobreprotecció i les actituds negatives

enfront de l'envelliment, la malaltia o la discapacitat (Hernández et al., 2019; Milte et al., 2019; Mosquera et al., 2019; Orte et al., 2020; Rocco i Marc, 2012).

Actualment, a Espanya, es pot constatar la manca d'intervencions de prevenció familiar de les situacions de dependència. Aquesta manca limita la capacitat de decisió dels professionals, així com dels responsables de les polítiques de salut pública. En relació amb aquesta necessitat, en el marc de les línies d'investigació del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES), procedirem a dissenyar un programa de prevenció familiar universal, de les situacions de dependència, per aplicar-les al context balear.

El fonament es troba en el Programa de competència familiar, un programa d'enfortiment familiar desenvolupat als Estats Units, conegut originàriament com a Strengthening Families Program (SFP) i adaptat a múltiples països del nostre entorn.

L'SFP és un dels programes familiars més coneguts i analitzats, a escala internacional (Orte i Amer, 2014). Es tracta d'una estratègia de prevenció familiar multicomponent per a famílies en risc, adreçada a pares, mares, fills i famílies. Al principi, es va dissenyar per intervenir amb famílies amb problemes de consum (Kumpfer i Johnson, 2007), encara que avui en dia s'aplica selectivament a famílies en risc per causes diverses i universalment a famílies sense riscos manifestos (Valero, 2019).

Aquest programa fou qualificat de programa basat en l'evidència, perquè es demostrà que tenia més bons efectes i resultats, en comparació amb altres intervencions de prevenció familiar de naturalesa semblant (Valero et al., 2017). A l'actualitat, s'identifica com ha estat adaptat per aplicar-lo en contextos varis i països europeus, la qual cosa ha demostrat, en les diverses aplicacions, evidències d'eficàcia (Orte i Amer, 2014).

Aquest programa s'ha fonamentat en la teoria sistèmica i en teories cognitives i conductuals, com les de Bowen (1978), Minuchin (1974), el model ecològic de Bronfenbrenner (1979) i la Teoria de l'aprenentatge social de Bandura (Kumpfer, 2014).

El Programa de competència familiar (versió espanyola de l'SFP) és un dels programes més eficaços per al canvi en les relacions familiars, ja que implica tota la família. El PCF és únic entre els programes de millora de la dinàmica familiar i d'enfortiment de les relacions, ja que va ser desenvolupat específicament per a famílies en situacions de risc.

En un estudi de vint-i-quatre mesos realitzat per l'equip dirigit per la professora Carmen Orte, l'adaptació espanyola de l'SFP, el Programa de competència familiar, va mostrar ser eficaç a llarg termini en els principals factors que componen la dinàmica familiar positiva (resiliència, comunicació, organització i cohesió familiar, disciplina positiva i altres factors) (Orte et al., 2015).

Arran d'aquest conjunt de troballes, es procedí a adaptar i a validar el Programa de competència familiar, d'eficàcia demostrada en la millora de les relacions familiars, en la millora de les estratègies d'enfrontament familiar, de la cohesió familiar i de les relacions socials, entre altres elements de treball, sobre l'autonomia de les persones en situació de dependència, la millora del benestar i habilitats dels seus cuidadors i sobre les relacions familiars.

D'aquesta manera, mentre que en el programa d'adolescents es parla en termes «d'instrucció», en el programa orientat a adults grans es defineix la variable en termes de «demanda o petició», bidireccional (Orte et al., 2015). D'altra banda, s'adapten també els continguts dels riscos imperants en cada etapa del desenvolupament. Mentre que els principals riscos de la relació adolescent-entorn se centren en el desenvolupament de conductes antisocials, disruptives o de consum, els principals riscos relacionals entre la població gran tenen relació amb la pèrdua d'autonomia en l'execució i la presa de decisions assertiva en cada una de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD).

Per això, la segona gran adaptació efectuada sobre el Programa de competència familiar universal se centra en aquesta segona gran dimensió: l'adaptació evolutiva de la prevenció de riscos. D'aquesta manera, atès que l'objectiu del PCF-Auto és reduir els factors de risc per al funcionament autònom de l'adult gran, es va desenvolupar un estudi sobre els fonaments de la prevenció familiar de la dependència (Nevot-Caldentey et al., 2020).

3. Mètode per dissenyar un programa per promoure l'autonomia en la gent gran des de l'àmbit familiar

S'adaptà el Programa de competència familiar en la versió universal a les necessitats de les famílies amb adults grans, amb l'objectiu de promoure'n l'autonomia, envelliment actiu i la qualitat de vida.

Per a l'adaptació, prèviament es feu un estudi observacional descriptiu per definir les variables sociodemogràfiques, de salut, de suport social, de dependència i les relatives a la interacció entre cuidador i adult gran. A partir de les dades recollides, s'aplicà, mitjançant l'eina estadística SPSS 20, l'anàlisi de clúster per definir els perfils de la població dependent i adaptar el disseny del programa segons les necessitats definides en l'estudi.

Paral·lelament, es feu un buidatge de plans, programes, protocols, guies i documents oficials de les comunitats autònomes espanyoles i dels principals ens internacionals en matèria d'envelliment i de dependència, per identificar-ne, primer, les variables familiars que promouen l'autonomia i, després, les mesures de promoció d'autonomia implementades.

Una vegada s'hagué definit el perfil d'adults grans amb dependència, les variables familiars que incideixen sobre l'autonomia dels adults grans i les mesures de promoció d'autonomia implementades, es dissenyà el Programa de competència familiar-auto i se'n feu el primer pilotatge.

Quant al procediment seguit per al pilotatge, 16 treballadors de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de l'Autonomia Personal de les Illes Balears, de la Direcció General de Dependència, van ser formades (10 h) per professorat de la Universitat en els continguts —fonamentació teòrica i pràctica— del PCF-Auto.

Durant dues setmanes, les treballadores de referència, habilitades per aplicar el PCF-Auto, seleccionaren un conjunt de persones amb dependència, del Govern.

Els requisits principals de filtratge varen centrar-se en el fet que haguessin rebut la valoració de grau I en els 6 mesos immediatament anteriors a la selecció, per tal que l'estat de salut de la persona s'ajustés de la manera més rigorosa possible a les causes originals que la portaren a desenvolupar un grau I de dependència, i, en segon lloc, a la inexistència de signes de deteriorament cognitiu que poguessin dificultar l'assimilació adequada dels continguts previstos per al PCF-Auto.

La mostra per al pilotatge estava formada per cinc grups d'una quinzena de famílies per grup: un grup a Manacor, un a Inca i tres a Palma —Santa Catalina / Son Espanyolet, Ciutat Antiga i Son Cladera—, que conformaren una mostra inicial de 75 famílies.

4. Mètode i instruments d'aplicació per al primer pilotatge

Plantejant una recerca amb disseny quasi experimental, es va desenvolupar en tres aspectes: a) mesures de procés; registres de fidelitat, adherència i implicació per sessió i participant; b) mesures de canvi sobre les variables que mesuren la dinàmica familiar i les destreses relacionades amb la promoció d'autonomia; avaluació pretest/posttest sobre l'escala de recursos socials, qüestionari de funció familiar, qüestionari sobre qualitat de vida i l'escala de depressió avaluades sobre els adults grans, i (c) mesures de resultat, nivells de satisfacció dels participants.

Es va fer una avaluació prèvia i una altra de seguiment per analitzar els canvis en l'estil de vida (1), relacions socials (2), funcionalitat familiar (3), relacions d'ajuda (4), valoració de problemes personals (5), valoració de la situació social (6), valoració de l'estat de salut (7), valoració de l'àmbit i la relació familiar (8), i símptomes de depressió (9). Els instruments de recollida de dades varen ser:

- El qüestionari dels AM i el qüestionari dels familiars (pre-post programa): autoadministrat o amb suport de les treballadores socials per avaluar els efectes del programa i el grau de consecució dels objectius.

- El qüestionari d'avaluació de les famílies: autoadministrat per a les famílies sobre la idoneïtat dels continguts, l'estructura i els formadors.

- Els qüestionaris d'avaluació de les treballadores socials: indicadors de seguiment/participant i d'avaluació final/participant.

- Els qüestionaris d'avaluació/sessió de les treballadores socials.

- Panell d'experts: emissió de judici col·lectiu sobre els indicadors de millora del PCF-Auto. Propostes de millora.

A la taula 1 es presenten els instruments d'avaluació seleccionats per mesurar el grau de consecució dels objectius del PCF-Auto.

Taula 1 | *Instruments d'avaluació seleccionats*

Variables de resultat	Instruments d'avaluació i criteris
Relacions socials	Escala de recursos socials (OARS) Universitat de Duke (1978) (Older Americans Resource & Services Group) (Fernández Ballesteros et al., 1996). Onze àrees de la interacció social són avaluades per l'adult gran sobre ell mateix: nombre de persones de confiança, volum de telefonades que va rebre la setmana anterior, volum de visites que va rebre la setmana anterior, freqüència amb la qual se sent sol, valoració sobre el grau de conformitat amb la qual té contacte amb els familiars. Cada qüestió comprèn entre quatre i cinc ancoratges en escala ordinal. Després, el nivell de satisfacció de la relació que manté amb la parella, els fills, els nets, altres familiars, els veïns i els amics (no veïns). Per a cada persona, un dels tres valors va ser assignat: 0 = insatisfet, 1 = indiferent, 2 = satisfet. En cas de no disposar de la persona en qüestió, s'inclou la possibilitat de «NS/NC».
Funcionalitat familiar	Qüestionari de funció familiar (Apgar): Universitat de Washington (1978) (Smilkstein, 1978), (Smilkstein et al., 1982), (Bellón et al., 1996), (Suárez i Alcalá, 2014). Instrument diagnòstic del nivell de funcionalitat familiar. Avalua cinc funcions bàsiques de la família: adaptació, participació, gradient de recurs personal, afecte i recursos. Per a cada qüestió, un dels tres valors va ser assignat: 0 = gairebé mai, 1 = a vegades, 2 = gairebé sempre. Interpretació de puntuacions: 17-20 punts = normal, 16-13 punts = disfunció lleu, 12-10 punts = disfunció moderada, ≤9 = disfunció severa.

continua

Variables de resultat	Instruments d'avaluació i criteris
Relació d'ajuda	Qüestionari: Qualitat de vida en la vellesa en els diferents contextos. (Fernández Ballesteros et al., 1996). Sis qüestions sobre la relació d'ajuda són avaluades: algú l'ajudaria si fos necessari; com creu que l'ajudaria; si rep a l'actualitat ajuda d'algú, amb quina freqüència l'ajuden, quina ajuda li donen i qui li aporta aquesta ajuda. Cada qüestió comprèn entre quatre i sis ancoratges en escala ordinal.
Valoració personal	S'inclouen dues qüestions sobre les activitats que fa l'adult gran adreçades a avaluar l'activitat i l'oci, de sis ancoratges en escala ordinal i una qüestió a la qual s'assignaren els valors: 0 = mai, 1 = a vegades, i 2 = sovint, sobre la freqüència d'activitat. S'hi inclou una qüestió de valoració personal de problemes. Inclou tres respostes nominals ordenades d'1 a 3. Una qüestió de valoració de la situació social i una qüestió de valoració de la situació de salut de sis ancoratges de resposta en escala ordinal. Una qüestió de valoració personal de la qualitat de la relació familiar que mesura l'elogi, afecte, la claredat comunicativa, la qualitat del temps familiar, qualitat d'intercanvi d'experiències diàries, presència de males maneres de comunicar-se i crits, presència de discussió, freqüència de reunions familiars. Se li assignaren els valors: 0 = gairebé mai, 1 = a vegades, 2 = gairebé sempre. Una qüestió sobre les forces de la família. Mesura el suport/amor/afecte familiar, la comunicació familiar positiva, les habilitats eficaces de relació, l'estil eficaç d'abordatge de problemes i conflictes, l'organització familiar, la salut mental positiva, la salut física i el coneixement i l'educació. Se li assignaren valors de 0 a 5 (0 = gens i 5 = molt).
Depressió	Escala de depressió geriàtrica - test de Yesavage: Escola Universitària de Medicina d'Stanford (Yesavage et al., 1983), (Yesavage, 1988), (Martínez de la Iglesia et al. 2002). Es va incloure la versió Yesavage de quinze qüestions, la població diana de les quals són persones més grans de 65 anys. S'utilitza com a eina diagnòstica de filtratge de depressió. Les respostes correctes són afirmatives en els ítems 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13 i 15, i negatives en els ítems 1, 5, 7, 11 i 14. Cada resposta errònia puntua 1. Els punts de tall són: 0-5 = normal, 6-10 = depressió moderada, +10 = depressió severa.

Font: elaboració pròpia

5. Presentació i avaluació dels resultats

Des d'un punt de vista sociodemogràfic, la taula 2 representa els participants inclosos en l'avaluació del PCF-Auto en el primer pilotatge efectuat entre el març i el maig del 2019. En aquesta figura es mostren les edats dels AM que participaren en el PCF-Auto.

Les edats dels enquestats per al conjunt de la mostra se situen en un ventall de 45-86 anys. La representació de persones que tenen entre 65 i 74 anys (32,5%) i de les de

75 anys o més (31,2%). En menor proporció (22,1%), es va disposar de persones de menys de 65 anys i va haver-hi un 14,3% que no va assenyalar l'edat.

Taula 2 | *Representativitat de gènere a la mostra. Percentatge d'homes i de dones*

Edat	Home %	Dona %	Total %
Menys de 65 anys	12,1	29,5	22,1
De 65 a 74 anys	42,4	25,0	32,5
De 75 o més anys	33,3	29,5	31,2
No contesta	12,1	15,9	14,3

Font: elaboració pròpia

Hi va haver un 14,2% més de dones que d'homes (taula 2). Pel que fa a l'estat civil, va dominar la presència de persones casades (58,4%), seguida de les persones vídues (18,2%) i divorciades o separades (15,6%). Segons la constitució familiar (taula 3), es va obtenir una presència majoritària de parelles amb fills (52%).

Taula 3 | *Característiques sociodemogràfiques de la mostra*

Variables	Pre PCF-Auto %	Post PCF-Auto %	Total %
Estat civil (n)	50	27	77
Fadrí/ina	8,0	7,4	7,8
Casat/da	58,0	59,3	58,4
Vidu/Vídua	16,0	22,2	18,2
Divorciat/ada	18,0	11,1	15,6
Constitució familiar(n)	48	27	75
Sense espòs/osa ni fills/es	8,3	11,1	9,3
Parella sense fills/es	8,3	3,7	6,7
Parella amb fills/es	50	55,6	52
Sense parella amb fills/es	22,9	14,8	20
Altres situacions	6,3	11,1	8
NS/NC	4,2	3,7	4,0
Unitat de convivència (n)	50	27	77
Viu sol/a	18	14,8	16,9
Amb parella	52	55,6	53,2

continua

Amb un/a o més fills/es	12	14,8	13
Amb pares/mares	6	7,4	6,5
Amb un o més familiars	4	0	2,6
Altres situacions	8	7,4	7,8
Nivell d'estudis (n)	50	27	77
Sense estudis	28,0	22,2	26,0
Nivell bàsic	34,0	40,7	36,4
Secundaris	24,0	22,2	23,4
Superiors	12,0	14,8	13,0
Activitat que realitza	50	27	77
No en realitza	50,0	48,1	49,4
Manteniment de la casa	18,0	14,8	16,9
Treballs manuals a casa	16,0	25,9	19,5
Treballs administratius	2	3,7	2,6
Cura dels nets/altres	8	0	5,2
NS/NC	6,0	7,4	6,5

Taula 3 continuada

Variables	Pre PCF-Auto %	Post PCF-Auto %	Total %
Activitat laboral	50	27	77
Obrer no especialitzat	22,0	29,6	24,7
Treballador especialitzat	16,0	0,0	10,4
Quadres intermedis	6,0	14,8	9,1
Gerència-Direcció	2,0	7,4	3,9
Professional a compte d'altrit	14,0	18,5	15,6
Professional liberal	2,0	3,7	2,6
Autònom/a	14,0	3,7	10,4
Funcionari/ària	8,0	3,7	6,5
Manteniment de la casa	10	14,8	11,7
NS/NC	6,0	3,7	5,2

Font: elaboració pròpia

En relació amb la unitat de convivència, s'extreu que la gran majoria convivia amb la parella (52%). En segona instància i en menor proporció, s'identificaren les persones que viuen soles, les quals foren el 18% del total de la mostra.

Les persones soles constitueixen un grup de més risc, en el qual la prevenció de les situacions de dependència és una prioritat social, fonamentalment quan no tenen accés a suports socials o familiars. Després, s'identificaren les persones que vivien amb un o més fills (12%), en altres situacions (8%), que vivien amb un o més pares (6%) i les que vivien amb un o més familiars que no entraven en les categories esmentades (4%).

El nivell d'estudis de la mostra va presentar les mateixes característiques de normalitat que altres variables amb distribució aleatòria. Es va observar una presència majoritària de persones amb nivell d'estudis bàsic (els obligatoris en el seu moment), les quals van representar el 34%, seguit de les persones sense estudis primaris (28%), amb estudis secundaris (batxillerat o equivalent) (24%) i, en menor mesura, superiors (universitaris o equivalents), que van ser el 12% de la mostra.

En demanar a les persones grans per l'activitat principal que realitzaven, indicaren, la immensa majoria, que no en feien cap (50%). En menor mesura, les activitats més practicades són les tasques de manteniment de la casa (18%), seguit dels treballs manuals de casa, camp o d'un altre tipus (16%), la cura dels nets o d'altres fora de casa (8%).

S'observaren diverses dedicacions prèvies a l'abast de l'edat de jubilació. Un 22% del total de la mostra va ser, en la seva vida laboral, peó o obrer no especialitzat (22%); un 16%, treballador/a especialitzat; un 14%, professional a compte d'altri; un 14%, autònom; un 10% s'havia dedicat de manera exclusiva a fer les feines de casa; un 8% va exercir en algun lloc de treball com a funcionari de l'Estat, i un 6% va ocupar un lloc de treball en els quadres intermedis o com a administratiu.

A la taula 4 apareixen les escales que avaluen els objectius de l'estudi. La primera part reflecteix els resultats de l'escala de recursos socials OARS. El pas de les persones de la mostra pel PCF-Auto va suposar una millora en els recursos socials dels AM. Les diferències en els nivells de l'escala OARS en la comparació pre-post foren estadísticament significatives [(t = -2,032), p = 0,046 (p = 0,05)]. El PCF-Auto també va mostrar efectes estadísticament significatius en la millora de l'estat funcional de la família de la persona gran. Els resultats de l'escala Apgar revelaren una relació estadísticament significativa [(t = -2,426), p = 0,018 (p = 0,05)].

Els resultats de cohesió familiar no mostraren significació estadística, encara que s'identificà una tendència a la millora en els resultats (avaluació a partir de grau de conflictivitat familiar) [(t = 0,450), p = 0,654 (p = 0,05)]. El pas pel PCF-Auto genera els efectes esperats sobre els nivells de resiliència familiar [(t = -2,032), p = 0,026 (p = 0,05)]. Els resultats obtinguts per a l'escala geriàtrica de depressió identificaren una tendència a la millora: depressió normal, del 58,1% al 64%; probable depressió, d'un 23,3% a un 32%; depressió establerta, d'un 18,6% a un 4% [(t = 1,422), p = 0,160 (p = 0,05)].

Taula 4 | *Resultats obtinguts en les escales d'avaluació de variables familiars*

Escales	t	gl	p	Df SD	Df SD	95%IC	
						Inferior	Superior
Puntuació OARS*	-2,032	75	,046*	-1,581	,778	-3,131	-,031
Puntuació Apgar*	-2,426	74	,018*	-1,347	,555	-2,453	-,241
Pfeiffer	-0,621	75	,536	-0,430	,693	-1,810	0,950
Cohesió familiar	0,450	72	,654	1,103	2,453	-3,787	5,993
Resiliència	-2,283	58	,026*	-3,471	1,520	-6,514	-0,428
Depressió	1,422	66	,160	1,231	,865	-0,497	2,958

Font: elaboració pròpia

En general, és possible indicar una millora en els resultats de satisfacció amb la parella (54,0-55,6), una reducció considerable en el sentit d'indiferència (8,0-3,7), un increment en la insatisfacció (2,0-3,7) i un volum considerable de persones que van preferir no respondre la qüestió (36,0-37,0).

El pas pel Programa també suposà una millora notable en les relacions amb els nets, perquè passen dels 56,0 punts en pretest als 74,1 punts en el posttest, es redueixen els nivells d'indiferència a 0 i incrementa el nivell d'insatisfacció (4,0-7,4) (taula 15). D'entre totes les millores, la que s'esdevé amb els nets és la més notable, ja que registra un canvi pre-post de 18,1 punts. S'observa una millora considerable dels resultats de satisfacció amb els fills en la comparativa pre-post. Els nivells de satisfacció passen de 66,0 punts a ser de 77,8, una millora de 10,8 punts en relació amb l'estat previ a la participació en el programa.

El mateix patró s'identifica en la relació amb altres familiars. Es produeix un increment de la satisfacció (56,0-59,3), un augment lleuger de la indiferència (10,0-11,1), un increment considerable de la insatisfacció (2,0-11,1), la qual cosa podria vincular-se a les dues primeres hipòtesis esmentades.

És realment notable la millora que el pas pel PCF-Auto suposa sobre la relació amb els veïns. El PCF-Auto genera millores estadísticament significatives en la relació guardada entre la persona gran i el veïnat ($p \leq 0,05$). Els nivells de satisfacció amb els veïns passen de ser de 66,0 punts a ser de 77,8.

Es van observar millores estadísticament significatives en la relació entre la persona gran i el veí (χ^2, $p \leq 0,05$) —de 66,0 a 77,8 punts. La millora en els nivells de satisfacció amb els amics també és notòria i passa d'obtenir 64,0 punts a obtenir-ne 77,8 en la comparativa pre-post. Es redueixen els nivells d'indiferència de 6,0 a 3,7, i també els

nivells d'insatisfacció, de 10,0 a 3,7. Com en la resta de qüestions, ocupen un lloc important les persones que es van abstenir de respondre, encara que en decreixement, després d'haver participat en el programa, de 20,0 a 14,8 punts.

En relació amb les qüestions autoperceptives, es va identificar, després del PCF-Auto, una millora en la percepció de la situació social dels AM participants. Les persones que van qualificar de «molt bé» la seva situació social, i «estar per sobre de la major part de les persones» van passar del 8,2% al 18,5%; increment de més d'un 10%, i es va reduir el volum de persones que va considerar el seu estat de salut com a «dolent» (de 14,3 a 0).

Les dades sobre la percepció de l'estat de salut revelaren un increment en el volum de participants que valorà el seu estat de salut «molt per sobre de la majoria» (de 4,1% a 7,4%) i una reducció de «bé, per sobre de la majoria» (de 20,4% a 18,5%); les persones que valoraren el seu estat de salut com «molt dolent» passaren del 8,2% al 0%. Es redu í el volum de persones que consideraren «dolent» el seu estat de salut (del 26,5% al 14,8%) i augmentà el percentatge de persones que la consideraren «regular».

6. Conclusions

En aquest capítol s'ha presentat el disseny i desenvolupament del primer pilotatge realitzat del PCF-Auto. Aquest programa es dissenyà com a estratègia de prevenció universal de les situacions de dependència, estructurat amb sis sessions de treball de dues hores cada una, i a partir de la metodologia EDAL (Exposició-Debat-Activitat-Activitat per a la Llar), adreçat a promoure les dinàmiques familiars promotores de l'autonomia individual en l'envelliment. Aquestes sessions, en què es treballen aspectes com l'empatia, la comunicació assertiva, l'escolta activa, la gestió de les emocions, la presa de decisions o la identificació de les cures substitutives, han demostrat ser efectives en la prevenció de la soledat, de l'aïllament social, i de les mancances del suport social, que són riscos imperants de l'envelliment, per la reducció de contactes socials que sovint es vinculen a aquesta etapa del cicle vital.

El balanç de la implementació del PCF-Auto fou positiu i permeté validar el programa com a eina de promoció efectiva de l'autonomia en l'envelliment. Així, els participants mostraren millores estadísticament significatives en les escales de resiliència familiar, o estratègies d'enfrontament familiar efectiu, de les relacions socials i suport social, així com dels nivells de funcionalitat familiar, fonamentals per prevenir l'avanç envers situacions de dependència, per millorar el benestar i qualitat de vida en l'envelliment.

La validació inicial del Programa de competència familiar universal auto confirma la seva validesa com a eina preventiva de les situacions de dependència, treballant sobre

l'àmbit familiar. Constitueix així una iniciativa educativa i social, pionera, de promoció familiar de l'autonomia individual, que proporciona estratègies de millora de la dinàmica familiar per a la millora del benestar i de la prevenció de l'aparició de signes relacionats amb la falta de suport social. També facilita eines per promoure l'autonomia activament per part de cada un dels membres de la unitat de convivència i eines d'identificació i tractament social dels primers signes de dependència. El PCF-Auto ha mostrat evidències d'efectivitat en les escales principals que avaluen les dinàmiques familiars promotores de l'autonomia individual.

Referències bibliogràfiques

Axford, N. Lehtonen, M. Kaoukji, D. Tobin, K. i Berry, V. (2012). Engaging parents in parenting programs: Lessons from research and practice. *Children and Youth Services Review, 34,* 2061–2071. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.06.011

Ballester, L., Valero, M., Orte, C. i Amer, J. (2020). An analysis of family dynamics: substance abuse prevention programme for adolescents. *European Journal of Social Work, 21*(3), 1-13. https://doi.org/10.1080/13691457.2018.1473842

Bellón, J.A., Delgado, A., Luna del Castillo, J.D. i Lardelli, P. (1982). Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar apgar-familiar. *Journal of Family Practice, 15*, 303-311.

Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. Jason Aronson, Inc.

Bronfenbrenner, U. (1979). *La ecología del Desarrollo humano*. Paidós.

Duke University Center (1978). *Escala de recursos sociales OARS.* http://www.psiquiatria.com/enlaces/652

Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Sistema de evaluación de residencias de ancianos (SERA).* Madrd, INSERSO.

Hernández, M. A., Fernández, M. J., Blanco, M. A., Alves, M. T., Fernández, M. J., Souto, A. I., González, M. P. i Claver A. (2019). Depresión y sobrecarga en el cuidado de personas mayores. *Revista Española de Salud Pública, 93,* e1-e10. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdr om/VOL93/O_BREVES/RS93C_201908038.pdf

Kumpfer, K. L. i Johnson, J. L. (2007). Strengthening family interventions for the prevention of substance abuse in children of addicted parents. [Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos]. *Adicciones, 19* (1), 13-25. https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/320/320.

Kumpfer, K., Park, M., Magalhaes, C., Orte, C. i Amer, J. (2018). El impacto de la satisfacción de las familias y la calidad del formador en los resultados de la intervención familiar. A C. Orte i L. Ballester (Eds.). *Intervenciones efectivas en prevención familiar de drogas* (p. 119-135). Octaedro.

Milte, R., Ratcliffe, J., Bradley, C. i Shulver, W. (2019). Evaluating the quality of care received in long-term care facilities from a consumer perspective: development and construct validity of the Consumer Choice Index – Six Dimension instrument. *Ageing & Society, 39*, 1, 138-160. https://doi.org/10.1017/S0144686X17000861

Minuchin, S. (1974). *Families & family therapy.* Harvard U. Press.

Mosquera, I., Larrañaga, I., del Río, M., Calderón, C., Machón, M. i García, M. M. (2019). Desigualdades de género en los impactos del cuidado informal de mayores dependientes en Gipuzkoa: estudio CUIDAR-SE. *Revista Española de Salud Pública, 93,* 1-13. https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/ORIGINALES/RS93C_201901002.pdf

Nevot Caldentey, L., Orte, C. i Ballester, L. (2019). Strategies for family engagement in evidence-based programmes: A meta-synthesis of systematic reviews from a social casework approach. *Social Work & Social Sciences Review, 20* (2), 15-30. https://doi.org/10.1921/swssr.v20i3.1279

Nevot Caldentey, L., Orte, C. i Ballester, L. (2020). Análisis de conglomerados en la definición de perfiles de mayores con dependencia en Palma de Mallorca: relación entre salud, apoyo social y dependencia. *Revista Española de Salud Pública, 94* (e1-11). https://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL94/ORIGINALES/RS94C_202007040.pdf

Nevot, L., Ballester, L. i Vives, M. (2018). La Implicación Parental en los Programas de Competencia Familiar: Una Revisión Sistemática sobre Técnicas de Implicación. A R. Roig-Vila (Ed.), *El compromiso académico y social a través de la investigación e innovación educativas en la Enseñanza Superior* (p. 870-881). Octaedro.

Orte, C. i Amer, J. (2014). Las adaptaciones culturales del Strengthening Families Program en Europa. Un ejemplo de programa de educación familiar basado en la evidencia. *Ese-Estudios Sobre Educación, 26*, 175-195. http://dadun.unav.edu/bitstream/10171/36788/1/201406%20ESE%2026%20%282014%29-7.pdf

Orte, C., Ballester, L. & Barrio, B. (2013). Effective intervention programs with families. Presentation. *Pedagogía Social: revista interuniversitaria, 21*,7-11. https://doi.org/10.7179/PSRI_2019.34.01

Orte, C., Ballester, L., March, M.X., Amer, J., Vives, M. and Pozo, R. (2015), "The Strengthening Families Programme in Spain: a long-term evaluation", *Journal of Children's Services,* 10 (2), 101-119. https://doi.org/10.1108/JCS-03-2013-0010Orte, C., Nevot, L.,

Ballester, L. i Molina, G. (2020). La promoción familiar y social de la autonomía en adultos mayores: el Programa de Competencia Familiar-Auto. A C. Orte, L. Ballester i J. Amer (eds.). *Educación familiar. Programas e intervenciones basados en la evidencia.* (p. 105-121). Octaedro.

Orte, C., Oliver, J. L., Amer, J., Vives, M. i Pozo, R. (2019). Prevención universal. Evaluación de los efectos del programa de competencia familiar universal en centros educativos de primaria y secundaria (PCF-U, 11-14). *Journal of Research in Social Pedagogy, 34,* 19-31. http://recyt.fecyt.es/index.php/PSRI/

Parra, M. A. (2017). *Envejecimiento activo y calidad de vida: análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años* (tesis doctoral). Universidad Miguel Hernández d'Elx, Alacant.

Pascual, B., Sánchez-Prieto, L., Gomila, M. A., Quesada, V. i Nevot, M. L. (2019). Formación para la prevención en el ámbito socioeducativo: un análisis de los perfiles profesionales. *Pedagogía social: revista interuniversitaria, 34*, 33-35. https://doi.org/10.7179/PSRI_2019.34.03

Przybylski, R. (2008). *What Works. Effective recidivism reduction and risk- focused prevention programs: a compendium of evidence-based options for preventing new and persistent criminal behavior. Colorado Division of Criminal Justice. Office of Adult and Juvenile Assistance* (Denver, CO). https://nicic.gov/what-workseffective-recidivism-reduction-and-risk-focused-prevention-programs-compendiumevidence-0

Rocco, L. i Marc, S. (2012). *Is social capital good for health?* Technical report, WHO Regional Office for Europe.

Sánchez, L., Orte, C., Ballester, L. i Amer, J. (2019). Can Better Parenting Be Achieved Through Short Prevention Programmes? The Challenge of Universal Prevention through Strengthening Families Program 11-14. *Child & Family Social Work.* https://doi.org/10.1111/cfs.12717

Smilkstein, G., Ashworth, C.. i Montano, D. (1982). Validity and reliability of the family apgar as a test of family function. *Journal of Family Practice, 15*, 303-311.

Smilkstein, G. (1978). The family apgar: a proposal for a family function test and its use by psysicians. *Journal of Family Practice, 6,* 1231-1239.

Social Research Unit (2012). *An introduction to evidence-based programmes in children's services*. Social Research Unit.

Valero, M. (2019). La eficacia de la prevención familiar del consumo de drogas en adolescentes. [Tesis doctoral, Universitat de les Illes Balears]. https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/150383

Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., i Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriàtric depression screening scale: a preliminary report. Journal of Psychiatric Research, 17(1), 37-49. https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4

Yesavage, J.A. (1988). Geriatric depressión scales. *Psychopharmacol Bull, 24*, 709.

Autors

LLUC NEVOT CALDENTEY

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

CARMEN ORTE SOCIAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. És catedràtica d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Té sis quinquennis de docència reconeguts i cinc sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. És la investigadora principal en temàtiques de programes de prevenció familiar basats en l'evidència científica del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-98 i l'ha dirigida fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'*Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears*. Igualment és la directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC) de la UIB. Va ser la directora de la International Summer Senior University. Entre 2018 i principi de 2019 va ser directora general de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials (Imserso) del Govern d'Espanya.

GREGORIO MOLINA PANIAGUA

Capdepera (1974). Diplomat en Educació Social per la UNED i graduat en Educació Social per la Universitat d'Alcalà. Postgrau en Gestió de Residències i Serveis per a Gent Gran per la Universitat Ramon Llull, màster en Direcció i Administració d'Empreses (Executive MBA). Expert universitari en Atenció Geriàtrica i Gerontologia per la UIB. Vinculat professionalment als serveis socials des de 1994. Ha dirigit centres residencials per a persones grans dependents entre 2007 i 2016. Entre 2017 i 2019 ha estat el director tècnic de la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i de Promoció de

l'Autonomia Personal de les Illes Balears. Actualment, és el director general d'Atenció a la Dependència de la Conselleria d'Afers Socials i Esports.

PROJECTE «L'AJUNTAMENT DE CALVIÀ AL TEU COSTAT»

Projecte «l'Ajuntament de Calvià al teu costat»

Empar Santacreu Oliver
Cristina Gamund Massagué
Xisco Guarí Torres
Carlos Muñoz Toro

Resum

Les administracions públiques hem de tenir l'agilitat necessària per situar-nos al costat de la ciutadania en els moments de necessitat.

El projecte «L'Ajuntament al teu costat» és una mostra que l'Administració pot ser una eina útil i amb capacitat d'adaptació per donar resposta a una situació desconeguda. És un exemple pràctic de com un ajuntament com el de Calvià es pot reinventar i acostar a la ciutadania per respondre amb rapidesa davant una situació sobrevinguda com va ser l'estat d'alarma.

En aquest cas, el que hem fet ha estat acostar-nos a la població més gran de seixanta-cinc anys per conèixer de primera mà les seves opinions, demandes, necessitats i preocupacions, a fi de donar-los la resposta adequada i solucionar les dificultats del moment que viuen.

Aquest projecte suposa una nova forma metodològica de treball transversal, centrada en les persones i en la seva implicació en les polítiques municipals. Treballem aplicant l'escolta (com estàs?, què necessites?) i fent el recull de les necessitats per donar una resposta institucional, adequada a la realitat social, que suposi canvis actius en la comunitat i que tengui impacte en el benestar de les persones més grans de 65 anys.

Resumen

Las administraciones públicas hemos de tener la agilidad necesaria para estar junto a la ciudadanía en los momentos de necesidad.

El proyecto «L'Ajuntament al teu costat» es una muestra de que la Administración puede ser una herramienta útil y con capacidad de adaptación para dar respuesta a una situación desconocida. Es un ejemplo práctico de como un ayuntamiento como el de Calvià puede reinventarse y acercarse a la ciudadanía para responder con rapidez ante una situación sobrevenida como fue el estado de alarma.

En este caso lo que hemos hecho ha sido acercarnos a la población mayor de sesenta y cinco años para conocer de primera mano sus opiniones, demandas, necesidades y preocupaciones con el objetivo de darles una respuesta adecuada y solucionar las dificultades del momento que están viviendo.

Este proyecto supone una nueva forma metodológica de trabajo transversal, centrada en las personas y en su implicación activa en las políticas municipales. Trabajamos aplicando la escucha: ¿cómo estás?, ¿qué necesitas?, y compilando sus necesidades para

dar una respuesta institucional, adecuada a la realidad social, que suponga cambios activos en la comunidad y que tenga impacto directo en el bienestar de las personas mayores de 65 años.

1. Introducció

El director regional de l'OMS per a Europa, Hans Henri P. Kluge, arran de l'inici de la pandèmia de la COVID-19 va demanar als països europeus: «Donar suport i protegir les persones grans que viuen soles a la comunitat és assumpte de tothom. Recordant als governs i les autoritats que totes les comunitats havien de rebre suport per realitzar les intervencions que garantirien que les persones grans tinguessin el que necessiten. Totes havien de ser tractades amb respecte i dignitat, sense deixar ningú enrere».

Aquesta situació d'emergència sanitària va obligar el govern de l'Estat a posar en marxa un seguit de mesures per tractar d'aturar la propagació de la malaltia; s'aprovà la declaració del primer estat d'alarma d'aquest període democràtic que limitava el dret de circulació, per un període inicial de quinze dies, i es permetia l'exercici d'aquest dret per a situacions concretes com podien ser l'accés a serveis bàsics o per proveir-se de subministres bàsics. Aquestes mesures inicials s'anaven adaptant a la situació; per aquest motiu hi va haver diferents renovacions de l'estat d'alarma, per donar cobertura legal a les mesures que havien de protegir la població.

A l'Ajuntament de Calvià presumíem que la població que se'n podia veure més afectada era la gent més gran, ja que, sent vulnerable en una situació sanitària normal per la seva avançada edat, la incidència que tenia la malaltia en aquest col·lectiu i la virulència amb la qual el virus atacava les persones de més edat podien empitjorar la seva situació.

Partírem de la certesa que les persones més grans de seixanta-cinc anys són un col·lectiu de persones molt heterogeni, amb necessitats, capacitats i realitats molt diferents. Per aquest motiu, la resposta davant la crisi sanitària, econòmica i social de la COVID-19 va ser diversa, en funció de les respectives situacions personals, familiars, de salut, econòmiques, socials, etc.

Érem i som conscients de la gran importància de les persones més grans de seixanta-cinc anys com a agents de canvi i de suport social, de la seva implicació en accions voluntàries, en l'autocura social que es realitza a través de les xarxes de suport veïnal i del moviment associatiu, tan importants al nostre municipi.

Com hem comentat, les mesures adoptades amb la declaració de l'estat d'alarma i la por de les persones més joves de contagiar als seus pares, mares, padrins, padrines i familiars de més edat, juntament amb l'aturada de l'activitat social que realitzaven en el seu dia a dia, ens varen dur a pensar que les persones grans es podien veure afectades pel distanciament de les persones del seu entorn.

Aquest distanciament social era especialment greu a les zones costaneres, que a l'hivern perden gran part de la seva població. La manca de contacte social es generalitzava per a la gent gran, cosa que els impedia rebre abraçades de la família i les amistats, els impossibilitava la interacció amb els veïnats i les veïnades i els dificultava la tan preuada autonomia que els aportava la xarxa social de la qual formaven part.

Com diu l'autor Vicente Rodríguez Rodríguez (2020), «una de les tendències que ha emergit durant la pandèmia de la COVID-19 és la soledat. I no ho és perquè ha nascut en aquest temps, sinó perquè s'ha manifestat amb força des d'una situació prèvia entre un grup de població molt afectat per la malaltia». Per això ha estat necessari que la societat prengui consciència de la situació de soledat prèvia en la qual vivien moltes persones grans, que s'ha extremat amb les mesures preses per afrontar la pandèmia i les conseqüències personals i socials que se'n deriven.

«S'ha observat que la soledat i l'aïllament social estan associats a un deteriorament de la qualitat de vida en les persones grans» (Ceballos Linares et al. 2020). Les restriccions de mobilitat i del contacte humà, impulsades com a mesura de control de la pandèmia de la COVID-19, disminueixen en molts de casos de forma absoluta les relacions socials i augmenten la soledat, amb conseqüències per a la salut mental, física i emocional.

Aquesta situació ens posava en alerta. La por a la pandèmia, l'aïllament provocat pel confinament i el distanciament social eren els ingredients perfectes per fer florir en la gent gran el sentiment de soledat. Una soledat que molt sovint no era desitjada i, en alguns casos, tot i que podien contactar amb els familiars gràcies a les telecomunicacions, la manca de contacte real podia agreujar aquest sentiment, sobretot quan es donava la impossibilitat d'usar les tecnologies de la comunicació, cosa que impedia trobar aquests moments de descompressió en veure, encara que fos a distància, els éssers estimats. Un fet a analitzar va ser la presa de consciència de l'anomenada «bretxa digital», evident i molt greu en les persones de més edat.

Tots aquests factors posaven damunt la taula l'extrema **vulnerabilitat** en què es podia trobar una part de la gent gran de Calvià i la necessitat de **donar resposta** a aquesta situació. Per aquest fet, i arran del Reial decret 8/2020, de 17 de març, es varen definir vuit nivells d'intervenció dirigits a la població més gran del municipi, amb l'objectiu d'atendre les seves necessitats i de detectar situacions de vulnerabilitat o de desprotecció.

En primer lloc, es va establir un circuit per a l'atenció de noves demandes de persones que contactaven amb els Serveis Socials mitjançant el telèfon o el correu electrònic, ja fos personalment o derivades per terceres persones.

En segon lloc, es va impulsar una campanya de difusió a través de les xarxes i els agents socials per a la comunicació de persones en situació de necessitat social que estiguessin sense xarxa de suport familiar o social. Alhora, es feia difusió de nous suports domiciliaris específics per al temps de confinament.

En tercer lloc, es va procedir a fer una revisió de la situació de les persones sense intervenció social en l'actualitat però que havien estat ateses pels Serveis Socials en els anys 2019 i 2020.

En quart lloc, es va contactar, a través de la dinamitzadora de gent gran, amb les associacions de persones grans, per a la detecció de persones soles o en parella, en situació d'aïllament social que haguessin de menester suport per a activitats bàsiques i instrumentals de la vida diària.

En cinquè lloc, dues professionals de l'equip d'intervenció social i gent gran varen realitzar una prospecció global de necessitats en persones més grans de 75 anys de llars unifamiliars empadronades a Calvià, per conèixer, amb la base de dades del padró municipal i a través d'una trucada telefònica, si tenien cobertes les necessitats bàsiques o si necessitaven algun tipus de suport.

En sisè lloc, es va oferir a les persones contactades la possibilitat de suport psicològic telefònic periòdic per fer front a situacions de soledat i d'aïllament.

En setè lloc, es varen acordar noves mesures de coordinació i detecció de necessitats de la població amb les empreses gestores de les prestacions domiciliaries, la llar de persones grans, el Programa Prioritat Social de l'IMAS, entitats del tercer sector, centres de salut i, en especial, amb les infermeres gestores de casos. El servei de teleassistència que gestiona la Creu Roja va fer una enquesta telefònica dirigida a la detecció de necessitats entre les persones del municipi usuàries del servei. I amb el servei d'ajuda a domicili, que gestiona l'empresa Serveis a la Comunitat, SL, es va coordinar conjuntament establir un nou sistema de suport a les persones que necessitaven que els fessin la compra d'aliments o de farmaciola.

En vuitè i darrer lloc, en tot moment, es varen seguir les directrius assenyalades pel Govern de l'Estat, i estàvem en contacte amb l'IB-Salut, l'IMAS i el Govern de les Illes Balears per coordinar les accions que fossin necessàries.

Ens preocupava especialment la situació de les persones que no estaven vinculades al Programa d'Atenció Social a la Gent Gran i, per tant, vàrem presentar una proposta d'atenció preventiva dirigida a les persones més grans de 65 anys, en especial a aquelles que vivien en llars unifamiliars al municipi de Calvià.

El batle de Calvià, Alfonso Rodríguez Badal, coneixedor de la situació en la qual es podia trobar la gent gran del municipi, va encomanar a la Regidoria de Desenvolupament Social, Infància i Gent Gran l'elaboració d'un projecte en què contactéssim amb tota la població més gran de seixanta-cinc anys, amb l'objectiu estratègic de millorar la qualitat de vida de les persones grans del municipi després de l'aïllament obligatori provocat per l'estat d'alarma.

2. L'Ajuntament al teu costat

2.1. Disseny del projecte. Objectius prioritzats

A partir de l'objectiu estratègic i de la petició del batle, es va dissenyar el projecte, que es basava en un nivell teòric «d'una visió de l'atenció integral i centrada en la persona, destinada a promoure les condicions necessàries per aconseguir millores en tots els àmbits de la qualitat de vida i del benestar de la persona, partint del respecte a la seva dignitat i els seus drets, dels seus interessos i preferències i comptant, en tot moment, amb la seva participació efectiva» (Rodríguez, 2013).

Els objectius que va plantejar l'equip foren els següents:

Objectius generals:

- Contactar amb el màxim nombre de persones empadronades al municipi de Calvià per transmetre'ls la proximitat de l'Administració municipal i dels Serveis Socials d'atenció a les persones grans.

- Conèixer com es troben les persones grans, quina és la percepció i valoració de les seves necessitats i si les tenen cobertes.

- Proporcionar ànims, positivisme. Influir positivament en el seu estat d'ànim.

Objectius específics:

- Conèixer com han viscut les persones més grans de 65 anys la situació de confinament i com afronten el futur més proper.

- Detectar persones grans en situació de vulnerabilitat, d'aïllament i amb manca de xarxa social i/o familiar.

- Conèixer el grau de satisfacció en relació amb els recursos municipals destinats a les persones grans.

- Valorar si la informació sobre recursos, prestacions i iniciatives municipals arriba a la població i per quines vies de comunicació.

- Conèixer el grau de cobertura de les seves necessitats bàsiques i instrumentals.

- Conèixer les necessitats cobertes i les que no estan cobertes de la població més gran de 65 anys del municipi.

- Oferir sensació de seguretat, d'acompanyament i d'interès i plantejar accions per a la resolució de les seves necessitats.

- Transmetre un missatge d'optimisme i de reconeixement del valor social de les persones grans.

- Oferir calidesa i proximitat amb una perspectiva centrada en els aspectes positius i en el valor de la vida.

2.1.1. Metodologia i eines d'intervenció

Definits els objectius instrumentals, era el moment de dissenyar les eines que utilitzaríem, la formació que donaríem a les persones col·laboradores que farien el treball de camp i estructurar un sistema d'assistència i de suport emocional que romandria actiu durant la implementació del programa.

Per fer-ho vàrem crear dos grups de treball: un primer grup que treballava l'àmbit més tècnic del programa i un segon grup destinat a preparar l'estructura logística.

Vàrem iniciar la recerca bibliogràfica per a la realització del projecte i analitzàrem diferents fonts que ens permetessin elaborar el projecte de forma fonamentada. A l'inici, el projecte definia tan sols fer una trucada telefònica a totes les persones empadronades al municipi de Calvià. Atès que la trucada la faria una persona desconeguda per l'interlocutor o interlocutora, era molt important poder establir un clima de confiança i donar un doble sentit a la intervenció, a fi que ens portés a la consecució dels objectius.

Per aquest motiu es va decidir **elaborar una enquesta**. L'objectiu era senzillament crear un instrument de recollida d'informació, que fos d'utilitat per conèixer la situació

expressada per la població més gran de 65 anys del nostre municipi en aquella situació de pandèmia tan desconeguda per tothom.

Per **dissenyar l'enquesta** es va utilitzar l'eina encuestafacil.com, de forma gratuïta per deferència de l'empresa propietària, atès el caire social del projecte i la situació excepcional de la COVID-19.

Al punt 2.4 analitzarem el resultat a cadascuna de les preguntes de les enquestes realitzades a la població.

L'enquesta es va dissenyar de forma que ens havia de permetre l'explotació de dades disgregades per sexe, per edat i per nuclis de població, ja que el municipi està integrat per divuit nuclis diferenciats.

Es va dissenyar una formació mixta: amb dues sessions presencials i en línia de dues hores de durada. També vàrem aportar als professionals i a les professionals documentació i enllaços per ampliar la formació teòrica i s'establiren els canals de comunicació d'incidències.

Guió de contingut de la sessió formativa:

1. Qui som: presentació dels participants..., si tot funciona!
2. Per què i per a què: presentació objectius del projecte i objectius de la sessió formativa.
3. Un mitjà però no l'únic ni el més important: lectura de l'enquesta i dubtes per completar-la.
4. El més important ets tu més l'altra persona. Com em comunico amb ella?
   A. Informació de la documentació aportada per a la lectura i formació
   B. Formació exprés en pautes bàsiques sobre atenció telefònica i resolució de dificultats
      1. Pluja d'idees: quines habilitats són necessàries per realitzar una bona atenció telefònica?
      2. Desenvolupant habilitats
         2.1 Aprenent a escoltar
         2.2 Com practicar l'escolta activa
5. Coses amb què ens podem trobar:
   a) Explicació sobre possibles incidències que es donen en aquest tipus de projectes
   b) Informació del projecte realitzat en persones més grans de 75 anys que viuen soles

6. Sistemes de registre per recollir la intervenció: instruments de registre de trucades i de sol·licituds o incidències
7. Com hem organitzat aquesta tasca: organització de trucades per grups / zones de residència de la gent gran de la mostra. Informació i resposta a dubtes
8. I si passa alguna cosa o necessitem assessorament?: protocol de seguiment, coordinació i comunicació d'incidències
9. Posant els punts sobre les is: consulta de dubtes.

Els i les professionals de les altres àrees municipals descrites al següent punt no atenien de forma habitual des del seu lloc de feina demandes directes de població que podia estar en situacions de necessitat social. Era difícil preveure la càrrega mental, el desgast, la sobrecàrrega emocional que podien sorgir de les telefonades. Per donar suport a l'equip vàrem establir canals de comunicació directa i organitzada amb les dues professionals del Servei d'Intervenció Social i Gent Gran que havien impartit la formació. El suport es va distribuir en funció dels equips definits a la part logística.

Tan sols tres persones varen sol·licitar assessorament puntual per integrar situacions viscudes o per tenir més eines per orientar la població. En general, els i les professionals es mostraven molt satisfets amb el *feedback* que es va establir amb les persones grans amb les quals contactaven per telèfon, les quals expressaven satisfacció pel que els aportava la seva participació al projecte.

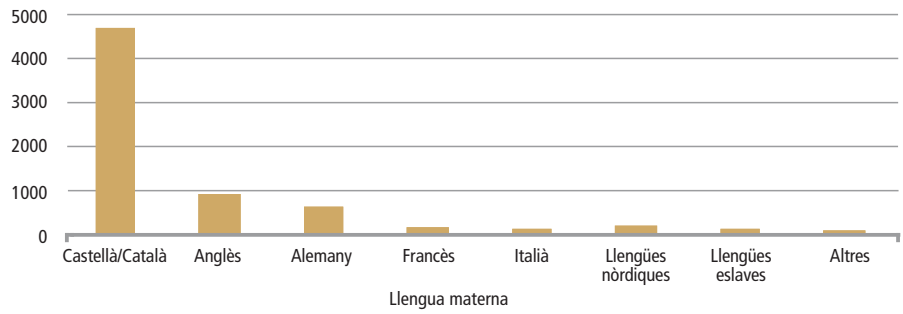
2.1.2. Logística i creació d'un grup de treball amb la col·laboració voluntària de treballadors i treballadores d'altres departaments

Per identificar la població diana vàrem recórrer al Servei de Població, al qual sol·licitàrem una llista de les persones més grans de 65 anys empadronades a Calvià amb la següent informació: data de naixement, nom i llinatges, lloc de residència, país de naixement, telèfon fix i telèfon mòbil. La llista obtinguda amb aquests indicadors tenia un total de 9.028 (nou mil vint-i-vuit) persones.

El primer tractament que vàrem aplicar a la llista fou distingir les persones amb telèfon, ja fos mòbil o fix, de les que no tenien registrat cap telèfon al padró. Amb aquest filtre ens varen quedar fora del projecte 2.171 (dues mil cent setanta-una) persones. El segon filtre que vàrem introduir fou el de classificar-los pel país de naixement. Amb aquest filtre cercàvem afavorir el fet comunicatiu, ja que presumíem que l'idioma amb què més s'entendrien i que més facilitaria la comunicació era el matern.

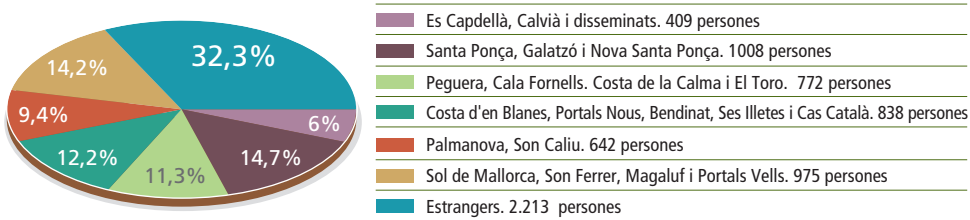
A partir d'aquest moment, vàrem aplicar un tercer filtre per a la població que pensavem que parlava en castellà o català, que va ser el de separar-los segons el polígon on residien i organitzar-los segons el nucli de població al qual pertanyien.

Gràfic 1 | *Classificació per llengües*



Font: Elaboració pròpia

Gràfic 2 | *Classificació per nuclis i llengua*



Font: Elaboració pròpia

La situació pandèmica anava avançant, les restriccions del confinament s'anaven alleugerint, i es preveia que en un termini breu de temps la nostra població més vulnerable podria sortir de casa. Es va planificar el treball perquè en un període inicial de deu dies es pogués fer la tasca de contactar amb les persones de cada grup.

Amb aquesta informació vàrem demanar al Departament de Recursos Humans que aportés auxiliars administratius o administratives amb les següents característiques: que fessin feina des de casa, que fossin treballadors i treballadores que ocupaven llocs de treball considerats no essencials pel Govern de l'Estat, que disposessin d'un telèfon mòbil corporatiu i que tinguessin accés a un ordinador amb connexió a internet.

La resposta fou una relació de trenta-vuit persones amb les quals es podia organitzar el treball de camp. L'assignació de les persones als grups es va fer prioritzant una persona de referència a la zona, que era el dinamitzador o la dinamitzadora corresponent, i després es va assignar la resta de companys i companyes fins a completar el nombre

necessari de persones per a cada grup. El grup de residents estrangers es va distribuir íntegrament entre les persones aportades pel departament de turisme.

2.2. Implementació

Arribat el moment de posar en marxa la part del programa de la recollida d'informació i de contacte amb la gent gran, vàrem sistematitzar la forma de registre.

El primer sistema de registre, el vàrem posar en marxa amb un full de càlcul compartit. Els membres de cada grup tenien accés a un document amb la informació necessària per poder fer les telefonades que els corresponien.

El sistema per registrar aquestes telefonades era un codi de color: si la persona responia a la telefonada, se seleccionava la fila corresponent i s'omplia de color verd. Quan la telefonada no era resposta, es marcava de color taronja. Si després de tres intents no es podia contactar amb la persona, el telèfon estava equivocat o no existia, es pintava de color vermell.

Aquest sistema ens permetia veure en temps real com evolucionava la fase del programa del treball de camp. La recollida de les dades es va estructurar en dos nivells: el primer es basava en l'enquesta preparada per l'equip tècnic del Servei d'Intervenció Social i Gent Gran, i el segon en un full de càlcul al qual es traslladaven les situacions o sol·licituds que ens transmetien les persones grans.

Per passar l'enquesta, els companys i les companyes varen rebre una formació específica. Es tractava de contactar amb la persona, d'anar-li fent l'enquesta mentre es mantenia una conversa càlida i propera amb ella, i introduir les dades que ens anava donant. La telefonada tenia un temps estimat de cinc minuts, tot i que hi havia telefonades que requerien més temps.

El full de càlcul era la forma de registre de les situacions, dubtes o necessitats que s'havien detectat, i que requerien una resposta o possible intervenció per part de l'Administració. Aquest document contenia un seguit de columnes (data de registre, nom i llinatges, telèfon, zona de residència, adreça, demanda, núm. d'expedient —que havien d'emplenar les treballadores i els treballadors socials—, observacions, nom de la persona que havia recollit la sol·licitud) que servien per introduir la informació i fer la devolució corresponent a cada persona.

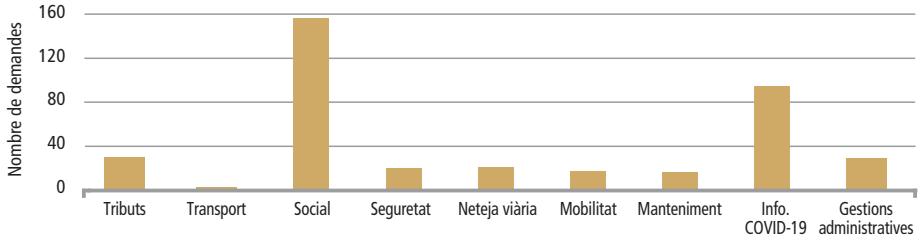
Les sol·licituds o situacions que recollíem eren tractades per poder oferir la resposta més adient per a les persones que les realitzaven. Per aquest motiu s'establí un altre codi de colors per classificar-les: si el registre recollia una sol·licitud de caire social (servei d'ajuda a domicili, manca de recursos econòmics, necessitat de suport emocional,

etc.) es marcava amb color rosa; en canvi, si el registre necessitava una resposta més informativa o referida a un tràmit administratiu, es deixava en blanc.

Aquest triatge era coordinat entre la cap de servei d'Intervenció Social i Gent Gran i el responsable de Projectes d'Àmbit Social.

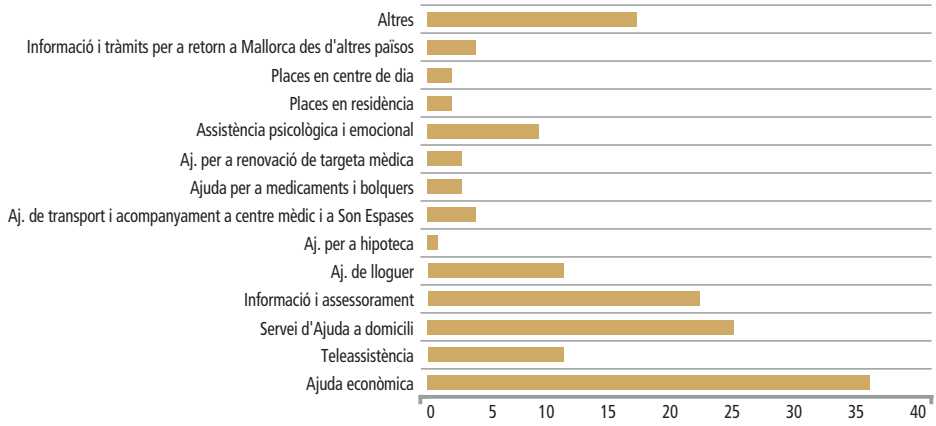
Quan la cap de servei confirmava que la demanda requeria la tramitació de qualque prestació social, l'assignava a una persona professional del treball social en l'àmbit de la gent gran, o es derivava a la psicòloga del servei perquè donés suport i fes el seguiment dels casos que ho haguessin de menester. Un cop assignat el cas, el o la professional es posava en contacte amb la persona i es tramitava allò que fos necessari per respondre a la situació a la qual s'havia de fer front.

Gràfic 3 | *Resum de demandes*



Font: Elaboració pròpia

Gràfic 4 | *Nombre de demandes socials per àmbit*



Font: Elaboració pròpia

En el cas de les consultes generals, el responsable de Projectes d'Àmbit Social les gestionava amb les persones dels serveis municipals que en tinguessin la responsabilitat.

Obtinguda la informació necessària per fer la devolució amb la resposta, es contactava amb la persona i li donaven la informació que havia requerit.

Vàrem recollir 391 consultes o sol·licituds. Les demandes socials que eren respostes per l'equip del Servei d'Intervenció Social i Gent Gran també varen ser variades, com podrem veure al gràfic número 4.

2.3. Avaluació de la implementació

Gràcies al seguiment de la implementació del treball de camp vàrem poder detectar un seguit de desviacions que dificultaven l'acompliment de la tasca que teníem encomanada i que no havíem tingut en compte a l'hora del disseny del programa. D'altra banda, ens va permetre respondre amb eficiència i rapidesa a situacions que sí que havíem previst que es podien donar. Les dificultats detectades i resoltes varen ser: fer les telefonades amb el número de telèfon ocult, ja que creava inseguretat a les persones que les rebien; la necessitat de suport psicològic per donar eines d'afrontament de la càrrega emocional dels companys i les companyes que feien les telefonades, i la necessitat de reorganització del projecte en funció de la disponibilitat laboral dels companys i les companyes dels altres serveis que feien el treball de camp.

2.4. Anàlisi de les dades recollides a l'enquesta

Acabat el treball de camp, arribava el moment d'analitzar les dades que ens oferia el conjunt de les enquestes. La plataforma ens permetia exportar les dades en dos formats: un primer format, en forma de full de càlcul, al qual es podien aplicar els filtres que consideréssim oportuns per organitzar les dades de la forma més convenient per al que volíem analitzar. O en un segon format, en PDF, al qual l'aplicació web que allotjava l'enquesta exportava les dades segmentades segons els indicadors que indiquéssim. Aquest segon format és el que vàrem emprar, ja que ens aportava una informació molt completa i clara.

Les dades obtingudes foren analitzades per l'equip del Servei d'Intervenció Social i Gent Gran i presentades a l'equip de govern per la regidora de Desenvolupament Social, Infància i Gent Gran, conjuntament amb la tinenta de batle de Cohesió Social, Igualtat i Policia Local, i es varen remetre a cada regidor i regidora de zona les dades globals dels nuclis de població dels quals són responsables, per tal que tinguessin el coneixement del que sentien i vivien les persones més grans de seixanta-cinc anys del seu entorn.

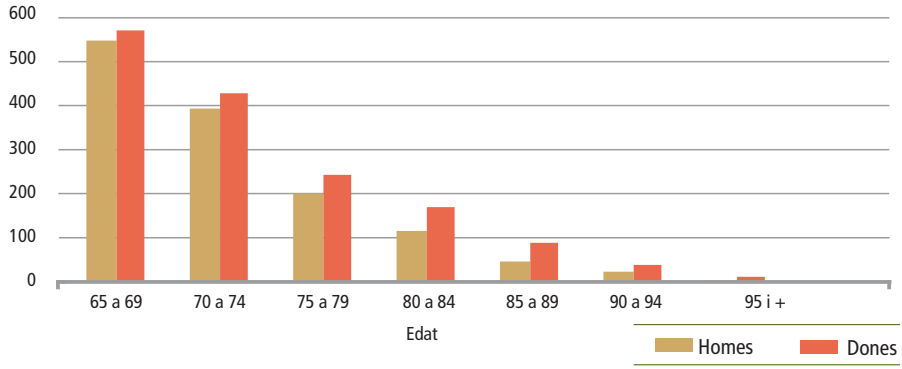
Gràfic 5 | *Telefonades realitzades*

Font: Elaboració pròpia

La nostra població objectiu era la població empadronada al municipi més gran de 65 anys, que en el moment del projecte eren 9.028 persones. Entre el 7 i el 27 de maig de 2020 férem un total de 8.932 telefonades i contactàrem amb 3.506 persones, un 40.5% de les 6.857 persones que tenen telèfon registrat al padró municipal. Varen contestar **l'enquesta 3.184 persones més grans de 65 anys.**

En cada trucada telefònica es varen fer una sèrie de preguntes per obtenir informació útil per millorar la seva qualitat de vida, conèixer com es trobaven, quines eren les seves necessitats i si estaven cobertes. Volíem, sobretot, transmetre suport, respecte, consciència de la gran importància que tenen les persones grans en la nostra estructura social. La resposta de la població més gran de 65 anys a la nostra crida va ser, en la majoria dels casos, d'agraïment i satisfacció pel contacte i per la preocupació demostrada.

Gràfic 6 | *Perfil sexe i edat*

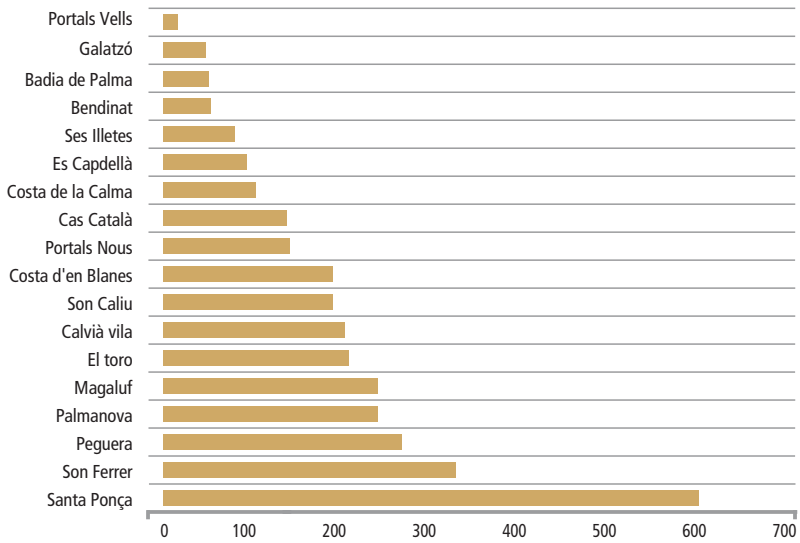


Font: Elaboració pròpia

La participació ha estat bastant equitativa per sexes: 1.447 persones han estat homes, el 46% del total, i 1.674 dones, el 54%. Un 38% de les persones enquestades tenien entre 65 i 69 anys, un 29% entre 70 i 74 anys, un 15% de 75 a 79 anys i un 10% de 80 a 84 anys. Les persones més grans de 85 anys han estat el 8%.

De tot el municipi, en les zones en què s'han contestat més enquestes ha estat Santa Ponça, 594, i Son Ferrer, 324; seguides de Peguera, Palmanova i Magaluf, amb un total a cada zona d'entre 240 i 265 enquestes. A Calvià vila s'han contestat 199 enquestes, al Toro 204 i a Son Caliu 204. Al Capdellà se'n respongueren 92.

Gràfic 7 | *Dades per zones*

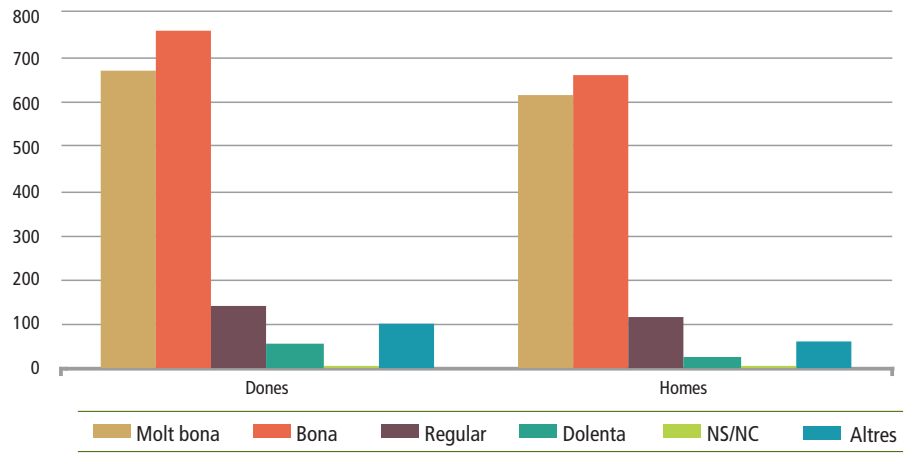


Font: Elaboració pròpia

Percepció de la situació personal durant estat d'alarma

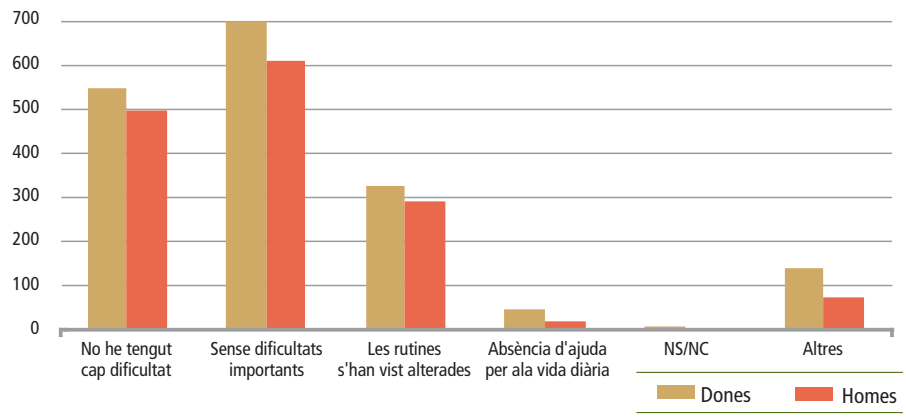
El 86% de les persones enquestades han assenyalat que durant l'estat d'alarma s'han trobat bé o molt bé. Un 43% no ha vist alterades les seves rutines i un 20% ha expressat que s'han alterat les seves rutines o que ha tingut alguna dificultat per a la vida diària. El 41% de les dones valora la seva salut com a molt bona; el 46%, com a bona; el 9%, com a regular, i només el 3%, la valora malament. El percentatge d'homes que valora la seva salut com regular ha estat només del 8%. La percepció sobre salut entre sexes està molt igualada.

Gràfic 8 | *Com es troba de salut*



Font: Elaboració pròpia

Gràfic 9 | *Com ha passat el període de confinament*



Font: Elaboració pròpia

Pel que fa al període de confinament, 1.061 persones grans ens han expressat que l'han passat molt bé, és a dir, el 34% del total. El 43%, 1.331 persones, han dit que bé i que no han tingut dificultats importants, un 20% han tingut alguna dificultat per a les activitats de la vida diària.

El 3% de la població més gran de 65 anys manifesta haver-ho passat malament durant el confinament. No hi ha diferències significatives entre les zones ni entre els sexes.

Com ha passat la situació de més soledat i aïllament?

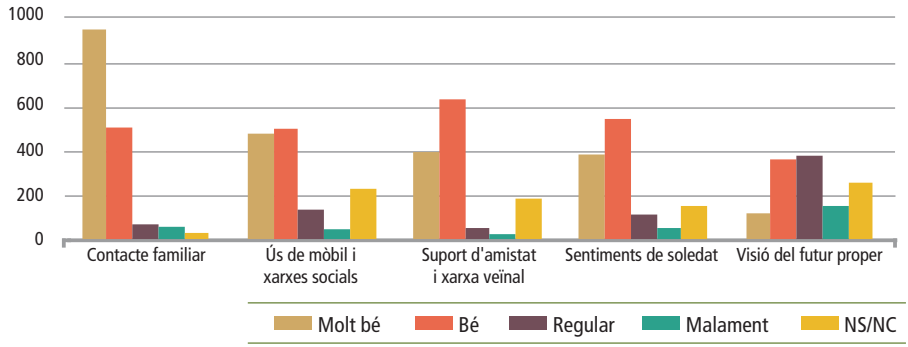
El que percebien pitjor les dones després del confinament era, en un 51% dels casos, la visió del futur pròxim i, en un 25%, el suport de xarxa veïnal. En els homes el percentatge ha estat molt semblant, amb un 54% respecte a la seva visió del futur pròxim i un 24% pel que fa al suport de xarxa veïnal.

Les persones enquestades no reflecteixen en les seves respostes que el contacte familiar ni el suport veïnal s'hagin vist modificats a grans trets, però sí la seva visió del futur pròxim. Així, el 53% de la mostra manifesta que porta malament la seva percepció sobre el futur emergent. El 61% considera que el contacte familiar ha estat molt bo o bo. Un 42% afirma haver tingut un suport bo o molt bo d'amistats i veïns.

Un 58% afirma haver suportat molt bé o bé els sentiments de solitud. No s'aprecien diferències significatives entre dones i homes. Un 15% expressava que ha suportat malament l'absència o la falta de contacte familiar, i un 13%, l'augment de la solitud (vegeu els gràfics 10 i 11).

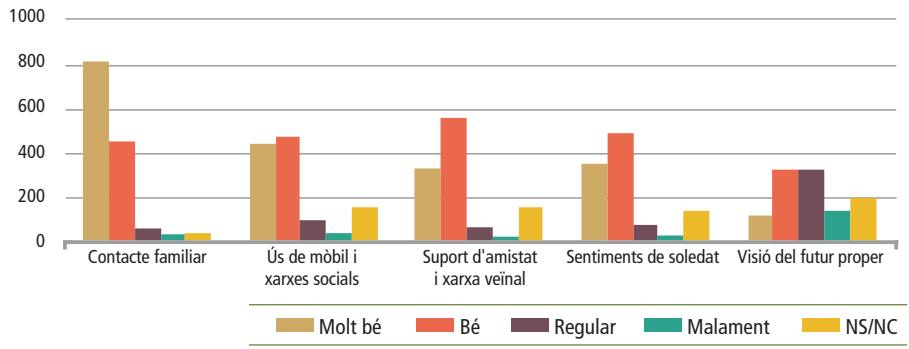
El 57% ha fet ús del telèfon o de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC). Caldrà analitzar si el 25% que respon NHS/NC en aquest ítem és perquè no hi té accés i/o no sap usar-les. Parlem de 383 persones grans que han contestat l'enquesta. En relació amb les amistats i el veïnatge, un 42% contesta que la situació ha estat bona o molt bona. El 22%, 334 persones, ha contestat a aquest ítem que «no ho sap/no contesta», cosa que ens porta a la hipòtesi que per ventura hi ha absència de xarxa de suport.

Gràfic 10 | *Percepció dels homes sobre la situació de major soledat i aïllament*



Font: Elaboració pròpia

Gràfic 11 | *Percepció de les dones sobre la situació de major soledat i aïllament*

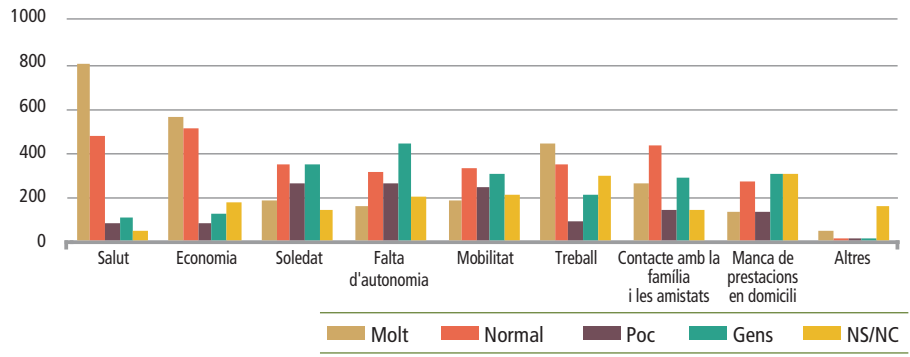


Font: Elaboració pròpia

Què el preocupa més ara que acaba la situació de confinament?

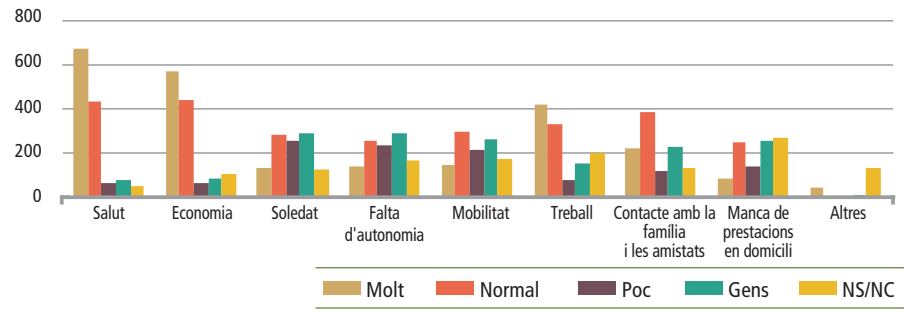
El que més preocupa a les dones i als homes és, en primer lloc, la salut (el 54% de dones i el 52% d'homes), després l'economia (el 39% de dones i el 45% d'homes) i l'ocupació (el 32% de dones i el 35% d'homes). Les diferències entre sexes són poc significatives. Preocupa molt la salut a 1.492 persones, el 53% de la mostra. Segueixen l'economia, a un 42% dels enquestats, i l'ocupació, al 33%. També a un 20% de la població enquestada, 483 persones, els preocupa molt el futur respecte al contacte familiar o social.

Gràfic 12 | *Preocupació de les dones a l'hora d'acabar la situació de confinament*



Font: Elaboració pròpia

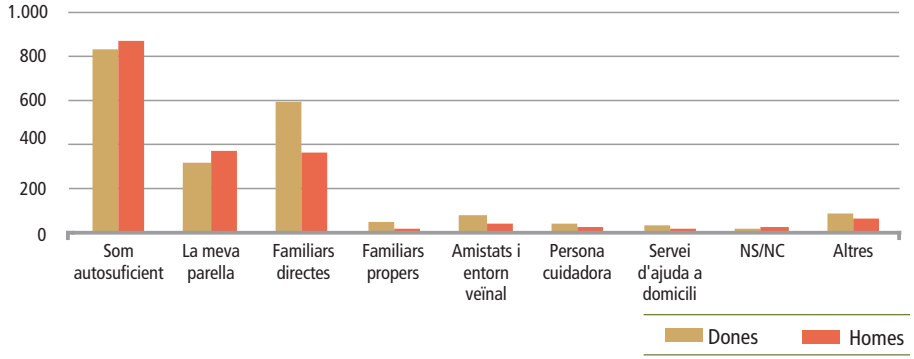
Gràfic 13 | *Preocupació dels homes a l'hora d'acabar la situació de confinament*



Font: Elaboració pròpia

Valoració de necessitats

Gràfic 14 | *Qui s'encarrega de cobrir les seves necessitats*



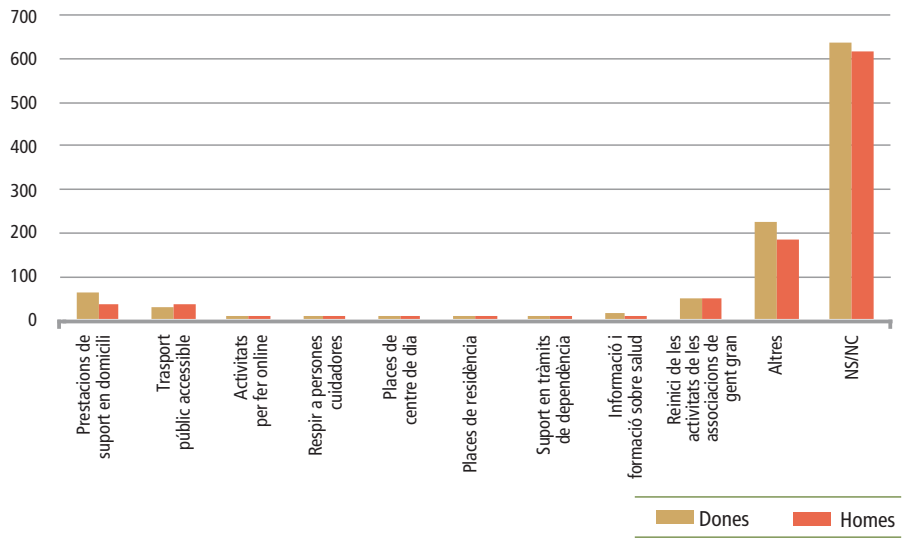
Font: Elaboració pròpia

El percentatge d'homes que es consideren autosuficients per cuidar-se sols és del 62% i el de les dones és el 52%. Un 37% de dones són cuidades per familiars directes; pel que fa als homes, és el 26%. Aquest fet té a veure amb la major esperança de vida de les dones. Un 73% de les persones més grans de 85 anys manifesta que necessita cures, de les quals s'ocupen principalment familiars directes.

Un 57% de la població enquestada, 1.756 persones, és autosuficient per cobrir les seves necessitats. Un 23% afirma que necessita la seva parella. Distribuïts per sexes, hi ha un 26% d'homes que es recolzen en la seva parella, enfront del 20% de les dones. Tan sols

un 4% cobreixen les seves necessitats amb amistats o veïnatge, un 2%, amb cuidadors o cuidadores privats, i un 1%, amb servei d'ajuda a domicili.

Gràfic 15 | *Té alguna necessitat d'atenció no coberta en la qual li puguem ajudar des de l'Ajuntament*



Font: Elaboració pròpia

Les diferències entre sexes en relació amb les prestacions o les ajudes que necessiten estan molt igualades percentualment: el 6% de les dones i el 4% dels homes sol·licitaren ajudes de suport a domicili, i el 3% de les dones i el 4% dels homes sol·licitaren ajudes i millores per a transport.

A la pregunta de si les persones grans enquestades tenien alguna necessitat d'atenció no coberta en la qual l'Ajuntament podia intervenir, el 67% de les persones han contestat que en aquests moments no. Un 20% no ho sap o no contesta, i un 15% sol·licita informació sobre places en residències o suport de prestacions a domicili.

A més, es pot apreciar que a partir de 85 anys augmenta, en comparació amb edats anteriors, la petició de suport d'ajudes a domicili com la teleassistència, el servei de menjar i d'ajuda al domicili, etc. Un 5%, 95 persones, ha assenyalat la necessitat de prestacions domiciliàries i un altre 5% ha demanat l'obertura de les activitats en les associacions de gent gran. El 3% de la població demana transport accessible al municipi.

3. Conclusions

Amb aquest projecte ha quedat clara la importància del treball en equip amb una visió transversal i multiprofessional centrada en els objectius i la tasca que cal desenvolupar. Pel que fa a les bones pràctiques socials, ens hem basat en les descrites en les accions del pla de gestió del coneixement de l'Àrea de Drets Socials de l'Ajuntament de Barcelona, que han estat presents en tot el procés.

L'enquesta utilitzada és un instrument millorable i no validat i, per tant, no podem comparar-ne els resultats amb altres estudis similars. Aquest fet ens du a valorar la necessitat de tenir instruments consensuats, actualitzats i adaptats a les noves realitats socials que formen part del procés d'envellir al segle XXI. També és bàsica l'adequació i l'actualització de les bases de dades que permetin tenir un coneixement clar i ràpid de la realitat social del municipi.

Fent les telefonades hem comprovat que l'edat no és un element d'homogeneïtat i que la vellesa està plena de mites que no tenen a veure amb la diversitat de les persones que tenen més de 65 anys. Fins i tot aquesta edat, que simbolitza l'inici de l'edat no productiva per a la majoria de les persones treballadores fora de la llar, s'associa a un moment clau del procés d'envelliment que en molts de casos indica l'inici d'una etapa de major gaudiment i no de fragilitat. Considerem que aquesta pandèmia ha fet créixer actituds i un discurs, sovint edatista, viscut com un atac a la dignitat, a la identitat i als drets de les persones de més edat. Com diu la professora Brené Brown (2013), reconèixer la vulnerabilitat empodera, encara que en les relacions de cura es donen situacions de poder i tots plegats cometem errors. Prova d'això és que l'edatisme, la gerontofòbia i els estereotips vinculats a aquest col·lectiu segueixen molt presents en la societat (FCTC, 2021).

És necessari establir canals directes de comunicació periòdica i propera per conèixer l'opinió de la ciutadania en tot el que forma part de la seva vida. Al municipi de Calvià volem formar part del nou paradigma d'entendre la vellesa i caminar cap a un nou concepte de benestar basat en el «ser» i no tant en el «fer», és a dir, passar de centrar-nos en l'«activitat» a enfocar-nos en el desenvolupament d'un projecte personal, en una vida amb sentit i significat, tal com s'assenyala a la presentació del cicle Reptes Socials, creat sota la direcció científica de Javier Yanguas i organitzat per la Fundació la Caixa. Per arribar a aquest objectiu, ens queda un llarg camí en el qual l'escolta activa i fluida ha de formar part del nostre dia a dia.

L'estudi ha arribat a 3.506 persones d'un total de 9.208 persones més grans de seixanta-cinc anys empadronades al municipi. No hem aconseguit arribar a més del 55% de la població. Ens demanem com podem arribar al màxim nombre de persones, si hi ha

població en situació de necessitat que no coneixem i a la qual no podem donar suport. És necessari cercar formes alternatives de comunicació i de recollida d'informació: crear la línia de telèfon específica per a les persones grans ja prevista, dur endavant els projectes ja pensats i que el pressupost contempli ajudes específiques per eliminar la bretxa digital, potenciar les xarxes de suport veïnals, crear horaris específics d'atenció, fer consultes i enquestes periòdiques a la població per diferents mitjans: presencials, telefònics, telemàtics.

De les dades de l'enquesta i de les demandes directes que s'han anat recollint veiem clara la urgència de donar forma i potència al programa de suport a les famílies cuidadores i crear serveis de respir i de fer-ho amb perspectiva de gènere, atesa la major longevitat de les dones i les necessitats de cura de la població de més edat.

Un tema que s'ha de consultar a la ciutadania és la proposta de formar part de la Xarxa Mundial de Ciutats Amigues de les Persones Grans de l'OMS que, juntament amb el desenvolupament del Pla Integral, ha de definir l'enfocament comú del fet d'envellir a Calvià.

Ara el repte és aconseguir que les persones grans del nostre municipi sentin que les persones responsables polítiques i tècniques que treballem per solucionar la manca de recursos i de prestacions de caràcter psicosocial estem al seu costat, que volem conèixer si hi ha necessitats que no hem detectat o de les quals no som conscients, si podem fer noves accions que millorin el seu accés als recursos i que es garanteixin els seus drets, un cop acabi la situació de pandèmia. Volem conèixer com podem ajudar la població més gran de seixanta-cinc anys i les seves famílies i donar-los suport per pal·liar les conseqüències derivades de les dificultats viscudes aquest darrer any i mig, i alhora com podem ajudar a abordar la nova etapa, que suposarà un gran repte social en què tothom hem d'aprendre com conviure i viure.

Tot això ens permetrà ajustar les actuals i futures línies d'intervenció des de l'àmbit municipal, treballar conjuntament amb les altres administracions públiques i entitats del tercer sector per tal de garantir i fer realitat una societat equitativa, justa, enfocada al creixement de les persones: som éssers humans i socials, amb drets objectius i situacions personals, culturals, psicològiques, biològiques distintes per a cada persona, família i col·lectiu o grup que conformen la nostra societat.

Agraïments

Hem d'agrair especialment a les companyes del Servei d'Intervenció Social i Gent Gran, Gloria Cárcamo, Ana Ronda i Sheila Valverde, la seva implicació en el projecte, la preparació de forma intensa i intensiva de la formació en línia, cosa que va suposar un

gran repte, i el suport psicològic als companys i les companyes que duien a terme el treball de camp.

També volem agrair el treball a totes aquelles persones dels departaments de Batlia, Sancions, Activitats, Joventut, Cultura i Turisme que han col·laborat en el projecte «L'Ajuntament al teu costat», que han dut a terme el treball de camp i han hagut d'enfrontar-se a una realitat a vegades dura i complicada, i a l'hora gratificant, a la qual no estaven avesades.

Agraïm de tot cor, l'esforç realitzat per tot l'equip professional del Departament de Desenvolupament Social, Infància i Gent Gran. Especialment, volem agrair a Sonia Marí i Cèsar Oltra, equip de treball social, i a Magdalena Calafat, coordinadora, de l'empresa Estudi 6 , la seva implicació en aquest projecte. Som conscients de l'elevat nivell de pressió assistencial viscut al llarg del darrer any i mig, on heu demostrat de forma magistral la vostra professionalitat i qualitat humana.

Agraïm a la dinamitzadora de gent gran, María Peñarrubia, a l'empresa Serveis d'Ajuda a la Comunitat S. L. que du a terme l'ajuda a domicili i a Creu Roja que du a terme la Teleassistència, el seu suport en l'atenció i detecció de necessitats i situacions de vulnerabilitat. També agraïm a les persones responsables de l'empresa Eroski, l'ajuda i suport per a dur al domicili de la gent gran els productes d'alimentació necessaris durant el confinament.

Agraïm la invitació rebuda per part de les persones responsables de l'Anuari d'envelliment que ens ha dut a fer aquest article, moltes gràcies per la vostra paciència davant els canvis.

I agraïm infinitament el caliu humà, les opinions, els suggeriments, l'atenció i disponibilitat, la confiança, l'exemple de resiliència i ciutadania de les persones majors de seixanta-cinc anys i dels veïns i veïnes del municipi de Calvià.

Agraïm també a l'empresa encuestafacil.com la gratuïtat de l'eina emprada per fer l'enquesta a la població.

Amb agraïment per la vostra lectura d'aquest article, us volem recordar que tots i totes, a qualsevol edat, som ciutadania del lloc on vivim, un lloc en interacció amb el planeta Terra que ens acull. Som un nosaltres, fet de milions de petites i grans realitats enllaçades.

Referències bibliogràfiques

Balluerka Lasa, N., Gómez Benito, J., Hidalgo Montesinos, M. D., Gorostiaga Manterola, A., Espada Sánchez, J. P., Padilla García, J. L. i Santed Germán, M. A. (2020). *Las consecuencias psicológicas de la COVID y el confinamiento*. Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco.

Brown, B. (2013). *Frágil. El poder de la vulnerabilidad*. Editorial Urano.

Ceballos Linares, A., Quintana Teruel, B., Guijo Sánchez, E. M., Romero Broto, N., Redrado Giner, J. G. i García Malla, F. (2020, novembre) Consecuencias de la soledad en las personas mayores por el covid-19. *Revista Sanitaria de Investigación*.

Díez Nicolás, J. i Morenos Páez, M. (2015). *La soledad en España*. Fundación ONCE, Fundación AXA.

Federació de Cooperatives de Treball de Catalunya (FCTC) (2021). Entrevista realitzada per Irene Moulas a Eva Salaberria (Coordinadora del Pla de Ciutat Donostia Lagunkoia). *Revista **Nexe***, 19 d'abril de 2021.

Fernández-Ballesteros, R. i Sánchez-Izquierdo Alonso, M. (2020). Impacto del COVID-19 en personas mayores en España: algunos resultados y reflexiones. *Clínica y Salud*, *31*(3), 165-169. https://doi.org/10.5093/clysa2020a25

Martínez, Teresa (2013, darrera revisió 2017). *La atención centrada en la persona.* www.acpgerontologia.com

Medidas de prevención y actuación en los Servicios de Ayuda a Domicilio ante COVID-19 (Març de 2020). Govern de les Illes Balears

Pérez, J., Abellán, A., Aceituno, P. i Ramiro, D. (2020, març). *Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos*. Informes. Envejecimiento en Red, 25, 1-39. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf

Pinazo-Hernandis, S. (2020, setembre-octubre). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *55*(5), 249-252.

Rodríguez Rodríguez, V. (2020). Soledad y salud mental en tiempos de covid-19. *Una visión global de la pandemia covid-19. Qué sabemos y qué estamos investigando desde el CSIC*, 227-233.

Rodríguez Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Fundación Pilares para la Autonomía Personal, 1.

Autors

EMPAR SANTACREU OLIVER

Sóller (1962). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Especialista universitària en Gerontologia Social, amb formació i docència en els àmbits de persones grans, persones amb discapacitat i diversitat funcional, serveis socials, dona i igualtat, participació i cohesió social i pedagogia del cos i el moviment. Entre 1997 i 2004 va ser sotsdirectora a la Llar de Majors de Calvià. Des de 2017 dirigeix el Servei d'Intervenció Social i Gent Gran de l'Ajuntament de Calvià. Entre d'altres, ha coordinat el disseny del nou Pla Integral d'Atenció a les Persones Grans del Municipi de Calvià i el recent estudi «Anàlisi i identificació dels factors de risc de les dones grans víctimes de violència de gènere», realitzat amb la Fundació Universitat-Empresa de les Illes Balears, pendent de difusió i publicació.

CRISTINA GAMUNDÍ MASSAGUÉ

Palma (1970). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Gerontologia Social Aplicada per la Universitat de Barcelona, amb formació en el àmbits d'intervenció social i en gestió de polítiques públiques.Tècnica de l'àrea social de l'Ajuntament de Calvià des de l'any 1998 en projectes de serveis socials, infància, cooperació social i internacional, envelliment actiu, igualtat, i participació ciutadana. Des del 15 d'octubre de 2019 és la responsable de la direcció del departament de Desenvolupament Social, Infància i Gent Gran.

XISCO GUARÍ TORRES

Es Capdellà (1983). Tècnic superior en educació infantil (IES Antoni Maura, 2012) i tècnic en cuina (IES Calvià, 2004), a més, cursa el grau de Gestió i Administració Pública a la Universitat Oberta de Catalunya. Actualment ocupa un lloc de lliure designació com a responsable de projectes de l'Àmbit Social de l'Ajuntament de Calvià, i desenvolupa la seva tasca, principalment, en els àmbits de la cooperació local i internacional, la infància i els programes públics d'accessibilitat universal.

CARLOS MUÑOZ TORO

Urb. Galatzó (1986). Diplomat en Educació Física i màster en Gestió, Producció i Organització d'Esdeveniments de la Indústria Cultural i de l'Entreteniment. Va treballar com a dinamitzador juvenil al Servei de Joventut de l'Ajuntament de Calvià entre 2009 i 2015. Actualment ocupa el càrrec de responsable de dinamització cultural i actes culturals del Servei de Cultura de l'Ajuntament de Calvià.

EL COMPROMÍS DE LA CREU ROJA AMB LES PERSONES GRANS A LES ILLES BALEARS

El compromís de la Creu Roja amb les persones grans a les Illes Balears

Deyana Mihaylova Popova
Juan Carlos Ballesteros Nielsen
Elizabeth Gutiérrez Ventura
Marta Mateu Sastre

Resum

Durant les darreres tres dècades, la Creu Roja ha estat i és una entitat referent en l'atenció a la gent gran. Ha anat desenvolupant diferents projectes per poder estar al seu costat, adaptant-se a les seves necessitats canviants, reajustant i millorant constantment la seva intervenció.

En l'actualitat, la seva acció està basada en una estratègia d'atenció integral, dirigida a la gent gran, les persones cuidadores i al seu entorn més proper, amb l'objectiu de millorar la seva qualitat de vida durant el procés d'envelliment. De manera transversal, l'estratègia inclou la implantació de la cultura del bon tracte a la gent gran, la perspectiva de gènere i l'enfocament comunitari.

El capítol fa un resum de l'estratègia esmentada abans, detalla la detecció de necessitats de la gent gran, amb una metodologia centrada en la persona, diferenciant entre dones i homes en l'àmbit rural i urbà.

Així mateix, desgrana l'atenció oferta en els diferents punts d'actuació de l'entitat a les Illes Balears, amb projectes i activitats específicament dissenyats per cobrir les necessitats detectades i desenvolupades des de la proximitat, gràcies a l'acció voluntària.

Es dedica una reflexió als aspectes diferencials en l'atenció de la Creu Roja a la gent gran i la creació d'una cultura del bon tracte.

Finalment, es fa un resum de la situació de les persones grans i les seves famílies cuidadores durant la crisi provocada per la COVID-19, fent valer el Pla Creu Roja Respon.

Resumen

Durante las últimas tres décadas, Cruz Roja ha sido y es una entidad referente en la atención a las personas mayores. Ha ido desarrollando diferentes proyectos para poder estar a su lado, adaptándose a sus necesidades cambiantes, reajustando y mejorando constantemente su intervención.

En la actualidad, su acción está basada en una estrategia de atención integral, dirigida a las personas mayores, las personas cuidadoras y a su entorno más cercano, con el objetivo de mejorar su calidad de vida durante el proceso de envejecimiento. De manera transversal, la estrategia incluye la implantación de la cultura del buen trato a las personas mayores, la perspectiva de género y el enfoque comunitario.

El capítulo hace un resumen de la estrategia arriba mencionada, detalla la detección de necesidades de las personas mayores, con una metodología centrada en la persona, diferenciando entre mujeres y hombres en el ámbito rural y urbano.

Así mismo, desgrana la atención ofrecida en los diferentes puntos de actuación de la entidad en las Islas Baleares, con proyectos y actividades específicamente diseñados para cubrir las necesidades detectadas y desarrolladas desde la proximidad, gracias a la acción voluntaria.

Se dedica una reflexión a los aspectos diferenciales en la atención de Cruz Roja a las personas mayores y la creación de una cultura del buen trato.

Finalmente, se hace un resumen de la situación de las personas mayores y sus familias cuidadoras durante la crisis provocada por la COVID-19, poniendo en valor el Plan Cruz Roja Responde.

1. Introducció

La Creu Roja, com a entitat humanitària singular, estén la seva acció sobre diferents àrees de la vida humana, responent sempre a les situacions de major vulnerabilitat. Dins de la seva estructura, l'Àrea d'Atenció a Persones Majors, amb Discapacitat i Cuidadores, és la més extensa quant a quantitat de persones ateses, d'equips humans i d'intensitat de les intervencions. Cada any, més de 260.000 persones grans en l'àmbit nacional i prop de 10.000 a les Illes Balears reben algun tipus de suport per part de l'entitat.

Aquesta relació amb les persones grans s'inicià fa més de tres dècades i, sense perdre gens de qualitat humana, es va ampliant i millorant amb els anys, a força d'escoltar les persones, detectar i identificar les seves necessitats, per poder donar respostes més encertades. Així, el seu equip tècnic i voluntari és capaç de prevenir i pal·liar problemàtiques com la falta d'autonomia, la solitud no desitjada, la sobrecàrrega per cures o els maltractaments, entre d'altres.

El 2017, basant-se en la seva àmplia experiència i en una anàlisi detallada de les necessitats de les dones i els homes grans, la Creu Roja elabora una estratègia d'atenció, que no sols li permet afrontar els diferents reptes de l'actualitat sinó també mirar amb confiança cap al futur.

2. L'estratègia de la Creu Roja amb les persones grans

L'estratègia de la Creu Roja amb les persones grans resumeix els diferents sistemes que l'entitat té per ser al costat de les dones i els homes grans, les seves famílies cuidadores i el seu entorn més pròxim. L'objectiu principal és **millorar la seva qualitat de vida**

durant el procés d'envelliment. Per aconseguir-ho, es parteix d'una anàlisi exhaustiva de necessitats, un posterior pla d'abordatge de les problemàtiques detectades i una projecció cap al futur.

Els principals reptes als quals dona resposta l'estratègia són l'atenció integral i personalitzada de les persones grans, la detecció de les possibles fonts de vulnerabilitat, la intervenció efectiva en les diferents problemàtiques i la creació d'una **cultura del bon tracte** cap a la gent gran.

Els perfils de les persones a les quals va dirigida l'estratègia són identificats en funció de la detecció de necessitats i agrupats en tres casuístiques:

A. Persones més grans de 65 anys amb alguns dels problemes detectats:

- Autonomia personal reduïda.
- Deteriorament lleu o moderat de les funcions cognitives.
- Situació de solitud no desitjada.
- Alteració del benestar físic.
- Abús, negligència, maltractament o risc de patir-ne.

B. Persones que cuiden una o més persones més grans de 65 anys i que se senten sobrecarregades i/o tenen dificultats en la seva labor cuidadora.

C. Persones entorn dels 65 anys que reuneixen un o més factors de risc i volen dur a terme un procés d'envelliment actiu, participatiu i saludable.

Per a l'atenció de les persones de cada perfil, es plantegen els **objectius específics** corresponents i es fixen **resultats esperats**. Al mateix temps, es tenen en compte també els factors socials i de l'entorn de les persones grans i cuidadores.

Per fixar els resultats esperats de cada intervenció, **l'estratègia** se centra en les **causes** que dificulten que la persona pugui superar per si sola la problemàtica detectada:

a. La persona **no sap** que té un problema, quin risc suposen uns certs hàbits o conductes o no té la informació necessària per resoldre la seva situació. En aquest cas, el resultat esperat seria millorar els seus coneixements.

b. La persona sap com resoldre el problema i ho vol fer, però **no pot** fer-ho per ella mateixa. Per això, hem d'aconseguir els recursos necessaris per a la resolució del problema.

c. La persona sap com resoldre el seu problema i podria fer-ho, però **no fa el necessari** per resoldre'l o reduir els factors de risc. Llavors, hem d'emprendre un procés de desenvolupament personal necessari per a la resolució del problema.

La majoria de les vegades, es tracta d'una combinació de diverses causes, per la qual cosa és necessari elaborar un pla específic de treball, amb la participació activa de la persona afectada. Aquest pla inclou una selecció d'activitats que l'ajudin a superar o millorar la situació viscuda.

Les principals activitats es poden veure a la taula mostrada a continuació, organitzades segons el resultat esperat de l'acció.

Taula 1 | *Activitats segons els resultats esperats*

RESULTAT ESPERAT 1. Millorats els coneixements necessaris per a la resolució del problema	**RESULTAT ESPERAT 2.** Aconseguits els recursos necessaris per a la resolució del problema	**RESULTAT ESPERAT 3.** Emprès el procés de desenvolupament personal necessari per a la resolució del problema
Accions d'informació	Acompanyaments	Acompanyaments
Capacitació	Mobilitzacions en vehicles	Mediació familiar
Assessoraments	Lliuraments de productes de suport i tecnològics	Capacitació
	Assistència	Seguiments personalitzats

Font: elaboració pròpia

És important destacar que el compliment dels objectius marcats i el desenvolupament de les activitats proposades amb cadascuna de les persones ateses es fa possible gràcies a un equip de voluntariat format, motivat i ben organitzat.

Per acabar, hem d'esmentar les **línies estratègiques** que s'han anat traçant amb l'acció dels darrers anys i que marcaran la nostra **manera de treballar en el futur**. Entre aquestes línies destaquen:

- La protecció a la gent gran i promoció del bon tracte.
- La lluita contra la solitud.
- La incorporació de la perspectiva de gènere.
- La priorització de la perspectiva comunitària.
- La consideració del factor hàbitat (rural/urbà).
- La cooperació amb altres entitats públiques i privades.

Per descomptat, aquesta estratègia s'acompanya de les eines adequades i suficients perquè els equips de treball a l'àmbit local puguin identificar les necessitats a dalt esmentades, posant el focus en un acolliment i valoració previs, una atenció basada en el Pla personalitzat d'intervenció (PPI), una avaluació del procés i dels resultats aconseguits, i un compromís posterior amb la persona atesa.

La figura de baix mostra el procés anomenat Marc d'Atenció a les Persones (MAP), metodologia sobre la qual la Creu Roja basa tota la seva atenció centrada en les persones més vulnerables de la nostra societat.

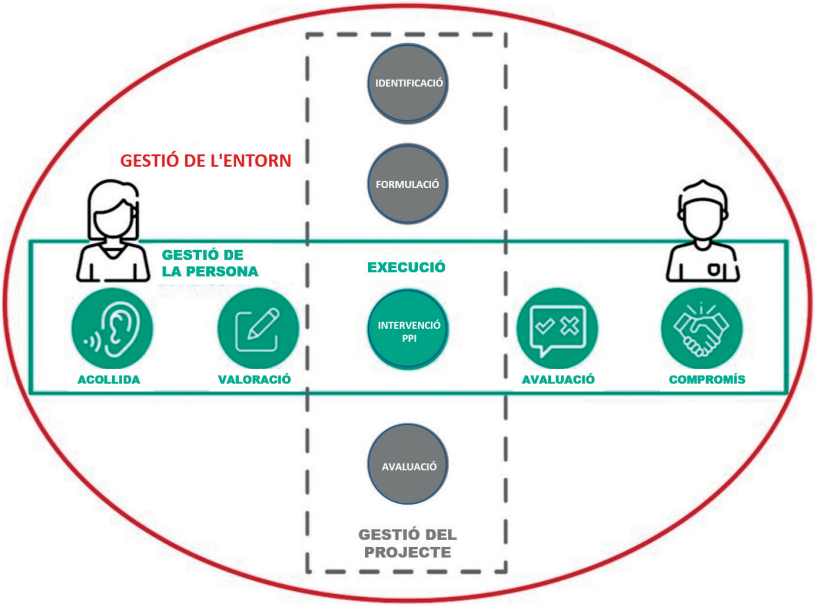


Figura 1. *Marc d'Atenció a les Persones*

3. El compromís amb les persones grans de Mallorca, Menorca, Eivissa i Formentera

Una de les grans potencialitats de la Creu Roja, que li permet mantenir i projectar cap al futur el seu compromís amb les dones i els homes grans a les Balears, rau en la **capil·laritat** de la seva intervenció. El fet de tenir distribuïdes en el territori balear 12 assemblees locals i diversos punts d'activitat i presència local **permet desenvolupar la nostra activitat basant-nos en criteris de proximitat.** El voluntariat de cada municipi du a terme la seva acció en els llocs més pròxims a la seva residència, fomentant així una vinculació major entre les persones ateses i l'entitat.

En la taula presentada a continuació, es pot observar la cobertura territorial de la Creu Roja per illes.

Taula 2 | *Cobertura territorial de la Creu Roja a les Illes Balears*

OFICINES D'ATENCIÓ DE LA CREU ROJA A LES ILLES BALEARS			
MALLORCA	**ADREÇA**	**TELÈFON**	**MUNICIPIS D'ATENCIÓ**
ALCÚDIA	C/ de l'Hostal, 6A (07400 Alcúdia)	971547612	Alcúdia, sa Pobla, Muro, Pollença, Santa Margalida i Can Picafort
CAPDEPERA	C/ d'Hernán Cortés cantonada c/ de la Serreta (07590 Cala Rajada)	871203166	Capdepera, Son Servera, Artà i Cala Millor
ARTÀ	Plaça de l'Ajuntament, 1 (07570 Artà) Situat a l'Ajuntament d'Artà, Departament de Serveis Socials	600409966 Horari d'atenció: dimecres de 9 a 12 h	Artà
INCA	Av. del General Luque, 223 Segon pavelló esquerra 1r pis, sala 10 (07300 Inca)	971504635	Inca, Alaró, Binissalem, Búger, Campanet, Consell, Lloseta, Llubí, Mancor de la Vall, Sineu, Selva, Sencelles, Costitx
FELANITX	Passeig de Ramon Llull, 27 (07200 Felanitx)	971582885	Felanitx, Campos, Santanyí, ses Salines, Porreres
MANACOR	C/ del Capellà Pere Llull, 8, 1r (07500 Manacor)	971555869	Manacor, Lloret, Maria, Montuïri, Petra, Sant Joan, Ariany, Vilafranca, s'Illot, sa Coma, Sant Llorenç
SÓLLER	C/ de Joan Baptista Ensenyat, 11 (07100 Sóller)	971630845	Sóller, Bunyola, Deià, Escorca, Fornalutx, Valldemossa
MARRATXÍ	C/ de la Cabana, 40, baixos (07141 Marratxí)	971123601/ 78504552	Marratxí, Santa Maria, Santa Eugènia
PALMA	Av. de l'Arquitecte Gaspar Bennàzar, 73 (07004 Palma)	971295000	Llucmajor, Algaida, Andratx, Calvià, Banyalbufar, Estellencs, Esporles, Puigpunyent
MENORCA	**ADREÇA**	**TELÈFON**	**MUNICIPIS D'ATENCIÓ**
ALAIOR	C/ de la Costa des Pou, 39 (07730 Alaior)	971371238	Alaior, Cala en Porter, Son Vitamina, Calescoves i Son Bou
CIUTADELLA	C/ de la Creu, 2 (07760 Ciutadella)	971381993	Ciutadella
ES MERCADAL	C/ dels Veterinaris Gomila, 12 (07740 es Mercadal)	971375300	Es Mercadal i Fornells
FERRERIES	Av. de Jaume Mascaró, 64 (07750 Ferreries)	971373139	Ferreries i es Migjorn Gran
ES CASTELL	Camí de Sant Felip,1, D (07720 es Castell)	669563746	Es Castell
MAÓ	Av. de J. A. Clavé, 162 (07703 Maó)	971361180	Maó i Sant Climent
SANT LLUÍS	C/ de Pere Tudurí, s/n (07710 Sant Lluís)	971151001	Sant Lluís

continua

EIVISSA I FORMENTERA	ADREÇA	TELÈFON	MUNICIPIS D'ATENCIÓ
EIVISSA	Av. d'Espanya, 51 (07800 Eivissa)	971390303	Tots els municipis d'Eivissa i Formentera

La proximitat que transmet un voluntari, el qual desenvolupa la seva activitat mogut per sentiments de col·laboració, participació i amb total llibertat de decisió, s'accentua encara més, si és possible, estant la seva acció tan directament relacionada amb el seu entorn més pròxim. La intervenció de la Creu Roja i dels diferents models de voluntariat permeten la detecció de necessitats reals, el contacte estret amb els beneficiaris de les intervencions i la millora contínua de l'acció. Tot això, combinat amb metodologies i models innovadors de voluntariat, com el digital o el comunitari, permeten una atenció global de les necessitats de les persones més vulnerables.

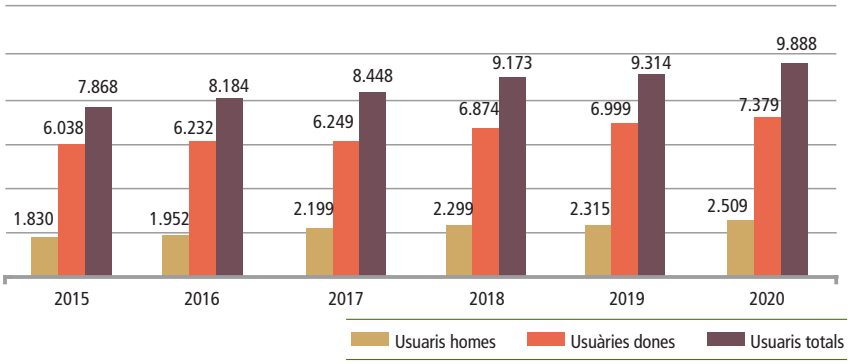
Les principals prioritats de la nostra atenció a la gent gran en tot el territori balear se centren a atendre **necessitats bàsiques de les persones grans més vulnerables** (alimentació, higiene); afavorir la seguretat i la permanència en l'entorn habitual (teleassistència); pal·liar la solitud i les seves conseqüències per al benestar físic, emocional i social; atendre les persones amb deteriorament cognitiu; acompanyar les famílies durant el procés de cures; reduir la bretxa digital i promoure la cultura del bon tracte cap a la gent gran. La **solitud és un fenomen de creixent magnitud** en la nostra societat i, especialment, entre les persones grans, factor al qual no són alienes les persones ateses per la Creu Roja a les Balears. Acompanyar-les i contribuir a la millora de la seva situació, així com conèixer al detall les seves característiques, forma part del nostre compromís.

Així doncs, les persones grans que atenem tenen una edat mitjana de 85 anys; les dues terceres parts són dones; pràcticament totes refereixen una xarxa social pobra de 0 a 3 persones (a causa de la reducció/empitjorament de les relacions socials o de la disminució de la participació activa en la comunitat); la majoria viuen soles en el seu domicili, prioritàriament en l'àmbit urbà; una tercera part es troba en situació de vulnerabilitat econòmica/social i gairebé un 4% de les persones ateses diuen que tenen depressió. Es detecta també una major **solitud emocional** (entesa com la solitud que la persona sent, encara que no visqui sola) per part de les dones, enfront de la **solitud social** (solitud física que pot implicar o no un sofriment emocional) que afecta més els homes.

3.1. La trajectòria de l'atenció en els darrers anys (2015-2020)

En el gràfic següent, podem observar l'evolució constant de l'atenció a la gent gran per part de la Creu Roja en el territori balear, durant els darrers 6 anys: de les 7.868 persones ateses amb 271.036 intervencions durant l'any 2015, a les 9.888 persones i 307.928 intervencions en el 2020.

Gràfic 1 | *Evolució de les persones més grans de 65 anys ateses per la Creu Roja a les Balears*



Font: elaboració pròpia

El nombre de dones grans (7.379) ateses durant l'any 2020 pràcticament triplica el nombre d'homes (2.509), la qual cosa evidencia, una vegada més, la feminització de la vellesa i la major incidència de les situacions de vulnerabilitat entre les dones grans.

3.2. La Creu Roja amb les persones grans a Mallorca

Seguint la trajectòria de creixement en l'atenció de les persones grans, descrita anteriorment, amb referència a l'illa de Mallorca, cal indicar que l'any 2018 van ser ateses 7.460 persones amb 229.548 intervencions, i es va arribar el 2020 a atendre 8.055 persones amb 258.006 intervencions realitzades. Mantenint-se la tendència de feminització, observada en l'atenció de la Creu Roja en l'àmbit balear, les dones ateses en el territori de Mallorca suposen un 75,75% del total.

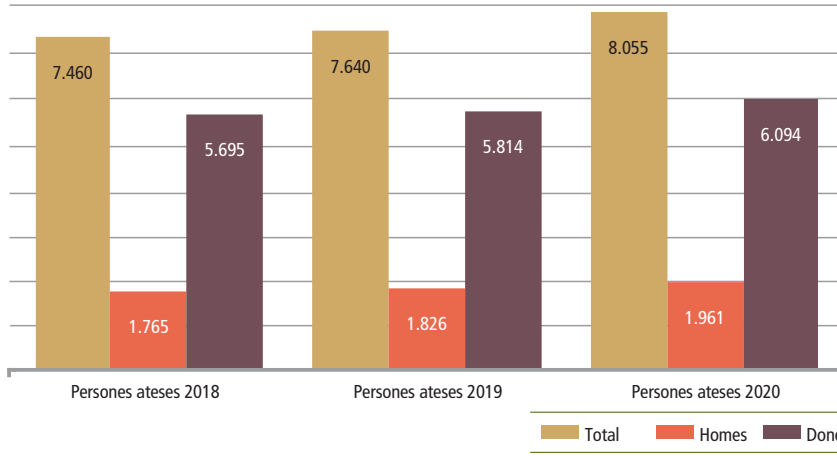
Quant a les necessitats detectades i ateses per l'equip tècnic i voluntari de la Creu Roja a Mallorca, sens dubte, en primer lloc hi ha les persones que necessiten millorar les seves relacions socials i la seva participació. En alguns dels municipis més extensos, com per exemple a Palma, Inca i Manacor, aquesta necessitat moltes vegades va acompanyada de dificultats de mobilitat i d'un menor suport familiar, per la qual cosa es fa necessària la intervenció des dels diferents programes de l'entitat. Per exemple, a Palma i a Marratxí, el servei de «salvaescales» és un recurs molt sol·licitat, atès que ajuda a «salvar» les barreres arquitectòniques i evitar l'aïllament forçós. D'altra banda, en municipis més petits com Alcúdia, Capdepera, Felanitx i Sóller, quan convergeixen les necessitats de relacions socials amb les dificultats de mobilitat, es percep una major implicació per part de la família, que facilita l'accés a les activitats promogudes per la Creu Roja. No obstant això, la prestació de productes de suport a la mobilitat, com

cadires de rodes o caminadors, així com els acompanyaments a cites mèdiques, té una gran petició en totes les localitats anteriorment esmentades.

La resposta a les necessitats de socialització abasta tant els acompanyaments per solitud dins i fora del domicili o per via telefònica com les activitats grupals, com ara tallers de memòria (amb la modalitat d'artteràpia a Manacor o d'estimulació multisensorial a Felanitx), xerrades sobre diferents temàtiques (hàbits saludables, alimentació, habilitats socials, benestar emocional, productes de suport, noves tecnologies, etc.), visites culturals i sortides d'oci.

En la majoria dels municipis atesos s'observa una creixent expectativa dels cuidadors de poder tenir unes hores de descans i temps per a si mateixos. Aquest «respir», puntual o periòdic, es fa possible gràcies als voluntaris de la Creu Roja, que s'encarreguen de fer companyia a la persona dependent i alleujar així la sobrecàrrega de qui la cuida.

Gràfic 2 | *Evolució de persones grans ateses per la Creu Roja a Mallorca*



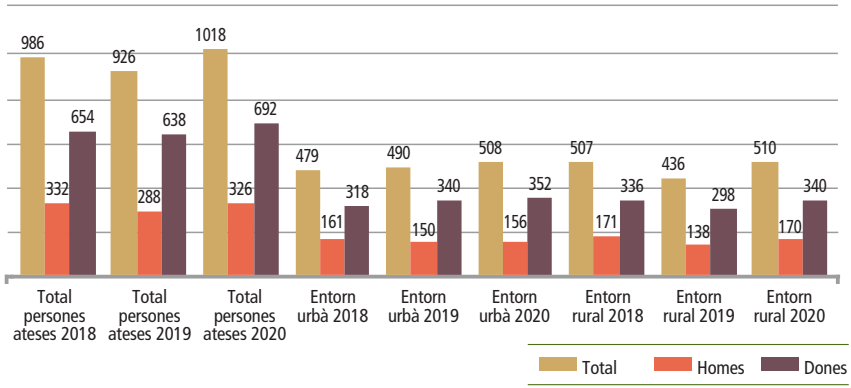
Font: elaboració pròpia

3.3. La Creu Roja amb les persones grans a Menorca

A l'illa de Menorca, identifiquem algunes diferències entre les necessitats detectades en l'àmbit rural i l'urbà. Dels punts d'atenció de què disposa la Creu Roja a l'illa, pertanyen a l'àmbit rural els d'Alaior, es Mercadal, Ferreries i Sant Lluís (municipis amb població inferior a 10.000 habitants). D'altra banda, les oficines de Maó i Ciutadella pertanyen a municipis de l'àmbit urbà. Per això, en fem aquí una anàlisi més detallada, diferenciant entre els dos entorns.

De les 986 persones grans ateses l'any 2018, 507 pertanyen a l'àmbit rural (51% de la població atesa). Aquesta tendència es manté durant els anys posteriors, en què s'arriba el 2020 a atendre 1.018 grans, dels quals 510 en l'entorn rural (50%). Així, en 2018 es van realitzar 31.168 intervencions, arribant a les 34.556 el 2020. El nombre de dones grans ateses pràcticament duplica, any rere any, el nombre d'homes, tant en l'àmbit rural com en l'urbà.

Gràfic 3 | *Evolució de les persones grans ateses per la Creu Roja a Menorca*



Font: elaboració pròpia

De la mateixa manera que a l'illa de Mallorca, l'equip tècnic i voluntari de la Creu Roja a Menorca identifica com a necessitat principal de les persones grans, la de mantenir i millorar les seves relacions socials, així com el suport en les activitats de la vida diària. Moltes de les persones que viuen soles, encara que disposen de xarxa social o familiar, experimenten un sentiment de solitud. Per això, les activitats que tenen més èxit, tant en l'àmbit rural com en l'urbà, són aquelles que fomenten la participació en grup, els acompanyaments en les passejades i la companyia dins el domicili.

La xarxa local de la Creu Roja en l'entorn rural detecta, com a característiques de les persones ateses, una edat bastant avançada (una mitjana de 87 anys), amb un baix nivell d'estudis i accés insuficient a les noves tecnologies.

D'altra banda, a les ciutats més extenses, Maó i Ciutadella, s'observa un perfil de l'usuari una mica més jove, al voltant dels 80 anys. Una gran part de les persones ateses viuen soles en el seu domicili, tenen dificultats de mobilitat i, de vegades, presenten deteriorament cognitiu en diferents graus.

Quant a l'atenció de la Creu Roja, existeix un major vincle amb els usuaris en l'àmbit rural. Encara que és més senzill mantenir les relacions interpersonals als pobles, hi ha

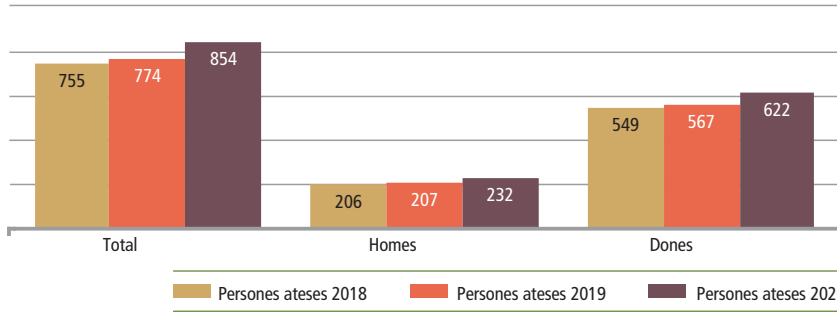
menys oportunitats de participació en la comunitat, la qual cosa fa que la gent gran se senti sola i acudeixi amb més freqüència a les oficines de la nostra entitat. Com a exemples d'activitats ofertes, podem destacar algunes iniciatives comunitàries de la Creu Roja a Ferreries, com l'exposició *Vivències d'estius passats*, el lliurament de revistes i passatemps als domicilis a Sant Lluís i els acompanyaments per anar a la platja dels quals gaudeixen, any rere any, les persones grans des Mercadal.

En l'entorn urbà, l'oferta i les possibilitats de participació són grans, però hi ha altres inconvenients com les barreres arquitectòniques, la falta de comunicació i la despersonalització de les grans ciutats, que suposen més possibilitats d'aïllament per a la persona gran. Aquestes característiques fan necessari l'acompanyament per part de la Creu Roja. Per exemple, el servei de «salvaescales» es fa imprescindible a Maó, per permetre a les persones amb mobilitat reduïda gaudir d'activitats del seu interès o acudir a altres recursos. Els productes de suport a la mobilitat també són molt demanats tant a Maó com a Ciutadella. Entre les activitats de participació que ofereix la nostra entitat, podem destacar els tallers de treballs manuals i de musicoteràpia a Ciutadella, i els d'estimulació cognitiva i les sortides setmanals «d'oci i cultura» a Maó.

3.4. La Creu Roja amb les persones grans a Eivissa i Formentera

L'atenció als grans per part de la Creu Roja a Eivissa i Formentera presenta una tendència a l'alça. Les dades dels darrers 3 anys mostren que el 2018 van ser ateses 755 persones (549 dones i 206 homes), mentre que el 2020 l'atenció va créixer fins a les 854 persones (622 dones i 232 homes).

Gràfic 4 | *Evolució de les persones ateses a Eivissa i Formentera*



Font: elaboració pròpia

L'equip tècnic i voluntari de l'oficina local a Eivissa destaca que la creixent necessitat de cures durant els darrers anys de la vida de les persones grans va relacionada amb la

necessitat d'atenció als cuidadors no professionals. Aquests es veuen sobrepassats per la seva situació i necessiten un temps per poder dedicar-se a si mateixos, un temps de «respir». En aquests casos, gràcies al seu equip de voluntaris, la Creu Roja ofereix, igual que en altres territoris, unes hores de substitució a la persona cuidadora, prestant companyia a la persona cuidada. Durant els darrers anys, la petició d'aquesta mena d'ajuda ha anat en augment. Només el 2020 van ser ateses 130 persones cuidadores a Eivissa i Formentera, amb hores de «respir», informació i orientació sobre els recursos existents.

D'altra banda, les activitats relacionades amb l'acompanyament a llocs d'interès, així com la companyia dins el domicili i els tallers d'estimulació cognitiva i prevenció del deteriorament físic i mental, són els que desperten un interès més gran en els participants. En aquestes activitats hi han participat 105 persones el darrer any.

Els acompanyaments a cites mèdiques i altres gestions també són molt sol·licitats, ja que permeten a moltes persones grans acudir als recursos en el seu entorn amb una major autonomia.

A l'illa de Formentera, l'atenció a les persones grans es realitza principalment a través del Servei de Teleassistència. Les visites a domicili, relacionades amb el servei, són aprofitades per detectar altres necessitats com, per exemple, els acompanyaments a l'hospital d'Eivissa, o per oferir informació i assessorament als cuidadors.

4. Els aspectes diferencials de l'atenció de la Creu Roja a les persones grans

Com s'ha dit anteriorment, la Creu Roja promou la **cultura del bon tracte** com una constant en la seva intervenció, basada en els seus principis fonamentals i la seva extensa trajectòria en els diferents projectes dirigits a persones grans. Aquesta cultura es materialitza en alguns **aspectes diferencials**, amb els quals la Creu Roja s'identifica en el seu compromís amb les dones i els homes de més edat:

S'adreça un **tracte respectuós i humà** a totes les persones grans, sigui quina sigui la seva necessitat, i amb especial atenció cap a aquelles que pateixen, han patit o tenen especial risc de patir qualsevol tipus de maltractament i que necessiten suport per poder superar aquesta situació i les seves seqüeles.

En aquest sentit, a les Balears hem estat capaços de crear i afermar una gran **feina en xarxa** amb altres entitats socials i organismes oficials, així com amb les forces i cossos de seguretat de l'Estat, amb l'objectiu comú de garantir la protecció i la capacitació a la gent gran enfront de qualsevol abús o maltractament. Com a mostra d'això, s'han dut

a terme importants esdeveniments de promoció del bon tracte a Mallorca, Menorca i Eivissa, a part d'intervencions en xarxa per atendre diferents casos de gran complexitat que han requerit un treball continu i coordinat.

Una de les grans problemàtiques a les quals ens enfrontem, sobretot en l'àmbit rural, és la dificultat per identificar o denunciar possibles casos d'abús, negligència o maltractament, ja que normalment les situacions més complexes es presenten dins l'entorn familiar més pròxim. No obstant això, en l'àmbit urbà, el control indirecte o social exerceix un efecte protector.

En les poblacions més petites, segons el testimoniatge dels equips de la nostra xarxa local, els agressors se senten menys qüestionats pel seu entorn, confien que els seus veïns no intervindran en el que ocorre en la intimitat familiar i poden, fins i tot, gaudir del respecte de la comunitat. Així mateix, hi ha menys recursos especialitzats des del punt de vista social o institucional que puguin identificar una situació de maltractament i garantir la seguretat de la persona afectada. Per a la detecció de situacions d'aquest tipus, la labor dels voluntaris és fonamental, atesa la relació de confiança que es crea amb les persones grans possibles víctimes de maltractaments.

L'**acompanyament integral** es basa en la valoració i la detecció de les necessitats de la persona gran en tots aquells aspectes que poden incidir en el seu benestar, això és: economia, habitatge, relacions familiars i socials, salut i altres aspectes de caràcter personal. Ens esforcem per tenir en compte totes les circumstàncies que poden influir en la situació en la qual es troba la persona gran, perquè l'objectiu és millorar la seva qualitat de vida, mitjançant un acompanyament durant tot el seu procés d'envelliment.

Per aconseguir aquest objectiu, no sols intervenim en l'àmbit assistencial per abordar el problema quan ja s'ha instaurat, sinó que també actuem per **prevenir els problemes derivats de l'envelliment**, fem promoció dels hàbits saludables, informem i capacitem enfront de possibles robatoris i estafes, motivem a mantenir un nivell adequat d'autoestima i a traçar plans de futur.

L'acció de la Creu Roja comprèn tres nivells d'intervenció: individual, grupal i comunitari. Conscients de no poder aconseguir tots els nostres objectius intervenint només en l'àmbit personal, treballem des de l'àmbit comunitari per aconseguir informar i sensibilitzar la població, ampliar el seu coneixement sobre les persones grans, així com per motivar cap al canvi d'aquelles actituds i comportaments que afavoreixin la participació i el benestar individual i comunitari.

Al cap i a la fi, **treballem per canviar mentalitats** perquè sabem que així com la societat tracta les dones i els homes grans condiciona en gran manera la seva qualitat de vida, però també la manera en què convivim com a comunitat.

La incorporació de la perspectiva de gènere en tot el procés d'atenció a les persones grans és una de les línies estratègiques de la Creu Roja. D'aquesta manera, aspirem a contribuir a la reducció de les desigualtats de gènere que estem identificant, amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les dones grans de les Illes Balears.

La proximitat, entesa com una atenció propera i des de la confiança, es fa possible gràcies a la capil·laritat de la xarxa local que la Creu Roja manté en totes les Illes. Es tracta de posar en pràctica aspectes com atendre des del punt més pròxim en l'àmbit territorial, acompanyar les persones fins a i dins el seu propi domicili, oferir un acompanyament durant tot el procés de superació o millora de la problemàtica que la persona presenta i apostar per la confiança que genera la participació del voluntariat.

El voluntariat forma part de la Creu Roja com un dels seus principis fonamentals, ja que els canvis socials demanen necessàriament la participació i la implicació ciutadanes. De fet, una de cada 200 persones a les Balears és voluntària de la Creu Roja.

Així doncs, podem dir que la nostra entitat disposa d'**un recurs de gran valor**, l'equip voluntari. La seva acció des de i per a la comunitat ens permet identificar precoçment situacions que requereixen una intervenció àgil i ens converteix en un agent òptim per treballar en xarxa amb la resta d'entitats públiques i privades, per a l'atenció i la protecció de les persones grans.

El voluntariat és clau per a l'èxit de qualsevol intervenció i constitueix el suport majoritari, per tal com ajuda a evitar l'aïllament de la persona i propicia el nexe entre la Creu Roja i la comunitat. La seva proximitat, la calidesa en el tracte, la continuïtat en l'atenció generen un clima de confiança que permet conèixer la realitat de la persona gran, obtenir testimoniatges valuosos de primera mà i poder iniciar un procés de recuperació, si fos necessari.

Finalment, hem de destacar una cosa molt important de la nostra atenció: **les persones grans ens tenen com a part de la seva xarxa social**, a causa de l'acompanyament que els oferim en tot moment, l'atenció realitzada des de la proximitat i amb els **recursos propis de la comunitat**, el voluntariat.

5. Mostres de solidaritat davant la pandèmia de la COVID-19. Pla Creu Roja Respon a les Illes Balears

Per donar resposta a les necessitats derivades de la pandèmia de la COVID-19, el març de 2020 la Creu Roja va posar en marxa el Pla Creu Roja Respon, la major mobilització de recursos, capacitats i persones en els seus més de 150 anys d'història. Com a resultat,

només a les Balears, van ser ateses 92.324 persones amb 178.370 intervencions i l'ajuda de 1.700 voluntàries i voluntaris.

Cal destacar que més d'un 20% de les persones ateses des del Pla i el 50% de les que van sol·licitar incorporar-se com a voluntàries a la Creu Roja, no havien tingut cap contacte anterior amb l'organització. Un 30% de les persones ateses eren més grans de 65 anys. Les principals necessitats manifestades foren d'aliments, productes d'higiene, medicació o material de protecció, però també d'acompanyament social, d'ajuda psicològica, d'atenció a la gent gran i amb mobilitat reduïda, entre d'altres.

Així mateix, cal fer ressaltar la posada en marxa, de manera immediata, de les telefonades per informar i assessorar sobre els riscs i les mesures de prevenció enfront de la COVID-19 i les «agendes de solitud» (acompanyaments telefònics a la gent gran durant l'aïllament). D'aquesta manera, durant els mesos més durs del confinament, van ser ateses prop de 12.000 persones més grans de 65 anys en tot el territori balear (8.636 a Mallorca, 3.637 a Menorca i 1.659 a Eivissa i Formentera). La necessitat d'un acompanyament telefònic per oferir alleujament emocional o per proporcionar la companyia desitjada, va fer que aquestes telefonades fossin el principal sistema d'atenció. Paral·lelament, es van continuar duent a terme els projectes d'atenció habitual, adaptant a la situació la majoria de les activitats i oferint-les en **diferents modalitats**: **presencial** (amb acompanyament en les primeres passejades o amb visites a domicilis, reservades per als casos d'especial vulnerabilitat), **semipresencial** (lliurament de material per als tallers a domicili i posterior seguiment telefònic), **virtual** (enviament del mateix material i tot tipus d'informació via correu electrònic) i **en línia** (realitzant formacions, a través de la xarxa, sobre cures, envelliment actiu o noves tecnologies).

Les conseqüències de la crisi sanitària provocada per la COVID-19 sobre el benestar de les persones grans encara no s'han estudiat prou. No obstant això, ser al seu costat durant el confinament i després ens permet detectar i identificar senyals més o menys evidents de l'aïllament com: un major deteriorament de l'estat físic i cognitiu; problemes psicològics com la por, l'estrès, la desesperació o la depressió; un descuit de la higiene i la imatge personal, i un distanciament social. Aquestes problemàtiques es van veure agreujades per la falta de competències digitals d'una gran part de les persones grans, factor que els va dificultar el contacte amb familiars i amistats i, fins i tot, l'atenció sociosanitària i l'accés a altres recursos.

Per contrarestar, tant com fos possible, aquestes seqüeles, entre les prioritats de la nostra atenció actual continua havent-hi els acompanyaments per pal·liar la solitud, però també les activitats de manteniment físic, emocional i cognitiu, la capacitació reforçada als cuidadors i la **lluita per millorar les competències digitals** de les persones grans.

Finalment, ens agradaria compartir una reflexió rellevant de l'estudi «Aprenentatges sobre l'expressió de la solidaritat en una pandèmia» (Creu Roja, 2021), que reivindica l'esforç i el sacrifici dels nostres equips humans: «No és una emergència com les que hem conegut en el passat, com les que solem gestionar: terratrèmols, inundacions, incendis, fams… **Aquesta és una crisi en la qual qui ajuda és tan vulnerable com qui rep l'ajuda**».

Agraïment

El compromís que la Creu Roja assumeix amb les persones grans a les Illes Balears es fa possible gràcies a la confiança i el suport dels voluntaris i socis de l'entitat, dels equips tècnics i auxiliars de totes les oficines locals, de les administracions estatals, autonòmiques, insulars i municipals, de les empreses i fundacions i de la població en general.

Referències bibliogràfiques

Cruz Roja Española (2018). *La Estrategia de Cruz Roja con las Personas Mayores.* Documentació interna

Cruz Roja Española (2021). *Cruz Roja Responde: Aprendizajes sobre la expresión de la solidaridad en una pandemia.* Cruz Roja Española. https://solferinoacademy.com/wp-content/uploads/2021/07/Spanish-Red-Cross_volunteering-in-pandemic-report_es.pdf

Cruz Roja Española (2021). El impacto de la COVID-19 en la población atendida por Cruz Roja a través del Plan RESPONDE. *Boletín sobre Vulnerabilidad Social*, (20), 7-126. Cruz Roja Española.

https://www2.cruzroja.es/documents/5640665/13549052/Boleti%CC%81n_CruzRoja_Vuln_20+Interactivo+%281%29.pdf/b1688d72-c928-c53a-da71-749998342507?t=1616755630307

Instituto Nacional de Estadística (2021). Encuesta Continua de Hogares. INE. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176952&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

Autors

DEYANA MIHAYLOVA POPOVA

Sofia (1960). Llicenciada en Filologia i Psicologia per la Universitat de Sofia, títol homologat per la Universitat Complutense de Madrid (UCM). Número de col·legiada al Col·legi Oficial de Doctors i Llicenciats en Filosofia i Lletres i en Ciències de les Illes Balears (CDLIB): 3354. Màster en Gerontologia Social per la Universitat de Barcelona (UB), tècnica superior en Integració Social. Té més de deu anys de experiència en gestió de projectes socials. Actualment, és responsable del Programa de Gent Gran, amb Discapacitat i Cuidadores de la Creu Roja a les Illes Balears.

JUAN CARLOS BALLESTEROS NIELSEN

Palma (1989). Diplomat en Treball Social i expert universitari en Atenció Geriàtrica i Gerontològica per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Tècnic de l'àrea de Persones Grans de la Creu Roja a les Balears des de fa 6 anys, en què gestiona projectes enfocats en la solitud i la falta d'autonomia en els grans.

ELIZABETH GUTIÉRREZ VENTURA

Gran Canària (1971). Diplomada en Educació Social per la UNED, postgrau en Criminologia, especialitat en Fonaments del Tractament Penal dels Moviments Migratoris i el Tràfic d'Éssers Humans, Dret i Criminologia, postgrau en Intervenció Socioeducativa. Tècnica de l'àrea de Persones Grans de la Creu Roja a les Balears des de fa 6 anys, en què gestiona projectes com Bon Tracte a les Persones Grans, Atenció a Persones amb Discapacitat i Cooperació Jurídica Internacional, Restabliments del Contacte Familiar.

MARTA MATEU SASTRE

Palma (1977). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Tècnica de la Creu Roja a les Illes Balears a Palma, dins l'àrea d'Intervenció Social en el Programa de Persones Grans. Ha gestionat projectes d'atenció a persones amb funcions cognitives deteriorades, cuidadors i persones en procés d'envelliment, així com projectes d'enfocament comunitari.

PROGRAMA D'INTERVENCIÓ SOCIAL DE L'ASSEMBLEA LOCAL DE LA CREU ROJA EN LES PERSONES GRANS: TALLERS COGNITIUS. ADAPTACIÓ METODOLÒGICA EN TEMPS DE PANDÈMIA

Programa d'intervenció social de l'Assemblea Local de la Creu Roja en les persones grans: tallers cognitius. Adaptació metodològica en temps de pandèmia

Ana López Valera
Alba Mariscal López

Resum

La funció assistencial que caracteritza la Creu Roja, com a institució humanitària de caràcter voluntari, és l'atenció a totes les persones vulnerables a través d'accions integrades, dutes a terme per voluntariat, les quals, coordinades des del punt de vista tècnic i amb suport institucional, tenen com a objectiu principal el desenvolupament humà, l'empoderament personal i la participació comunitària de totes les persones en el seu context social.

En aquest marc, l'Assemblea Local de la Creu Roja de Maó du a terme activitats fonamentades en relacions de proximitat que permeten una detecció de les necessitats de caràcter anticipat i l'establiment de xarxes de cooperació en l'àmbit comunitari que permeten que les estratègies d'intervenció s'orientin cap a la capacitació, especialment en l'atenció a les persones grans.

En el pla d'atenció integral a la gent gran, des de l'Assemblea Local s'han dut a terme accions d'intervenció socioeducativa grupals, amb el nom de «tallers cognitius», amb la finalitat d'afavorir l'autonomia de les persones i millorar les seves condicions de vida i de relació social, que, a causa de la situació sanitària provocada per la pandèmia de la COVID-19 i la declaració de l'estat d'alarma, s'han hagut de reconvertir i adaptar per poder arribar a aquest sector de la població, tan castigat per la situació sanitària.

L'objectiu d'aquest article és explicar l'adaptació metodològica que s'ha fet per reconvertir els tallers presencials i grupals amb la gent gran en sessions individuals adaptades, que han implicat l'aplicació d'estratègies fonamentades en l'assessorament i el tractament individual, que han tingut un elevat nivell d'acceptació per part dels usuaris i han contribuït a consolidar la fita de proximitat que pretenen totes les intervencions iniciades des de l'Assemblea Local de la Creu Roja de Maó.

Resumen

La función asistencial que caracteriza a la Cruz Roja, como una institución humanitaria de carácter voluntario, es la atención a todas las personas vulnerables a través de acciones integradas, realizadas por voluntariado, que, coordinadas a nivel técnico y con el apoyo institucional, tienen como objetivo principal el desarrollo humano, el empoderamiento personal y la participación comunitaria de todas las personas en su contexto social.

En este marco, la Asamblea Local de la Cruz Roja de Maó lleva a cabo actividades fomentadas en relaciones de proximidad que permiten una detección de las necesidades de manera anticipada y el establecimiento de redes de cooperación en el ámbito co-

munitario que facilitan que las estrategias de intervención se orienten hacia la capacitación, especialmente en la atención a las personas mayores.

Dentro del plan de atención integral a las personas mayores, des de la Asamblea Local se han llevado a cabo acciones de intervención socioeducativas grupales, con el nombre de «tallers cognitius», con la finalidad de favorecer la autonomía de las personas y mejorar sus condiciones de vida y de relación social, que, debido a la situación sanitaria provocada por la pandemia del coronavirus y a la declaración del estado de alarma, se han tenido que reconvertir y adaptar para poder llegar a este sector de la población, tan castigado por la situación sanitaria.

El objetivo de este artículo es explicar la adaptación metodológica que se ha realizado para reconvertir los talleres presenciales y grupales con las personas mayores en sesiones individuales adaptadas, que han implicado la aplicación de estrategias basadas en el asesoramiento y tratamiento individual, que han tenido un elevado nivel de aceptación por parte de los usuarios y han contribuido a consolidar la proximidad que pretenden todas las intervenciones de la Asamblea Local de la Cruz Roja de Maó.

1. Introducció

Amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida de les persones grans, la Creu Roja posa en marxa programes d'acompanyament i intervenció que tenen com a finalitat principal millorar la qualitat de vida durant el procés d'envelliment. Optimitzar les oportunitats de salut física, mental i social que permeten a la gent gran tenir una bona qualitat de vida amb independència, és el que l'Organització Mundial de la Salut defineix com a envelliment actiu i saludable (OMS, 2015).

Les intervencions socioeducatives amb la gent gran que promou la Creu Roja tenen com a finalitat identificar i detectar carències en relació amb la salut (benestar físic, mental i social), la seva seguretat (protecció davant situacions que afecten la seva integritat i dignitat) i la seva participació social, bàsica per a l'autorealització personal.

L'Assemblea Local de la Creu Roja de Maó du a terme diferents projectes destinats a persones més grans de 65 anys, entre els quals destaquen «Xarxa social per a persones grans: Enrédate», «Ajuda a domicili complementària» i «Atenció a persones amb funcions cognitives deteriorades». Aquests projectes possibiliten que les persones grans acudeixin a les diferents activitats socials, culturals, d'oci…, i hi participin d'una manera activa, afavorint les relacions entre grups d'iguals i pal·liant la soledat que moltes persones més grans de 65 anys pateixen.

Així, doncs, parlem de tres problemàtiques principals detectades dins el nostre àmbit geogràfic d'intervenció: la manca d'autonomia, la soledat i el deteriorament cognitiu.

Segons Rubio (2004), la pèrdua d'autonomia de la gent gran, de la seva activitat principal (com pot ser la feina), així com una feble xarxa tant social com familiar, poden provocar que una persona es trobi socialment aïllada. Així, per tant, en la majoria dels casos, el sentiment o la sensació de soledat poden acabar en deteriorament físic o cognitiu en la salut de la persona en general.

La possibilitat i la capacitat per atendre totes les tasques de la nostra vida diària implica funcions cognitives com l'atenció, la memòria, el llenguatge, l'orientació i el raonament. Amb l'envelliment, el declivi en alguns aspectes des del punt de vista cognitiu és inevitable, però aquesta tendència es pot alentir, frenar i fins i tot invertir, mitjançant intervencions cognitives, ja que el dèficit cognitiu és multifactorial i depèn de factors fisiològics i també ambientals.

En aquest sentit, l'estratègia d'intervenció proposada per l'Assemblea Local de Maó es fonamenta a aconseguir mitjançant la participació en tallers de memòria, sortides d'oci i cultura, així com l'acompanyament individual de la gent gran en els seus domicilis als municipis de Maó, es Castell i Sant Climent, que les persones més grans de 65 anys puguin retardar o estabilitzar aquest deteriorament, reforçant la seva sociabilitat amb dinàmiques grupals orientades cap a la capacitació i independència personal.

La situació sanitària derivada de la pandèmia per la COVID-19 va impossibilitar l'execució d'aquestes activitats, i l'Assemblea Local va proposar alternatives per intentar adaptar les activitats programades d'una manera segura per als usuaris, fet que comporta reconduir els recursos disponibles i elaborar una adaptació metodològica en el cas dels tallers per poder aconseguir els objectius esmentats.

2. Característiques dels municipis i de la població atesa

L'Assemblea Local de Maó atén tota la població dels municipis de Maó (capital de l'illa de Menorca), Sant Climent (nucli urbà situat a 5 quilòmetres de Maó, al qual pertany) i es Castell, situat a una distància geogràfica de 9,2 quilòmetres en relació amb Maó, i dona cobertura a una població total de 36.478 habitants. Segons dades de l'any 2020 recollides per l'Institut Nacional d'Estadística (INE), el nombre de persones més grans de 65 anys a Maó i Sant Climent és de 5.071 (2.199 homes i 2.872 dones) i al poble des Castell el total és de 1.275 (587 homes i 688 dones).

Ha estat al llarg dels anys que la Creu Roja a Maó ha anat creant aquests nous punts d'atenció a les persones grans, facilitant així la proximitat de les activitats als usuaris en el seu propi entorn. Gràcies a la col·laboració amb altres entitats, d'una manera seqüencial i cronològica, amb el suport del Club de Jubilats des Castell l'any 2018, i en el cas de Sant Climent, amb l'Associació de Veïns l'any 2020, es va fer efectiu aquest objectiu d'atenció propera.

La situació geogràfica dels tres municipis esmentats incideix en la variació dels perfils dels usuaris. Les característiques de cada població, la seva identitat històrica i cultural es reflecteixen en els hàbits i la forma de vida d'aquestes persones grans i els condicionen. La Creu Roja intenta atendre aquestes variables i acostar els recursos adients per procurar una participació activa.

Al municipi de Maó, els usuaris del Programa d'atenció a les persones grans, tenen una mitjana d'edat de 80 anys, presenten més dificultats de mobilitat i viuen sols en els seus domicilis. A més, des del punt de vista cognitiu, s'hi observa un deteriorament més greu i, per tant, requereixen una atenció més personalitzada.

Quant al municipi des Castell, poble acollidor de persones procedents de fora de l'illa, s'observa un procés d'integració i adaptació a l'àmbit local. Les participants són majoritàriament dones, la seva mitjana d'edat se situa al voltant dels 78 anys, també viuen soles en el seu domicili, però les seves condicions físiques i ambientals els permeten mantenir més contacte social i tenir una vida més participativa.

En el cas de Sant Climent, l'activitat començà just abans de la pandèmia, i el perfil dels participants és més variat, tot i que sempre han residit en el mateix municipi, el nombre de dones és superior als homes, i la mitjana d'edat se situa al voltant dels 79 anys, tot i que en general tenen un grau elevat d'autonomia i participen molt en l'àmbit comunitari en activitats diverses organitzades al poble, fet que els ofereix una oportunitat per relacionar-se amb més gent, gràcies a les característiques de l'entorn, un poble petit que promou una xarxa relacional més extensa, confiable i estable.

3. Programa d'atenció a les persones grans de l'Assemblea Local de Maó

Tal com s'ha esmentat en el primer apartat, el Programa d'atenció a les persones grans es compon principalment de tres projectes interrelacionats, per donar resposta a les necessitats i demandes dels usuaris més grans de 65 anys. L'objectiu és procurar una participació de manera continuada, com a mínim amb una sessió setmanal per usuari.

Un dels projectes, l'anomenat «Ajuda a domicili complementària», consisteix a afavorir la realització d'activitats bàsiques instrumentals en el dia a dia dels usuaris. Els recursos destinats a aquest projecte possibiliten l'accés de les persones a tots els recursos assistencials, tant d'àmbit extern i comunitari com interns de la nostra entitat.

És fonamental consolidar la part logística, focalitzada en el transport dels usuaris per garantir la seva participació en totes les activitats.

També, en el marc de l'atenció a les persones grans, és de gran importància per a la Creu Roja ajudar a combatre els sentiments de soledat no desitjada que aquest col·lectiu pateix. Amb aquesta intenció neix el projecte «Xarxa social per a les persones grans: Enrédate», que en l'àmbit de la nostra oficina local es materialitza a fer acompanyaments domiciliaris individuals als usuaris gràcies a la col·laboració del personal voluntari que, sempre de manera altruista, comparteix el seu temps amb els usuaris establint-hi un vincle relacional basat en el respecte, la confiança i l'estimació.

Dins el mateix projecte, s'intenta afavorir les relacions entre grups d'iguals per compartir activitats lúdiques, culturals i d'oci que es promouen des de la nostra entitat. Tenen la finalitat d'aconseguir millorar i enriquir la interacció social i les relacions personals entre els usuaris i el seu entorn.

El darrer projecte, anomenat «Atenció a persones amb funcions cognitives deteriorades», té com a finalitat la millora de les funcions cognitives de la gent gran per tal de conservar el nivell màxim d'autonomia en la realització de les activitats en la seva vida diària. Per aconseguir aquest objectiu, des de l'Assemblea Local de Maó es posen en marxa els tallers cognitius, activitat focalitzada en la millora i la conservació d'aspectes com la memòria, l'orientació, l'atenció, el raonament, el llenguatge i el càlcul, indispensables per poder tenir una vida autònoma i independent. Aquesta activitat afavoreix també la socialització, ja que les dinàmiques grupals incideixen en la millora de les habilitats socials.

3.1. Estructura, metodologia i funcionament dels tallers cognitius grupals

La crisi sociosanitària provocada per la pandèmia de la COVID-19 obligà a redefinir les condicions i característiques de totes les activitats, especialment d'aquelles dutes a terme en espais interiors i amb un gran nombre de participants.

Arran de les noves circumstàncies i de l'obligada adopció de mesures sanitàries, el personal tècnic i voluntari de l'Assemblea Local de Maó es va reunir per definir l'estructura i el funcionament dels tallers cognitius grupals.

D'aquesta manera, els tallers es varen organitzar als tres municipis, Maó, Sant Climent i es Castell, atenent sempre els principis de proximitat que segueix la Creu Roja en les seves intervencions, que comporta poder resoldre les necessitats dels usuaris dins el seu propi context social i relacional.

Per tal de complir les recomanacions sanitàries, els grups es van distribuir en tres sessions setmanals en els tres municipis en horari de matins i capvespres, limitant el nombre de participants a vuit persones per sessió.

Els monitors a càrrec d'aquestes sessions posen en pràctica per dur a terme aquesta intervenció socioeducativa tècniques relacionals com l'escolta activa, l'empatia i les habilitats comunicatives, per ajustar-les al nivell de comprensió de cada usuari durant l'explicació de cada activitat.

La dinàmica de les sessions en els tallers cognitius consisteix, d'una banda, en la combinació d'exercicis individuals adaptant el nivell de dificultat a cada persona, segons el grau de consecució que poden assumir, i de l'altra, en intervencions grupals que, a través del joc com a element dinamitzador de les activitats grupals i com a fil conductor de dinàmiques d'aprenentatge, contribueixen a la millora de l'autopercepció, fomenten la cohesió grupal, ajuden al record dels aprenentatges i aporten felicitat. Tot plegat, aquesta dinàmica és part de les estratègies adoptades pels monitors durant les classes presencials.

Aquestes intervencions permeten, també, recollir dades significatives en relació amb les característiques de l'entorn de les persones objectes d'intervenció, per acostar-los la metodologia d'una manera més personalitzada, i també permeten detectar les expectatives i sensacions personals dels usuaris, el seu grau de satisfacció, la seva autopercepció, que ens aporten informació per redirigir o reorientar les dinàmiques en funció d'objectius que es concreten durant la pràctica.

Aquesta activitat també ens ha permès constatar la rellevància de les xarxes socials relacionals, que fomenten la interacció grupal dins grups de referència i amb altres col·lectius, ja que les interaccions personals es donen dins entorns específics que s'han de saber gestionar o transformar per crear nous marcs de convivència.

4. Implicació de la crisi sanitària per mor de la pandèmia. Estat d'alarma i confinament

La crisi sanitària ocasionada per la pandèmia de la COVID-19 ha trasbalsat tota la societat, ha generat situacions impensables des del punt de vista personal, econòmic i social i ens ha obligat a replantejar-nos moltes coses. Un dels col·lectius més castigats,

el de les persones grans, molt més vulnerables i amb manco recursos per a la resiliència, s'han vist abocats a situacions de solitud i aïllament sense precedents.

El confinament a casa, o el doble confinament a les residències assistides d'aquestes persones, ha comportat moltes conseqüències negatives per al seu estat físic i emocional. Aquest aïllament ha comportat el trencament de les xarxes d'interacció social. És evident que ha tingut un impacte molt negatiu en la gent gran, la seva falta de competència amb les noves tecnologies ha suposat un altre afegit negatiu per poder accedir als mitjans tecnològics que afavoreixen els contactes i les relacions interpersonals amb les persones del seu voltant i amb les que estimen.

La Creu Roja ha impulsat diferents accions amb la finalitat de pal·liar aquests sentiments d'ansietat, depressió, tristesa i soledat amb programes adreçats específicament a mantenir un contacte humà proper, no només per tal de resoldre les seves necessitats d'abastament bàsiques, sinó també creant relacions properes, amb persones voluntàries que han continuat donant suport i assistència individual i personalitzada a cada usuari gran de cada assemblea local.

5. Adaptació metodològica en temps de pandèmia

Durant l'estat d'alarma, tots els programes d'activitats grupals amb persones grans es van suspendre, no era possible realitzar els tallers cognitius d'una manera presencial amb la metodologia habitual.

Considerant aquesta situació, les opcions eren aturar totalment aquesta activitat i ajornar-la fins que la situació de crisi sanitària hagués remès, sense poder preveure la durada d'aquesta aturada o cercar la manera de propiciar la seva continuïtat sense incomplir ni la normativa ni les recomanacions sanitàries d'aquell moment.

L'Assemblea Local de Maó va pensar en la possibilitat d'oferir una alternativa per tal de no interrompre els beneficis que els tallers cognitius oferien a les persones grans participants. Aquesta alternativa va consistir en la proposta d'elaborar un dossier setmanal de fitxes expressament seleccionades per al treball de la millora cognitiva que podria ser lliurat gràcies a la col·laboració dels voluntaris de l'Assemblea Local al seu domicili, amb una freqüència setmanal, i recollit per a la seva correcció, una vegada que els usuaris haurien acabat les tasques.

Mitjançant el contacte telefònic amb tots els participants als tallers, es va fer una enquesta en què s'oferia aquesta possibilitat, i la resposta fou molt positiva: un 90% dels enquestats manifestaren la seva voluntat de participar-hi i agraïren l'oferiment d'aquesta opció.

Per tal d'iniciar l'activitat, es va fer una acurada recerca de material, que incloïa l'elecció de les fitxes i les temàtiques dels dossiers, per intentar abastar tots els continguts que pensem que són adients per al treball de les funcions cognitives.

En ser un treball individual i autònom per a la gent gran, sense una supervisió directa, va ser imprescindible l'adaptació d'algunes fitxes per adequar-les al nivell cognitiu dels usuaris.

Algunes de les adaptacions fetes consistiren a augmentar la lletra de l'enunciat dels exercicis, així com modificar-ne les explicacions i canviar-ne el format, per tal d'aconseguir una major atracció visual i que la seva realització fos més motivadora. També s'ha tingut en compte el perfil d'usuaris amb poques o nul·les habilitats en lectoescriptura i, per això, les activitats s'han centrat en el dibuix i la cal·ligrafia.

A banda de la seva finalitat didàctica i pal·liativa de l'inevitable deteriorament cognitiu que experimentem totes les persones quan envellim, la recepció d'aquests dossiers, la realització de les activitats, el compromís i la responsabilitat en la seva elaboració han estat un al·licient i un estímul important per a la gent gran durant el confinament, sobretot per a les persones que viuen soles i que, per les seves característiques físiques o mentals, tenen poques opcions d'entreteniment.

La finalitat de les entitats com la Creu Roja és el tracte proper, estar al costat de les persones, gràcies a un equip humà de treballadors i voluntaris, sense els quals és impensable donar l'abast a totes les situacions de necessitat i d'emergència social com la viscuda darrerament.

Cercar una alternativa, modificar una metodologia, adaptar un procediment parteix d'una voluntat de creixement personal i professional, mostra una forma de resiliència que els beneficiaris també reben, i això es converteix en una actitud vital i personal que s'encomana.

Tenir professionals amb la capacitat d'anàlisi del context social en el qual interactuen i l'empatia per detectar el rerefons de solitud i tristesa que s'amaga darrere cada persona gran confinada a la localitat, permet certa anticipació davant les demandes. Aquesta anticipació és previsió, és cura, és treball preventiu i pal·liatiu de situacions que poden esdevenir encara més adverses.

Amb aquesta adaptació metodològica, hem intentat aconseguir que les persones grans continuïn sent els protagonistes indiscutibles de tota acció; amb la seva implicació en l'activitat proposada, han demostrat, una vegada més, que són l'eix i el centre de totes les intervencions.

6. Conclusió

Considerem de vital importància donar continuïtat a tots els projectes i programes focalitzats en l'atenció a les persones grans. Dur a terme intervencions socioeducatives que ajudin a solucionar, mitigar o minvar les situacions de desprotecció i vulnerabilitat que moltes vegades pateix aquest col·lectiu, detectar les problemàtiques i actuar-hi d'una manera preventiva per resoldre-les és un dels objectius principals de tota l'activitat de l'Assemblea Local de la Creu Roja a Maó.

Cal destacar, com no pot ser d'una altra manera, la implicació i l'esperit solidari que envolta tots els voluntaris de la Creu Roja, que d'una manera altruista col·laboren amb la nostra Assemblea Local. Persones que aporten el seu temps i coneixement d'una manera desinteressada per ser al costat de l'altre, donant-hi suport, persones que amb el seu vincle personal amb els usuaris creen una atmosfera de confiança i complicitat fomentant una xarxa de col·laboració social, ànima de la Creu Roja.

Referències bibliogràfiques

Benavides-Caro, C. A. (2017) Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología 40* (2). 107-112. https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf

Cruz Roja Española (2018). *La estrategia de Cruz Roja con las personas mayores*. Cruz Roja Española.

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). *Censo poblacional.* https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e244/avance/p02/l0/&file=1mun07.px

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores.

Rubio, R. (2004). La soledad en las personas mayores españolas. *Portal Mayores, 1*(2). https://www.envejecimiento.csic.es/documentos/documentosrubio-soledad-01.pdf

Autores

ANA LÓPEZ VALERA

Estudiant de darrer curs del grau d'Educació Social a la Universitat de les Illes Balears. Alumna en pràctiques a l'Assemblea Local de la Creu Roja de Maó.

ALBA MARISCAL LÓPEZ

Graduada en Treball Social a la Universitat de València. Tècnica del Programa d'atenció a les persones grans de l'Assemblea Local de la Creu Roja de Maó.

SITUACIÓ ACTUAL DELS CENTRES DE DIA PER A PERSONES GRANS D'INTRESS EN RELACIÓ AMB EL CANVI DE MODEL D'ATENCIÓ

Situació actual dels centres de dia per a persones grans d'Intress en relació amb el canvi de model d'atenció

Virgínia M. Llamazares Juan
Coloma Reynés Cunill

Resum

El canvi en l'atenció a les persones grans s'ha convertit actualment en una necessitat. L'evidència científica afirma que als serveis on s'implantava el model d'atenció integral i centrada en la persona (AICP) incidia en l'augment de la qualitat de vida.

L'objectiu principal és conèixer el grau d'implementació del model AICP a partir de les deu dimensions avaluables, i com a objectiu específic, conèixer la percepció dels tres grups d'interès quant a la implementació del model. Els resultats obtinguts indiquen que la implementació es realitza de manera uniforme i satisfactòria als centres avaluats. A més, els tres grups d'interès coincideixen de forma molt igualitària en la seva percepció. Concloem que la implementació del model és una realitat que ocasiona una millora en la qualitat de vida de les persones usuàries, que és percebuda d'igual forma i que és una aposta ferma de l'organització.

Resumen

El cambio en la atención a las personas mayores se ha convertido actualmente en una necesidad. La evidencia científica afirma que en los servicios donde se implantaba el modelo de atención integral y centrada en la persona (AICP) incidía en el aumento de la calidad de vida.

El objetivo principal es conocer el grado de implementación del modelo AICP a partir de las diez dimensiones evaluables, y como objetivo específico, conocer la percepción de los tres grupos de interés en cuanto a la implementación del modelo. Los resultados obtenidos indican que la implementación se realiza de forma uniforme y satisfactoria en los centros evaluados, además de que los tres grupos de interés coinciden de forma muy igualitaria en su percepción. Concluimos que la implementación del modelo es una realidad, dando con ello una mejora en la calidad de vida de las personas usuarias, que es percibida de igual forma y que es una apuesta firme de la organización.

1. Formulació del problema d'investigació i hipòtesi

L'atenció a persones grans està en un moment de canvi. La pandèmia ha fet evident que l'organització en la manera d'atendre les persones grans responia més a aspectes logístics i de solvència econòmica que a una veritable xarxa de cures on la persona se situa en el centre i els recursos es coordinen per acompanyar-la.

La Fundación Pilares para la Autonomía Personal va elaborar un manifest en l'any de la declaració de l'estat d'alarma per la pandèmia on exposen la situació de vulnerabilitat

i discriminació que han viscut les persones usuàries de centres residencials, com també les situacions de risc per a familiars i professionals. Expliquen que s'ha evidenciat que les residències on ja s'aplicava el model AICP han patit menys els efectes de la COVID, i això els ha permès viure la pandèmia d'una forma digna i han pogut desenvolupar els seus drets.

El model AICP, pretén ser l'alternativa al model actual d'atenció de referència sanitària, on els professionals i familiars són els protagonistes, en lloc de les persones grans. En l'AICP la persona gran es posa al centre, recuperant les regnes del seu projecte vital, i els i les professionals o familiars tenen la responsabilitat d'oferir-li tots els suports necessaris perquè pugui desenvolupar aquest paper des de la dignitat i la llibertat.

Hi ha evidència científica sobre els beneficis de l'AICP tant en la qualitat de vida com en la satisfacció de les persones usuàries. Entre els estudis, destacaríem l'anàlisi descriptiva de Vila et al. (2012), però n'hi ha d'altres, que també referenciem al llarg del treball.

El model es tradueix en beneficis no sols per a les persones usuàries i familiars, sinó que s'estenen als professionals, i arriben a la mateixa comunitat. Les persones usuàries són reconegudes com a persones dignes i lliures amb drets. Les famílies recuperen la seva relació afectiva amb la persona gran, perquè l'atenció no genera tant d'estrès com abans, en entendre que s'acompanya. En relació amb els i les professionals, el benefici rau en la nova mirada que aporta, una mirada pròxima, de tu a tu, on es deixa de supervisar i controlar per acompanyar; dignifica la labor dels i les professionals, i millora la qualitat de l'atenció.

Finalment, cal esmentar que els beneficis de la comunitat es resumeixen a visibilitzar les necessitats de les persones grans i alhora trencar estereotips, la qual cosa fa que les comunitats madurin i generin xarxes de cura reals i fortes, en entendre que les persones grans formen part de la seva comunitat i que contenen el llegat i els valors d'aquesta.

En aquest projecte de recerca es vol conèixer el nivell d'implementació del model d'atenció integral centrat en la persona en serveis destinats a les persones grans, model que promulga que la seva utilització millora la qualitat de vida de les persones ateses en aquests centres (Vila et al., 2012).

L'interès de la recerca rau a analitzar la situació actual en relació amb el model d'atenció integral i centrat en la persona dels centres de dia d'Intress coneixent el seu nivell d'implementació, no sols recollint l'avaluació dels i les professionals, sinó també de persones usuàries i familiars, per obtenir una fotografia global, que reflectirà també la percepció dels agents implicats. Pretenem analitzar el nivell d'implementació del

model AICP als centres de dia seleccionats i contrastar les percepcions sobre el nivell d'implementació entre els diferents grups d'interès que hi participen, per entendre que el resultat sobre el nivell d'implementació que s'obtingui dels i les professionals s'ha de validar amb els resultats dels dos altres grups.

D'acord amb els estudis científics als quals es refereix Teresa Martínez quant a implantació del model AICP en els centres de persones grans i l'augment de la qualitat de vida (Martínez, 2016), s'entén que es fa necessari agilitar un canvi de paradigma en les cures que realment doni resposta a les necessitats emergents i augmenti la satisfacció en relació amb el servei, i avançar en aquest canvi, per la qual cosa aquest treball ens servirà per conèixer el nivell d'implantació dels centres de dia d'acord amb el model AICP i acostar-nos a la finalitat dels serveis, que és millorar la qualitat de vida de les persones usuàries.

L'objectiu principal d'aquesta recerca és analitzar el grau d'implementació del model d'atenció integral centrat en la persona en quatre dels centres de dia d'Intress a Mallorca.

Com a objectius específics volem conèixer les percepcions dels tres grups d'interès, persones usuàries, familiars i professionals, sobre el nivell d'implementació.

Per fer el treball s'han utilitzat dues eines quantitatives: l'eina validada AVANZAR AGP de la doctora Teresa Martínez (Martínez, 2018), els resultats de la qual indiquen el nivell, del 0 al 3, d'implementació del model en un servei, i l'enquesta a persones usuàries i familiars, que consisteix en una versió resumida de l'enquesta AVANZAR. Per conèixer també la seva percepció del nivell d'AICP als centres, es va reduir l'eina original a 16 preguntes, utilitzant l'aplicació de formularis de Google Forms, per posteriorment analitzar i comparar els resultats de totes dues enquestes entre els diferents grups d'interès sobre la seva percepció en la implementació del model i per conèixer el grau d'implementació del model AICP als centres seleccionats.

Els interrogants bàsics que es deriven de l'objecte d'estudi plantejat són:

- Hipòtesi 1: la implantació del model AICP millora la qualitat de vida de les persones usuàries.
- Hipòtesi 2: els resultats sobre la percepció dels tres grups d'interès enquestats coincideixen quant al nivell d'implementació de l'AICP als centres.

La justificació d'aquestes dues hipòtesis plantejades es resumeix a constatar els beneficis de l'aplicació de l'AICP en els serveis per a persones grans, per als tres grups implicats, persona (usuari/usuària), família i professional, i confirmar la necessitat del canvi real del model d'atenció en tots els serveis dedicats a les persones grans.

L'objectiu principal d'aquesta recerca és analitzar el grau d'implementació del model d'atenció integral centrat en la persona en quatre dels centres de dia d'Intress a Mallorca.

Com a objectius específics es vol:

- Conèixer el nivell d'implementació del model AICP en cadascun dels centres de dia d'Intress seleccionats.
- Contrastar les percepcions sobre el nivell d'implementació entre els diferents grups d'interès que participen en l'estudi, atès que el resultat sobre el nivell d'implementació que s'obtingui dels i les professionals s'ha de validar amb els resultats dels dos altres grups, persones usuàries i familiars.
- Conèixer si la realitat del canvi de model assistencial cap al model d'atenció integral centrat en la persona produeix beneficis sobre els tres grups d'interès dels centres seleccionats.

2. Metodologia

2.1 Mètode

Després d'una revisió bibliogràfica sobre experiències en altres serveis, teoria relacionada amb el tema a investigar i estudis sobre els beneficis del canvi de model, es desenvoluparà una recerca quantitativa usant l'eina de l'enquesta, en aquest cas en línia.

2.2 Descripció de la mostra

La població objecte d'anàlisi en aquest treball són l'equip de professionals, les persones usuàries dels centres de dia i els/les familiars d'aquests de quatre centres de dia seleccionats d'Intress, situats a Mallorca.

La mostra per a l'estudi es conforma de la manera següent:

Taula 1 | *Mostra de l'estudi*

Professionals	40
Famílies	20
Persones usuàries	20
Total	80

Els centres de dia en què s'analitzarà el nivell d'implementació del model AICP són quatre, els quals estan sota la gestió d'Intress: Centre de Dia Bunyola, Centre de Dia

Andratx, Centre de Dia Petra i Centre de Dia Ses Salines. Les enquestes realitzades s'han aplicat a 5 persones usuàries, 5 familiars i 10 professionals de cadascun dels centres de dia seleccionats.

2.3 Instruments utilitzats i anàlisi de dades

S'usaran dos tipus d'enquestes:

- Enquestes a professionals: per a aquest grup s'usarà l'eina validada AVANZAR AGP de la doctora Teresa Martínez, els resultats de la qual indiquen el nivell, del 0 al 3, d'implementació del model en un servei. Aquesta enquesta està formada per 239 preguntes, per la qual cosa es realitza una anàlisi detallada de l'atenció en els centres.

- Enquestes a persones usuàries i familiars: es passarà una versió resumida de l'enquesta AVANZAR per a aquests grups, per també conèixer la seva percepció del nivell AICP en els centres. Es va reduir l'eina original a 16 preguntes.

Totes dues enquestes analitzen les deu dimensions del model AICP que a continuació descrivim:

1. Coneixement de la persona: grau en què els i les professionals del servei coneixen els aspectes biogràfics de les persones grans que atenen, els seus valors, els hàbits i activitats que els generen benestar (o malestar) en la vida quotidiana i les seves preferències en les cures, reconeixent-les i respectant-les com a algú singular i valuós. En l'enquesta a les famílies i als usuaris i usuàries els demanen per la percepció del grau de coneixement sobre el seu familiar o sobre ells/elles mateixos; en canvi, als professionals els demanen que analitzin cadascuna de les accions que faciliten poder conèixer les persones.

2. Autonomia: aquest component tracta de recollir el nivell de percepció sobre autodeterminació i llibertat en la presa de decisions, com també quines eines, espais i suports professionals s'ofereixen des dels centres perquè les persones siguin autònomes.

3. Comunicació: la comunicació és un element clau en el model, i per això en aquest component analitzem com d'acompanyats se senten famílies i usuaris i de quina forma els i les professionals estan formats i sensibilitzats en la importància d'una comunicació positiva i empàtica.

4. Individualització i benestar: nivell de personalització, individualització i confort que es té als centres, així com processos d'intervenció, eines i espais que els facilitin.

5. Intimitat: percepció de seguretat, confidencialitat i protecció de les famílies i usuaris/usuàries en relació amb la seva privacitat, així com els procediments i intervencions professionals per poder desenvolupar el component.

6. Activitat quotidiana: grau en què el centre i els seus professionals proposen activitats estimulants, agradables i significatives per a les persones grans i ofereixen suports perquè aquestes hi participin, si així ho desitgen. La dinamització en els centres d'atenció és el que aporta dinamisme i motiva les persones a l'autocura i la convivència.

7. Espai físic: l'ambient físic influeix en el comportament i en el benestar subjectiu de les persones. Grau en què l'espai físic del centre està orientat a les persones grans, és accessible, segur, personalitzat i ofereix un ambient confortable i casolà.

8. Família i amistats: grau en què les famílies (o amistats molt properes) poden implicar-se en l'atenció i són animades a fer-ho, col·laborant en les cures i participant en l'activitat quotidiana del centre. Conèixer la xarxa social de cada persona i la seva valoració quant a la seva percepció de proximitat i satisfacció.

9. Comunitat: grau en què el centre estimula el contacte social, la presència de persones de la comunitat en la vida quotidiana del centre i ofereix suports perquè les persones grans puguin utilitzar serveis, acudir a activitats del barri i mantenir relacions socials amb persones de fora del centre.

10. Organització: grau en què l'organització explicita i lidera un model AICP, forma els seus professionals i els fa costat, utilitza metodologies facilitadores, és flexible i modifica el seu sistema organitzatiu perquè això sigui possible.

Les enquestes es van fer arribar a cada grup d'interès mitjançant un enllaç. Per a persones usuàries i familiars, via telèfon mitjançant les dades que figuren als centres col·laboradors. Els van informar prèviament de l'enviament de l'enllaç i demanar la seva conformitat per participar-hi. A les persones usuàries les van informar de manera individual i les van acompanyar en el procés de resposta. Als professionals els van informar prèviament a través de les reunions d'equip realitzades en els centres, i posteriorment van rebre l'enllaç de l'enquesta.

S'entén com a informants clau aquelles persones que participen de manera activa en els processos d'atenció en els centres de dia i que són, al seu torn, els protagonistes del model AICP; persones usuàries, familiars de persones usuàries i professionals.

Quant a l'anàlisi de dades, s'ha utilitzat l'aplicació de formularis de Google Forms per a la recollida d'informació, i per a l'anàlisi i la comparació dels resultats de totes dues

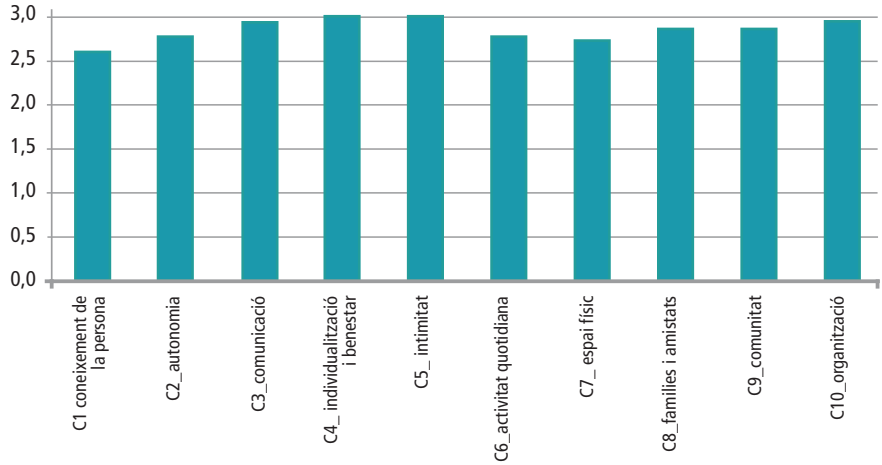
enquestes, s'han realitzat unes taules i gràfics amb les dades recollides de cada dimensió avaluada per cadascun dels grups d'interès.

3. Resultats obtinguts

3.1 Resultats obtinguts de les enquestes a persones usuàries

Basant-nos en els resultats obtinguts sobre la percepció de les persones usuàries en cadascuna de les dimensions del model AICP i el nivell d'implantació, la mitjana de totes elles és de 2,83 sobre 3. Destaquen amb 3 punts les dimensions d'individualització i benestar, intimitat i organització i amb un 2,9 la de comunicació. Són puntuacions elevades, la qual cosa indica que el grau d'implementació percebut per les persones usuàries és alt. Sabent que les tres puntuacions més altes (amb un 3) ens indiquen el grau de personalització i confort en el centre i, d'altra banda, la seguretat, confidencialitat i privacitat i també el grau d'implicació de l'entitat per facilitar la implementació del model, entenem que les persones usuàries veuen i senten el centre de dia com un lloc que els fa sentir bé; es reflecteix també que se senten acompanyades i mantenen una comunicació amb els professionals que els fa sentir així, com indica la puntuació de 2,9 en comunicació. Aquests resultats alts en cadascuna de les dimensions i la mitjana de totes indiquen que la implementació del model en els centres de dia genera sensacions molt positives en les persones usuàries.

Gràfic 1 | *Enquesta a les persones usuàries*

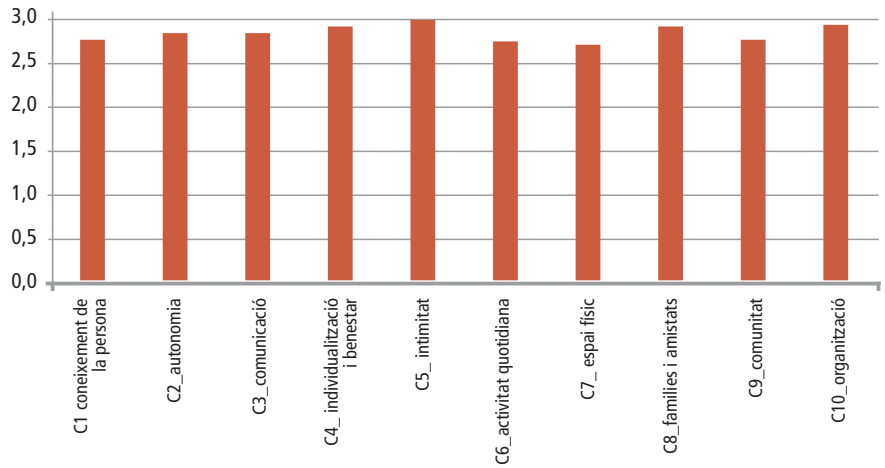


Font: elaboració pròpia

3.2 Resultats obtinguts de les enquestes als familiars de les persones usuàries

La mitjana de totes les dimensions analitzades en el grup dels familiars és de 2,86, mitjana gairebé idèntica a la de les persones usuàries, en què destaca un 3 en intimitat i organització. Totes dues dimensions coincideixen amb les de les persones usuàries, dada que ens pot indicar que les famílies perceben que els seus familiars se senten bé quan van a passar el dia en els centres i que les sensacions sobre aquestes dimensions són percebudes d'igual forma per tots dos grups. Veiem que són puntuades amb un 2,9 la individualització i benestar i família i amistats, la primera ens indica que els familiars senten que es considera les persones usuàries com a úniques i els donen un grau de confort en el centre, i la segona es tradueix en el fet que els familiars se senten implicats en l'atenció que es brinda en els centres a través de la continuïtat de les cures a la seva pròpia casa o per la participació en la quotidianitat de les activitats del centre.

Gràfic 2 | *Enquesta als familiars*



Font: elaboració pròpia

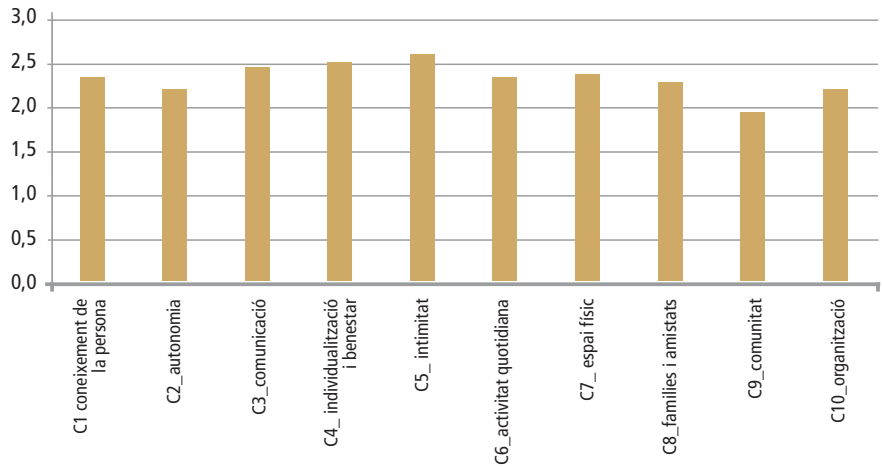
3.3 Resultats obtinguts de les enquestes realitzades als i les professionals

El perfil dels equips professionals en els centres de dia majoritàriament és d'atenció directa, no hi ha equips amb diversitat tècnica disciplinària, en alguns serveis l'únic professional amb categoria tècnica és la mateixa direcció del centre, i en el centre amb

més tipus de categories, n'hi ha tres. En la recerca hi han participat 3 direccions, 3 tècnics o tècniques i 34 auxiliars.

Les dimensions amb més puntuació han estat intimitat i individualització i benestar, i la que n'ha obtingut menys —per sota del 3— ha estat la comunitat, que ha obtingut una puntuació mitjana de 2,34. No sent una puntuació mitjana negativa, sí que és més baixa que la dels altres dos grups d'interès, entenent que la capacitat crítica dels professionals amb el seu treball és l'adequada per poder continuar millorant. Si pensem per què les dues dimensions amb més puntuació són les d'intimitat i individualització i benestar, podríem deduir que els professionals s'acosten a la filosofia que promulga el model AICP, on cada persona és única i ha de tractar-se d'una forma personalitzada respectant sempre la seva privacitat.

Gràfic 3 | *Enquesta als professionals*

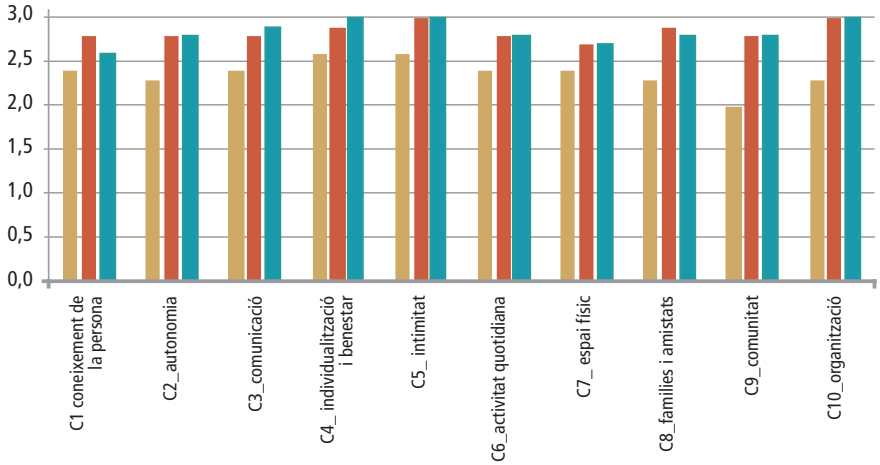


Font: elaboració pròpia

3.4 Resultats obtinguts de les enquestes a nivell global

Per finalitzar l'exposició dels diferents grups, ens sembla interessant incloure la foto global que ens mostra el gràfic 4, que inclou les diferents percepcions dels tres agents enquestats. Aquesta imatge és la que analitzarem detalladament a l'apartat següent. A continuació, veiem la foto global amb les dimensions de cadascun dels grups enquestats.

Gràfic 4 | *Comparativa*



Font: elaboració pròpia

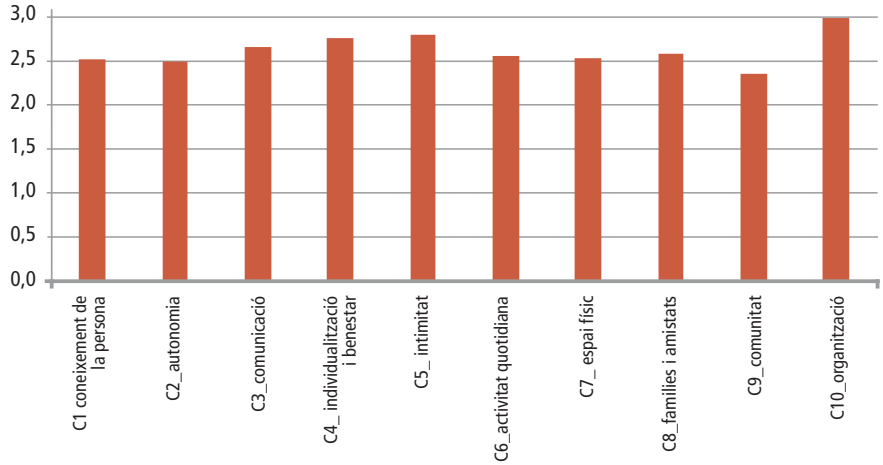
Taula 2 | *Resultats pel que fa a la dimensió/grup d'interès*

Dimensió avaluada	Professionals	Famílies	Usuaris/es
C1_Coneixement de la persona	2,4	2,8	2,6
C2_Autonomia	2,3	2,8	2,8
C3_Comunicació	2,4	2,8	2,9
C4_Individualització i benestar	2,6	2,9	3,0
C5_Intimitat	2,6	3,0	3,0
C6_Activitat quotidiana	2,4	2,8	2,8
C7_Espai físic	2,4	2,7	2,7
C8_Família i amistats	2,3	2,9	2,8
C9_Comunitat	2,0	2,8	2,8
C10_Organització	2,3	3,0	3,0

Font: elaboració pròpia

Com podem observar a la taula 1, la percepció de les famílies i persones usuàries és coincident en gairebé tota la forma, però la percepció dels equips sobre la presència de l'AICP en els procediments i processos del dia a dia és lleugerament menor, a causa, segurament, del major nombre de preguntes i grau de detall de la seva enquesta i de la capacitat més crítica en la seva feina.

Gràfic 5 | *Resultats sobre la percepció global*



Font: elaboració pròpia

El gràfic 5 ens mostra la percepció global del nivell d'implantació percebut pels diferents grups; ens dona uns resultats molt proporcionats, la qual cosa indica un nivell i progressió satisfactòria, perquè la implantació del model es desenvolupa d'igual forma en les diferents dimensions, i no n'hi ha cap que no es consideri important. La màxima puntuació en el component 10, l'organització, prové del fet que Intress dota els serveis de les bases i recursos per poder desenvolupar la implantació, com també compta amb els mecanismes per transmetre-ho a famílies i persones usuàries.

3.5 Comparatives entre els diferents resultats obtinguts

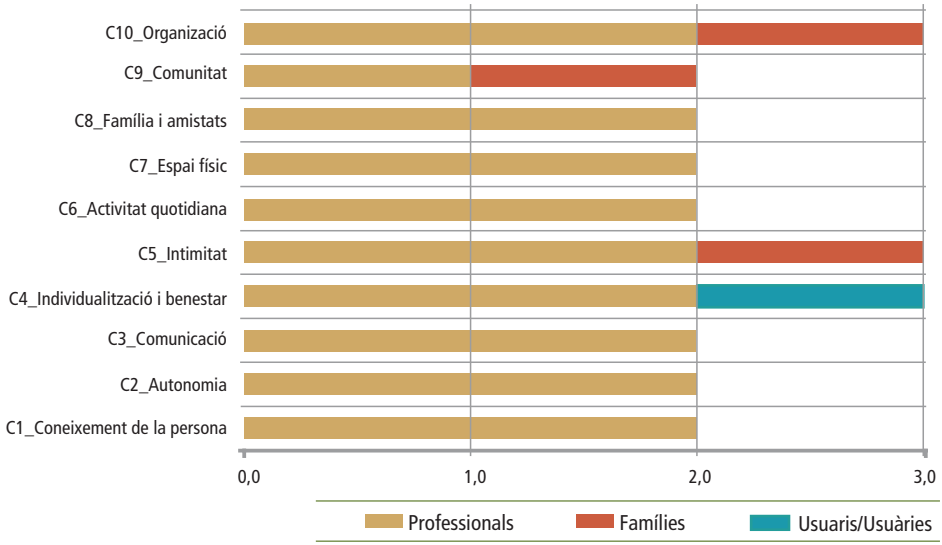
Com avançàvem en l'apartat anterior, volem finalitzar aquest punt de resultats oferint comparatives i analitzant més al detall cadascuna de les dimensions i els rangs de puntuació segons els grups, com també fer ressaltar puntuacions que ens puguin cridar l'atenció, ja siguin per la seva coincidència o perquè distin més en puntuació.

El gràfic 6 mostra les dimensions puntuades pels grups, la majoria han estat puntuades amb un 2 de manera coincident. Destaca, d'una banda, que la comunitat hagi obtingut una puntuació d'1 per part dels professionals, així com el 3 atorgat en individualització i benestar per part de les persones usuàries i el 3 coincident entre familiars/usuaris en intimitat i organització.

Podríem dir que, en general, els resultats són coherents i no disten molt en les dimensions no coincidents, com a màxim hi ha un punt de diferència, per la qual cosa es pot

entendre que el nivell d'implantació és percebut en general de manera similar, sense resultats extrems.

Gràfic 6 | *Comparativa de dimensió/grup d'interès*



Font: elaboració pròpia

Quant al fet de la puntuació 1 per part dels professionals en l'aspecte comunitari, considerem que està molt relacionat amb el moment de pandèmia, i que les famílies i usuaris han puntuat més en general, sense referir-se a cap temps concret.

4. Discussió i conclusions

Els darrers anys l'augment de l'interès pel model AICP s'ha reflectit en l'increment de publicacions sobre aquesta qüestió, de manera general sobre els efectes i beneficis del model d'atenció i de forma més específica sobre variants com l'espai físic, les activitats significatives o l'adaptació del model a persones amb demència, entre moltes altres.

Quan en una entitat s'aposta pel canvi de paradigma en l'atenció en els seus centres de persones grans, han d'entendre i verificar que aquest canvi aportarà una millora en la qualitat d'aquesta atenció i que repercutirà directament en les persones usuàries, les seves famílies i els professionals. Per això mostrarem una aproximació a les principals línies de recerca que tracten sobre la relació entre la implantació del model en els centres de persones grans i la millora de qualitat de vida de les persones

usuàries d'aquests centres, per així poder destacar els resultats d'aquesta recerca, ja siguin coincidents o no.

S'esmenten a continuació diferents recerques on es pretén conèixer la relació entre atenció centrada en la persona i diferents mesures relacionades amb el malestar/benestar de les persones grans, on l'agitació i les alteracions del comportament dels residents amb demència són els efectes més analitzats.

Chenoweth et al. (2009), en un estudi realitzat en una mostra de 15 residències australianes i 289 residents amb demència, van comparar la relació entre la mena d'atenció residencial i diferents variables com el grau d'agitació, la qualitat de les persones amb demència i les caigudes. Es van comparar tres intervencions, dues d'orientades des de l'ACP, a) un programa formatiu per al personal sobre la comprensió de la demència i l'abordatge els seus comportaments des de la millora de processos de comunicació amb les persones usuàries i b) un programa formatiu utilitzant el DCM, enfront d'un tercer grup, c) atenció residencial tradicional. Els seus resultats mostren que les dues intervencions orientades des de l'ACP van reduir significativament el grau d'agitació de les persones amb demència enfront de l'atenció residencial tradicional (Martínez, 2016).

Sloane et al. (2004) van estudiar l'agitació, l'agressivitat i el disconfort de persones amb demència mentre eren endreçades pels seus gericultors. En una mostra composta de 69 persones amb demència i 37 gericultors es van comparar dues tècniques d'higiene orientades des de l'ACP (modalitat de bany en llit amb tovallola, i dutxa) enfront del grup control, que rebia la higiene a la manera habitual. En les intervencions ACP els gericultors van ser instruïts en l'aplicació de tècniques d'higiene *Bathing without a Battle* ('bany sense batalla'), que comprenen, a més del procediment tècnic de la neteja, tècniques de comunicació i maneig de les alteracions de conducta dirigides al fet que les persones se sentin «forçades» en aquesta activitat quan ofereixen resistència. Els resultats assenyalen una reducció significativa de l'agitació, l'agressivitat i el disconfort de les persones en totes dues intervencions ACP enfront del grup control. A més, les mesures de disconfort, avaluades a través de la Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer Type, van ser menors en el grup d'intervenció utilitzant el bany en llit amb tovallola enfront del grup que va realitzar la higiene mitjançant la dutxa (Martínez, 2016).

Moniz, Cook, Stockes, i Agar (2003) van realitzar un estudi de cinc casos de persones amb demència que vivien en residències i que presentaven alteracions de conducta en la realització d'activitats quotidianes quan eren ajudades pels seus cuidadors. Les intervencions realitzades van ser de tipus psicosocial (vs intervencions farmacològiques) basades en models holístics i atenció centrada en la persona. Els resultats indiquen millores en una reducció de les alteracions del comportament i del malestar dels residents observats (Martínez, 2016).

Podríem anomenar-ne molts més, però podem concloure la validesa del model AICP per disminuir l'agitació de les persones grans amb demència que viuen en centres residencials.

Altres línies d'estudi s'encaminen a conèixer els efectes de la utilització del model AICP i qualitat de vida, com el treball de Kane, Lum, Cutler, Degenholtz, i Yu (2007), un estudi longitudinal de dos anys de durada en què utilitzant un disseny quasiexperimental van analitzar els resultats de l'aplicació del model Green Houses comparant-lo amb un grup control d'atenció residencial tradicional. Van trobar diferències significatives en qualitat de vida percebuda en favor de l'atenció Green Houses enfront del grup control. Terada et al. (2013) van analitzar les relacions entre ACP, qualitat de vida i funcionament de les persones en dos contextos de cures de llarga durada: residències geriàtriques i hospitals. En el recurs residencial van trobar correlacions positives significatives entre ACP i quatre indicadors de qualitat de vida en persones amb demència (afecte positiu, comunicació, espontaneïtat/activitat i vinculació als altres) (Martínez, 2016).

Es destaca un estudi longitudinal que es va portar a Espanya, el projecte Etxean Ondo, al País Basc, on es van obtenir resultats de la reorientació d'un model residencial tradicional a unitats de convivència aplicant un model AICP (Díaz-Veiga i Sancho, 2014). La intervenció es va basar en canvis ambientals i organitzatius, paral·lelament a un programa formatiu per als professionals, i l'avaluació es va fer comparant entre un grup de residents amb demència que van ser atesos en aquestes noves unitats des del model AICP i el grup control, que eren residents en residència tradicional. Els resultats obtinguts mostraven millores significatives en la qualitat de vida del grup dels residents amb demència enfront del grup control, i duien a concloure que la intervenció amb el model AICP és efectiva en relació amb un guany de qualitat de vida (Martínez, 2016).

Després de realitzar aquest breu repàs i esmentar que hi ha estudis amb resultats diversos i que no obtenen resultats que afirmin que la implantació del model AICP en els centres de persones grans millori la seva qualitat de vida, sí que podem dir que les dades mostren que l'evidència va sent més gran i que dona suport a les intervencions orientades a AICP, les quals actuen de manera positiva en aspectes del benestar de les persones grans i, en concret, en la disminució de l'agitació de les persones amb demència. Quant a la qualitat de vida, els estudis també mostren que hi ha millores i efectes beneficiosos si s'aplica el model AICP enfront del model tradicional, per la qual cosa podem afirmar que el nostre estudi per conèixer la situació actual d'implantació del model AICP en els centres d'Intress ens dona a entendre que, si n'hi ha una implantació elevada —i coneixem aquesta dada a través de les dimensions avaluades—, aquesta alta implantació repercutirà en la qualitat de vida de les persones usuàries. Els resultats de la nostra recerca ens mostren que els quatre centres avaluats presenten un nivell mitjà-alt d'implantació del model i que les percepcions dels tres grups avaluats sobre

aquesta implantació són pràcticament similars. Així, doncs, si des dels centres d'Intress es treballa amb el model AICP i s'aborden els diferents aspectes que des del model es promulga que milloren la qualitat de vida, es pot entendre que es millora la qualitat de vida de les persones usuàries gràcies al canvi de model d'atenció pel qual han apostat, ja que aquesta relació s'ha confirmat a través dels estudis sobre la utilització del model AICP i la millora en la qualitat de vida.

Després de realitzar les enquestes, analitzar-ne els resultats i dur a terme les discussions sobre els resultats obtinguts, es conclou que el model d'atenció integral centrat en la persona dona resposta a les necessitats plantejades per la teoria de Tom Kitwood, en la qual indica la importància d'empatitzar amb la persona, amb les seves necessitats, i de permetre el desenvolupament de la seva independència, la seva individualitat i la seva autonomia tant de temps com sigui possible. Accentua la importància de l'entorn social en relació amb l'adequació conductual i mostra la necessitat de capacitar els professionals i modificar-ne les actituds i abordatges, perquè tinguin en compte els elements que intervenen en el benestar subjectiu. Totes les dimensions valorades han donat una puntuació alta entre les persones usuàries dels centres, per la qual cosa es confirma que l'equip de professionals dels centres dirigeixen les seves intervencions a cobrir les necessitats que donen la qualitat de vida desitjada, de manera que la primera hipòtesi plantejada en la recerca obté un resultat positiu, i s'indica que la implantació del model AICP millora la qualitat de vida de les persones usuàries, ja que les dimensions estudiades aporten aquesta qualitat de vida.

El nivell global mitjà d'implantació percebut pels diferents grups ha resultat un 2,64 de mitjana, un resultat alt, perquè la puntuació màxima és de 3, i se situa en un nivell alt d'implantació.

Quant a la proporció de la implantació segons la imatge obtinguda, s'observen uns resultats molt proporcionats, que indica un nivell i progressió satisfactòria, perquè la implantació del model es desenvolupa d'igual forma en les diferents dimensions.

El component que tracta de l'organització/entitat destaca sobre els altres i es tradueix en el fet que Intress dota els serveis de les bases i recursos per poder desenvolupar la implantació, com també disposa dels mecanismes per transmetre-ho a famílies i persones usuàries, com són les reunions, assemblees, projectes per a famílies, cartelleria, etc.

Pel que fa a les diferents percepcions dels tres agents enquestats, la percepció de les famílies i persones usuàries és coincident en gairebé totes les dimensions, però la percepció dels equips sobre la presència de l'AICP en els procediments i processos del dia a dia és lleugerament menor, sent aquesta diferència molt poc significativa, ja que les persones usuàries i les famílies presenten una mitjana de 2,86, i els professionals,

de 2,34, sent un 0,52 la diferència, per la qual cosa es pot concloure que la percepció dels tres grups d'interès coincideix quant al nivell d'implementació del model AICP en els centres, i es dona resposta a la segona hipòtesi plantejada en la recerca. Aquesta diferència de percepció entre les persones usuàries/familiars i els professionals és deguda al fet que el primer grup puntua en relació amb el model tradicional d'atenció, i el grup de professionals puntua en relació amb el model d'AICP «pur», ja que aquest darrer grup ha rebut formació sobre el model i pot ser més objectiu i crític quant a la puntuació de les diferents dimensions; a més, que els professionals responen a un qüestionari més extens, amb més preguntes i grau de detall, que el grup de persones usuàries i familiars.

Finalment, cal destacar que la dimensió menys puntuada és la de comunitat per part dels professionals, dada que pot estar influïda per la pandèmia, ja que actualment no està permès realitzar activitats comunitàries ni qualsevol tipus d'interacció amb entitats i/o grups d'interès.

Referències bibliogràfiques

Álvarez, A., Bermejo, L., Bonafont, A., Díaz-Vega, P., García, H., García, J. A., i Yanguas, J. (2014). *Modelo de atención integral y centrada en la persona. Teoría y práctica en ámbitos del envejecimiento y discapacidad.* Madrid: Tecnos.

Barceló, B. (2000). *Centrar-se en les persones. Un model transformador d'intervenció socioeducativa.* Barcelona: Pleniluni.

Brownie, S., i Nancarrow, S. (2013). Efectos de la atención centrada en las personas en los residentes y el personal en los centros de atención a ancianos: una revisión sistemática. *National Library of Medicine.* http:// pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.

Díaz-Veiga, P., i Sancho, M. (2012, 15 de juny). Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para vivir como en casa: *Informes Portal Mayores*. http://www.matiainstituto.net/es/publicaciones/unidades-de-convivencia-alojamientos-depersonas-mayores-para-vivir-como-en-casa.

Fariña-López, E. (2011) Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, *46*(1), 36-42. http://www. elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articuloproblemas-seguridad-relacionados-con-aplicacion-S0211139X10002283.

Feil, N. (2002). *Validación: Un método para ayudar a las personas mayores desorientadas.* Barcelona: Herder Editorial.

Fundación Pilares para la Autonomía Personal. (2021, 23 de març). *Manifiesto de la Fundación Pilares contra la discriminación y el maltrato a las personas mayores.* http:// www.fundacionpilares.org/destacadas/22203/.

Kitwood, T. (1997). *Dementia reconsidered; the person comes first.* Open University Press.

Martínez, T. (2010). *Centros de atención diurna para personas mayores. Atención a las situaciones de fragilidad y dependencia*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales. Gobierno Vasco.

Martínez, T. (2013). *La atención centrada en la persona. Su aplicación en gerontología*. ACPgerontología. https://www.acpgerontologia.com.

Martínez, T. (2015). *Validación española de dos instrumentos de evaluación de la atención centrada en la persona en residencias y centros de día para personas mayores: el P-CAT y el PDC*. Serie Documentos ACPgerontología, 2. http//www.acpgerontologia.com.

Martínez, T. (2016). *La atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos. Modelos de atención y evaluación*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Martínez, T. (2017). Evaluación de los servicios gerontológicos: un nuevo modelo basado en la Atención Centrada en la Persona. *Revista Argentina de Gerontología y Geriatría, 31*(3), 83-89. http://www.acpgerontologia.com.

Martínez, T. (2018). *Uso y utilidades de la herramienta para la revisión participativa AVANZAR-AGCP*. Serie Documentos ACPgerontología, 6. http://www.acpgerontologia.com.

Martínez, T. (2018, 28 de gener). *Evidencia empírica y atención centrada en la persona.* htpp://acpgerontologia.blogspot.com.

Martínez, T. (2019). *El modelo ACP-gerontología. Una propuesta para aplicar y evaluar atención centrada en la persona en los servicios gerontológicos*. Serie Documentos ACPgerontología, 7. http://www.acpgerontologia.com.

Martínez, T., Díaz, B., i Pérez C. (2016). *Respetando la intimidad: protección y trato cálido. Recomendaciones para la buena praxis en servicios sociales*. http://www.asturias.es/Asturias/descargas/PDF_TEMAS/Asuntos%20Sociales/Calidad/2016_11_22_guia_intimidad_proteccion_y_trato_calido.pdf

Paniagua, R. (2015). *La ética del cuidado y mayores: Los cuidados a las personas mayores desde un horizonte ético y en la búsqueda de la calidad de vida.* Cuadernos de Ética en Clave Cotidiana. Madrid: Fundación Europea para el Estudio y Reflexión Ética (Funderética).http://ciapat.org/biblioteca/pdf/1216-La_Etica_del_cuidado_y_mayores.pdf.

Pérez, J., Abellán, A., Aceituno, P., i Ramiro, D. (2020). *EnR?| Envejecimiento en Red*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos2020.pdf.

Rodríguez, P. (2011). *Hacia un nuevo modelo de alojamientos. Las residencias en las que queremos vivir*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Rodríguez, P. (2013). *La atención integral y centrada en la persona*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Rodríguez, P., Ramos, C., García, A., Dabbagh, V., Mirete, C., i Castejón, P. (2017). *La atención en domicilios y comunidad a personas con discapacidad y personas mayores.* http://www.fundacionpilares.org/docs/2017/fpilares-guia-domicilios-comunidad-2017.pdf.

Saizarbitoria, M. (2012, juny). Revisión de estudios de coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona. *Zerbitzuan. Revista de Servicios Sociales, 51*, 107-117.

Saizarbitoria, M., i Zalakain, J. (2011). *Atención comunitaria y atención centrada en la persona: Revisión de estudios de coste-efectividad.* http://www.siis.net/documentos/ficha/203902.pdf.

Urritia A., i Erdoiza, I. (2012). *Guía para la eliminación de sujeciones físicas y químicas en centros de atención sociosanitaria y domicilios: Basada en la Norma Libera-Ger de la Fundación Cuidados Dignos*. Bilbao: Fundación Cuidados Dignos.

Vila, J., Villar, F., Celdrán, M., i Fernández, E. (2012, maig). El modelo de la atención centrada en la persona: análisis descriptivo de una muestra de personas mayores con demencia en centros residenciales. *Aloma*, *30*(1), 109-117.

Villar, F., Celdrán, M., Serrat, R., Fabà, J., i Martínez, T. (2017). *Sexualidad en centros residenciales para personas mayores: actitudes de los profesionales y políticas institucionales*. *Resumen de resultados.* Serie Documentos ACPgerontología, 5. http://www.acpgerontologia.com.

Zalakain, J. (2012). *Revisión de estudios coste-efectividad en servicios de atención comunitaria y atención centrada en la persona. Conclusiones*. Madrid: Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Autores

VIRGINIA M. LLAMAZARES JUAN

Palma (1979). Graduada en Treball Social per la Universitat Nacional d'Educació a Distancia. Diplomada en Fisioteràpia per la Fundació Universitària del Bages. Té el títol de postgrau en Direcció i Gestió de Serveis d'Atenció a la Dependència per la Universitat Alfons X el Sabio. Des de fa once anys es dedica a la direcció de centres de dia per a persones adultes grans i coordinació del servei d'ajuda a domicili.

COLOMA REYNÉS CUNILL

Palma (1980). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Té el títol de postgrau en Direcció i Gestió de Serveis d'Atenció a les Persones Adultes Majors i de màster en el Model d'Atenció Integral i Centrat en la Persona en Serveis per a Persones Majors i/o amb Discapacitat, de la Fundació per la Promoció de l'Autonomia Pilares i la Universitat de Vic. Durant dotze anys s'ha dedicat a la direcció de centres de dia per a persones majors, com també a impartir formacions relacionades amb el model d'atenció integral i centrat en la persona a la mateixa entitat i en centres i per a personal de l'Administració pública de les Illes Balears. Actualment és la directora de coneixement de l'àrea de persones majors d'Intress.

ENVELLIMENT ACTIU EN LES PERSONES AMB LESIÓ MEDUL·LAR I ALTRES DISCAPACITATS FÍSIQUES. ASPAYM

Envelliment actiu en les persones amb lesió medul·lar i altres discapacitats físiques. ASPAYM

Paula Martorell Lliteras

Resum

El fet d'envellir suposa un conjunt de processos físics, emocionals i socials influenciats per una sèrie de factors relacionats amb canvis en la salut, la família i les relacions socials, associats a conseqüències personals i materials. Envellir per a les persones amb discapacitat implica una doble càrrega, o una doble discapacitat, ja que suposa una aparició o un agreujament de les dependències.

A partir de l'augment de l'esperança de vida, ens trobem amb un nou col·lectiu de persones grans amb discapacitat. Per tant, és necessari formular programes i projectes que vetllin pel seu benestar i tinguin una millora en la qualitat de vida.

ASPAYM Balears ha creat un nou servei dirigit al col·lectiu de les persones amb discapacitat que estiguin en l'etapa de l'envelliment, amb l'objectiu de poder oferir activitats saludables, accessibles i adaptables a les necessitats individuals de la gent gran amb discapacitat perquè es mantingui activa, des del punt de vista físic, emocional i cognitiu, i pugui afrontar en les millor condicions el procés d'envelliment.

Resumen

Envejecer supone un conjunto de procesos físicos, emocionales y sociales influenciados por una serie de factores relacionados con los cambios en la salud, la familia y las relaciones sociales, asociados con las consecuencias personales y materiales. Envejecer para las personas con discapacidad implica una doble carga, o una doble discapacidad, ya que supone una aparición o empeoramiento de las dependencias.

A partir del aumento de la esperanza de vida, nos encontramos con un nuevo colectivo de personas mayores, con discapacidad. Por tanto, es necesario formular programas y proyectos que velen por su bienestar y tengan una mejora en la calidad de vida.

Desde ASPAYM Balears se ha creado un nuevo servicio dirigido al colectivo de las personas con discapacidad que estén en la etapa de envejecimiento cuyo objetivo se basa en poder ofrecer actividades saludables, accesibles y adaptables a las necesidades individuales de las personas mayores con discapacidad para que se mantengan activas, física, emocional y cognitivamente, y puedan afrontar en las mejores condiciones el proceso de envejecimiento.

1. Introducció

L'edat avançada suposa un conjunt de processos físics, emocionals i socials influenciats per factors desencadenats com poden ser períodes de malalties, salut, jubilació, canvis en les circumstàncies familiars, pèrdua d'éssers estimats, etc. Aquests factors solen implicar conseqüències personals, socials i materials.

Però, encara que hi ha aspectes comuns en l'experiència de totes les persones que envelleixen, n'hi ha que no ho són quan s'envelleix amb una discapacitat, i aquests aspectes els fan més vulnerables, i creen algunes situacions que els poden conduir a circumstàncies de risc. Tenir en compte allò que és comú i específic d'envellir amb discapacitat permetrà adequar els suports que es facilitin des dels serveis per ajustar-se a les preferències de les persones amb discapacitat i que aquestes se sentin més incloses en la nostra societat.

El fet d'envellir representa per a tothom una amenaça general per al control del futur de les nostres vides, però en el cas de les persones amb discapacitat física implica una segona discapacitat, que suposa l'aparició o l'agreujament de les dependències. Els problemes de salut característics de la vellesa tenen una prevalença superior, i quan es tracta de malalties que resten autonomia, les discapacitats produïdes s'afegeixen a les ja existents, la qual cosa, unida a la pèrdua de capacitat d'adaptació, converteix aquest col·lectiu en molt més vulnerable.

L'Associació de Persones amb Lesió Medul·lar i altres Discapacitat Físiques (ASPAYM) es creà amb l'objectiu principal de defensar els drets de les persones amb discapacitat física i treballar en favor de la seva autonomia i per una vida independent. Durant aquests anys gestionant i desenvolupant serveis i programes de prestació directa per aconseguir els seus objectius, ha pogut comprovar que les persones grans amb discapacitat i les seves famílies perceben el procés d'envelliment com una amenaça per a la seva independència personal.

De les 319 persones amb discapacitat física ateses en serveis i programes d'ASPAYM durant l'any 2021, el 32% eren més grans de 65 anys i el 40% se situava dins l'interval dels 50-64 anys, i es compleix igualment el criteri demogràfic de l'existència de més dones que homes en edat adulta. La meitat d'aquestes persones tenen reconegut un grau de més d'un 75% de discapacitat, seguits de l'interval del grau d'un 50-74%.

ASPAYM dona ajudes a aquest col·lectiu en l'àmbit domiciliari, que potencien i possibiliten la permanència al nucli familiar de les persones, un dels principis i objectius que guien actualment l'atenció a la gent gran en general i a la població de persones grans amb discapacitat en particular.

De manera que amb les dades esmentades anteriorment i els pocs recursos per a les persones grans, va sorgir la idea de crear un servei per a aquest col·lectiu en què poguessin realitzar activitats que concordessin amb el fet d'envellir d'una manera activa.

Per mantenir actives les persones grans amb discapacitat, és fonamental realitzar activitats adaptades a aquesta població i a les seves famílies, així com proporcionar-los una major informació sobre temes relacionats amb la discapacitat i l'envelliment actiu i saludable. D'aquesta manera, aquest grup d'edat pot obtenir una atenció més precisa i completa dins el context en el qual es troben, i tenir les oportunitats de participació i implicació en la vida quotidiana dins el seu entorn, necessàries per augmentar el seu benestar i qualitat de vida. En definitiva, mantenir uns hàbits saludables i socials.

El col·lectiu que ens ocupa presenta algun tipus de dependència que influeix en la realització d'una o diverses activitats de la vida diària, principalment aquelles activitats instrumentals com la realització de tasques domèstiques o sortir a comprar o a fer altres gestions com anar al banc. Els transports públics i els desplaçaments fora de la llar són els aspectes més temuts i aquestes persones solen demanar informació per accedir a aquests recursos i suport per fer gestions i presentar queixes. A més, la major part afegeixen al seu estat de salut altres malalties amb traumatologies inflamatòries o de l'aparell circulatori.

El servei de discapacitat i envelliment actiu es crea a partir de les necessitats observades des dels diferents serveis d'ASPAYM, per donar cabuda a aquestes persones i oferir-los un servei exclusiu. Així, doncs, consisteix en la creació d'un servei més ajustat a les persones grans amb discapacitat i els seus familiars, que necessiten millorar els seus estils de vida per mantenir-se actius en els àmbits de l'autocura de la salut, un funcionament físic òptim, amb afecte positiu i participació social. Tot això, fomentant una actitud personal cap a la independència, l'autonomia i una responsabilitat més adequada a la qual han pogut accedir al llarg de tota la vida amb discapacitat.

2. Objectiu general

L'objectiu general és oferir activitats saludables, accessibles i adaptables a les necessitats individuals de les persones grans amb discapacitat perquè es mantinguin actives, des del punt de vista físic, emocional i cognitiu, i puguin afrontar el procés d'envelliment en les millor condicions.

Objectius específics

- Promoure el desenvolupament i el manteniment de l'autonomia personal amb la finalitat de preveure la dependència.

- Facilitar l'autoaprenentatge i la consolidació de comportaments i interessos saludables i actius.

- Fomentar l'ús i l'aprofitament de les tecnologies de la informació per a l'oci, l'educació o formació, la relació social i la vida quotidiana.

- Potenciar la participació activa en processos, activitats i en programes en els quals la seva presència pot aportar un valor afegit.

- Propiciar la col·laboració intergeneracional en activitats socials, culturals i comunitàries.

3. Marc teòric

En tot el món augmenta la proporció de persones grans. L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2017) estableix que l'any 2050 la població d'aquesta franja d'edat canviarà i serà un 22% de la població mundial.

Una de les característiques de les persones grans és que poden experimentar problemes físics i mentals, els quals és necessari que els professionals que treballem en el camp de la gerontologia coneguem. Per exemple, l'OMS (2018) argumenta que més d'un 20% de les persones més grans de 60 anys tenen algun trastorn mental o neuronal i que el 6,6% de la discapacitat en aquest grup s'atribueix a trastorns mentals i del sistema nerviós.

L'OMS (2015) parla del fet que l'envelliment és la conseqüència de l'acumulació d'una gran varietat de danys moleculars i cel·lulars al llarg del temps, la qual cosa porta a un descens gradual de les capacitats físiques i mentals, a un augment del risc de malaltia i finalment a la mort.

Aquests canvis no són lineals ni uniformes, i la seva vinculació amb l'edat d'una persona en anys és més relativa. Algunes tenen una salut excel·lent i es desenvolupen perfectament; d'altres són fràgils i necessiten una ajuda considerable.

Finalment, l'OMS (2015) afirma que l'envelliment també està associat a altres transicions de la vida com la jubilació, el trasllat a habitatges més apropiats, la mort d'amics i/o de la parella. En la formulació d'una resposta de salut pública a l'envelliment, és important tenir en compte no només els elements que minven les pèrdues associades amb la vellesa sinó també els que poden reforçar la recuperació, l'adaptació i el creixement psicosocial.

Veiem, doncs, que, a més de cada persona i de les característiques que aquesta tingui, els entorns socials i físics també influiran en el seu procés d'envelliment; de fet, els entorns on una persona viu en la seva infància tenen efectes en la manera d'envellir, tal com indica l'OMS (2018, 1).

Durant l'època de la vellesa, és important mantenir els hàbits de vida saludable, ja que aquest fet pot ajudar a preservar la funció cognitiva i millorar les facultats físiques i mentals de l'individu. L'OMS (2018) estableix que els entorns més idonis permeten dur a terme les activitats que són importants per a les persones, com per exemple edificis i transports públics segurs i accessibles.

Quan es parla d'envelliment en persones grans, és necessari anomenar la nova definició d'envelliment actiu segons l'Organització Mundial de la Salut, la qual defineix el concepte com el procés de fer-se gran sense envellir mitjançant el desenvolupament cognitiu d'activitats físiques, socials i espirituals al llarg de tota la vida.

La mateixa Constitució estableix que el goig del grau màxim de salut que es pot aconseguir és un dels drets fonamentals de tot ésser humà sense distinció de raça, religió, ideologia política o condició econòmica o social. Així, la salut com a dret humà fonamental és un pilar intocable que ha de ser a la base de tot procés humà i, per això, és fonamental per a la valoració d'un procés d'envelliment amb èxit.

Fernández-Ballesteros (2008, citat pel CERMI 2012, pàg. 2) considera que l'envelliment actiu és un concepte multidimensional que engloba la bona salut i està compost per un ampli conjunt de factors biosocials i psicosocials. Resumeix que les condicions de salut, el funcionament òptim, un alt funcionament cognitiu, l'afecte i la participació social són els criteris a tenir en compte a l'hora d'identificar l'envelliment d'una manera activa.

A aquests factors esmentats anteriorment, s'ha d'afegir el caire individual de cada persona, les seves característiques personals i socials.

És cert que moltes discapacitats presenten característiques pròpies que configuren determinats rangs en el procés d'envelliment. A això ha d'afegir-se la necessitat de tenir present la perspectiva de gènere, perquè també aquest constitueix un element determinant en el procés d'envelliment.

Les persones amb discapacitat, quan envelleixen, veuen com es manifesta una segona discapacitat, la qual suposa l'aparició o l'agreujament de dependències. El grup de treball d'envelliment actiu del Comitè Espanyol de Representació de Persones amb Discapacitat (CERMI, 2012) estableix que, per norma general, els problemes de les per-

sones amb discapacitat física i orgànica són molt similars als de la resta de la població en els aspectes físics.

Tot i així, podem dir que l'envelliment de les persones amb discapacitat és un fenomen social nou. Hem pogut observar com amb el temps l'esperança de vida ha anat augmentant, així com l'esperança de vida del col·lectiu de persones amb discapacitat. Per tant, l'envelliment d'aquest col·lectiu de persones amb discapacitat té un fort impacte en la política social. Està relacionat amb la rellevància social, perquè més de la meitat dels individus amb discapacitat que resideix al nostre país tenen més de 65 anys.

El CERMI (2012, 4) ho ha començat a considerar un problema social, i desperta en els darrers anys un interès creixent. A la sensació compartida d'envelliment físic prematur també s'hi afegeixen trajectòries distintes en les diferents discapacitats, com la relativa al grau i el nivell de deteriorament físic.

El benestar físic i l'emocional es troben en aquesta etapa de l'envelliment estretament units. L'envelliment està associat a un declivi en el benestar emocional. Per altres, amb una experiència similar, aquest procés no es viu en termes negatius. A aquest benestar físic s'uneix el factor de la independència com un dels que més influeixen en els canvis en les percepcions de la qualitat de vida.

Aguado i Acedo (2004, 262) esmenten que un dels principals problemes amb els quals travela la investigació sobre l'envelliment d'aquest col·lectiu és l'absència d'un plantejament global que inclogui la panoràmica general del procés d'envelliment i de models teòrics explicatius del dit procés, l'abordatge de les àrees temàtiques diverses i desconnectades, la dispersió de la literatura disponible, la mescla de col·lectius estudiats, la inadequada i confusa utilització de la terminologia, la falta de delimitació de la doble experiència o del doble diagnòstic, els errors en el mostratge i disseny i la falta d'instruments específics d'avaluació. Aquesta situació afecta també el camp d'investigació sobre la discapacitat en general, i denota que l'estudi d'aquest problema social de l'envelliment de les persones amb discapacitat té dificultats per aconseguir l'estatus científic.

Aguado i Acedo (2004, 263) defensen que el principal objectiu de les persones grans amb discapacitat és la detecció de les necessitats percebudes per aquest col·lectiu. Es pretén arribar a la proposta de suggeriments per a l'adequació dels recursos d'atenció de tals necessitats, així com per a la generació d'estratègies de prevenció de les condicions que susciten aquestes necessitats, tot pensant en l'increment de la qualitat de vida de les persones adultes.

Finalment, hem pogut veure com el col·lectiu de la gent gran augmenta en la piràmide de població; això està lligat al fet que les persones amb discapacitat física tenen més

esperança de vida. Per tant, és necessari formular programes i projectes que vetllin pel seu benestar i representin una millora en la qualitat de vida. Això s'aconsegueix fent activitats que aportin benestar a tots els nivells. És a dir, activitats relacionades amb la millora o el manteniment de l'estimulació cognitiva, activitats d'exercici físic, equilibri i coordinació, activitats de relacions socials i vincles, i activitats relacionades amb la motricitat fina. Totes aquestes són pensades per a la millora de la qualitat de vida.

4. Justificació

Per garantir l'autonomia personal i la qualitat de vida de les persones grans amb discapacitat física, és totalment indispensable que mantinguin un òptim estat de salut des del punt de vista físic i cognitiu, emocional i relacional i de participació comunitària. És la millor manera de prevenir l'aparició de processos depressius i d'aïllament que ocasiona el buit que s'entén amb la inactivitat i la soledat no desitjada, i que multiplica la seva situació de vulnerabilitat.

Impulsar un model d'envelliment actiu suposa proposar activitats adaptades a la situació de les persones grans, enfocades a millorar i mantenir les competències físiques i cognitives. També és important fer activitats inclusives perquè sentin que formen part de la societat en la qual vivim. A més, aquest col·lectiu té un gran ventall d'experiències i coneixement per poder participar en activitats amb altres persones de la mateixa edat o més joves i que puguin enriquir-se de les seves vivències.

És important augmentar-los el nivell d'interacció relacional, per tal de combatre les conseqüències negatives de la solitud no desitjada. És fonamental proporcionar-los la possibilitat d'adoptar rutines saludables, i facilitar-los l'accés a activitats adaptades de tipus sociocultural en què puguin continuar esforçant-se tant psíquicament com físicament. Amb les activitats que s'inclouen en aquest projecte, la gent gran podrà tenir accés a activitats físiques, de psicomotricitat, de memòria, formatives, culturals, de voluntariat, entre d'altres, sempre adaptades a la discapacitat i a l'edat.

Totes les activitats permeten i faciliten l'aprenentatge a través de la pràctica grupal de determinades destreses o habilitats, i fomenten el manteniment o una millora dels hàbits de la vida en general. A més, amb la realització dels diferents tallers o pràctiques, es treballaran de manera transversal les relacions socials, els vincles entre els participants, el treball en equip i el desenvolupament de les responsabilitats o l'autoestima, entre d'altres.

La utilització dels grups i tallers com a espai de desenvolupament personal i de prevenció suposa una estratègia d'atenció potent per aconseguir els objectius del servei.

La seva dinàmica genera motivació en les persones que hi participen, oferint-los un entrenament social com a part inherent de la metodologia d'intervenció.

Tenint en compte els objectius proposats, les activitats parteixen dels tallers següents:

- Tallers de desenvolupament personal
- Tallers formatius
- Taller per a la inclusió social

Dins aquesta tipologia es treballen:

- Tallers de memòria per treballar l'agilitat mental de manera individual i en grup per crear un clima de confiança.

- Tallers de moviment i d'exercici físic, amb l'objectiu de potenciar el seu cos i la seva musculatura per ajudar-los a millorar-los o per conservar-los.

- Taller d'hàbits saludables. Hi treballarem aspectes per millorar el nostre hàbit de vida, la nostra alimentació, la importància dels líquids, en definitiva, com dur una vida saludable i activa per millorar la nostra qualitat de vida.

- Taller de psicomotricitat amb l'objectiu de millorar els seus reflexos, el maneig de les mans, fent activitats dinàmiques i divertides per al col·lectiu amb el qual treballem.

- Taller de noves tecnologies, amb l'objectiu d'aprendre a utilitzar els aspectes bàsics del nostre mòbil, com per exemple telefonar, guardar-hi contactes, etc.

Taller de memòria

Taller de moviment

Taller de psicomotricitat

- Tallers de relacions socials per treballar les nostres històries de vida i la gestió emocional a partir d'un grup reduït de persones.

- Sortides culturals i d'oci per conèixer nous recursos i al mateix temps estar amb els companys del grup.

- El voluntariat i les trobades entre iguals serviran per crear un clima d'esperit de grup i que les persones del nostre servei se sentin útils i orgulloses de la seva feina amb els voluntariats, i també el fet de conèixer altra gent amb circumstàncies similars a ells afavorirà també les relacions socials.

Sortides culturals

L'avaluació s'entendrà com una fase més de la intervenció i no sols com una avaluació dels resultats obtinguts, per la qual cosa es realitzarà una avaluació continuada. Aquesta es revisarà al llarg de tot el procés de les activitats que es duguin a terme. La informació recollida a través dels diferents instruments serà processada estadísticament per obtenir-ne dades agregades que facin referència als indicadors que hàgim establert per a aquestes variables.

5. Conclusions

Com hem pogut analitzar, actualment hi ha un canvi d'estructura pel que fa a la població, ja que el col·lectiu de persones grans ha augmentat i continuarà augmentant durant els pròxims anys, a causa de les condicions de vida actuals, les quals són més favorables.

Hem pogut comprovar que les persones grans, alhora que envelleixen poden experimentar problemes físics i mentals, a més d'agreujar-se les seves dependències o aparèixer-ne de noves.

A les persones grans amb discapacitat s'hi afegeix el que podem anomenar una doble discapacitat, i moltes vegades se senten exclosos per la resta de la població, perquè observam que no hi ha programes ni projectes per a l'atenció de la gent gran amb discapacitat.

De manera que ASPAYM ha pogut comprovar que amb aquest col·lectiu no es treballa com pertoca, per la qual cosa s'ha vist en la necessitat de crear un nou servei en què treballaran per millorar la qualitat de vida d'aquestes persones.

Així doncs, ASPAYM ha creat un servei més ajustat a les persones grans amb discapacitat i els seus familiars, que necessiten millorar els seus estils de vida per mantenir-se

actius en els àmbits de l'autocura de la salut, un funcionament físic òptim, amb afecte positiu i participació social. Tot això, fomentant una actitud personal cap a la independència, l'autonomia i una responsabilitat més adequada, a les quals han pogut accedir al llarg de tota la vida amb discapacitat.

Agraïments

Agrair a tots els participants del projecte d'envelliment actiu i als meus companys Diana i Iván, sense ells aquest article no hagués estat possible.

Referències bibliogràfiques

Aguado Díaz, A.-L. i Acedo Rodríguez, M. Á. (2004). Necesidades percibidas en el proceso de envejecimiento de las personas con discapacidad. *Psicothema*, *16b* (2), 261-269. http://riberdis.cedd.net/xmlui/bitstream/handle/11181/3080/Necesidades_percibidas_envejecimiento_personas_con_discapacidad.pdf?sequence=1

Fernandez-Ballesteros, R. (2008). *Psicología de la vejez*. Ediciones Pirámide.

Grupo de Trabajo de Envejecimiento Activo del CERMI. (2012). El envejecimiento de las personas con discapacidad. *Quince*, *15*, 1-19. https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO26221/CERMI_envejecimiento_activo.pdf

Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2015. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf;sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). *La salud mental y los adultos mayores*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Envejecimiento y salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

Autora

PAULA MARTORELL LLITERAS

Palma (1995). Graduada en Educació Social per la UIB. Màster en Inclusió Social i Discapacitat per la Universitat de Deusto. Actualment, fa feina com a educadora social en el nou servei d'envelliment actiu de l'Associació ASPAYM, Associació de Persones amb Lesió Medul·lar i altres Discapacitats Físiques.

INTERVENCIÓ DEL TERAPEUTA OCUPACIONAL EN EL PROGRAMA RESC PER A PERSONES GRANS AMB PROBLEMES RESPIRATORIS CRÒNICS

Intervenció del terapeuta ocupacional en el programa RESC per a persones grans amb problemes respiratoris crònics

Andrea Moya Ocaña
Laura Ruiz Sancho

Resum

El programa RESC (Programa de Continuïtat Assistencial per a Malalts Respiratoris Crònics) (*RESC.Programa de Continuidad Asistencial para Enfermos Respiratorios Crónicos - New Health Foundation*, n/d) es va iniciar l'any 2002. És un programa de continuïtat assistencial de base hospitalària, però dissenyat amb la intenció d'atendre les necessitats de la persona amb malaltia respiratòria amb alta dependència dels recursos sanitaris, sempre que sigui possible, fora de l'hospital , a través de la consulta externa mèdica i infermera freqüent, la rehabilitació respiratòria ambulatòria, l'accessibilitat telefònica, la coordinació entre diferents nivells assistencials i l'atenció en el domicili de la persona.

El programa de tractament de teràpia ocupacional dins del programa RESC té com a directriu incorporar un estil de vida que optimitzi les capacitats funcionals de la persona.

La intervenció de teràpia ocupacional es realitza durant un període de 10 setmanes a un grup màxim de 6 participants. En total es realitzen 2 sessions d'avaluació inicial de 30 minuts cadascuna, 3 sessions d'entrenament i educació sanitària com a màxim d'una hora de durada i 2 sessions d'avaluació final de 30 minuts.

Després d'analitzar els resultats obtinguts mitjançant els instruments d'avaluació utilitzats, es pot afirmar que tots els participants en el programa se n'han beneficiat en major o menor mesura i es van mostrar agraïts d'haver-hi participat. Per això, es recomana la intervenció del terapeuta ocupacional en programes similars, per enriquir el procés de rehabilitació de la gent gran amb malaltia respiratòria crònica i ser-ne part fonamental.

Resumen

El programa RESC (Programa de Continuidad Asistencial para Enfermos Respiratorios Crónicos) (*RESC.Programa de Continuidad Asistencial para Enfermos Respiratorios Crónicos - New Health Foundation*, n/d) se inició en el año 2002. Es un programa de continuidad asistencial de base hospitalaria, pero diseñado con la intención de atender las necesidades de la persona con enfermedad respiratoria con alta dependencia de los recursos sanitarios, siempre que sea posible, fuera del hospital, a través de la consulta externa médica y enfermera frecuente, la rehabilitación respiratoria ambulatoria, la accesibilidad telefónica, la coordinación entre diferentes niveles asistenciales y la atención en el domicilio de la persona.

El programa de tratamiento de terapia ocupacional dentro del programa RESC tiene como directriz incorporar un estilo de vida que optimice las capacidades funcionales de la persona.

La intervención de terapia ocupacional se realiza durante un periodo de 10 semanas a un grupo máximo de 6 participantes. En total se realizan 2 sesiones de evaluación inicial de 30 minutos cada una, 3 sesiones de entrenamiento y educación sanitaria como máximo de una hora de duración y 2 sesiones de evaluación final de 30 minutos.

Después de analizar los resultados obtenidos mediante los instrumentos de evaluación utilizados, se puede afirmar que todos los participantes en el programa se han beneficiado del mismo en mayor o menor medida y se mostraron agradecidos por haber participado. Por ello, se recomienda la intervención del terapeuta ocupacional en programas similares, para enriquecer el proceso de rehabilitación de las personas mayores con enfermedad respiratoria crónica y ser parte fundamental de él.

1. Introducció

1.1. Definició del programa RESC

El programa RESC (Programa de Continuïtat Assistencial per a Malalts Respiratoris Crònics) va néixer a l'Hospital Joan March gràcies a la seva tradició en l'atenció d'aquestes malalties en els seus orígens com a hospital del tòrax. La reconversió de l'Hospital Joan March en centre sociosanitari va permetre poder establir les bases d'aquest programa. L'hospital és un centre de referència per a tota l'àrea sanitària de Mallorca.

El programa RESC es va iniciar l'any 2002. És un programa de continuïtat assistencial de base hospitalària, però dissenyat amb la intenció d'atendre les necessitats de la persona amb malaltia respiratòria amb alta dependència dels recursos sanitaris, sempre que sigui possible, fora de l'hospital, a través de la consulta externa mèdica i infermera freqüent, la rehabilitació respiratòria ambulatòria, l'accessibilitat telefònica, la coordinació entre diferents nivells assistencials i l'atenció en el domicili de la persona.

L'equip assistencial del programa hi és present i compleix les funcions tant en l'àmbit hospitalari com ambulatori. Està format per un metge, una infermera, un terapeuta ocupacional, un fisioterapeuta i un treballador social; en els seus orígens, també per una psicòloga, però en l'actualitat no.

1.2. Definició d'MPOC i generalitats

L'MPOC (malaltia pulmonar obstructiva crònica) (*GuíaGOLD 2019. Parte I: definición y diagnóstico de la EPOC - Guías y Noticias - Medicina interna basada en la evidencia*, n/d) és una malaltia freqüent, que es pot prevenir i tractar. Es caracteritza per uns símp-

tomes respiratoris i una limitació del flux aeri persistents, que són deguts a anomalies de les vies respiratòries i/o alveolars causades generalment per una exposició important a partícules o gasos nocius.

A tot el món més de 380 milions de persones pateixen MPOC, i cada any en moren per aquesta causa 3 milions. S'espera un increment de la incidència de la malaltia en els pròxims 30 anys a conseqüència de la difusió del tabaquisme als països desenvolupats i de l'envelliment de la població (*GuíaGOLD 2019. Parte II: factores de riesgo y mecanismo patológico de la EPOC - Guías y Noticias - Medicina interna basada en la evidencia*, n/d).

1.3. Definició de teràpia ocupacional i justificació de la intervenció

La quarta edició, de 2020, del Marc de treball per a la pràctica de teràpia ocupacional de l'Associació Estatunidenca de Teràpia Ocupacional (AOTA) (Tapia et al., 2020) defineix la teràpia ocupacional com l'ús terapèutic de les ocupacions de la vida diària amb persones, grups o poblacions amb el propòsit de millorar-ne o permetre'n la participació. Els serveis de teràpia ocupacional es proporcionen per a l'habilitació, la rehabilitació i promoció de la salut i el benestar dels clients amb necessitats relacionades i no relacionades amb la discapacitat. Aquests serveis inclouen l'adquisició i la preservació de la identitat ocupacional per als usuaris que tenen o estan en risc de desenvolupar una malaltia, lesió, trastorn, condició, impediment, discapacitat, limitació d'activitat o restricció de participació.

Les ocupacions són un element fonamental per a la salut, la identitat i el sentit de competència de la persona (Tapia et al., 2020) i tenen un significat i uns valors particulars. Es classifiquen en: activitats de la vida diària (AVD), activitats instrumentals de la vida diària (AIVD), maneig de la salut, descans i son, educació, treball, joc, oci i participació social. A continuació, es defineixen i descriuen cadascuna.

Les **activitats de la vida diària (AVD)** són activitats orientades a la cura del propi cos i completades de manera rutinària: banyar-se, dutxar-se, higiene del bany i del lavabo, vestir-se, menjar i empassar, alimentació, mobilitat funcional, higiene personal i lavabo, activitat sexual.

Les **activitats instrumentals de la vida diària (AIVD)** són activitats per donar suport a la vida diària en la llar i la comunitat: cura d'altres (inclou la selecció i la supervisió dels cuidadors), cura de mascotes i animals, criança dels infants, gestió de la comunicació, conducció i mobilitat en la comunitat, gestió financera, establiment i gestió de la llar, preparació del menjar i neteja, expressió religiosa i espiritual, manteniment de la seguretat, compres.

L'ocupació de la **gestió de la salut** està relacionada amb el desenvolupament, la gestió i el manteniment de rutines de salut i benestar, inclosa l'autogestió, amb l'objectiu de millorar o preservar la salut per donar suport a la participació en altres ocupacions: promoció i manteniment de la salut social i emocional, maneig de símptomes i afeccions, comunicació amb el sistema de salut, maneig de medicaments, activitat física, maneig nutricional, maneig de dispositius de cura personal.

L'ocupació del **descans i el son** està relacionada amb l'obtenció de descans i son reparadors per donar suport a la participació activa i saludable en altres ocupacions: descans, preparació al son, participació del son.

L'ocupació de **l'educació** abasta les activitats necessàries per aprendre i participar en l'entorn educatiu: participació en l'educació formal, exploració de les necessitats o interessos educatius personals informals (més enllà de l'educació formal), participació en l'educació informal.

El **treball** es defineix com el treball o esforç relacionat amb el desenvolupament, la producció, el lliurament o la gestió d'objectes o serveis; els beneficis poden ser financers o no financers: interès i persecució laboral, cerca i adquisició d'ocupació, rendiment en el treball i el seu manteniment, preparació i ajust de la jubilació, exploració de voluntariats, participació en voluntariats.

L'ocupació del **joc** es defineix com el conjunt d'activitats lúdiques intrínsecament motivades, controlades internament i triades lliurement, i que poden incloure la suspensió de la realitat, exploració, humor, presa de riscos, concursos i celebracions. El joc és un fenomen complex i multidimensional que està modelat per factors socioculturals. Es compon d'exploració del joc i participació en el joc.

L'oci és «l'activitat no obligatòria que està intrínsecament motivada i es realitza durant un temps discrecional, és a dir, temps no dedicat a ocupacions obligatòries com el treball, la cura personal o el son»: exploració de l'oci, participació en l'oci.

La **participació social** es descriu com les activitats que impliquin una interacció social amb d'altres, inclosos familiars, amics, companys i membres de la comunitat, i que donin suport a la interdependència social: participació comunitària, participació familiar, amistats, relacions íntimes de parelles, participació en grup de parells.

El terapeuta ocupacional identifica els tipus d'ocupacions que les persones realitzen individualment o amb d'altres i avalua la seva capacitat per participar en l'acompliment ocupacional. Les ocupacions contribueixen a un estil de vida equilibrat i funcional o a un estil de vida desequilibrat i amb disfunció ocupacional. L'acompliment ocupacional

sempre ha de considerar-se dins d'un context, ja que la limitació que tingui la persona potser no és causada per factors del client o habilitats d'acompliment deteriorades, sinó que està determinada pel context en el qual funciona (falta d'accés a una botiga de comestibles per la llunyania, estatus socioeconòmic amb impossibilitat de comprar aliments frescos, etc.). Existeixen factors que interrompen o empoderen les ocupacions i no sols tenen a veure amb la persona, sinó també amb l'entorn que s'hi relaciona (del seu propi habitatge, entorn social, econòmic, etc.). El context és un concepte ampli en què intervenen factors ambientals i personals de cada individu.

Des de l'any 2003 al 2019, han estat beneficiàries del programa de teràpia ocupacional 325 persones. A continuació, es fa un desglossament de participants per any d'activitat.

Taula 1 | *Participants per any d'activitat*

Any	Persones incloses en el programa de teràpia ocupacional
2003	19
2004	25
2005	25
2006	23
2007	15
2008	20
2009	22
2010	12
2011	18
2012	18
2013	22
2014	23
2015	17
2016	17
2017	18
2018	16
2019	9
2020	6
Total	**235**

Font: Elaboració pròpia

2. Objectius de la intervenció

Els objectius de la intervenció del terapeuta ocupacional (Martinsen et al., 2017) respecte a les persones participants en el programa són:

- Millorar la sensació de dispnea durant la realització de les activitats de la vida diària (Vilaró et al., 2007);
- Ensenyar un estil de vida saludable mitjançant l'aplicació de tècniques d'estalvi energètic (Wingårdh et al., 2020) i economia articular.
- Fomentar la participació en totes les àrees d'ocupació de la persona per afavorir un equilibri ocupacional (Wagmanet i Björklund, 2012).
- Reduir el sedentarisme.
- Aconseguir que la persona incorpori les pautes apreses a la seva vida quotidiana.

3. Recursos humans, recursos materials i espai físic necessari

Els recursos humans que es necessiten per a la realització de les sessions són: l'assistència d'un terapeuta ocupacional i d'un auxiliar d'infermeria.

Per a la posada en pràctica de la intervenció es necessitarà:

- Una sala que disposi d'una taula i 4 cadires;
- 6 dossiers amb consells pràctics per a la realització de les activitats de la vida diària;
- 12 còpies dels tests següents per a la valoració inicial i final: Qüestionari Respiratori de Saint George (Capparelli et al., 2018), l'escala London Chest d'Activitat de la Vida Diària (LCADL) (Vilaró et al., 2007) i l'Instrument de Valoració Canadenca d'Acompliment Ocupacional (COPM) (Capdevila et al., 2020);
- 1 pulsioxímetre;
- 6 allargadors d'oxigen;
- 6 ulleres nasals per al subministrament d'oxigen;
- Productes per a la desinfecció de superfícies i material utilitzat.

La intervenció es du a terme a la sala de rehabilitació de l'Hospital Joan March.

4. Metodologia

4.1. Accions prèvies

Els participants en el programa provenen del programa de rehabilitació respiratòria RESC de l'Hospital Joan March i compleixen els criteris d'inclusió en aquest. Abans de començar la seva rehabilitació, són valorats pel seu pneumòleg i per l'àrea d'Infermeria. Si compleixen els criteris d'inclusió al programa de teràpia ocupacional, comencen la dita teràpia.

Les accions prèvies són les següents:

- Donar als participants un consentiment informat perquè el signin i guardar-lo en la seva història clínica.
- Revisar la història clínica dels participants.
- Preparar els tests per administrar-los en la sessió d'avaluació.
- Imprimir els dossiers amb consells pràctics per a la realització de les activitats de la vida diària.
- Preparar i desinfectar la taula i les cadires on es realitzarà el tractament.
- Preparar els allargadors i les ulleres nasals que calguin, segons les necessitats dels participants.

4.2. Accions

El programa de tractament de teràpia ocupacional es distribueix en les accions següents:

- **Setmana 1: Avaluació de la qualitat de vida i activitats de la vida diària (AVD)**. S'administra el Qüestionari Respiratori de Saint George i l'escala London Chest d'Activitat de la Vida Diària (LCADL). S'atenen 2 dels 6 components del grup per dia, distribuint-se els dilluns 2, dimecres 2 i divendres 2. Es lliura el dossier de consells pràctics per a la realització d'activitats de la vida diària. S'explica l'organització de les sessions de tractament següents. El terapeuta s'encarrega de passar tota la informació obtinguda a la història clínica.

- **Setmana 2: Avaluació de l'acompliment ocupacional**. S'administra l'Instrument de Valoració Canadenca d'Acompliment Ocupacional (COPM). S'atenen 2 dels 6 components del grup per dia, distribuint-se 2 el dilluns, 2 el dimecres i 2 el divendres. El terapeuta ocupacional agrupa els 6 usuaris en 2 grups de 3 (grup 1 i grup 2). Els grups es realitzen de manera que siguin el més homogenis possible. El terapeuta s'encarrega de passar tota la informació obtinguda a la història clínica.

- **Setmana 3: Equilibri ocupacional. Adaptació de l'activitat i adaptació de l'entorn**. El grup 1 acudeix al tractament i els comencen a explicar el dossier que es va lliurar en la primera sessió. Es realitza una sessió d'una durada màxima d'una hora i en dimarts o dijous, segons la disponibilitat del terapeuta ocupacional i dels participants. Els continguts de la sessió són els següents:

  - Introducció a l'equilibri ocupacional i quines són les àrees d'ocupació.

- Explicació de l'objectiu del tractament i el que els aporta la teràpia ocupacional.

- Pilars fonamentals d'economia articular i estalvi energètic aplicables a totes les activitats i en els quals es fonamenta el tractament, posant l'accent a practicar-lo en la seva vida quotidiana.

- Explicació de pautes respiratòries concretes per a la realització de cadascuna de les activitats de la vida diària i activitats instrumentals de la vida diària.

- Ensenyament de com realitzar el pas de sedestació a bipedestació aplicant-hi pautes respiratòries, d'economia articular i estalvi energètic.

- Exercicis pràctics de com realitzar el pas de sedestació a bipedestació aplicant-hi pautes respiratòries, d'economia articular i estalvi energètic. Ús d'un pulsioxímetre per a la realització de l'activitat.

- Ensenyament de com realitzar el bany i la higiene aplicant-hi pautes respiratòries, d'economia articular i estalvi energètic.

- Explicació dels productes de suport que s'hi podrien utilitzar i adaptacions en l'entorn en què es podrien realitzar.

- Resolució de dubtes.

- **Setmana 4: Equilibri ocupacional. Adaptació de l'activitat i adaptació de l'entorn**. El grup 2 acudeix al tractament i es comença a explicar el dossier que es va lliurar en la primera sessió. Es realitza una sessió d'una durada màxima d'una hora i en dimarts o dijous, segons la disponibilitat del terapeuta ocupacional i dels participants. Els continguts de la sessió són els mateixos que els de la setmana 3 en el grup 1.

- **Setmana 5: Entrenament de l'activitat i educació i suport a l'autogestió**. El grup 1 acudeix al tractament i es continua l'explicació del dossier. Es realitza una sessió, a triar entre dimarts o dijous, d'una hora màxim de durada. Els continguts de la sessió són els següents:

  - Ensenyament de les accions de vestir-se i calçar-se aplicant-hi pautes respiratòries, d'economia articular i estalvi energètic.

  - Exercicis pràctics de vestir-se i calçar-se. Ús d'un pulsioxímetre per a la realització de l'activitat.

- Explicació dels productes de suport dels quals es pot fer ús.
- Ensenyament de les accions de menjar i preparar el menjar aplicant-hi pautes respiratòries, d'economia articular i estalvi energètic.
- Ensenyament de consells sobre la cura d'altres persones, cures dels animals de companyia, mobilitat en la comunitat, gestió de la llar i anar a comprar aplicant-hi pautes respiratòries, d'economia articular i estalvi energètic.
- Ensenyament de productes de suport per afavorir el descans i el son.
- Resolució de dubtes.

- **Setmana 6: Entrenament de l'activitat i educació i suport a l'autogestió**. El grup 2 acudeix al tractament i es continua l'explicació del dossier. Es realitzarà una sessió, a triar entre dimarts o dijous, d'una hora com a màxim de durada. Els continguts de la sessió són els mateixos que els de la setmana 5 del grup 1.

- **Setmana 7: Tècniques de conservació de l'energia i productes de suport**. El grup 1 acudeix al tractament. Es realitza una sessió d'una durada màxima d'una hora i en dimarts o dijous, segons la disponibilitat del terapeuta ocupacional i dels participants. Els continguts de la sessió són els següents:

  - Recomanacions per a l'oci i el temps lliure.
  - Recomanacions per a la participació social.
  - Repàs de tots els continguts de les sessions anteriors i resolució de dubtes.

- **Setmana 8: Tècniques de conservació de l'energia i productes de suport**. El grup 2 acudeix al tractament. Es realitza una sessió d'una durada màxima d'una hora i en dimarts o dijous, segons la disponibilitat del terapeuta ocupacional i dels participants. Els continguts de la sessió són els mateixos que els de la setmana 7 del grup 1.

- **Setmana 9: Avaluació de l'acompliment ocupacional**. S'administra l'Instrument de Valoració Canadenca d'Acompliment Ocupacional (COPM). S'atenen 2 dels 6 components del grup cada dia, 2 el dilluns, 2 el dimecres i 2 el divendres. El terapeuta s'encarrega de passar tota la informació obtinguda a la història clínica.

- **Setmana 10: Avaluació de la qualitat de vida i activitats de la vida diària (AVD)**. S'administra el qüestionari respiratori de Saint George i l'escala London Chest

d'Activitat de la Vida Diària (LCADL). S'atenen 2 dels 6 components del grup cada dia, és a dir, 2 components el dilluns, 2 el dimecres i 2 més el divendres. El terapeuta s'encarrega de passar tota la informació obtinguda a la història clínica.

4.3. Accions posteriors

Una vegada acabades les 10 setmanes, es realitzen les accions següents:

- Recollir les dades dels participants.
- Organitzar les dades recollides.
- Lliurar l'informe a l'alta.
- Citar-los per a les revisions als 6 i 12 mesos de l'inici del programa.

Primera revisió: després de 6 mesos des de l'inici del programa, es realitza un seguiment amb la revisió dels participants a la sala de rehabilitació. Acudeixen a teràpia ocupacional 2 usuaris per dia. Els administren els test inicials i els fan una entrevista per valorar-ne la millora subjectiva i resoldre els dubtes.

El terapeuta ocupacional s'encarrega de passar la informació obtinguda a la història clínica.

Segona revisió: després de 12 mesos des de l'inici del programa, es realitza un seguiment amb la revisió dels participants a la sala de rehabilitació. Acudeixen a teràpia ocupacional 2 usuaris per dia. Els administren els test inicials i els fan una entrevista per valorar-ne la millora subjectiva i resoldre els dubtes.

El terapeuta ocupacional s'encarrega de passar la informació obtinguda a la història clínica.

Es lliura un informe a l'alta amb els resultats comparatius de la revisió dels 6 mesos i dels 12 mesos.

5. Complicacions potencials del programa

- Reagudització d'algun participant i causa de baixa per continuar el tractament.
- Ingrés hospitalari inesperat d'algun participant.
- Rebuig del tractament per causes alienes al servei.
- Alteracions que impedeixin realitzar el programa: cardiorespiratòries, cerebrovasculars, de l'aparell locomotor, cardiovasculars o cognitives.

6. Criteris de resultat

Es realitza una comparativa dels tests administrats als usuaris del programa. S'espera que els resultats siguin favorables i les seves puntuacions hagin millorat, mostrant-se diferències clínicament significatives:

- en el qüestionari respiratori de Saint George, s'espera que la puntuació total hagi disminuït en un mínim de 5 punts;
- en l'escala London Chest d'Activitat de la Vida Diària (LCADL), s'espera que la puntuació total hagi disminuït en un mínim de 2 punts;
- en l'Instrument de Valoració Canadenca d'Acompliment Ocupacional (COPM) s'espera que la puntuació total hagi augmentat un mínim de 2 punts.

7. Conclusions

Després d'analitzar els resultats obtinguts mitjançant els instruments d'avaluació utilitzats, es pot afirmar que tots els participants del programa se n'han beneficiat en major o menor mesura i es van mostrar agraïts d'haver-hi participat. Per això, es recomana la intervenció del terapeuta ocupacional en programes similars, per enriquir el procés de rehabilitació de la gent gran amb malaltia respiratòria crònica i ser-ne part fonamental.

El març de 2020, a causa de la situació de pandèmia per la COVID-19, es va haver d'interrompre la intervenció amb el grup que acudia a tractament.

Des de llavors, s'ha realitzat una modificació del programa, adaptant-lo a les noves mesures de contenció de la pandèmia. Actualment, no es realitza un programa grupal de tractament sinó sessions individualitzades de rehabilitació, seguiment telefònic i telerehabilitació.

Agraïments

Volem agrair als nostres companys del Servei de Rehabilitació de l'Hospital Joan March el seu suport incondicional, especialment a Mónica Sánchez Sáez, referent del servei, per la seva col·laboració i per haver-nos proporcionat dades d'interès per a la realització d'aquest treball; volem expressar el nostre agraïment també a tota la resta de personal que participa en la realització del programa RESC, i, per descomptat, a les persones que han pogut beneficiar-se del tractament, perquè sense elles no hauria estat possible.

Referències bibliogràfiques

Capdevila, E., Rodríguez-Bailón, M., Kapanadze, M. i Portell, M. (2020). Clinical Utility of the Canadian Occupational Performance Measure in Older Adult Rehabilitation and Nursing Homes: Perceptions among Occupational Therapists and Physiotherapists in Spain. *Occupational Therapy International, 2020*, 3071405 https://doi.org/10.1155/2020/3071405

Capparelli, I., Fernández, M., Saadia Otero, M., Steimberg, J., Brassesco, M., Campobasso, A., Palacios, S., Caro, F., Alberti, M. L., Rabinovich, R. A., i Paulin, F. (2018). Translation to Spanish and Validation of the Specific Saint George's Questionnaire for Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *Archivos de Bronconeumología (English Edition)*, *54*(2), 68-73. https://doi.org/10.1016/j.arbr.2017.09.011

Meiza, F. (2019). Guía GOLD 2019. Parte I: definición y diagnóstico de la EPOC. *Medicina interna basada en la evidencia. Guías y noticias*. https://empendium.com/manualmibe/noticias/212528,guia-gold-2019-parte-i-definicion-y-diagnostico-de-la-epoc

Meiza, F. (2019). Guía GOLD 2019. Parte II: factores de riesgo y mecanismo patológico de la EPOC. *Medicina interna basada en la evidencia. Guías y noticias*. https://empendium.com/manualmibe/noticias/213027,guia-gold-2019-parte-ii-factores-de-riesgo-y-mecanismo-patologico-de-la-epoc

Martinsen, U., Bentzen, H., Holter, M. K., Nilsen, T., Skullerud, H., Mowinckel, P., i Kjeken, I. (2017). The effect of occupational therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *24*(2), 89–97. https://doi.org/10.3109/11038128.2016.1158316

RESC. Programa de Continuidad Asistencial para Enfermos Respiratorios Crónicos. *New Health Foundation*, (s/d). https://www.newhealthfoundation.org/resc-programa-de-continuidad-asistencial-para-enfermos-respiratorios-cronicos/

Tapia, B., Burgos, F., Beltrán, H., Castro, L., Figueroa, N., Alegría, O., Gajardo, R., Paz, M., Barría, R., Neira, V. i Muñoz, V. (2020). *Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso*. American Occupational Therapy Asociation (AOTA).

Vilaró, J., Gimeno, E., Férez, N. S., Hernando, C., Díaz, I., Ferrer, M., Roca, J. i Alonso, J. (2007). Actividades de la vida diaria en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica: Validación de la traducción española y análisis comparativo de 2 cuestionarios. *Medicina Clínica*, *129*(9), 326-332. https://doi.org/10.1157/13109543

Wagman, P., Håkansson, C. i Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, *19*(4), 322-327. https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219

Wingårdh, A. S. L., Göransson, C., Larsson, S., Slinde, F. i Vanfleteren, L. E. G. W. (2020). Effectiveness of Energy Conservation Techniques in Patients with COPD. *Respiration*, *99*(5), 409-416. https://doi.org/10.1159/000506816

Autores

ANDREA MOYA OCAÑA

Granada (1986). Diplomada en Teràpia Ocupacional per la Universitat de Granada (2007), llicenciada en Publicitat i Relacions Públiques per la Universitat de Màlaga (2009). Experta universitària en Responsabilitat Social Corporativa per la Universitat de les Illes Balears (2011) i experta universitària en Salut Mental Comunitària per la UNED (2014). Ha treballat a l'Hospital Joan March, en el Servei de Rehabilitació, des de 2013. Forma part de la Comissió de Fisioteràpia Respiratòria de l'Hospital de Son Llàtzer. Ha realitzat una àmplia formació de postgrau relacionada amb la intervenció en geriatria i ha participat en diversos congressos nacionals i internacionals sobre la salut i la intervenció de teràpia ocupacional en els seus diversos camps de treball.

LAURA RUIZ SANCHO

Palma (1978). Diplomada en Fisioteràpia per la Universitat Europea de Madrid (2001). Experta universitària en Fisioteràpia en Geriatria per la Universitat Ramon Llull (2008) i experta universitària en Fisioteràpia Respiratòria i Cardíaca per la Universitat Isabel I de Castella. Ha treballat a l'Hospital Joan March, en el Servei de Rehabilitació, des de 2007. Forma part de la Comissió de Fisioteràpia Respiratòria de l'Hospital de Son Llàtzer i ha participat en diversos congressos nacionals relacionats amb la salut i la fisioteràpia. Té una àmplia formació de postgrau en els diversos camps d'intervenció de la fisioteràpia.

IMATGE CORPORAL I ESTIL DE VIDA EN ADULTS GRANS AMB SOBREPÈS I OBESITAT

Imatge corporal i estil de vida en adults grans amb sobrepès i obesitat

Cristina Bouzas Velasco
Maria del Mar Bibiloni Esteva
Josep A. Tur Marí

Resum

L'obesitat en les persones grans incrementa el risc de patir diverses patologies, a més de produir-los limitacions funcionals i reduir la seva qualitat de vida. La primera estratègia que s'ha d'aplicar per gestionar l'excés de pes es basa en estils de vida saludables. No obstant això, els canvis en els estils de vida no sempre són fàcils d'implementar.

L'autopercepció de l'excés de pes es relaciona amb el control espontani del pes corporal, generalment mitjançant l'alimentació, l'activitat física o combinacions d'ambdós hàbits. Amb ingestes calòriques similars es trobaren diferències en els patrons dietètics, la qual cosa destaca la importància de la selecció dels aliments.

Els desitjos de perdre molt de pes s'associen a estils de vida menys saludables, però també a més bon resultat dels programes de promoció d'estils de vida. Les millores en els estils de vida, la salut i la percepció de la qualitat de vida disminueixen els desitjos de perdre pes, i això podria suposar que l'individu es «conformi» amb pesos que encara estiguessin en les categories de sobrepès i obesitat.

Els esforços per baixar de pes mantinguts en el temps es relacionen amb més bon patró dietètic espontani i, amb efectes més moderats, quan s'aplica una intervenció de promoció d'estils de vida saludables. D'altra banda, les persones que inicien un programa de promoció de la salut estant en el pes màxim són les que més se'n beneficien a curt termini.

Així, tant el pes màxim assolit prèviament com la satisfacció amb la imatge corporal s'han de tenir en compte en iniciar i triar una estratègia per controlar el pes.

Resumen

La obesidad en las personas mayores incrementa el riesgo de sufrir varias patologías, además de producir limitaciones funcionales y reducir la calidad de vida. La primera estrategia a aplicar para manejar el exceso de peso se basa en estilos de vida saludables. Sin embargo, los cambios en los estilos de vida no siempre son fáciles de implementar.

La autopercepción del exceso de peso se relaciona con el manejo espontáneo del peso corporal, generalmente mediante la alimentación, la actividad física o combinaciones de ambas. Con ingestas calóricas similares se encontraron diferencias en los patrones dietéticos, lo que destaca la importancia de la selección de alimentos.

Los deseos de perder mucho peso se asocian con estilos de vida menos saludables, pero también con un mejor resultado de los programas de promoción de estilos de vida. Las mejoras en los estilos de vida, la salud y la percepción de la calidad de vida dismi-

nuyen los deseos de perder peso, lo que podría suponer que el individuo se «conformase» con pesos que aún estuvieran en las categorías de sobrepeso y obesidad.

Los esfuerzos para bajar de peso mantenidos en el tiempo se relacionan con un mejor patrón dietético espontáneo y, con efectos más moderados, cuándo se aplica una intervención de promoción de estilos de vida saludables. Por otra parte, las personas que inician un programa de promoción de la salud estando en su peso máximo son las que más se benefician de este en el corto plazo.

Así, tanto el peso máximo alcanzado previamente como la satisfacción con la imagen corporal deben tenerse en cuenta al iniciar y elegir una estrategia para el manejo del peso.

1. Sobrepès i obesitat

L'obesitat constitueix un dels desafiaments més forts als quals s'enfronta la salut pública en el segle XXI. Els últims cinquanta anys, la seva prevalença s'ha triplicat, tant en l'àmbit mundial com en el continent europeu (WHO-Europe, Internet, 2021). L'obesitat suposa, per a les persones afectades, una sèrie de limitacions físiques, les quals poden ser més o menys severes i, a més, en molts casos, s'acompanya d'una afecció psicològica. L'excés de pes també s'ha relacionat amb un increment en el risc de desenvolupar diverses patologies (WHO-Europe, Internet, 2021). Com més elevat és el pes d'un individu, més elevada és la probabilitat de desenvolupar diverses d'aquestes malalties simultàniament, fet que es coneix com a comorbiditat (WHO-Europe, Internet, 2021). Així, l'excés de pes redueix la qualitat de vida de qui el pateix, alhora que li augmenta el risc de mortalitat (Yumuk et al., 2016). D'aquesta manera, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) estima que l'obesitat és directament responsable d'entre el 10-13% de les morts en el continent Europeu (WHO-Europe, Internet, 2021).

1.1. Definicions d'obesitat i sobrepès

El cos humà es compon de massa greixosa i massa lliure de greix. L'OMS defineix el sobrepès i l'obesitat com una acumulació excessiva o anormal de greix que pot resultar perjudicial per a la salut (WHO, 2020, Internet). Així, l'OMS considera una acumulació excessiva de greix quan supera el 25% de la massa corporal en els homes o el 33% en les dones (WHO-Europe, Internet, 2021). No obstant això, no hi ha un consens clar per definir els diferents graus de sobrepès i obesitat, d'acord amb el percentatge de massa de greix.

Afortunadament, hi ha altres mètodes per categoritzar l'estat nutricional per als quals sí que hi ha consens, com l'índex de massa corporal (IMC). L'IMC deriva de dos parà-

metres: la talla i el pes. Es calcula dividint el pes pel quadrat de la talla, i s'expressa en kg/m^2. A partir del resultat d'aquest índex, s'han desenvolupat diverses catalogacions, per definir l'estat nutricional. En el cas dels adults, individus de més de divuit anys, s'han establert uns valors de l'IMC per als quals considera l'individu en una categoria ponderal o una altra. L'IMC és el mètode més àmpliament utilitzat per classificar l'estat nutricional. La **taula 1** mostra la classificació de l'estat nutricional, d'acord amb l'IMC.

Taula 1 | *Classificació de l'estat nutricional en adults, d'acord amb l'IMC*

IMC	OMS 2020 (Weir et al., 2020)	Guies europees (Durrer Schutz et al., 2019)	Guies espanyoles (SEEDO) (Lecube et al., 2016)
<18,5	Insuficiència ponderal	Insuficiència ponderal	Insuficiència ponderal
18,5 – 24,9	Normopès	Normopès	Normopès
25,0 – 26,9	Sobrepès	Sobrepès	Sobrepès de tipus I
27,0 – 29,9			Sobrepès de tipus II
30,0 – 34,9	Obesitat de classe I	Obesitat de classe I	Obesitat de tipus I
35,0 – 39,9	Obesitat de classe II	Obesitat de classe II	Obesitat de tipus II
>40,0	Obesitat extrema de classe III	Obesitat de classe III	Obesitat de tipus III

1.2. Epidemiologia de la sobrecàrrega i l'obesitat

D'acord amb les dades disponibles de l'OMS, el 2016 la prevalença de sobrepès en el món era del 39% i la d'obesitat del 13%. O, dit d'una altra manera, més de 1.900 i 650 milions d'adults patien sobrepès i obesitat, respectivament. Chooi et al. reporta un predomini de sobrepès en adults del 26,5%, i del 7% d'obesitat l'any 1980. Això vol dir que la prevalença d'obesitat s'ha triplicat gairebé des del 1975 fins al 2016. L'increment més pronunciat en la prevalença de sobrepès i d'obesitat es va produir entre els anys 1992 i 2002 (WHO, 2020, internet; Chooi et al., 2019).

A l'actualitat, el predomini de sobrepès en l'àmbit mundial supera la d'insuficiència ponderal i genera més defuncions. L'excés de pes ha deixat de ser un problema majoritari de països d'ingressos elevats, i afecta actualment diversos països d'ingressos mitjans i baixos, que no solament han d'afrontar els problemes derivats de la desnutrició i les malalties infeccioses, sinó que, a més, pateixen les conseqüències de malalties no transmissibles, sobretot en entorns urbans (WHO, 2020, internet).

Amèrica i Europa han estat i són les regions amb una prevalença més elevada de sobrepès i obesitat. A la regió americana, els Estats Units i Mèxic són els dos països amb una prevalença més elevada, mentre que a la regió europea el predomini més elevat el trobam a Turquia. No obstant això, les prevalences de sobrepès i d'obesitat són

bastant consistents entre els països d'aquestes dues regions. Per part seva, les prevalences més baixes es registren a les regions del Pacífic Oest i el sud-est asiàtic, encara que en les dues regions es va observar una tendència a l'alça els últims anys. Les regions que presenten predominis d'obesitat més diferents en països són la regió d'Àfrica i la Mediterrània oriental (Chooi et al., 2019). D'una manera més gràfica, a la **figura 1** s'observa la prevalença d'obesitat en els països del món l'any 1975 i l'any 2014.

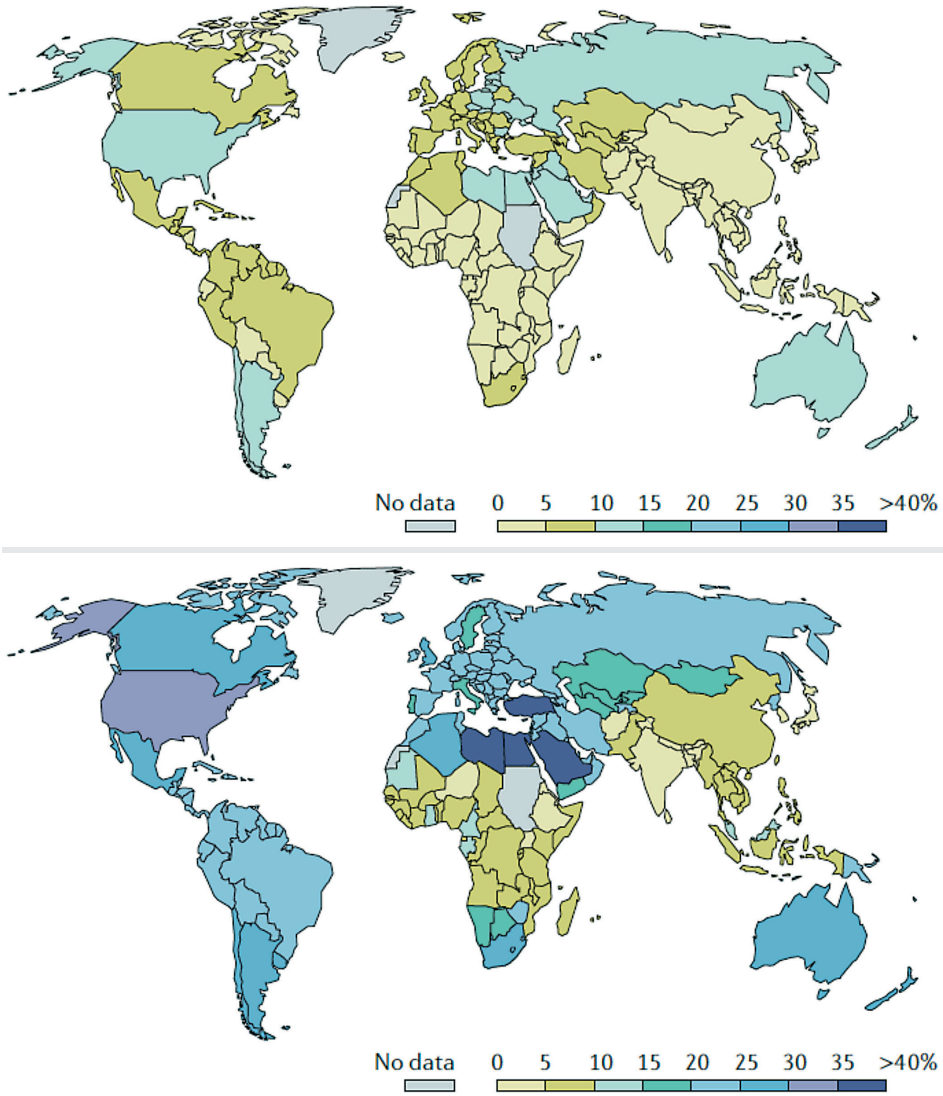


Figura 1. *Prevalença mundial d'obesitat (IMC>30 kg/m2) en adults al 'any 1975 (figura superior) i 2014 (figura inferior).*
Font: Blüher et al. (2019)

Hi ha variabilitat en la prevalença d'obesitat entre les diferents regions del territori nacional; així, les taxes d'obesitat més elevades s'observen al Principat d'Astúries, Galícia i Andalusia, mentre que les taxes més baixes es troben a les Illes Balears, Catalunya i al País Basc. A les Illes Balears, la prevalença de sobrepès va ser del 32,2% i la d'obesitat, del 10,5% els anys 2014-2015 (Aranceta-Bartrina et al., 2016). La **figura 2** mostra les taxes d'obesitat i sobrepès en les regions espanyoles.

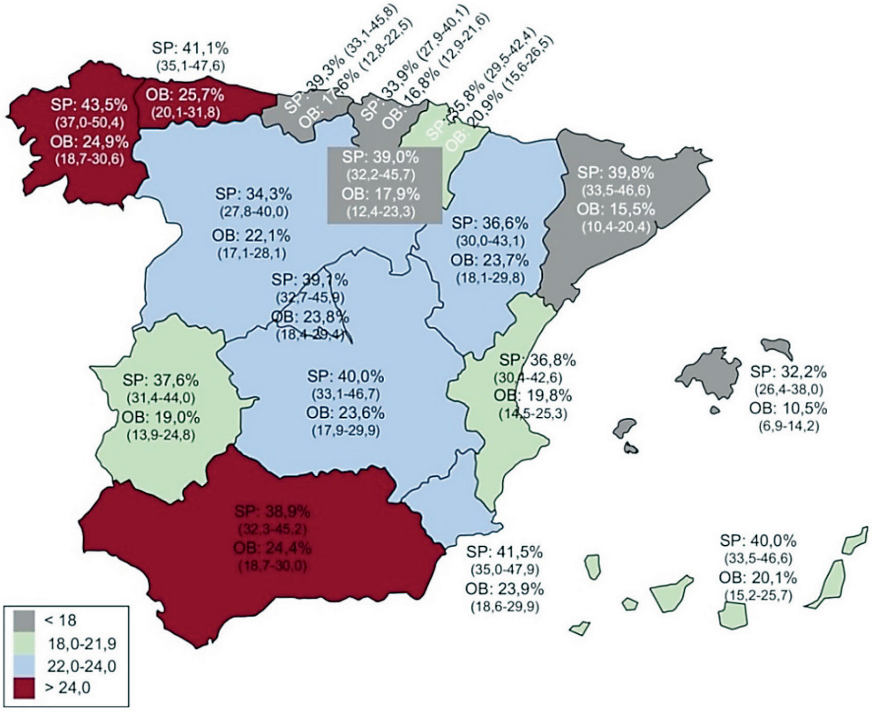


Figura 2. *Taxes d'obesitat i sobrepès en adults espanyols (25-65 anys) d'acord amb les dades de l'estudi ENPE 2014-2015. Font: Aranceta-Bartrina et al. (2016)*

1.3. Causes i conseqüències de l'obesitat

Les causes de l'obesitat són complexes i multifactorials. L'explicació més senzilla per al desenvolupament de l'obesitat descriu un desequilibri energètic mantingut entre la ingesta calòrica i la despesa calòrica. No obstant això, l'obesitat és el resultat d'un conjunt d'interaccions que abasten des de factors biològics (com factors genètics o epigenètics) fins a factors socials, comportamentals i ambientals (incloent-hi, per exemple, l'estrès crònic) (Yumuk et al., 2016; Blüher et al., 2019).

El canvi en els patrons de consum, el desenvolupament urbà i el canvi en l'estil de vida han influït notablement en l'increment de la prevalença de l'obesitat. L'augment en les quantitats de les porcions, les dietes hipercalòriques, la baixa activitat física, l'estil de vida sedentari i els trastorns de la conducta alimentària es consideren els factors principals de risc per al desenvolupament de l'obesitat (Yumuk et al., 2016) . A aquests canvis en l'estil de vida se'ls coneix, en conjunt, com «occidentalització dels estils de vida» (Blüher et al., 2019). A més, s'ha descrit un fort estigma social cap a l'obesitat. Els qui tenen la malaltia en pateixen els prejudicis, el rebuig social i la discriminació. Lamentablement, aquesta discriminació també es troba entre els professionals de la salut (Wharton et al., 2020). Tot això contribueix a deteriorar la salut física i mental de les persones amb excés de pes.

Les conseqüències de l'obesitat són molt variades, des de l'augment del risc de mort prematura a una sèrie de comorbiditats que poden no ser mortals, però que disminueixen la qualitat de vida. Aquestes comorbiditats estan influïdes no només per l'excés de pes, també per la localització del greix corporal, la magnitud de l'augment de pes durant la vida adulta i els estils de vida sedentaris (Blüher et al., 2019).

Aquestes comorbiditats s'agrupen en malalties metabòliques, malalties cardiovasculars, respiratòries, renals, càncers, osteoartritis (especialment als genolls, i un augment del dolor a les articulacions), malalties gastrointestinals, afeccions del tracte genitourinari i sobre la salut reproductiva, trastorns psicològics i socials (baixa autoestima, ansietat, depressió, discriminació, prejudicis i pertinença a un grup estigmatitzat), i altres malalties (infeccions de la pell, limfedema, hipertensió intracranial idiopàtica, malaltia periodontal i augment del risc de complicacions per l'anestèsia) (Yumuk et al., 2016; Durrer Schutz et al., 2019). Fins i tot, recentment s'ha descrit que l'obesitat pot agreujar la COVID-19, de manera que les persones amb obesitat tenen un risc més elevat de patir complicacions greus per la COVID-19 (Yang et al., 2020).

Mereix especial menció la síndrome metabòlica, perquè és una agrupació de diversos factors de risc cardiovascular, com ara la resistència a la insulina, la hiperglucèmia, la dislipèmia, la hipertensió i l'obesitat. No s'ha d'oblidar que les malalties cardiovasculars suposen la primera causa de mort, tant en l'àmbit mundial com a Espanya. A escala mundial, ja l'any 2012 arribaren a ser la causa del 30% de les defuncions, principalment les cardiopaties coronàries i els accidents cerebrovasculars (Koliaki et al., 2019).

2. Els adults grans

L'OMS defineix els adults grans com aquelles persones que han superat els 60 anys, encara que altres fonts consideren com a adults grans les persones de més de 65 anys. La població envelleix molt ràpidament. Així, d'acord amb l'OMS, l'any 2000 l'11% de

la població mundial era gran, mentre que les previsions per a l'any 2050 són d'un 22%, fet que suposarà que es dupliqui la població. A la Unió Europea, la població gran suposava l'any 2008 una mica més del 17%, mentre que s'espera que per a l'any 2030 superi el 25% i el 2050 l'abast suposarà el 30% de la població. L'envelliment de la població, si bé és el resultat reeixit de les polítiques de salut pública i del desenvolupament socioeconòmic, suposa un repte per a la societat, que ha d'adaptar el sistema de salut, així com crear sistemes de protecció per a aquest sector de la població, que és especialment vulnerable (Mathus-Vliegen et al., 2012).

L'envelliment s'ha subdividit en dos grups, les persones d'entre 65-74 anys, a les quals s'anomena com «grans-joves» (que solen ser actives i més saludables), i les persones de més de 75 anys, denominades «gent gran o ancians» (que solen tenir més prevalences de malalties i condicions invalidants) (Ouslander et al., 1982). Tanmateix, hem de recordar que l'envelliment biològic no sempre es correspon amb l'edat. Així, hi ha persones grans amb millor salut que alguns joves, mentre que altres persones veuen deteriorada la seva salut a edats primerenques. Les diferències que podem trobar entre diveses persones són degudes al seu entorn físic i social, que determina els seus hàbits de salut. Aquests factors influeixen en l'envelliment des de la infància (Mathus-Vliegen et al., 2012); per tant, la prevenció d'algunes malalties s'ha de fer durant tota la vida.

Els problemes de salut que afecten la gent gran són majoritàriament malalties no transmissibles i moltes vegades són situacions cròniques. D'acord amb l'OMS, la principal causa de mort entre les persones grans són les afeccions cardiovasculars (cardiopaties i ictus) i les malalties del sistema circulatori (Mathus-Vliegen et al., 2012), encara que també són especialment vulnerables a altres malalties infeccioses, com la COVID-19.

La prevalença d'obesitat augmenta amb l'edat. La prevalença de sobrepès el 2015 va ser inferior en dones que en homes abans dels 45 anys, però, després dels 50 anys, coincidint amb la menopausa, la tendència s'inverteix, i les dones presenten una prevalença més elevada d'obesitat (Chooi et al., 2019).

El procés fisiològic d'envelliment i el trastorn de l'obesitat comparteixen algunes característiques, com és l'estat d'inflamació de baix grau (Mathus-Vliegen et al., 2012).

Tot i que s'ha descrit la presència d'alguns efectes beneficiosos de l'obesitat sobre la conservació de la massa òssia (Mathus-Vliegen et al., 2012) i un descens en la mortalitat associada a l'obesitat en les persones grans (Ju et al., 2017), aquests beneficis no han d'emmascarar les conseqüències perjudicials de l'obesitat. Aquests beneficis podrien ser causats per l'augment de la resistència a l'estrès físic que tenen les persones amb sobrepès (Zhao et al., 2018). Les complicacions principals de l'obesitat en les persones grans estan relacionades amb la síndrome metabòlica. La síndrome metabòlica arriba

a la seva màxima incidència entre els 50 i els 70 anys en els homes, i entre els 60 i els 80 anys en les dones. S'ha descrit en aquesta població de gent gran que l'excés de pes augmenta el risc d'Alzheimer, el deteriorament cognitiu, l'artritis, disfuncions respiratòries, alguns tipus de càncer, incontinència urinària, disfunció sexual, cataractes i degeneració macular. A més, els adults grans amb obesitat tenen un risc més alt de patir limitacions funcionals, a causa de la pèrdua de massa muscular, de força, de les disfuncions articulars i la fragilitat. Així mateix, poden patir limitacions per fer les tasques diàries (com la higiene personal i de la llar o la compra d'aliments), dolor crònic i menys qualitat de vida (Mathus-Vliegen et al., 2012).

Encara que no s'han adaptat els valors per catalogar el sobrepès i l'obesitat per als adults grans, la majoria d'estudis coincideix a atribuir l'elevada morbimortalitat de l'excés de pes als IMC per sobre de 30 kg/m^2. Per això, es recomana tractar-lo en aquest cas o quan l'IMC és menor a 30 kg/m^2; però, estan presents altres comorbiditats relacionades amb l'excés de pes, especialment les metabòliques, que puguin beneficiar-se de la pèrdua de pes (Mathus-Vliegen et al., 2012).

3. Els estils de vida saludables

La primera intervenció que s'ha d'aplicar per controlar el pes és sobre l'estil de vida, tenint en compte l'activitat física i l'alimentació, sense oblidar les teràpies conductuals, que també resulten beneficioses. El paper dels fàrmacs relacionats amb l'excés de pes en la població més gran encara no està ben estudiat (Mathus-Vliegen et al., 2012).

3.1. L'activitat física

L'activitat física té beneficis importants per a la salut com la reducció del risc de malalties cardiovasculars, de diabetis i d'alguns càncers, i també contribueix a la millora de la salut mental, a la socialització i a l'ús del pes, reduint el risc de patir obesitat (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Govern d'Espanya, 2015). Tant és així, que les persones sedentàries sense risc cardiovascular tenen més risc de mortalitat que aquelles persones físicament actives que sí que tenen perill cardiovascular (Katzmarzyk et al., 2004).

El Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat va publicar, el 2015, els consells per a la població d'activitat física per a la salut i de reducció del sedentarisme derivats de les recomanacions que l'OMS va publicar el 2010. En aquest document, es recomana que els adults facin a la setmana com a mínim 150 minuts d'activitat física moderada o 75 minuts d'activitat física vigorosa, o una combinació equivalent de totes dues. A més, aconsellen almenys dos dies a la setmana activitats per enfortir la musculatura i

millorar la massa òssia, així com exercicis per millorar la flexibilitat. En el cas dels adults grans, a més d'adaptar les activitats anteriorment exposades a les seves possibilitats, el ministeri aconsella exercicis per millorar l'equilibri. Finalment, i amb el propòsit d'evitar el sedentarisme, el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat d'Espanya recomana limitar el temps de pantalles, reduir els períodes sedentaris de més de 2 hores amb descansos actius i anima a practicar el transport actiu (caminar o anar en bicicleta) (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, Govern d'Espanya, 2015).

3.2. L'alimentació

Els mals hàbits alimentaris són un dels principals factors de risc per a la salut a escala mundial. L'alimentació i els hàbits d'alimentació, sigui per excés o per defecte, s'han relacionat amb diverses malalties no transmissibles, com l'obesitat, les malalties cardiovasculars, la diabetis i alguns tipus de càncers. Com ja s'ha comentat anteriorment, aquestes malalties suposen una bona part de la morbimortalitat mundial. Tant és així, que l'alimentació és partícip en diversos dels objectius de salut que ha plantejat l'OMS per a l'any 2025, pel que fa a malalties no transmissibles, com ara la reducció un 30% del consum mundial de sal o l'alentiment de la progressió de les epidèmies de diabetis i obesitat actuals (WHO, 2018, internet).

Són diversos els patrons dietètics als quals la literatura científica ha atribuït la condició de saludables. Així, la dieta vegetariana, la dieta DASH (per les seves sigles en anglès Dietary Approaches to Stop Hypertension) i la dieta mediterrània s'associen amb beneficis en el control o en la prevenció de la DM2 i altres components de la síndrome metabòlica. Els patrons dietètics d'alta qualitat s'han relacionat amb un efecte protector contra les malalties cardiovasculars, així com de la mortalitat per causes cardiovasculars i per altres causes (Mente et al., 2009).

La dieta mediterrània es refereix al patró tradicional d'alimentació en els països de l'àrea mediterrània en què creixen les oliveres. Lamentablement, el patró mediterrani actual està influït per altres estils de vida, com el patró d'alimentació occidental, de manera que la dieta mediterrània tradicional es considera la dieta mediterrània dels anys 1960, més concretament la dieta que seguien les regions rurals pobres. Aquest patró d'alimentació és cada vegada menys consumit a les regions mediterrànies, especialment entre la població més jove (Trichopoulou et al., 2014).

Existeixen diverses definicions de dieta mediterrània però, a grans trets, totes coincideixen a definir-la com un patró d'alimentació ric en oli d'oliva i vegetals: fruita, verdura, llegum, cereals integrals i fruita seca. Aporta carn d'au i peix d'una manera moderada, mentre que l'aportació de carn vermella i carn processades és reduïda (Trichopoulou et al., 2014; Fundación Dieta Mediterránea, 2010).

La dieta mediterrània es pot considerar un patró d'alimentació basat en plantes, per la seva elevada ràtio entre aliments d'origen vegetal i aliments d'origen animal (Diolintzi, A. et al., 2019). Els beneficis que s'han atribuït a aquesta dieta sembla que són per la combinació sinèrgica d'una ràtio saludable d'àcids grassos ω6: ω3, les altes ingestes d'àcid oleic, de fibra i de polifenols. Això es tradueix en efectes antiinflamatoris, antitrombòtics i una millor lipèmia en les persones que segueixen aquest patró (Donini et al., 2015).

3.3. L'estil de vida mediterrani

La dieta mediterrània, anteriorment descrita, és només un aspecte de l'estil de vida mediterrani. L'estil de vida mediterrani no ha estat definit explícitament, però sí que sembla haver-hi consens en una sèrie de factors relacionats amb aquest tipus d'estil (Diolintzi et al., 2019).

La Fundació Dieta Mediterrània, en la seva guia d'alimentació publicada l'any 2010, inclou, a més de l'alimentació, la pràctica d'activitat física diària, un descans adequat, l'elecció de productes tradicionals, locals, estacionals, diversos i sostenibles per al medi ambient. També convida a fer activitats culinàries i a socialitzar durant les ingestes (Fundació Dieta Mediterrània, 2010).

Per part seva, Diolintzi et al. varen descriure, el 2019, l'estil de vida mediterrani com una manera de vida saludable caracteritzada per l'alimentació mediterrània, basada en plantes, l'activitat física, el descans i la socialització. Per Diolintzi et al., l'alimentació mediterrània no es limita només a la ingesta d'aliments, sinó que també s'hi inclou l'estacionalitat dels aliments, la moderació en les quantitats, la participació en activitats culinàries i la comensalitat o, dit d'una altra manera, la ingesta d'aliments en un context social. A més, altres factors com els nivells d'estrès, les normes socials i les hores d'exposició a la llum solar també poden ser rellevants, encara que actualment segueixen en estudi (Diolintzi et al., 2019). La **figura 3** mostra la piràmide que Diolintzi et al. dissenyaren l'any 2019 per il·lustrar l'estil de vida mediterrani.

Aquests aspectes relacionats amb el consum de menjar, com el context social o la preparació d'aliments, s'han relacionat amb millors hàbits d'alimentació, així com amb una antropometria més saludable. De la mateixa manera, practicar activitat física en grup millora el benestar físic i social. D'aquesta manera, l'aspecte social i ecològic (*ecofriendly*) afecta les malalties cròniques, però també la sensació de benestar ambiental, social, emocional i intel·lectual (Diolintzi et al., 2019). Els aspectes no nutricionals també contribueixen als efectes beneficiosos de la dieta mediterrània, que no solament compleix un propòsit nutricional (Donini et al., 2015).

Figura 3. *Piràmide de l'estil de vida mediterrani. Extret de Diolintzi et al., 2019*

Tot i la manca d'estudis sobre els efectes del conjunt de l'estil de vida mediterrani en la salut, alguns resultats demostren que aquest estil de vida és protector enfront de la mortalitat per qualsevol causa (Diolintzi et al., 2019).

Com s'ha comentat abans, la primera estratègia a aplicar per gestionar l'excés de pes es basa en estils de vida saludables. L'estil de vida mediterrani és un estil de vida saludable que millora el benestar general, prevé patologies cardiovasculars i redueix la mortalitat. Consisteix principalment a seguir una alimentació mediterrània tradicional i a practicar activitat física diària. No obstant això, els canvis en els estils de vida no sempre són fàcils d'implementar. El risc per a la salut del mateix pes sovint s'infravalora, bé per una percepció incorrecta de la imatge corporal o per no atribuir-li la rellevància que té, especialment en el cas de la gent gran. Així, la imatge corporal pot afectar la manera com s'afronten les accions necessàries per millorar el pes, els estils de vida i la salut.

4. Imatge corporal

Fins a principi del segle passat, l'excés de pes es considerava un indicador de salut, benestar i bellesa. Això estava íntimament lligat a l'escassetat d'aliments i als períodes en què la inanició era causa freqüent de mortalitat. Actualment, se'n

troben diversos models diferents en el món. En algunes societats, avui dia, les persones augmenten de pes voluntàriament per resultar més atractives i capaces per formar una família (Martínez-González et al., 2019). En alguns casos, l'ideal de bellesa es defineix com un excés de greix corporal o, dit d'una altra manera, el que clínicament es catalogaria com sobrepès. No obstant això, en la majoria de cultures existents en l'actualitat, es prefereix estar prim. Les persones que es consideren pròximes a l'ideal de bellesa solen tenir més bona autoestima que aquelles que es consideren diferents o allunyades d'aquest ideal. Així, la imatge corporal té una forta relació amb l'autoestima; i, en el cas dels joves, és el principal factor que condiciona l'autoestima. En adults més grans de 50 anys la relació és inversa: el nivell d'autoestima determina l'apreciació de la imatge corporal. A més, la imatge corporal té un paper important en el control del pes i la relació amb el menjar en forma de comportaments alimentaris. També s'ha relacionat la imatge corporal amb la salut mental i, d'una manera especialment rellevant, amb trastorns de la conducta alimentària (Quiles et al., 2002; Bouzas et al., 2019; Ramos et al., 2019).

La imatge corporal és la representació que cada individu té en la ment del seu propi cos. Però no solament es refereix a la percepció del cos, sinó que també hi inclou els sentiments i accions que s'associen a aquesta percepció. La imatge corporal abasta els tres components següents (**figura 4**) (Quiles et al., 2002):

- Component perceptiu
  Es refereix a la precisió de la percepció de les mides corporals. D'acord amb el component perceptiu, el cos o el pes pot sobreestimar, subestimar o percebre correctament.

- Component cognitiu o subjectiu
  Es refereix als sentiments, actituds, cognicions i valoracions provocats pel mateix cos. Fa referència principalment a les mides corporal, el pes, alguna part del cos concreta o altres aspectes de l'aparença física.

- Component conductual
  Es refereix a les conductes provocades per l'autopercepció del cos i els sentiments que s'hi associen.

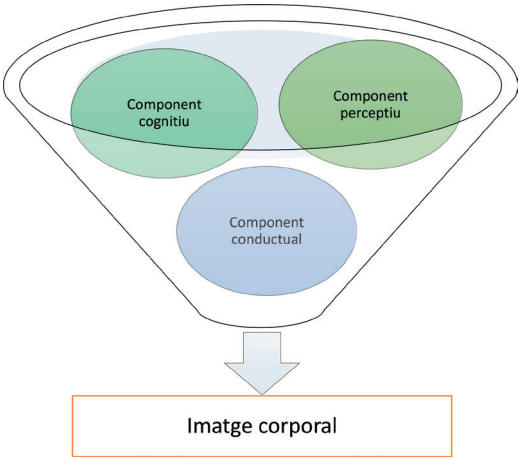


Figura 4. *Els components de la imatge corporal*
Font: elaboració pròpia a partir de Quiles et al., 2002

La imatge corporal comença a formar-se en la infantesa. Durant l'adolescència, pren un paper més impor-

tant, que afecta el desenvolupament psicosocial. No obstant això, la imatge corporal és dinàmica, i el canvi en un dels factors que la componen n'altera els altres (Quiles et al., 2002; Mills et al., 2011).

4.1. L'estigma de l'obesitat

En la majoria de societats actuals, s'experimenta una pressió cultural cap a la primor. La primor s'associa a conceptes positius, com ara la bellesa, la salut o, fins i tot, la riquesa, mentre que l'excés de pes s'associa a conceptes negatius, com ara deixadesa, debilitat, falta de força de voluntat, d'higiene o de salut (Quiles et al., 2002). De fet, fins i tot les persones amb excés de pes tenen un mal concepte de si mateixes, i l'associen a qualitats com la vagància, malaptesa i, fins i tot, ho consideren una dificultat per aconseguir una feina. Crida l'atenció que només les persones amb obesitat, però no les que estan en el pes normal o normopès, consideren l'obesitat una dificultat per trobar feina. És el que es coneix com a prejudicis de l'obesitat, que de vegades es tradueixen en actes de rebuig social i de discriminació. Això constitueix l'estigma social de l'obesitat, que s'esdevé en totes les àrees de la societat, incloent-hi el personal sanitari (Wharton et al., 2020). Mentre que en la cultura espanyola, a les dones se'ls exigeix primor, als homes se'ls demana amplitud d'esquena i d'espatlles, així com volum toràcic i un cert to muscular (Quiles et al., 2002).

Fa temps que s'ha atribuït als mitjans de comunicació tradicionals un paper central en aquesta imposició del cànon de bellesa. No obstant això, investigacions recents han atribuït a les xarxes socials un paper rellevant en l'establiment del cànon de bellesa. Així, els mitjans de comunicació promouen l'ideal de primor fins al punt que s'ha demostrat que augmenten el desig de baixar de pes en la població (Mills et al., 2017). Això no obstant, i de manera contradictòria, la majoria de societats actuals promouen alhora l'ambient obesogen. És a dir, promouen una elevada ingesta de calories i uns estils de vida de cada vegada més sedentaris que dificulten els esforços per perdre pes (Whale et al., 2014).

5. Objectius i mètodes de la investigació duta a terme

La investigació duta a terme, que va donar lloc al desenvolupament de la tesi doctoral de Cristina Bouzas i a la publicació de cinc articles científics, va tenir com a objectiu avaluar la relació entre la imatge corporal, els estils de vida i la salut en una població d'adults més grans de 55 anys amb sobrepès o obesitat, així com el canvi en el temps d'aquests després d'un any de participació en un programa de promoció d'estils de vida saludables, dut a terme a la Universitat de les Illes Balears i a altres centres de recerca repartits pel territori nacional.

Aquest programa és l'assaig PREDIMED-Plus (*PREvenció amb DIeta MEDiterrània*). L'estudi pretén proporcionar un tractament efectiu per reduir la morbimortalitat cardiovascular. El reclutament es va dur a terme entre el setembre del 2013 i l'octubre del 2016. Els participants en l'estudi havien de complir els criteris següents:

1) Edat compresa entre 55-75 anys, en el cas dels homes i entre 60-75 anys, en el cas de les dones.

2) IMC comprès entre 27,0 i 40,0 kg/m^2

3) Complir almenys tres criteris de la síndrome metabòlica, d'acord amb el *Joint Interim Statement* (Alberti et al., 2009):
   - Obesitat abdominal: circumferència de la cintura superior a 102 cm en els homes i de 88 cm, en les dones.
   - Glucèmia en dejú superior o igual a 100 mg/dl o tractament farmacològic hipoglucemiant.
   - Pressió arterial superior a 130/85 mmHg o tractament farmacològic antihipertensiu.
   - Colesterolèmia HDL inferior a 40 mg/dl en els homes i 50 mg/dl en les dones o tractament farmacològic.
   - Trigliceridèmia superior a 150 mg/dl o tractament farmacològic.

6.874 persones foren incloses en l'estudi i actualment estan en seguiment. Més informació sobre els participants, el reclutament i l'aleatorització es pot trobar en l'article publicat per Martínez-González et al. (Martínez-González et al., 2019) o a la pàgina web https://www.predimedplus.com/proyecto/.

Tots els participants de l'estudi reberenre durant tota la durada de la investigació l'assistència sanitària habitual a través dels equips d'Atenció Primària. La intervenció rebuda pel personal de l'estudi es va centrar en la promoció de l'estil de vida mediterrani, principalment mitjançant la dieta mediterrània. D'acord amb el disseny de l'estudi, alguns participants han rebut també consell orientat a perdre pes. Els resultats d'aquesta investigació que es presenta són els que s'han obtingut en el primer any de l'assaig PREDIMED-Plus.

6. Resultats de la investigació i conclusions

L'autopercepció de sobrepès es relaciona amb l'abordatge espontani de l'excés de pes, generalment mitjançant el control de la ingesta, l'activitat física o amb la combinació d'ambdós hàbits.

L'envelliment s'associa amb un descens en les preocupacions pel pes, així com amb una percepció més baixa de l'excés de pes. Els homes més grans de 55 anys tenen més desitjos de perdre pes que els joves. Per contra, les dones joves volen perdre pes més que les que són més grans de 55 anys. No obstant això, quan els adults grans perceben correctament el seu pes, fan servir estratègies per controlar-lo, de la mateixa manera que la població general adulta.

La preocupació pel pes minva a mesura que el pes disminueix. La reducció ponderal no és l'única manera de millorar la imatge corporal. La teràpia nutricional, l'activitat física i les teràpies cognitivoconductuals també exerceixen un efecte beneficiós sobre la imatge corporal.

Els IMC elevats s'associen a elevades insatisfaccions amb el pes. Els seus canvis durant l'any de seguiment també es relacionen amb canvis en l'IMC.

La insatisfacció amb el pes (entesa com a desitjos de perdre molt de pes) es relaciona inversament amb l'estil de vida mediterrani (adherència a la dieta mediterrània i activitat física). Tot i mantenir les característiques de la dieta mediterrània, com més gran és la insatisfacció amb el pes, el patró alimentari perd qualitat i es converteix en un patró no saludable, ric en aliments processats i begudes ensucrades alhora que pobre en fruita i vegetal. Els nivells d'activitat física també disminueixen així com augmenta la insatisfacció amb el pes.

L'alta satisfacció amb el pes impacta positivament en els estils de vida, la salut i percepció de la qualitat de vida quan es du a terme un programa de promoció d'estils de vida saludables. Les millores en estils de vida, salut i qualitat de vida percebuda disminueixen les insatisfaccions en adults grans amb excés de pes, que es podrien conformar amb els IMC ideals més elevats, encara en el rang de sobrepès o d'obesitat.

En aplicar un programa de promoció d'estils de vida saludables, els participants que entren a formar-ne part amb el seu pes màxim són els que milloren més la qualitat de la dieta a curt termini (1 any). Els esforços per baixar de pes mantinguts en el temps es relacionen amb més bon patró dietètic espontani, però amb efectes moderats quan s'aplica una intervenció de promoció d'estils de vida saludables.

Els diabètics han tingut pesos màxims més elevats en la vida adulta i reporten pesos ideals més elevats que els prediabètics o les persones sense diabetis. Adults grans amb síndrome metabòlica i diabetis presenten més bona qualitat i adequació nutricionals i més bona adherència a la dieta mediterrània que aquells que no tenen diabetis o prediabetis.

Destaca que totes les diferències en la qualitat de la dieta anteriorment esmentades varen ocórrer amb ingestes calòriques similars, la qual cosa remarca la importància dels patrons dietètics i de la selecció d'aliments.

Per tant, tant el pes màxim assolit prèviament com la satisfacció amb la imatge corporal s'han de tenir en compte en començar i triar una estratègia per al control del pes. Oferir teràpies cognitives i conductuals juntament amb la teràpia dietètica i d'activitat física és aconsellable per assegurar la satisfacció i l'èxit a llarg termini.

Agraïments

Aquesta recerca s'ha dut a terme entre el Grup de Nutrició Comunitària i Estrès Oxidatiu (NUCOX), de la UIB, CIBEROBN i IDISBA, i ha estat possible gràcies a projectes d'investigació atorgats per entitats nacionals i europees, a més de la beca predoctoral Fernando Tarongí Bauzà.

M'agradaria agrair l'esforç als participants de l'estudi, que donen el seu temps i disposició a la ciència.

Referències bibliogràfiques

Alberti, K. G., Eckel, R. H., Grundy, S. M. et al. (2009). Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 120(16): 1640-1645.

Aranceta Bartrina, J., Pérez Rodrigo, C., Alberdi Aresti, G., Ramos Carrera, N. I Lázaro Masedo, S. (2016). Prevalence of General Obesity and Abdominal Obesity in the Spanish Adult Population (Aged 25-64 Years) 2014-2015: The ENPE Study. *Rev Esp Cardiol* (Engl Ed), *69*(6): 579-587.

Blüher, M. (2019). Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nat Rev Endocrinol, 15*(5): 288-298.

Bouzas C., Bibiloni, M. D. M. i Tur, J. A. (20199. Relationship between Body Image and Body Weight Control in Overweight ≥55-Year-Old Adults: *A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health*. 16(9): 1622.

Chooi, Y. C., Ding, C. i Magkos, F. (2019).The epidemiology of obesity. *Metabolism*. 92: 6-10.

Diolintzi, A., Panagiotakos, D. B. i Sidossis, L. S. (2019). From Mediterranean diet to Mediterranean lifestyle: a narrative review. *Public Health Nutr*. 22(14): 2703-2713.

Donini, L. M., Serra Majem, L.; Bulló, M., Gil, Á. i Salas-Salvadó, J. (2015). The Mediterranean diet: culture, health and science. *Br J Nutr*. 113 Suppl. 2: S1-S3.

Durrer Schutz, D., Busetto, L., Dicker, D. et al. (2019). European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts*. 12(1): 40-66.

Fundación Dieta Mediterránea - ¿Qué es la dieta mediterránea? [internet]. 2010 [citat el 5 d'agost de 2021]. https://dietamediterranea.com/nutricion-saludable-ejercicio-fisico/

Ju, S. Y., Lee, J. Y. i Kim, D. H. (2017). Association of metabolic syndrome and its components with all-cause and cardiovascular mortality in the elderly: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Medicine*. 96(45): e8491.

Katzmarzyk, P. T., Church, T. S. i Blair, S. N. (2004). Cardiorespiratory fitness attenuates the effects of the metabolic syndrome on all-cause and cardiovascular disease mortality in men. *Arch Intern Med.* 164(10): 1092-1097.

Koliaki, C., Liatis, S. i Kokkinos, A. (2019). Obesity and cardiovascular disease: revisiting an old relationship. *Metabolism*. 92: 98-107.

Lecube, A., Monereo, S., Rubio, M. Á. et al. (2017). Prevención, diagnóstico y tratamiento de la obesidad. Posicionamiento de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad de 2016. [Prevention, diagnosis, and treatment of obesity. 2016 position statement of the Spanish Society for the Study of Obesity.] *Endocrinol Diabetes Nutr.* 64 Suppl. 1: 15-22.

Martínez González, M. A., Buil Cosiales, P., Corella, D. et al. (2019). Cohort Profile: Design and methods of the PREDIMED-Plus randomized trial. *Int J. Epidemiol.* 48(2): 387-388.

Mathus-Vliegen, E. M. (2012). Obesity and the elderly. *J. Clin. Gastroenterol.* 46(7): 533-544.

Mente, A., de Koning, L., Shannon, H. S. i Anand, S. S. (2009). A systematic review of the evidence supporting a causal link between dietary factors and coronary heart disease. *Arch. Intern. Med.* 169(7): 659-669.

Mills, J., Roosen, K. i Vella-Zarb, R. (2011). The psychology of body image: Understanding body image instability and distortion. A: Greene S, editor. *Body Image: Perceptions, Interpretations, and Attitudes*. Nova Science Publishers; p. 59– 80.

Mills, J. S., Shannon, A. i Hogue, J. (2017). Beauty, Body Image, and the Media. In: Martha Peaslee Levine, *Perception of Beauty*, IntechOpen.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España (2015). Actividad Física para la Salud y Reducción del Sedentarismo. Recomendaciones para la población. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS [internet]. [citat el 5 d'agost de 2021]. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Recomendaciones_ActivFisica_para_la_Salud.pdf

Ouslander, J. G. i Beck, J. C. (1982). Defining the health problems of the elderly. *Annu. Rev. Public Health*. 3: 55-83.

Quiles, Y. (200). Taller de imagen corporal y alimentación. A: Quiles, M. J.; Van-der Hofstadt, C. J. (eds.) *Mejora las habilidades de tus estudiantes*, Universidad Miguel Hernández, Alicante.

Ramos, P., Moreno Maldonado, C., Moreno, C. i Rivera, F. (2019). The Role of Body Image in Internalizing Mental Health Problems in Spanish Adolescents: An Analysis According to Sex, Age, and Socioeconomic Status. *Front Psychol.* 10: 1952.

Trichopoulou, A., Martínez González, M. A., Tong, T. Y. et al. (2014). Definitions and potential health benefits of the Mediterranean diet: views from experts around the world. *BMC Med.* 12:112.

Weir, C. B. i Jan, A. (2020). BMI Classification Percentile And Cut Off Points. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.

Whale, K., Gillison, F. B. i Smith, P. C. (2014). «Are you still on that stupid diet?»: women's experiences of societal pressure and support regarding weight loss, and attitudes towards health policy intervention. *J. Health Psychol.* 19(12): 1536-1546.

Wharton, S., Lau, D. C. W., Vallis, M. et al. (2020). Obesity in adults: a clinical practice guideline. *CMAJ*. 192(31): E875-E891.

World Health Organization - Europe (WHO-Europe). Obesity [internet] [citat el 5 d'agost de 2021]. https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity

World Health Organization (WHO). Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2020 [citat el 5 d'agost de 2021]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

World Health Organization (WHO). Alimentación sana [Internet]. 2018 [citat el 5 d'agost de 2021]. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet

Yang, J., Hu, J. i Zhu, C. (2020). Obesity aggravates COVID-19: a systematic review and meta-analysis [publicat en línia abans que la versió impresa, 30 de juny de 2020]. *J. Med. Virol.* https://doi.org/10.1002/jmv.26237

Yumuk, V., Tsigos, C., Fried, M. et al. (2015). European Guidelines for Obesity Management in Adults [apareix la correcció publicada a *Obes Facts*. 9(1): 64]. *Obes Facts*. 8(6): 402-424.

Zhao, Y., Li, Z., Yang, T., Wang, M. i Xi, X. (2018). Is body mass index associated with outcomes of mechanically ventilated adult patients in intensive critical units? A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 13(6): e0198669.

Autors

CRISTINA BOUZAS VELASCO

Graduada en Nutrició Humana i Dietètica per la Universitat de Valladolid, màster en Nutrigenòmica i Nutrició Personalitzada, i doctora en Nutrició i Ciències dels Aliments per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Actualment, és investigadora postdoctoral del grup de recerca NUCOX (Nutrició Comunitària i Estrès Oxidatiu) de la UIB, mitjançant un contracte finançat pel CIBEROBN de l'Institut de Salut Carlos III de Madrid. Participa com a investigadora en diversos projectes de recerca en epidemiologia nutricional subvencionats en convocatòries públiques nacionals i internacionals. És professora associada al Departament de Biologia Fonamental i Ciències de la Salut de la UIB. La seva recerca s'ha centrat en els efectes sobre la salut i l'evolució de l'estil de vida mediterrani en adults grans amb excés de pes. Recentment, s'ha iniciat en una altra línia d'investigació relacionada amb l'obesitat infantil.

MARIA DEL MAR BIBILONI ESTEVA

Llicenciada en Biologia i en Bioquímica. Màster Universitari en Nutrició Humana i Qualitat dels Aliments, i doctora en Nutrició Humana per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Professora titular d'universitat de l'àrea de Fisiologia del Departament de Biologia Fonamental i Ciències de la Salut de la UIB i investigadora del Grup de Recerca NUCOX (Nutrició Comunitària i Estrès Oxidatiu) de la UIB, del CIBEROBN (Fisiopatologia de l'Obesitat i la Nutrició) de l'Institut de Salut Carlos III, i de l'Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdISBa). Investigadora principal d'un projecte d'investigació (PRI18/19) i participant en diversos projectes d'investigació subvencionats en convocatòries públiques nacionals i internacionals i per empreses. Coautora de 5 capítols de llibre i de 90 articles científics. Ha fet una estada a la Universitat de Verona (Itàlia, 2012) i tres estades a la Universitat Autònoma de Nuevo León (Mèxic, 2013-2015). És codirectora de 7 tesis doctorals.

JOSEP A. TUR MARÍ

Llicenciat i doctor en Farmàcia per la Universitat de Barcelona. Catedràtic de Fisiologia i director del Grup de Recerca en Nutrició Comunitària i Estrès Oxidatiu de la Universitat de les Illes Balears, del CIBEROBN (Fisiopatologia de l'Obesitat i la Nutrició) de l'Institut de Salut Carlos III i de l'Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IDISBA). Acadèmic fundador de l'Acadèmia Espanyola de Nutrició i Ciències dels Aliments i

acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya. Membre (2014-2018) del Comitè Científic de l'Agència Espanyola de Seguretat Alimentària i Nutrició (AESAN), del Consell Autonòmic de Seguretat Alimentària de les Illes Balears i del Comitè Permanent de la Nutrició de l'Organització de Nacions Unides (UN-SCN). Vocal d'Alimentació del Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears. Membre del Comitè Científic i Junta de Govern de la Vocalia nacional d'Alimentació del Consell General de Col·legis Oficials de Farmacèutics. Redactor de la Declaració de la dieta mediterrània com a patrimoni immaterial de la humanitat (UNESCO, 2010). Director del Màster oficial en Nutrició i Alimentació Humana i del programa de Doctorat en Nutrició i Ciències dels Aliments de la Universitat de les Illes Balears. Professor visitant a les universitats de La Plata i Tucumán (Argentina), Autònoma de Nuevo León i Autònoma de Mèxic (Mèxic), Campinas (Brasil) i Nacional de Costa Rica (Costa Rica). Autor de més de 65 llibres i capítols de llibres, 360 articles científics i 8 patents nacionals i internacionals d'aplicació. Investigador principal de 50 projectes d'investigació nacionals i internacionals. Director de 35 tesis doctorals. Membre del consell editorial de les revistes científiques *Antioxidants; Nutrients; Nutrition Metabolism & Cardiovascular Disease,* i *Current Nutraceuticals*.

LA BRETXA DIGITAL PER QÜESTIÓ D'EDAT

La bretxa digital per qüestió d'edat

Tomàs Burguera Cremades

Resum

La bretxa digital és una problemàtica cada vegada més creixent en la nostra societat. Es refereix a la desigualtat i dificultat d'accés i de comprensió de les noves tecnologies de la informació i de la comunicació (TIC). Aquest fenomen afecta diferents col·lectius socials i té més incidència en el de les persones grans. En aquest apartat s'exposarà informació sobre la situació actual de la gent gran al respecte.

Resumen

La brecha digital es una problemática cada vez más creciente en nuestra sociedad. Hace referencia a la desigualdad y dificultad de acceso y de comprensión de las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación (TIC). Este fenómeno afecta a diferentes colectivos sociales, entre los cuales tiene una mayor incidencia en el de las persones mayores. En este apartado se expondrá información sobre la situación actual de las personas mayores respecto a esta situación.

1. Introducció

La diferència de grau de coneixement i d'accés de les persones grans respecte d'altres col·lectius és deguda principalment a dos factors que determinen aquest desnivell: els recursos econòmics limitats i l'edat (Varela, 2015).

Aquests factors suposen un doble risc d'exclusió perquè l'edat sí que és una dificultat afegida per a l'aprenentatge de les TIC per un motiu contextual, ja que les persones grans són «immigrants digitals», és a dir, no han nascut ni crescut amb l'expansió de les noves tecnologies, de manera que no han tingut un aprenentatge del qual formassin part les noves tecnologies. Al contrari que les persones nascudes als anys 90 i fins avui, que són «natives digitals» i, per aquest motiu, han crescut i s'han format amb les noves tecnologies com una part integrada en el seu aprenentatge (Presnky, 2001).

Això a altra banda, els baixos recursos econòmics del col·lectiu de les persones grans impedeix que s'acostin a les TIC perquè el cost de les eines i el seu manteniment solen ser elevats.

A més d'aquests dos factors, existeixen altres motius pels quals les persones grans no disposen o no volen disposar de les TIC. Aquestes raons són la pròpia percepció de desconeixement sobre la matèria, el desinterès, la creença de falta d'utilitat i el temor a les TIC. Més endavant s'aprofundirà en aquests motius.

S'exposarà la informació necessària per posar en context el fenomen de la bretxa digital i com hauria de ser una formació correcta en aquest àmbit per capgirar aquesta problemàtica.

Les fases són les següents:

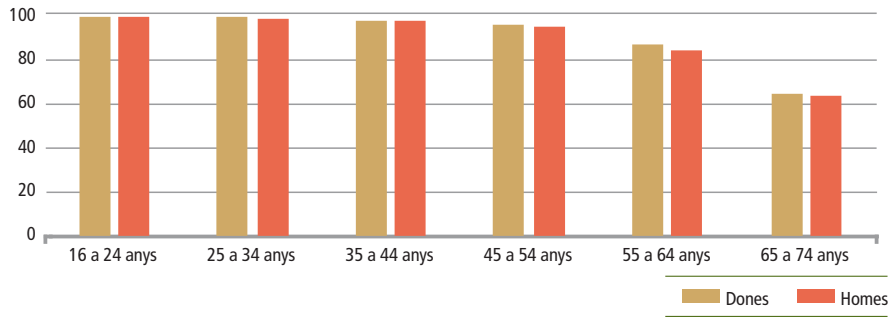
- Explicar els motius que acreixen la bretxa digital
- Il·lustrar les dades i els gràfics que demostren la problemàtica
- Proposar solucions possibles per corregir el conflicte
- Conclusions

2. Raons de la bretxa digital per qüestió d'edat i les seves conseqüències

Com s'ha comentat amb anterioritat, el col·lectiu de les persones grans té diversos factors que dificulten la seva capacitat de conèixer les TIC i retenir la informació i els avantatges que les noves tecnologies els proporcionen, de manera que aquestes complicacions condueixen el col·lectiu cap a l'exclusió.

Com identificam en el gràfic següent, l'edat suposa una dificultat per a l'optimització de les TIC, ja que, com més adulta és la persona, menys utilitza les noves tecnologies i Internet.

Gràfic 1 | *Població que ha utilitzat internet de manera freqüent els darrers tres mesos, per grups d'edat*



Font. Institut Nacional d'Estadística, 2020

Pot interpretar-se que els altres grups d'edat empren més les TIC, perquè ho necessiten per la seva ocupació o estudis, però la realitat és que les persones grans poden amortitzar molt més l'ús que en fan, ja que aquest grup de la societat, un cop que ha

acabat la carrera professional, en molts casos, es troba en disposició d'aventurar-se amb projectes de vida nous.

Una de les alternatives a l'oci o a la formació acadèmica ordinària és l'alfabetització digital. Les persones grans tenen les capacitats i la disposició per tenir més temps lliure per continuar formant-se i evitar ser excloses pel fet de trobar-se en la bretxa digital (González i Martínez, 2017).

Això a banda, l'edat implica una dificultat de domini de les TIC per una falta de formació en la matèria, i això pot demostrar-se amb les dades que verifiquen que, com més elevada és l'edat, les persones tenen menys habilitat digital.

Taula 1 | *Habilitats digitals en l'ús d'internet o programari. Institut d'Estadística de les Illes Balears*

	Total	Edat: de 16 a 34 anys	Edat: de 35 a 54 anys	Edat: de 55 i més anys
Habilitats digitals: sense habilitats	2,04	...	...	7,91
Habilitats digitals: baixes	40,28	21,97	42,06	61,27
Habilitats digitals: bàsiques	21,16	19,82	25,22	14,98
Habilitats digitals: avançades	36,52	58,21	32,27	15,85

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT), 2019

Algunes de les altres raons que justifiquen la manca de coneixements i d'ús de les TIC i d'internet són les següents:

Taula 2 | *Motius pels quals els ciutadans de les Illes Balears no utilitzen Internet perquè no hi tenen accés des de casa seva*

	Total
Total d'habitatges que no disposen d'accés a internet	27.000
Perquè tenen accés a internet des d'un altre lloc	13,26
Perquè no necessiten internet (no els resulta útil, no els interessa, etc.)	83,96
Perquè els costos de l'equip són massa elevats	28,58
Perquè els costos de connexió resulten massa elevats	21,31
Perquè tenen pocs coneixements per utilitzar-los	69,57
Per raons relatives a la seguretat i la privacitat	2,49
Perquè la banda ampla no està disponible a la seva àrea	3,05
Per altres raons	17,73

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT), 2019

Els motius principals pels quals els habitatges de les Illes Balears no disposen d'internet són el desinterès o la creença de falta d'utilitat per part de les persones que hi viuen, els pocs coneixements sobre el seu ús i, en menor mesura, els costos que suposa accedir-hi.

Una raó que destaca menys sobre la resta, però que és molt important, és inculcar ensenyaments sobre el bon ús de les TIC i evitar el temor que produeixen. Un ús correcte de les TIC comporta utilitzar les noves tecnologies de manera responsable, ja sigui per a ús lúdic o ociós, per la qual cosa cal tenir en compte mesures com les següents: controlar el temps per no abusar del seu ús; mantenir una bona posició corporal, ja que, en emprar els dispositius digitals, generalment el cos s'acomoda i s'adopten postures incorrectes que poden tenir conseqüències perjudicials per a la salut; ser conscient i conseqüent amb les publicacions, respectant les persones i els continguts, tenint en compte la privacitat i la informació personal i la d'altres usuaris. També s'han d'identificat aquells continguts adequats d'acord amb l'edat i la sensibilitat de la persona que fa servir el dispositiu, a més de demanar ajuda en cas que es consideri que hi hagi alguna publicació que sigui vulnerable, i, finalment, mantenir els equips i dispositius en les condicions òptimes per emprar-les i evitar-ne el deteriorament (Pulido, 2015).

D'una banda, les TIC suposen un ventall immens de possibilitats que beneficien el desenvolupament i el coneixement sobre el seu maneig; però, d'altra banda, també comporten riscos que s'han de tenir en compte. La desinformació sobre el tema és, alhora que el risc més fort de les TIC, un obstacle per al seu aprenentatge i interès. Per aquest motiu, l'alfabetització digital ha de tenir com a punt rellevant la conscienciació i l'ensenyament sobre el seu bon ús (Pulido, 2015).

Aquest fet implica obtenir un sentit crític, saber identificar la informació falsa i manipulada, no excedir-se davant la desconfiança, és a dir, no navegar per la xarxa amb una preocupació excessiva, ja que aquesta acció suposa no gaudir de l'experiència al complet. Un cop enunciats els riscos que suposa un mal ús de les TIC, cal assenyalar que el seu ús comporta més avantatges que desavantatges. González i Martínez (2017) varen argumentar que la seva bona utilització genera en la gent gran millores en les capacitats cognitives, l'autonomia personal, la salut, la formació, la integració intergeneracional, a més de mantenir-la en contacte amb persones del voltant.

Finalment, cal assenyalar que, a més de tots aquests avantatges en relació amb les TIC, una de les grans virtuts de l'alfabetització digital és la capacitat de desenvolupar un pensament crític.

3. Solucions i proposta

La millor solució perquè les persones grans evitin la bretxa digital o en surtin és l'alfabetització digital mateixa. La qüestió és el tipus d'alfabetització digital i els mètodes d'ensenyament. Però, abans d'aprofundir en aquests temes, cal mostrar i analitzar els cursos formatius existents centrats en l'aprenentatge sobre les noves tecnologies de la informació i comunicació i la seva participació.

Taula 3 | *Cursos formatius de programes informàtics i/o Internet a les Illes Balears i Mallorca*

	Illes Balears	Mallorca
Total edat		
Adults que han assistit a cursos formatius (informàtica i/o internet) en els darrers 12 mesos (%)	4,92	4,87
De 16 a 35 anys		
Adults que han assistit a cursos formatius (informàtica i/o internet) en els darrers 12 mesos (%)	6,4	6,81
De 36 a 50 anys		
Adults que han assistit a cursos formatius (informàtica i/o internet) en els darrers 12 mesos (%)	6,84	6,83
De 51 a 65 anys		
Adults que han assistit a cursos formatius (informàtica i/o internet) en els darrers 12 mesos (%)	2,96	2,3
Més de 65 anys		
Adults que han assistit a cursos formatius (informàtica i/o internet) en els darrers 12 mesos (%)	0,45	0,4

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT), 2019

Sabent, llavors, que les persones d'edat més elevada són les que tenen més mancances d'habilitats digitals, crida l'atenció que, malgrat aquesta dificultat, també és el col·lectiu social, per grup d'edat, que ha assistit a menys cursos formatius sobre TIC.

A les Illes Balears, s'imparteixen formacions d'alfabetització digital i cursos de TIC, però aquests cursos se centren, majoritàriament, en persones adultes que necessiten formació informàtica per actualitzar-se i així tenir més opcions de trobar feina. Per tant, aquestes formacions no cobreixen el col·lectiu de la gent gran que simplement vol renovar els coneixements i adaptar-se als nous temps. Aquest col·lectiu no té cabuda en aquests cursos, perquè no està en procés de recerca de feina i els continguts no són els apropiats.

A més, sembla complicat trobar formacions adaptades al col·lectiu de la gent gran, perquè, com ja s'ha comentat anteriorment, el nivell de comprensió dels natius digitals

i dels immigrants digitals no és el mateix, ja que aprenen a ritmes diferents. Per aquest motiu, encara que els dos col·lectius poden coexistir en la mateixa formació, endarreriria i dificultaria l'aprenentatge òptim per a ambdós.

Per aquesta raó, s'han de fomentar els cursos de formació orientats exclusivament a la gent gran. Impulsar aquest tipus d'iniciatives ajudaria que la bretxa digital fos menys abundosa i que aquest col·lectiu se sentís més integrat en la societat actual.

Per atendre aquesta necessitat, cal fe promoció i impulsar aquest tipus de formacions i de cursos, però no únicament una formació ordinària reglamentada. Aquesta és necessària i útil sobretot com a reforç per interioritzar tots aquells coneixements teòrics sobre les TIC. (Ala-Mutka 2008, com va citar en Abad, 2016) «encoratjar la gent gran a participar en la societat de la informació, els cursos d'alfabetització mediàtica i les oportunitats d'aprenentatge informal per aprendre l'ús de les TIC són de cada vegada més importants. Es fa necessari acostar les oportunitats a la gent gran posant especial atenció al contingut dels cursos».

Segons Abad (2014), «els programes d'alfabetització digital s'han de dissenyar tenint com a principis el contextualisme, que permet ajustar els materials a l'entorn cultural i social, la motivació, la qual possibilita avaluar la receptivitat dels procediments i el procés d'absorció que proporciona criteris sobre quina és la millor manera d'accedir a les habilitats i capacitats».

«La clau de la ruptura de la bretxa digital a les persones grans no és demanar-se quina és la millor manera de portar les TIC a aquest grup poblacional, sinó quina és la forma òptima perquè la gent gran tregui avantatges de les TIC i millorin la seva situació personal i social, per la qual cosa una adequada alfabetització digital es convertiria en un instrument clau per a la seva consecució» (Abad, 2016).

La idea és que les persones grans interessades en aquest àmbit puguin construir un aprenentatge autònom, en què utilitzin la gran varietat de TIC existents, i que adquireixin coneixements òptims, sent conscients de la importància d'aquestes eines i de l'impacte que tenen en la societat actual per crear un pensament crític (Bruce, 1994 com va citar en De Benito, 2017).

A més, és molt important treballar amb la persona per eliminar la por a les noves tecnologies allunyant-se de les idees estereotipades i els prejudicis existents sobre les xarxes i el món digital (Casado i Díez, 2006 com van citar en De Benito, 2017).

En definitiva, adaptar el contingut del curs o el taller als interessos dels participants pot ser un mètode adequat per a l'aprenentatge òptim; el focus de motivació o algun

element d'interès com a fil conductor inclina aquest col·lectiu a incentivar a aprendre i interessar-se més a aprofundir en les TIC, de manera que, si es coneix l'interès principal dels usuaris del col·lectiu, ja sigui cultural o social, pot orientar-se l'ensenyament cap a aquest interès i motivar el subjecte.

Perquè aquest aprenentatge i aquests mètodes puguin fer-se efectius, és imprescindible la formació correcta de professionals qualificats que dominin les TIC i sàpiguen treballar amb persones grans.

Una de les tasques dels professionals és fomentar els continguts i aplicacions d'aquelles persones que desitgin enriquir-se encara més amb les TIC. Per aquest motiu, cal conscienciar els destinataris de la importància del bon ús de les TIC, que aprenguin a distingir quina informació s'ha de compartir i quina convé no publicar, a més de tenir en compte el fet que cal aprofundir i investigar la veracitat dels continguts.

Això no vol dir que les publicacions que hi ha a la xarxa siguin falses i que pretenguin enganyar l'audiència. Els professionals han de promocionar els avantatges de les xarxes, les TIC i el món de possibilitats que comporten, però també han d'alertar que s'ha de tenir present que hi ha uns riscos que cal tenir en compte. Per aquesta raó, és important conèixer quins són els continguts i aplicacions adequats, sempre d'acord amb la persona.

Amb tots aquests punts i la promoció d'aquest tipus de cursos i formacions, el col·lectiu de les persones grans pot fer l'efecte crida i, si han obtingut bones impressions i resultats de la formació, poden promulgar aquesta iniciativa en els seus grups d'iguals.

4. Conclusions

Per concloure, la proposta indicada perquè les persones grans evitin la bretxa digital i puguin adaptar-se als nous temps és una formació i alfabetització digitals centrades en el col·lectiu de la gent gran que promocionin els avantatges de les TIC, amb continguts orientats als interessos i necessitats dels participants més enllà de la formació bàsica, com són el paquet Office, aplicacions d'edició de text i presentacions, els fulls de càlcul, la missatgeria electrònica, l'accés i la navegació per internet, etc.

El contingut ha d'adaptar-se en funció de l'interès de l'usuari. Evidentment, hi ha d'haver un procés d'aprenentatge bàsic en què s'ensenyin aquells elements bàsics per tenir unes nocions de funcionament de les TIC i ampliar-ne els coneixements; però, una vegada realitzada l'alfabetització digital, ha de cercar focus d'interès de la persona i orientar l'ensenyament cap a aquest punt de motivació.

La formació més acadèmica pot ser important per aprofundir i conèixer més bé aquest àmbit, però el motiu pel qual les persones grans volen aprendre les TIC ha de ser l'eix sobre el qual es guiï aquest aprenentatge.

A més, el contingut ha de ser variat i fluid, perquè d'aquesta manera es fomentarà en els usuaris dels cursos els avantatges de les TIC i de tot el que comporten, conscienciant-ne així aquelles persones que tenen por o reticències sobre les noves tecnologies de la informació i la comunicació.

Aquest procés de conscienciació té molta rellevància, perquè és una de les grans barreres que tenen les persones grans per evitar o fins i tot rebutjar les noves tecnologies. Per aquest motiu, la conscienciació del bon ús i la promoció dels seus avantatges i alternatives servirà de gran ajuda per reduir la bretxa digital i usar aquesta conscienciació com a altaveu perquè més gent gran s'impliqui en aquest procés d'actualització i innovació.

En tractar-se d'una problemàtica relativament recent, amb tot l'auge informàtic i tecnològic, hi ha, a més, altres dificultats que compliquen aquesta situació, com la manca de formació de professionals especialitzats. Atès que és una problemàtica amb un nínxol minoritari, en el qual encara falta una àmplia formació de professionals i la seva actualització constant per estar al dia de les innovacions i dels nous mitjans i eines que apareixen, el nivell de coneixements i la docència òptima són necessaris per ensenyar sobre les TIC i controlar-les.

En definitiva, totes les dificultats esmentades s'han de veure com a oportunitats de crear una formació amb la qual tots es vegin beneficiats, perquè, gràcies a aquest hipotètic model nou, es podria evitar o disminuir la bretxa digital per qüestió d'edat, incloent-hi les persones d'aquest col·lectiu, perquè se sentin partícips de l'era digital, a més d'actualitzar-se en coneixements i millorar el desenvolupament personal, i, finalment, retroalimentar la socialització entre nadius i immigrants digitals.

Referències bibliogràfiques

Abad, L. (2014). Diseño de programas de e-inclusión para la alfabetización mediática de personas mayores. *Revista Cientifíca de Educomunicación, 42 (21)*.

Abad, L. (2016). La alfabetización digital como instrumento de e-inclusión de las personas mayores. *Prisma Social (16)*, 156-204.

Belando Montoro, M. R., i Bedmar, M. (2015). Las TIC y la educación en los estudios sobre fragilidad en personas mayores. *Revista de Curriculum y Formación de Profesorado, 19* (3), 348-360.

Boada, A., Molina, A. M., i García, J. (2016). Un puente frente a la brecha digital. *Actas Dermo-Sifiliográficas*, *107* (2), 93.94.

Cabero, J. (s. d). *Reflexiones sobre la brecha digital y la educación*. Universitat de Sevilla. https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO22178/reflexiones.pdf

Caridad, M., Morales, A. M., i García, F. (2013). *La alfabetización digital en España como vía de inclusión social: Implantación de un modelo de mediación mediante indicadores*.

Coachtec. (s. d). *¿Qué es la brecha digital? Coaching Tecnológico. Formación en tecnología, redes sociales y marca personal.* https://www.coaching-tecnologico.com/que-es-la-brecha-digital/#:~:text=La%20brecha%20digital%20hace,con%20el%20tiempo%20gracias%20a

De Benito, J. (2017). Análisis bibliográfico de la brecha y la alfabetización digitales en las nuevas tecnologías. *Revista Electrónica Educare*, *21* (2), 1-10.

Díaz, M., Casacuberta, J., Nuño, N., Berbegal, J., i Berbegal, M. (2010). Valoración de la usabilidad de plataformas TIC para transacciones utilizadas por personas mayores. *Congreso Internacional de Interacción Persona-Ordenador,* 289-298.

Educaweb. (s/d). *Centros de formación de adultos de informática en las Islas Baleares*. https://www.educaweb.com/centros/informatica-telecomunicaciones/informatica/centros-formacion-adultos/baleares/

Ferrer, V. (2017). Nuevas tecnologías, competencia y procesos de aprendizaje. La experiencia del WMCP y la Valencianada. *ReVisión*, *10* (2).

González, E., Amaro, A., i Martínez, N. (2019). Estudio comparativo de Competencias 2.0 entre jóvenes y mayores. Actualidad y desafíos para su inclusión. *Revista Espacios*, *40* (5), 15.

González, E., i Martínez, N. (2017). Personas mayores y TIC: oportunidades para estar conectados. *Revista de Educación Social*, *24*.

Ibestat. Institut d'Estadística de les Illes Balears. https://ibestat.caib.es/ibestat/inici

INE. Instituto Nacional de Estadística. https://www.ine.es/index.htm

López, F. L., Nanclares, N. H., i Vaca, C.B. (2003). La «brecha digital» como desafío para la sociedad del conocimiento. *Revista de Economía Mundial*, *3*, 119-142.

Martínez, N. i Rodríguez, A. (2017). Alfabetización y competencia digital en personas mayores: el caso del aula permanente de formación abierta de la Universidad de Granada. *Revista Espacios*, *39* (10).

Milena, F. (2012). *Origen, historia y evolución de las TICS. Tecnología de la información comunicación-Yopal*. https://sites.google.com/site/ticsyopal5/assignments

Padilla, M. T., Suárez, M., i Sánchez, M. F. (2016). Inclusión digital de estudiantes maduros: análisis de sus actitudes y competencias TIC. *Revista Complutense de Educación*, *27* (3), 1229-1246.

Pérez, A., Aguaded, I., i Rodríguez, M. J. (2016). Generación digital vs escuela analógica. Competencias digitales en el currículum de la educación obligatoria. *Digital Education Review*, 165-183.

Presky, M. (2010). Nativos e Inmigrantes Digitales. Institución Educativa SEK.

Pulido, J. (2015). *Guía para el buen uso educativo de las TIC*. Junta d'Extremadura. Consejería de Educación y Empleo.

Roldán, G. J. (2016). La educación musical de las personas mayores en la Universidad de Granada y la alfabetización digital. *Revista de Ciencias Humanas y Sociales*, *32* (12) 460-475.

S. A. (s/d). *Creu Roja formará a personas mayores en uso de las TIC*. Esdiari.com https://www.esdiari.com/creu-roja-formara-a-personas-mayores-en-uso-de-las-tic/

Varela, J. (2015). *La brecha digital en España. Estudio sobre la desigualdad postergada*. Comisión Ejecutiva de UGT.

Autor

TOMÀS BURGUERA CREMADES

Alumne del darrer curs del grau d'Educació Social a la Universitat de les Illes Balears (UIB).

ENVELLIMENT ACTIU I DISCAPACITAT INTEL·LECTUAL: BONES PRÀCTIQUES AMB APPS

Envelliment actiu i discapacitat intel·lectual: bones pràctiques amb apps

Vicenç Ferretjans Moranta
Lorena Cuenca Pons
Laura V. Pérez Roininen
Adoración Luzón Perona

Resum

En les darreres dècades l'esperança de vida de les persones s'ha anat allargant de manera considerable en la població general i en el col·lectiu de persones amb discapacitat intel·lectual (DI). L'organització Mater Misericordiae, que atén l'esmentat col·lectiu de manera integral, ha estat conscient des d'un principi d'aquesta nova realitat i del repte que això suposava, per la qual cosa ha realitzat al llarg d'aquests anys diverses accions adreçades a aquestes persones en procés d'envelliment. Aquestes accions varen culminar l'any 2019 en la concepció d'un programa transversal d'envelliment, en el qual a partir de la implicació de tots els actors involucrats: persones ateses, familiars i professionals, es donàs resposta a les necessitats detectades, el programa Envellint Junts.

Malauradament, la irrupció de la pandèmia i les consegüents restriccions i mesures sanitàries han provocat que la majoria de les accions planejades s'hagin vist alterades d'una o altra manera. Una d'aquestes accions era la implementació per primera vegada d'un programa d'estimulació cognitiva mitjançant la utilització de noves tecnologies. En aquest article presentam les línies generals del programa Envellint Junts i de manera particular el procés d'adaptació del programa d'estimulació cognitiva mitjançant les noves tecnologies, així com els resultats obtinguts d'aquesta experiència, que, si bé no eren els esperats en un principi, sí que ens indiquen les grans possibilitats existents en el camp de l'estimulació cognitiva a persones amb DI en procés d'envelliment i la utilització de noves tecnologies.

Resumen

En las últimas décadas la esperanza de vida de las personas se ha ido alargando de manera considerable en la población general y en el colectivo de personas con discapacidad intelectual (DI). La organización Mater Misericordiae, que atiende al citado colectivo de manera integral, ha sido consciente desde un principio de esta nueva realidad y del reto que ello suponía, realizando a lo largo de estos años diversas acciones dirigidas a estas personas en proceso de envejecimiento. Estas acciones culminaron en el año 2019 con la concepción de un programa transversal de envejecimiento, en el que a partir de la implicación de todos los actores involucrados: personas atendidas, familiares y profesionales, se diera respuesta a las necesidades detectadas, el programa Envellint Junts.

Desgraciadamente, la irrupción de la pandemia y las consiguientes restricciones y medidas sanitarias han provocado que la mayoría de las acciones planeadas se hayan visto alteradas de una u otra forma. Una de estas acciones era la implementación por primera vez de un programa de estimulación cognitiva mediante la utilización de las nuevas tecnologías. En el presente artículo presentamos las líneas generales del programa

Envellint Junts y de manera particular el proceso de adaptación del programa de estimulación cognitiva mediante las nuevas tecnologías, así como los resultados obtenidos en esta experiencia que, si bien no eran los esperados en un principio, sí que nos indican las grandes posibilidades existentes en el campo de la estimulación cognitiva en personas con DI en proceso de envejecimiento y la utilización de nuevas tecnologías.

1. Introducció

Com a procés global, l'envelliment demogràfic no és nou. Sense entrar en el debat sobre a quina edat una persona pot ser considerada gran, en les darreres dècades l'esperança de vida de les persones s'ha anat allargant de manera considerable. Aquesta circumstància, que ha de ser conceptualitzada com un assoliment de l'ésser humà, ha significat també l'aparició de noves situacions.

Així, una d'aquestes noves situacions ha estat, tal com ha passat en la població general, l'augment molt significatiu de l'esperança de vida de les persones amb discapacitat intel·lectual (DI), que ha ocasionat que s'arribàs a consolidar un grup de persones molt nombrós als serveis encarregats d'atendre aquest segment de la població. Aquest fet ha configurat nous aprenentatges i reptes per a aquests serveis.

L'organització Mater Misericordiae, que atén de manera integral les persones amb discapacitat intel·lectual, des del naixement i durant la seva trajectòria vital, ha estat conscient des d'un principi d'aquesta nova realitat. Així, l'any 2011 (Ferretjans et al., 2016), ja va iniciar un programa al Centre de Dia d'aquesta organització dirigit a les persones en procés d'envelliment.

Aleshores, el Centre de Dia era el servei amb més persones en procés d'envelliment (45 o més anys en aquell moment, si bé en l'actualitat i en segons quines síndromes s'accepta que el procés s'inicia al voltant dels 35 anys). L'esmentat programa pretenia, a partir de la tasca realitzada en tres eixos: activitat física i psicomotriu, control de la salut, i estimulació cognitiva, procurar un envelliment saludable i actiu als usuaris del centre que tenien 45 anys o més.

La consecució del programa durant els següents anys i l'augment de la població en procés d'envelliment a la resta de serveis de l'organització, en especial al Centre Ocupacional, varen dur a plantejar-nos noves qüestions. Així, vàrem ser conscients que no tan sols envellien les persones a les quals ateníem a l'organització, sinó que també era un procés que afectava de manera majoritària els seus familiars (pares, mares i germans) i, d'aquesta manera, vàrem decidir indagar en aquest procés.

L'any 2018 férem una aproximació a la realitat de les persones amb discapacitat intel·lectual a l'organització Mater Misericordiae i a la dels seus cuidadors en procés d'envelliment (Ferretjans et al., 2018). En aquest estudi no només volíem descobrir quin era l'abast d'aquesta situació, sinó també analitzar quins eren els tipus de suport requerits per atendre les seves demandes i, per tant, continuar construint sobre el procés de millora de la qualitat de vida d'aquestes persones.

A partir de les aproximacions realitzades anteriorment i, molt en especial, de la constatació que una de cada tres famílies ateses als serveis del Centre de Dia (CD) i el Centre Ocupacional (CO) de l'organització Mater Misericordiae es trobava en procés d'envelliment (Ferretjans et al., 2018) i demanava uns suports sobre aquesta qüestió, va sorgir una reflexió sobre la necessitat d'anar una passa més enllà i crear un programa que fos global, transversal i servís per a totes les persones a les quals donam suport, més enllà de la seva pertinença a un o altre servei de l'organització.

De manera que entre setembre de 2019 i gener de 2020, després de les reunions efectuades entre els equips tècnics dels serveis diürns d'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual de l'organització, i per donar resposta a les necessitats detectades, a partir de les tasques i estudis realitzats anteriorment, naixia el programa Envellint Junts.

1.1. Envellint Junts

L'objectiu del programa Envellint Junts és afavorir un procés d'envelliment saludable de les persones amb discapacitat intel·lectual, així com del seus familiars, mitjançant un sistema preventiu. Això implica una feina en xarxa mitjançant un pla de formació que permeti l'abordatge d'un estil de vida saludable i, al mateix temps, impulsant activitats socials, de salut i cognitives d'acord amb uns principis d'individualització, suport, normalització i globalització.

Aquest objectiu general s'ha dividit en tres objectius específics:

- Detectar de manera primerenca situacions de vulnerabilitat i risc en el col·lectiu de persones grans amb discapacitat i les seves famílies.
- Desenvolupar actuacions proactives orientades a la prevenció del deteriorament físic, cognitiu i l'aïllament social.
- Desenvolupar intervencions quan es donen situacions de deteriorament psicosocial i de salut.

Tot i que en l'actualitat s'accepten els 35 anys com l'inici del procés d'envelliment en persones amb DI, el programa s'adreça a persones ateses als serveis diürns i residencials

més grans de 45 anys i a familiars de persones amb DI. En concret, l'any 2020 s'havien detectat als serveis diürns de l'organització un total de 96 persones grans que complien aquest requisit.

Davant aquest nombre tan elevat de persones i la impossibilitat d'atendre les necessitats de totes elles, ens vàrem plantejar tres nivells d'intervenció:

- Un primer nivell d'atenció per a persones del Centre Ocupacional que, tot i tenir més de 45 anys, no presentaven cap signe de deteriorament i continuaven fent una vida normalitzada. Aquests usuaris varen ser objecte de control, observació i seguiment.
- Un segon nivell d'atenció per a les persones del Centre Ocupacional més grans de 55 anys i els usuaris del Centre de Dia de més de 45 anys.
- I un darrer nivell, d'intervenció familiar, aplicat a tots els familiars dels usuaris que es beneficien de la intervenció anteriorment indicada des del punt de vista preventiu.

Així, finalment, la població directa (persones usuàries dels serveis de l'organització) i indirecta (familiars d'aquestes persones), susceptible de ser beneficiària del programa, sumava un total de 96 i 192 persones respectivament.

Entre les accions destinades a complir amb els objectius esmentats anteriorment, es varen programar les actuacions següents:

- Valoració de factors de rics psicosocials a les famílies.
- Tallers vinculats a la gestió d'hàbits saludables (en concret tallers centrats en la gestió emocional): «La caixa de la meva vida» i «El meu moment vital».
- Accions formatives i d'informació, orientació i assessorament individualitzat a les famílies sobre l'envelliment actiu i saludable.
- Intervencions de suport social a les famílies.
- Valoració de la qualitat de vida a persones amb discapacitat intel·lectual en procés d'envelliment.
- Valoració de simptomatologia indicadora de demència en població en envelliment i discapacitat intel·lectual.
- Valoració de la necessitat de suport de la població objectiu del programa.
- Valoració dels riscs de caiguda en la població amb major necessitat de suport.
- Activitats de fisioteràpia per a la població objectiu.

- Control d'indicadors bàsics de salut.
- Implementació d'un programa d'estimulació cognitiva amb noves tecnologies per a persones amb menys necessitats de suport.
- Creació i implementació d'un programa d'estimulació cognitiva per a persones amb més necessitat de suport.
- Creació d'un protocol d'avaluació per a usuaris amb indicis de deteriorament cognitiu o simptomatologia de demència.

La majoria de les accions descrites anteriorment es varen programar per ser iniciades durant l'any 2020, en concret es va establir l'inici al gener de 2020, amb una continuïtat d'accions que arribaven fins a desembre de 2021.

És evident que amb la irrupció de la pandèmia pel virus COVID-19 i les mesures sanitàries decretades per les autoritats durant el mes de març de 2020, i en especial les referides a un col·lectiu tan vulnerable i sensible com el de les persones amb discapacitat intel·lectual, amb el conseqüent tancament de serveis durant l'any 2020, el teletreball i les mesures sanitàries de distanciament, s'han modificat substancialment les accions i la temporalitat del programa Envellint Junts.

Tot i aquest entrebanc, la majoria de les accions han pogut ser dutes a terme, si bé de manera telemàtica la majoria i amb una minva de persones objectiu a les quals volíem arribar.

De fet, la gran quantitat d'accions realitzades ha proporcionat un gran nombre de dades sobre l'adequació del programa, un fet que en aquests moments no hem pogut analitzar, però del qual esperam extreure més informació a mesura que siguin avaluades. Tot i això, sí que volem oferir les dades, la informació i les conclusions d'una d'aquestes accions del programa Envellint Junts, en concret: la implementació d'un programa d'estimulació cognitiva amb noves tecnologies per a persones amb menys necessitats de suport.

2. Aplicació d'una app d'estimulació cognitiva a persones amb DI en procés d'envelliment

Entre les accions enunciades anteriorment s'enumerava la implementació d'un programa d'estimulació cognitiva amb noves tecnologies per a persones amb menys necessitats de suport, aquesta acció partia de l'aprenentatge realitzat en anteriors experiències (Ferretjans et al., 2016) i pretenia adequar-se a les necessitats i habilitats del nou grup de persones en procés d'envelliment del Centre Ocupacional.

En aquest cas, el nostre punt de partida era que els exercicis d'estimulació cognitiva resultarien més atractius i funcionals amb la utilització de noves tecnologies per a la població que, a priori, pogués utilitzar una eina com les tauletes a causa de les seves afeccions i possibilitats.

Sobre l'aplicació a utilitzar, un membre de l'equip es va dedicar a l'estudi i la valoració de les existents al món de les noves tecnologies respecte a l'estimulació cognitiva, intentant combinar les possibilitats de les persones a les quals anava destinada i les facilitats que es podrien obtenir per part de l'empresa creadora de l'app. El resultat d'aquest procés va ser la utilització de l'aplicació Stimulus, de l'empresa de software DELSOL, una plataforma d'estimulació cognitiva que permet la intervenció de manera individualitzada amb la utilització de les noves tecnologies.

La tria es va fonamentar tant en els continguts de l'app com en la possibilitat d'individualitzar les necessitats de la persona (permetia gestionar i variar els materials de la intervenció), la possibilitat de donar retroalimentació immediata sobre l'execució, la utilització d'estímuls atractius i motivadors, el baix cost d'implementar aquest tipus d'entrenament i la possibilitat de fer-ne un seguiment a distància; una raó que, a causa de la pandèmia i de les restriccions resultants d'aquesta, va ser fonamental. També aquí cal fer ressaltar la col·laboració obtinguda en tot moment de part de l'equip de software DELSOL que, des d'un principi, es va comprometre amb la iniciativa, facilitant, desenvolupant i realitzant totes aquelles adaptacions que els vàrem plantejar.

Bàsicament, l'app Stimulus inclou activitats per realitzar a partir de les noves tecnologies, classificades en 10 àrees funcionals (atenció, percepció, memòria de treball, memòria a llarg termini, càlcul, raonament, funcions executives, funcions visiomotores, llenguatge i velocitat).

2.1. Adequant Stimulus

La dinàmica de Stimulus pot parèixer lògica i clara per a la majoria de les persones, però davant nosaltres teníem el repte d'intentar adequar una eina com aquesta a les capacitats i necessitats d'un col·lectiu que fins aleshores no havia fet ús sistemàtic de cap aplicació d'estimulació cognitiva com a eina. Com abans s'ha mencionat, Stimulus parteix d'una sèrie d'exercicis classificats en 10 àrees funcionals. Aquests exercicis consten de 10 nivells de dificultat i els genera l'app de manera aleatòria, amb opció a definir-ne el temps d'execució.

Un dels avantatges d'aquesta eina és que permet seleccionar les àrees de treball o fins i tot els exercicis específics i el nivell de dificultat associat a cada funció o exercici, permetent adaptar l'entrenament a les dificultats de cadascun dels usuaris. A més, l'eina

ofereix un nivell «adaptatiu» (auto) que selecciona de manera intel·ligent el nivell adequat per a l'usuari en funció dels resultats obtinguts.

Una altra de les característiques és la gran quantitat d'informació recopilada durant l'execució: encerts, errors, omissions, temps de reacció i temps de sessió, així com la seva representació gràfica. En aquest sentit, ens va interessar especialment l'anomenada «Puntuació Stimulus». Un indicador utilitzat per aquest software que permet observar l'evolució de l'execució d'un determinat exercici o àrea cognitiva. Aquesta mesura mètrica es basa en dues informacions objectives: per un costat, el resultat (obtingut a partir dels encerts, errors i omissions, expressats en %), i per l'altre, el nivell de dificultat.

Aquestes facilitats ens varen permetre veure les possibilitats de l'eina i la manera d'adequar-la als nostres interessos. Així, es va iniciar un període d'uns quatre mesos, coincidint en gran part amb el confinament domiciliari i el tancament dels serveis presencials de l'organització, en el qual els usuaris del Centre Ocupacional i el Centre de Dia que, a més, eren beneficiaris dels serveis d'habitatge i/o residència, pogueren practicar en el nivell auto amb Stimulus.

Aquesta pràctica era totalment lliure per part dels usuaris, en totes les àrees existents a l'aplicació i amb el nivell auto, que així permetia seleccionar de manera intel·ligent el nivell adequat per a cada usuari en funció dels seus resultats. Durant aquest període, tampoc no es va obligar a un temps pautat d'utilització de l'eina o de seguiment de la utilització, però sí a una supervisió per part de l'equip.

L'objectiu d'aquesta pràctica era, a partir de totes les dades proporcionades per la mateixa aplicació, veure quins usuaris, en especial del Centre de Dia, eren més susceptibles de beneficiar-se de la pràctica de l'estimulació cognitiva amb mitjans de noves tecnologies i al mateix temps observar les dificultats inherents a aquesta activitat: dificultat dels exercicis, de l'aplicació, dels mateixos usuaris, de les àrees de l'aplicació, quines eren factibles o no en la seva utilització, etc.

Una vegada passat aquest temps de prova i una vegada que es va analitzar com havia anat la pràctica «lliure», quines dificultats trobaven els usuaris, quina finalitat volíem donar a la introducció de l'estimulació cognitiva amb les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC), i com hauríem de procedir, l'equip va demanar als desenvolupadors de l'app si era possible, a partir de les dades i l'experiència, desenvolupar una prova dins la mateixa aplicació que funcionàs com un test de rendiment.

La idea era mesurar inicialment l'estat dels usuaris que havien d'utilitzar l'aplicació amb aquesta prova, sistematitzar-ne la utilització i, posteriorment, tornar a mesurar

el seu estat, mitjançant aquesta prova. Així és que va néixer l'anomenat «Test base». Aquest consisteix en una sèrie de tasques, en concret 10, d'un nivell més o menys iniciàtic i en unes àrees determinades que l'equip va considerar, després de totes les dades analitzades durant els tres mesos anteriors de pràctica lliure, que podrien dotar, mitjançant la puntuació Stimulus i de resultat d'execució, d'una base amb referència el nivell d'estimulació cognitiva al principi del procés.

Quant a les àrees, tasques i nivell d'aquestes del «Test base», es presenten en la taula següent:

Taula 1 | *Test base Stimulus*

Àrea	Tasca	Nivell	Suport
Percepció	Localitzar triangles	1	
Raonament	Element discordant	1	
Velocitat	Detectar objectes durant la conducció	1	
Funció executiva	Identificar l'intrús	1	
Velocitat	Trobar la còpia	2	
Atenció	Determinar si l'objecte es va mostrar anteriorment	2	
Llenguatge	Decidir si pertany a una categoria	2	Sí (usuaris que no saben llegir)
Raonament	Assenyalar els objectes repetits d'una sèrie	2	
Atenció	Reconèixer colors	3	
Atenció	Reconèixer figures geomètriques	4	

Font: Elaboració pròpia

2.2. Població objectiu

Pel que fa a les persones que hi participarien, es va establir que aquestes havien de ser persones del grup del Centre Ocupacional més grans de 55 anys i/o usuaris del Centre de Dia més grans de 45 anys.

Amb aquests paràmetres, el resultat de la població d'usuaris dels serveis diürns de l'entitat Mater Misericordiae que varen participar en l'activitat va ser de 25 persones. D'aquestes, 2 han estat homes (8%) i 23 han estat dones (92%). Les edats anaven dels 50 anys del participant més jove als 72 del més gran, sent l'edat mitjana de la mostra els 58,96 anys. Feim notar que s'hi varen afegir 3 persones del Centre Ocupacional que tenien menys de 55 anys i que, per tant, en principi no formaven part de la po-

blació objectiu de l'activitat, si bé altres característiques com facilitat per realitzar les activitats de manera controlada, afectacions o possibilitat de benefici varen ser tingudes en compte per a la seva inclusió en la mostra. Val a dir que les tres places no s'havien cobert per la inexistència de candidats amb l'edat establerta en el cas del Centre Ocupacional i amb possibilitats de treballar amb la tauleta en el cas del Centre de Dia.

Respecte de la seva procedència, el 88% dels participants formen part del Servei Ocupacional, tant a la seva seu a Palma com a la seu de Sineu, i tan sols el 12% restant, tres persones, són usuaris del Centre de Dia.

Com a diagnòstic principal, la totalitat de les persones compleixen, com no podia ser d'altra manera, el criteri per discapacitat intel·lectual, segons el DSM-V (APA, 2013). Així, a la mostra hi ha un 24% de persones amb diagnòstic de discapacitat intel·lectual lleu, 6 persones; un 8%, és a dir, 2 persones amb DI greu, i un 68% de persones, 17, amb el diagnòstic de discapacitat intel·lectual moderada. És interessant afegir-hi que el 40% de les persones tenen associat un diagnòstic de trastorn mental (patologia dual), un 20% restant una discapacitat física i l'altre 40% no té reconegut cap diagnòstic associat més.

L'avaluació de les necessitats de suport d'aquestes persones es va avaluar mitjançant el «Qüestionari per a l'avaluació de la discapacitat 2.0, WHODAS» (Organització Mundial de la Salut, 2015). Aquesta escala ens permet mesurar el nivell de suport que necessiten les persones. En aquest cas, els resultats són molt heterogenis, ja que tots els nivells de suport es troben representats quasi de manera igualitària: 20% de suport intermitent, 24% de suport extens i 28% de suport limitat i generalitzat, respectivament.

Quant a la qualitat de vida dels participants, aquesta va ser avaluada amb l'escala d'avaluació de la qualitat de vida en persones grans i amb discapacitat, FUMAT (Verdugo, M. A. et al., 2009). En aquest cas, podem extreure que la mitjana de la mostra amb referència a la qualitat de vida se situa en un percentil de 58,7 quant a les persones amb DI, oscil·lant els valors entre un preocupant percentil de 14 i un de 88. En tot cas, cal ressenyar que un 28% de la mostra puntua per davall del percentil 50 pel que fa a la seva qualitat de vida.

També es va investigar sobre la possible existència de deteriorament cognitiu en els participants. Aquest possible deteriorament va ser avaluat amb el «Qüestionari de demència per a persones amb discapacitat intel·lectual», DMR (Evenhuis, H. M., 1992), els resultats del qual varen ser que un 24% de les persones (6) presentaven simptomatologia de deteriorament. Coincidint amb les característiques demogràfiques de la mostra, el 83,3%, és a dir, totes les persones amb aquests símptomes menys una, són dones.

Taula 2 | *Participants i principals característiques*

Subjecte	Servei	Edat	Sexe	Discapacitat intel·lectual	WHODAS	FUMAT (percentil)	DMR (Deteriorament)
SUBJECTE 1	CO Palma	53	D	DI moderada	Suport intermitent	76	NO
SUBJECTE 2 *	CO Sineu	59	H	DI lleugera	Suport limitat	48	**SÍ**
SUBJECTE 3	CO Palma	52	D	DI moderada	Suport limitat	82	NO
SUBJECTE 4	CO Palma	62	D	DI moderada	Suport generalitzat	34	NO
SUBJECTE 5 *	CO Palma	72	D	DI lleugera	Suport limitat	70	**SÍ**
SUBJECTE 6	CO Palma	57	D	DI lleugera	Suport limitat	88	NO
SUBJECTE 7	CO Palma	53	D	DI greu	Suport generalitzat	34	NO
SUBJECTE 8	CD	66	H	DI greu	Suport extens	14	NO
SUBJECTE 9	CO Palma	56	D	DI lleugera	Suport limitat	83	NO
SUBJECTE 10	CD	51	D	DI greu	Suport generalitzat	70	NO
SUBJECTE 11	CO Palma	59	D	DI moderada	Suport extens	54	NO
SUBJECTE 12	CO Palma	59	D	DI moderada	Suport generalitzat	68	NO
SUBJECTE 13	CO Palma	70	D	DI lleugera	Suport generalitzat	50	NO
SUBJECTE 14 *	CO Palma	57	D	DI lleugera	Suport generalitzat	60	**SÍ**
SUBJECTE 15 *	CD	50	D	DI moderada	Suport extens	44	**SÍ**
SUBJECTE 16 *	CO Palma	61	D	DI moderada	Suport intermitent	58	**SÍ**
SUBJECTE 17	CO Palma	60	D	DI lleugera	Suport generalitzat	50	NO
SUBJECTE 18 *	CO Palma	60	D	DI moderada	Suport extens	37	**SÍ**
SUBJECTE 19	CO Palma	63	D	DI moderada	Suport limitat	50	NO
SUBJECTE 20	CO Palma	64	D	DI moderada	Suport intermitent	65	NO
SUBJECTE 21	CO Sineu	57	D	DI greu	Suport extens	32	NO
SUBJECTE 22	CO Palma	55	D	DI moderada	Suport limitat	84	NO
SUBJECTE 23	CO Palma	62	D	DI moderada	Suport intermitent	84	NO
SUBJECTE 24	CO Palma	60	D	DI moderada	Suport extens	52	NO
SUBJECTE 25	CO Palma	56	D	DI moderada	Suport intermitent	82	NO

** Usuaris que presenten simptomatologia de deteriorament cognitiu segons el DMR*

Font: Elaboració pròpia

2.3. Procediment

Una vegada establerta la mostra de persones que realitzarien els exercicis d'estimulació cognitiva amb l'app Stimulus, es va decidir sobre el contingut a treballar amb l'aplicació. L'eina ens proporcionava 10 àrees funcionals per treballar: atenció, percepció, memòria de treball, memòria a llarg termini, càlcul, raonament, funcions executives, funcions visiomotores, llenguatge i velocitat. Però, amb l'experiència prèvia, havíem pogut observar que molts dels exercicis i tasques associats a aquestes àrees resultaven problemàtics en execució i comprensió per a la majoria dels nostres usuaris i, per tant, incloure en la pràctica totes les àrees i activitats seria clarament inoperatiu. Per aquest motiu, a partir de les dades recopilades amb antelació i de l'experiència en estimulació cognitiva en persones amb DI (Ferretjans et al., 2016), l'equip va decidir només fer feina en les àrees següents: atenció, funcions executives i memòria a curt termini.

Amb la mostra de persones definida, els 25 subjectes presentats anteriorment, el test base ja elaborat i les àrees de feina triades, el pas següent va ser iniciar l'activitat controlada. Així, el mes d'octubre de 2020 tots els integrants de la mostra varen realitzar el test base.

El test es realitzava amb la supervisió d'un membre de l'equip. La seva execució era en dos dies separats per un dia de descans i sempre, si era possible, al matí. La raó per fer-ho en dos dies separats era familiaritzar les persones amb la tasca el primer dia i recollir-ne el segon dia els resultats, que gràcies al primer dia no estaven influenciats per la necessitat d'aprenentatge.

Posteriorment, les instruccions varen ser les següents:

- Realitzar la pràctica amb l'app dues vegades per setmana en dies alterns.
- Preferiblement realitzar la pràctica als matins.

Es va programar l'entrenament de les persones en l'app de manera que només poguessin fer feina amb exercicis de les tres àrees establertes: atenció, funció executiva i memòria. Encara que el nivell corresponent a la dificultat dels exercicis es va automatitzar mitjançant la mateixa app, no va existir límit d'exercicis, però sí de temps d'execució de la sessió, 15 minuts.

Sis mesos després, l'abril de 2021 es va tornar a realitzar el test base als subjectes de la mostra. Aquesta vegada es va realitzar en una sola sessió, ja que enteníem que després dels sis mesos de pràctica no era necessària una sessió per familiaritzar-s'hi.

2.4. Resultats

En relació amb els resultats, aquests varen ser recollits en dos paràmetres respecte als subjectes. Un, la ja definida puntuació Stimulus, en aquest cas representada per la mitjana de puntuacions Stimulus aconseguida als exercicis del test, i l'altre resultat, la mitjana d'assoliment d'exercicis aconseguida pel subjecte en la realització d'aquests.

Per tant, tots els subjectes varen obtenir en el test base i el retest dos resultats numèrics, i la comparativa havia de proporcionar-nos una visió del que havia passat durant aquests mesos de pràctica amb l'aplicació.

Així, el primer que observam és que dels 25 subjectes de la població objectiu, 5 (20%) no varen completar els dos tests i, per tant, va ser impossible determinar quin havia estat l'efecte de l'aplicació durant aquest temps.

Dels restants 20 subjectes, 7 subjectes, és a dir, el 35%, varen augmentar els seus resultats tant en puntuació Stimulus com en resultat després dels 6 mesos d'exercicis. Dues persones varen obtenir resultats ambigus, ja que per una banda apujaren un valor, mentre que l'altre disminuïa i de manera sorprenent per a nosaltres i també no esperada, el 55% de les persones restants (11) varen disminuir el seu rendiment transcorreguts 6 mesos.

Pel que fa als subjectes perduts, hem de tenir en compte que les condicions en les quals s'ha desenvolupat l'acció, restriccions sanitàries, processos a distància i controlats de manera telemàtica, han penalitzat el seguiment exhaustiu de tota l'activitat, la qual cosa s'ha reflectit en aquesta pèrdua de subjectes.

No volem deixar d'assenyalar els resultats obtinguts pels subjectes que havien estat assenyalats, per l'escala DMR, amb simptomatologia de deteriorament. En aquest cas, 6 subjectes. Després de deixar-ne de banda un per no obtenir-ne dades suficients, hem de fer ressaltar que el 80% (4 subjectes) obtenen uns resultats d'augment de rendiment en els exercicis d'estimulació cognitiva molt significatives i evidents.

Els resultats obtinguts es presenten a la taula següent:

Taula 3 | *Resultats Stimulus*

			Test 1 (10/2020)		Test 2 (04/2021)		Diferència	
Subjecte	Edat	Sexe	Resultat	P. Stimulus	Resultat	P. Stimulus	Resultat	P. Stimulus
SUBJECTE 1	53	D	97,90	19,41	97,20	19,49	-0,70	0,09
SUBJECTE 2 *	59	H	52,70	11,73	100	19,73	47,30	8,00

continua

			Test 1 (10/2020)		Test 2 (04/2021)		Diferència	
Subjecte	Edat	Sexe	Resultat	P. Stimulus	Resultat	P. Stimulus	Resultat	P. Stimulus
SUBJECTE 3	52	D	98,90	19,63				
SUBJECTE 4	62	D	43,80	11,44				
SUBJECTE 5 *	72	D	71,60	16,29				
SUBJECTE 6	57	D	83,40	17,90	71,90	16,21	-11,50	-1,69
SUBJECTE 7	53	D	67,00	15,81	70,00	15,18	3,00	-0,63
SUBJECTE 8	66	H	69,30	15,01				
SUBJECTE 9	56	D	83,20	17,91	88,60	18,37	5,40	0,46
SUBJECTE 10	51	D	93,20	18,98	88,10	18,31	-5,10	-0,67
SUBJECTE 11	59	D	70,30	16,35	68,60	15,49	-1,70	-0,86
SUBJECTE 12	59	D	74,60	16,57	59,10	13,91	-15,50	-2,67
SUBJECTE 13	70	D	94,30	19,08	85,50	18,07	-8,80	-1,01
SUBJECTE 14 *	57	D	71,70	15,38	82,90	17,97	11,20	2,59
SUBJECTE 15 *	50	D	79,30	17,33	76,70	15,71	-2,60	-1,62
SUBJECTE 16 *	61	D	55,80	13,72	77,20	17,40	21,40	3,42
SUBJECTE 17	60	D	77,20	16,34	67,80	15,86	-9,40	-0,48
SUBJECTE 18 *	60	D	74,10	16,51	94,10	19,14	20,00	2,63
SUBJECTE 19	63	D			92,70	19,08		
SUBJECTE 20	64	D	69,40	16,34	72,40	16,51	3,00	0,17
SUBJECTE 21	57	D	52,90	12,66	91,90	18,84	39,00	6,18
SUBJECTE 22	55	D	92,50	18,93	83,60	17,93	-8,90	-1,00
SUBJECTE 23	62	D	90,50	18,74	61,40	14,69	-29,10	-4,05
SUBJECTE 24	60	D	69,00	16,06	61,50	15,14	-7,50	-0,92
SUBJECTE 25	56	D	96,40	19,41	95,50	19,29	-0,90	-0,11

* Usuaris que presenten simptomatologia de deteriorament cognitiu segons el DMR

Font: Elaboració pròpia

3. Conclusions

L'any 2020 es plantejava com a primordial en el camí iniciat per l'organització Mater Misericordiae respecte a les persones amb DI en procés d'envelliment. D'aquí, l'ambiciós programa Envellint Junts, un programa que per primera vegada volia incloure tots els actors que conformen l'organització en el tema de l'envelliment. Malauradament, la irrupció de la pandèmia per coronavirus i les conseqüents mesures sanitàries han tengut un impacte en totes les accions programades; unes no s'han pogut realitzar, d'altres han variat l'abast o simplement han sofert diverses modificacions, totes relacionades amb l'actual realitat.

Una de les accions era i continua sent la implementació d'un programa d'estimulació cognitiva amb noves tecnologies, acció que hem presentat i de la qual podem extreure les conclusions següents:

En primer lloc, volem fer ressaltar que amb les adequacions necessàries i la bona voluntat dels desenvolupadors és possible que la població de persones amb DI en procés d'envelliment es pugui beneficiar dels mateixos recursos que la població general, incloent-hi qualsevol recurs de les noves tecnologies.

Sobre els resultats en general, és evident la sorpresa en primera instància que han representat els resultats minvats del 55% de subjectes en la utilització de l'eina, quan la hipòtesi era que la pràctica de les tasques repercutiria en un augment del rendiment. Aquests resultats creiem que mereixen ser matisats, ja que, una vegada estudiats a fons, hem pogut veure que una de les raons principals ha estat la falta de control. Aquesta falta de control s'ha evidenciat en la necessitat de formació per part del personal (la realització de les tasques va estar supeditada al personal d'atenció directa) i la manca de temps a vegades d'aquest mateix personal per realitzar la tasca. També la mateixa fortalesa del programa, l'autonomia a l'hora de realitzar-lo, ha esdevingut en el nostre cas un factor negatiu. Així, la possibilitat de realitzar pràctiques no programades (recordant que les «obligatòries» estaven limitades a 15 minuts i el programa té una opció d'accés lliure) ha provocat en la majoria de subjectes que l'aplicació s'utilitzàs no tant com a pràctica d'estimulació cognitiva, sinó com a activitat d'oci, provocant un efecte de saturació i fins i tot d'avorriment, que ha pogut influir de manera decisiva en els resultats. Tot i això darrer, totes les persones que han utilitzat l'app han manifestat de manera inequívoca la voluntat de continuar fent-hi feina.

D'altra banda, no volem deixar de remarcar els grans resultats obtinguts pel 80% de les persones que presentaven símptomes de deteriorament cognitiu i per a les quals la pràctica amb l'aplicació Stimulus ha esdevingut molt positiva, no tan sols en el seu acompliment cognitiu, sinó també en el seu benestar i qualitat de vida. Tal vegada aquesta circumstància de necessitar més suport a causa del dèficit cognitiu ha pal·liat els efectes de la manca de control del grup sense dèficit cognitiu.

En tot cas, tot i les contradiccions que hem trobat en els nostres resultats, estam convençuts de les possibilitats que tenen els programes i la utilització de les noves tecnologies en l'estimulació cognitiva de persones amb discapacitat intel·lectual en procés d'envelliment. No només això, sinó també de la necessitat de continuar realitzant accions de manera transversal, en les quals tots els actors de les organitzacions d'atenció a les persones amb discapacitat intel·lectual, persones amb DI, professionals i famílies s'hi vegin involucrades d'igual manera. De fet, l'envelliment no és un repte només per al col·lectiu de persones amb discapacitat intel·lectual, sinó un repte de tota la societat.

Agraïments

Els autors agraeixen les ajudes rebudes de la Fundació SA NOSTRA-Bankia, Fundació LA CAIXA i el Col·legi Oficial d'Infermeria de les Illes Balears (COIBA), així com de software DELSOL i els equips de Centre de Dia i Centre Ocupacional de Mater.

Referències bibliogràfiques

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Masson.

Evenhuis, H. M. (1992). Evaluation of a screening instrument for dementia in ageing mentally retarded persons. *Journal of Intellectual Disability Research*, *36*, 337–447. https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.1992.tb00532.x

Ferretjans, V., Cornide, P., Román, A., Asnani, J. L. i Rodríguez, M. Z. (2016). Prevenció d'envelliment saludable per a persones amb discapacitat intel·lectual greu i profunda. *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears*, 2016, 267-282. Universitat de les Illes Balears. https://catedradependencia.uib.cat/digitalAssets/415/415392_anuari-envelliment-2016.pdf

Ferretjans, V., Pozuelo, B., Rosselló, M. i Roldan M. D. (2018). Envellint junts: La doble dependència. *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears*, 2018, 375-389. Universitat de les Illes Balears. https://gifes.uib.cat/digitalAssets/525/525977_524313_1-auari-envelliment-2018.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS: WHODAS 2.0.* Servicio Nacional de Rehabilitación. https://apps.who.int/iris/handle/10665/170500

Verdugo, M. A., Gomez L. E. i Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores. La Escala FUMAT*. Publicaciones del INICO. https://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

Autors

VICENÇ FERRETJANS MORANTA

Palma (1968). Llicenciat en Filosofia i Lletres, secció de Psicologia, per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Expert en Atenció a la Geriatria i Gerontologia per la UIB, expert en Drets Humans i Bioètica en Clínica i Investigació per la Universitat Nacional d'Educació a Distància (UNED) i màster en Dret Sanitari i Biomedicina per aquesta mateixa universitat. Exerceix com a psicòleg a l'organització Mater Misericordiae d'ençà de l'any 2005. Actualment, és psicòleg del Centre de Dia per a persones amb discapacitat intel·lectual de l'organització esmentada. Està acreditat com a psicòleg general sanitari per la Conselleria de Sanitat del Govern de les Illes Balears i acreditat com a expert nacional en Psicologia de la Intervenció Social pel Consell General de la Psicologia d'Espanya. Ha estat membre i coordinador del Grup de Treball sobre Psicologia i Discapacitat Intel·lectual del Col·legi Oficial de Psicòlegs de les Illes Balears (COPIB). És coautor de diversos articles sobre envelliment de persones amb discapacitat intel·lectual, suport conductual positiu i conductes problemàtiques.

LORENA CUENCA PONS

València (1979). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de València. Psicòloga sanitària acreditada per la Conselleria de Sanitat de la Comunitat Valenciana. Màster en Developmental Behavioural Modelling (DBM): intervenció psicològica des del desenvolupament personal al treball amb el client, per la Fundació Universitat i Empresa de València (ADEIT). Diploma en hipnosi eriksoniana. Participació com a consultora en el desenvolupament d'intervencions individuals i grupals basades en la psicologia positiva per a la millora de la motivació, el compromís i *engagement* en programes específics per a la formació i inserció laboral de col·lectius vulnerables. Amb experiència des de 2006 en salut mental i discapacitat intel·lectual, el 2018 es va traslladar a Mallorca, i va començar a treballar a l'organització Mater Misericordiae. Actualment, exerceix com a psicòloga del Centre Ocupacional Palma i forma part de l'equip guia dels programes d'envelliment actiu de l'entitat. Col·labora en la plataforma App Stimulus per al treball de l'estimulació cognitiva de persones grans i, juntament amb la Universitat Complutense de Madrid, en el projecte de recerca de CAPALIST, a fi de validar la utilització de l'eina en la testificació judicial de persones amb discapacitat intel·lectual.

LAURA V. PÉREZ ROININEN

Palma (1989). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears el 2011. Graduada en Psicologia per la Universitat Nacional d'Educació a Distància el 2020. Des de 2017, fa feina a l'organització Mater Misericordiae atenent persones amb discapacitat intel·lectual, en concret vinculada als diversos projectes de formació dual per a col·lectius vulnerables. Actualment, fa feina com a psicòloga al Centre Ocupacional Palma de la mateixa entitat oferint atenció especialitzada a persones amb discapacitat intel·lectual que presenten un grau de dependència major i necessitats de suport generalitzades. En relació amb el grup de persones de més edat, dirigeix les seves actuacions cap a un envelliment actiu, promocionant la seva autonomia i atenuant el deterioramen cognitiu mitjançant programes específics.

ADORACION LUZÓN PERONA

Palma (1975). Llicenciada en Pedagogia, especialitat Pedagogia Terapèutica. Al llarg de l'any 2020, ha realitzat tasques com a pedagoga al servei del Centre de Dia de Mater Misericordiae. Una gran part de la seva tasca s'ha dut a terme en el desenvolupament i adequació d'eines i recursos tant des del punt de vista telemàtic com d'activitats manipulatives o tallers relacionats amb el programa Envellint Junts.

PREFERÈNCIES I RETICÈNCIES DE LA GENT GRAN SOBRE ELS ROBOTS DE CURA

Preferències i reticències de la gent gran sobre els robots de cura

Xavier Ponseti Forteza
Núria Vallès Peris
Miquel Domènech Argemí

Resum

És ben sabut que la població d'edat avançada del món augmenta, i els robots de cura s'han proposat com a possible ajuda per a les necessitats cognitives, físiques, mèdiques i psicosocials de les persones grans.

Pocs estudis han considerat les veus de la gent gran en el desenvolupament robòtic. Aquest article és una visió general de les preferències, opinions, temors i actituds de les persones grans sobre els robots de cura. Hem utilitzat un enfocament qualitatiu utilitzant grups focals i van participar-hi un total de 32 persones grans. Els resultats indiquen que els participants tenen una bona predisposició per utilitzar robots de cura i detecten usos potencials en tasques específiques. Els participants suggereixen que el desenvolupament robòtic ha de tenir una perspectiva multidisciplinària i que les consideracions ètiques són rellevants per tal de prevenir futurs no desitjats.

Resumen

Es bien sabido que la población de edad avanzada del mundo está aumentando, y los robots de cuidado se han propuesto como posible ayuda para las necesidades cognitivas, físicas, médicas y psicosociales de las personas mayores.

Pocos estudios han considerado las voces de las personas mayores en el desarrollo robótico. Este artículo es una visión general de las preferencias, opiniones, temores y actitudes de las personas mayores sobre los robots de cuidado. Hemos utilizado un enfoque cualitativo utilizando grupos focales y participaron un total de 32 personas mayores. Los resultados indican que los participantes tienen una buena predisposición para utilizar robots de cuidado y detectan usos potenciales en tareas específicas. Los participantes sugieren que el desarrollo robótico debe tener una perspectiva multidisciplinar y que las consideraciones éticas son relevantes para prevenir futuros no deseados.

1. Introducció

L'atenció a la gent gran representa un futur desafiament global a causa de la tendència de la societat a una població cada vegada més envellida. Es preveu que l'any 2050 la població mundial de 65 anys o més serà més del doble en comparació a la de 2019 (Nacions Unides, 2019). La creixent despesa pública en salut i la manca de professionals sanitaris dificulten la satisfacció de les necessitats d'atenció d'aquesta població (Comissió Europea, 2018; Van Wynsberghe, 2013).

Els robots de cura s'han proposat com un sistema per ajudar les persones grans en les seves necessitats cognitives, físiques, mèdiques i psicosocials (Ienca et al., 2016). Un robot de cura es pot definir de diverses maneres, en funció del context, de l'usuari i de la tasca, però bàsicament es refereix a qualsevol robot utilitzat en la pràctica assistencial, per part del cuidador o del receptor, per satisfer les necessitats de cura (Hosseini i Goher, 2017; Van Wynsberghe, 2013).

Per exemple, els robots d'assistència social (SAR) com ara Paro (un robot en forma de foca), NAO (un robot humanoide) i AIBO (un robot semblant a un gos) proporcionen companyia i una àmplia gamma de suport psicosocial (Ienca et al., 2016; Pollack et al., 2002; Sorell i Draper, 2014; Vandemeulebroucke et al., 2018). Els robots de servei com Pearl i Care-O-Bot 4 (robots humanoides) s'utilitzen en entorns domèstics i poden ajudar d'una manera activa les persones mitjançant múltiples funcions com guiar sobre l'entorn, recordar la rutina diària com prendre medicaments, la interacció social i les telecomunicacions (Ienca et al., 2016; Pollack et al., 2002; Sorell i Draper, 2014; Vandemeulebroucke et al., 2018). Un altre robot és el HAL, de tipus cíborg, de la companyia Cyberdyne, és un exoesquelet operat per la persona directament que pot ajudar al moviment físic com aixecar-se, posar-se dret i caminar (Sankai, 2006; Sankai i Sakurai, 2018).

Els Estats Units són el país líder en investigació robòtica, seguit del Japó, encara que a Europa i Àsia Oriental també es tracta d'un tema actual, ja que la investigació en aquest àmbit ha augmentat un 40% i un 29% respectivament (Shishehgar et al., 2018). S'espera que el 2021 els diners mundials que es gastin a desenvolupar-los serien 112.400 milions de dòlars (Framingham, 2020).

Malgrat els possibles beneficis, poques investigacions s'han portat a terme sobre el que pensen les persones grans, com actuen i se senten respecte als robots de cura (Broadbent et al., 2009). És vital tenir en compte la visió dels futurs usuaris, ja que afecta l'acceptació social dels robots i es reflecteix en les normes i els valors socials (De Graaf et al., 2019). Idealment, un procés participatiu sobre la discussió de qüestions ètiques per part dels diferents grups d'interès implicats, conegut com a «espais democràtics», és essencial per a l'orientació en el desenvolupament robotitzat (Sparrow i Sparrow, 2006; Vandemeulebroucke et al., 2018).

L'objectiu d'aquest article és proporcionar una millor comprensió sobre les opinions, sentiments i actituds de les persones grans envers els robots de cura, mitjançant la recopilació i l'anàlisi de dades qualitatives generades a través de la discussió dels grups focals i la revisió de la literatura anterior fins a la data com a referència per comparar-les amb els resultats obtinguts. L'estudi es va dur a terme en el marc del projecte «Ètica dels robots que ens cuiden», el principal objectiu el qual té com a principal objectiu la

construcció d'un marc ètic per al disseny i l'ús de robots d'atenció social a Catalunya, en l'àmbit de la infància, la gent gran i la salut.

2. Mètode

Els autors vam decidir utilitzar una metodologia qualitativa tenint en compte que permet examinar d'una manera holística fenòmens complexos i en proporciona una descripció més completa (Al-Busaidi, 2008; Sofaer, 1999). Creiem que l'anàlisi qualitativa, en lloc de mètodes matemàtics i estadístics, és necessària per entendre la situació en la seva totalitat. Aquest enfocament permet una millor comprensió de les experiències, les creences, les opinions, les actituds i les preferències de les persones respecte a un tema específic, ja que dona veu als participants implicats en aquest procés (Babu et al., 2013).

Hem dut a terme grups focals de discussió per tal d'originar i recollir informació sobre les percepcions de la gent gran, ja que aquest mètode promou la lliure interacció entre els participants i proporciona un coneixement substancial des de la perspectiva del subjecte (Gill et al., 2008; Kitzinger, 1995). Els participants utilitzen les seves pròpies paraules, expressions i frases per comunicar el seu punt de vista, contribuint a un entorn més segur i relaxat (Seymour et al., 2002; Then et al., 2014; Young, 2019).

Vam identificar com a importants tres temes generals per aprofundir-hi. Estudis similars amb grups focals van incloure, principalment, l'ús dels robots i les consideracions ètiques com a temàtiques importants. Nosaltres vam afegir-hi el concepte de cura, ja que creiem que és rellevant per entendre el desenvolupament de robots d'aquest tipus (Bedaf, et al., 2019; Park et al., 2019; Zsiga et al., 2013).

- *Concepte de cura*: Un pas previ abans de parlar de robots de cura és explorar què entenen les persones grans per cura. És important determinar el significat de què és la cura tenint en compte que la seva visió i els seus valors poden ajudar a entendre els usos potencials d'aquest tipus de robots.

- *Ús dels robots:* Explorar les preferències i les reticències de les persones grans sobre els robots de cura i els possibles usos o tasques en què els robots podrien ser útils.

- *Ètica:* Consideracions i limitacions ètiques per evitar futurs no desitjats.

Vam crear un guió que consistia en una sèrie de preguntes obertes per tenir com a referència (vegeu la taula 1). Tan sols es va fer servir quan era necessari per tal de generar discussió, ja que els participants sempre podien interactuar lliurement.

Taula 1 | *Preguntes dels grups focals*

1.	*Cura* - Què significa la cura per a tu?
2.	*Ús* - En quin tipus de tasques creieu que necessiteu suport o que la tecnologia robòtica podria ser útil?
3.	*Ús* - Quina tecnologia creieu que ja us ha ajudat o us pot ajudar?
4.	*Límits / Ètica* - Quins límits haurien de tenir els robots? Algun perill o risc possible?

2.1. Consideracions ètiques

Els participants van signar un consentiment informat per escrit sobre qui du a terme l'estudi, el propòsit d'aquest, la confidencialitat de la informació personal i la futura comunicació dels resultats. Aquest document va ser aprovat pel comitè d'ètica de la Universitat Autònoma de Barcelona.

2.2. Participants i procediment

Un total de 32 persones grans van participar a l'estudi. Vam dur a terme quatre grups focals (7, 8, 9 i 8 participants respectivament) que incloïen 16 homes i 16 dones. Els participants es van dividir en edats compreses entre els 65 i els 79 anys. Tots els participants de l'estudi eren voluntaris.

Vam dur a terme les reunions dels grups focals a Barcelona, Espanya, i la durada mitjana va ser d'una hora. Es van enregistrar en àudio i es van transcriure manualment. Les preguntes del debat es feien en la llengua nativa dels participants (català) i la discussió es feia en castellà i català. La discussió dels grups focals va ser dirigida per un moderador (tercer autor) per tal de facilitar la conversa entre els participants.

El grup va començar amb una breu presentació individual, en la qual els participants es presentaren dient la seva edat i el nom. Després d'això, el debat va començar amb la discussió sobre el concepte de cura i va canviar a les altres temàtiques a mesura que avançava la discussió.

3. Resultats

En aquesta secció, vam realitzar una anàlisi temàtica. Utilitzant aquest mètode, les dades s'analitzen i es resumeixen en diferents subtemes segons les temàtiques i les idees que van sorgir de manera consistent en els diferents grups. Per tal d'il·lustrar intervencions rellevants, es van incloure extractes *verbatim* (codificats com a grup (G) - participant (P)).

3.1. Significat de cura

El coneixement de la gent gran és especialment interessant, ja que normalment tenen experiència pràctica en la cura dels nets, pares o avis en el passat i podrien rebre cures en l'actualitat.

Observem que la cura és un concepte ampli i divers, motiu pel qual es descriu de diferents maneres en funció dels valors i les experiències de la persona. Segons els participants, el concepte de cura inclou tant infants com la gent gran i, independentment de l'edat, es relaciona principalment amb la pèrdua d'autonomia de la persona.

3.1.1. Tipus de cura

«La cura consisteix en ajudar, animar i millorar la vida de les persones que ho necessiten» (G3-P2). Els participants expressen que cuidar consisteix en ajudar una persona a realitzar una sèrie de tasques en les quals té dificultats o ja no pot fer, com aixecar-se per anar al bany, aconseguir un got d'aigua o alimentar-se. «Es tracta d'atendre totes les necessitats de la persona» (G1-P7), quan la persona no és autosuficient per cuidar-se en alguns aspectes de la seva vida. Un altre participant considera que tenir cura d'un familiar implica oblidar-se d'un mateix per la persona que ha de ser cuidada i dedicar-s'hi íntegrament. En aquest context, els participants van expressar la seva preocupació per les conseqüències físiques i emocionals per als cuidadors informals que pot suposar un període intens o llarg de cura.

A part de les ajudes més tècniques o físiques, el concepte de cura inclou una dimensió més humana i vital. «Tenir cura d'una persona és donar vida i ajudar a voler viure» (G2-P3). Es destaca que el suport ha de ser tant físic com psicològic, ja que, de vegades, depenent del problema de la persona, el fet de ser encoratjat o motivat per algú és encara més útil que el suport físic per afrontar una situació determinada. En aquest sentit, un participant esmenta que és imprescindible posar-se en el lloc de l'altre per poder ajudar veritablement «Cuidar és empatitzar amb la persona que estàs tractant» (G4-P4).

Diversos participants van esmentar la «calor humana» com un factor que forma part de la concepció de la cura. Tot i la dificultat que trobaren per definir-ho, remarquen que les emocions hi tenen un paper important. Creuen que cuidar implica la transmissió d'una sèrie de sensacions que permeten construir una relació personal i, per tant, les emocions són un requisit per a les bones pràctiques assistencials. Afirmen que tenir cura d'algú va més enllà de mantenir viva aquesta persona. Per exemple, un participant explica:

> «El que vull dir amb la 'calor humana' és que pots estar al llit i estar sol en una habitació o pots estar al llit amb una persona al teu costat i encara que aquesta persona

no et parli, el simple fet que es mogui o esternudi et fa sentir alleujat, perquè saps que no estàs sol» (G3-P6).

Els participants creuen que la cura té diferents dimensions, encara que totes formen part d'un mateix concepte. Tot i que és difícil classificar entre tipus de cures, fan una diferenciació útil per orientar la introducció de robots:

D'una banda, es va agrupar tota la cura mèdica i tècnica com l'administració de medicaments, l'alimentació, l'elevació de pacients amb motiu de dificultats de mobilitat, la higiene, el monitoratge i altres tasques concretes que solen realitzar infermeres o cuidadors informals.

D'altra banda, es va defensar una cura més vital que inclou comoditat, conversa, calidesa humana, l'acompanyament i, en definitiva, «ser-hi».

3.2. Possibles usos dels robots de cura en persones grans

El debat sobre l'ús de robots de cura incloïa tant les funcions específiques en què un robot pot ajudar com les actituds, opinions i predisposicions que tenen les persones grans.

3.2.1. Actituds envers els robots de cura

La majoria dels participants són optimistes sobre la introducció dels robots de cura, perquè consideren que podrien reduir l'estrès emocional i el potencial d'esgotament, a més de facilitar les tasques del cuidador. Altres expressen les seves preocupacions i sentiments. «Tot i que tinc por dels robots, trobo que la Roomba (robot de neteja) és molt útil i és així com els he d'imaginar, com una ajuda» (G3-P5).

Els participants van estar totalment d'acord que els robots haurien de donar suport a la persona i als cuidadors informals/formals i ajudar-los en lloc de substituir-los. Conceben un hipotètic escenari en què els robots de cura són complementaris al contacte humà. Per exemple, un participant que durant molts anys va tenir cura del seu marit malalt descriu aquell llarg període de cura com a molt sacrificat i esgotador emocionalment: «Dono fe de la importància de tenir ajuda en els moments més necessaris de la vida» (G4-P2). Hi afegeix que l'assistència robòtica hauria estat útil i alleujadora.

«La nostra actitud ha de ser progressiva, pragmàtica i prudent», afirma un participant (G4-P6). Els participants creuen que la introducció dels robots de cura hauria de ser progressiva, ja que són una tecnologia complexa i cal garantir-ne el correcte funcionament. També consideren important tenir en compte els possibles problemes desconeguts o efectes secundaris que poden aparèixer un cop que el robot estigui en ús.

La gent gran creu que el concepte de robot és una cosa dinàmica. «Per a mi, un robot és un procés» (G1-P5). Recorden que fa 20 anys solien anomenar robots a una cosa diferent en comparació amb ara. Avui dia, els robots són una tecnologia més complexa i consideren que això avança ràpidament. «Més aviat del que pensem, tindrem robots amables» (G1-P2).

3.2.2. Funcions dels robots de cura

Es van identificar diferents usos potencials dels robots de cura tenint en compte diferents contextos i situacions segons els diversos tipus de cura proposades anteriorment. Els participants creuen que s'hauria de prioritzar el suport robòtic en les tasques tècniques i mèdiques esmentades anteriorment. El desenvolupament de robots de cura sembla més plausible per a aquest tipus de tasques, ja que els atributs humans no són tan exigents com en altres tasques de cura. En aquest cas, es reduiria el contacte humà, però no s'hauria d'eliminar mai. «Hem de tenir en compte que el contacte humà és un aspecte fonamental per atendre les persones i substituir-lo totalment ens podria portar a la deshumanització de les cures» (G4-P1).

Els participants informen que les persones grans solen tenir problemes amb la pèrdua de memòria i, per tant, recomanen l'ús de robots per recordar que cal prendre els medicaments o l'horari diari i les cites mèdiques. Il·lustren l'ús que en fa una persona amb demència, en què el robot, en possible contrast amb l'humà, no es cansarà de repetir que es prengui les pastilles.

Els robots de cura es conceben com una tecnologia que ha de ser personalitzable, que hauria de poder adaptar-se a diferents usuaris o al mateix usuari en contextos o moments diferents. Basant-se en l'experiència personal d'un participant, cada persona pot tenir una manera diferent d'interactuar amb aquestes tecnologies: «He cuidat cinc persones diferents i cada cas era absolutament diferent i únic» (G4-P2). Per exemple, un d'aquest casos era més violent i, per tant, el participant no recomanaria aquesta tecnologia per a aquesta persona.

Tots els participants van destacar la utilitat dels robots en les tasques domèstiques, per exemple, cuinar, alimentar i netejar, ja que són repetitives, cansades, consumeixen molt de temps i són tot un desafiament si hi ha dificultat o manca d'autonomia. Els participants van argumentar que se sentien més segurs i cuidats a l'entorn de la llar si sabien que un robot o una tecnologia podria enviar un senyal d'ajuda als cuidadors o a la família, si passés alguna cosa dolenta. D'altra banda, un participant no hi va estar d'acord i el va descriure com a pèrdua de privadesa i va remarcar que la tecnologia GPS (sistema de posicionament global) a vegades pot ser poc precisa o no funcionar correctament.

Les persones grans expressen que de vegades es troben amb un estat d'ànim baix i letàrgic. Suggereixen que els robots de companyia podrien millorar aquest estat d'ànim i alleujar el dolor emocional. «Crec que pot alegrar la vida» (G2-P5), proposen activitats d'entreteniment com tocar la música preferida, cantar o mantenir una conversa. D'altra banda, un participant indica: «La companyia la vull de la meva família» (G2-P6). Afirma que els robots poden ser útils en altres àrees, però que no s'han d'incorporar en l'acompanyament.

Un altre ús potencial és ajudar a aixecar i moure persones. «De vegades, cuides algú i no el pots aixecar perquè és massa feixuc» (G1-P6). Els resulta útil tenir assistència robòtica a l'entorn de la llar, ja sigui un exoesquelet o un sistema similar d'eslinga que tenen els hospitals. Això no només els permetria realitzar la tasca, sinó també prevenir problemes d'esquena.

3.3. Consideracions ètiques

Els participants van proposar un marc ètic i van compartir les seves preocupacions, pors i opinions sobre consideracions ètiques.

3.3.1. Marc ètic

Sobre la discussió de l'ètica dels robots de cura, un participant va afirmar: «L'ètica no està en els robots, sinó en els programadors» (G4-P1). Els participants van destacar la integració d'altres professionals en el desenvolupament dels robots de cura, creant un equip multidisciplinari que proporciona diferents punts de vista. Imaginen un marc en què cal considerar tres variables bàsiques com a requisit per garantir que es respectin les consideracions ètiques.

- En primer lloc, hi hauria d'haver una llista de recomanacions bàsiques i universals, suggereixen recopilar una gran quantitat d'informació dels diferents agents clau a l'àmbit europeu. L'objectiu és crear normes generals com les regles d'Asimov.

- En segon lloc, abans d'introduir els robots de cura a una persona concreta, hem d'explorar els seus valors i les preferències per evitar un conflicte. Es tracta d'un procés dinàmic a causa de les condicions de la persona, atès que el context, els desitjos i les necessitats poden ser diferents segons l'estat de salut. Un participant va esmentar: «Existeixen línies vermelles gairebé per a cada usuari del robot» (G4-P5), remarcant la diferència dels límits segons l'usuari. La família i els amics íntims també hi poden tenir veu, ja que probablement coneixen millor la persona.

- En tercer lloc, l'equip professional de cuidadors hauria d'adoptar un model d'atenció centrat en la persona, respectant-ne els valors i la dignitat. La persona

pot participar activament en la creació del pla de salut personalitzat, que pot resultar en un acord entre els professionals de la salut i el mateix receptor.

3.3.2. Límits, riscos i altres consideracions

A continuació, parlarem de les pors i les incerteses que la introducció de la robòtica genera entre les persones entrevistades.

Dues persones grans tenien opinions diferents sobre els límits de fins a quin punt hauríem de vincular-nos amb un robot. «Crec que una persona no hauria d'estimar un robot» (G1-P2), però l'altre participant no hi va estar d'acord i va dir: «Si això és el que realment vol una persona i et fa feliç, per què no?» (G1-P4).

El preu dels robots era un tema que es presentava a cada grup. La gent gran creu que els robots de cura haurien de tenir un preu accessible perquè tothom pugui accedir-hi i pugui beneficiar-se'n o bé haurien de ser públics, i l'Estat hauria de assumir-ne el cost.

Tot i que només va aparèixer en un grup focal, és important comentar l'impacte ambiental dels robots. «El sistema de bateries és un dels més contaminants que existeixen» (G2-P8). Comparen els robots amb un cotxe elèctric i afirmen que la fabricació, recàrrega i destrucció dels components és molt contaminant.

A diferents grups se'ls va acudir la idea de respectar els principis bàsics de l'ètica, que s'utilitzen habitualment en medicina (beneficència, no maleficència, justícia, autonomia i veracitat).

4. Discussió

En aquest estudi, hem observat que conviuen diferents punts de vista en el debat sobre els robots, i aquests resultats són coherents amb altres estudis (Bedaf et al., 2019; Frennert i Östlund, 2018). La gent gran creu que, respecte al concepte de cura, diferenciar entre una atenció més tècnica i una de més vital és útil per predir el possible ús de robots.

Els participants van presentar una actitud positiva i proactiva envers l'ús de robots com una ajuda. Aquests resultats coincideixen amb altres estudis que demostren que les persones grans tenen una bona predisposició a l'ús de robots. (Frennert i Östlund, 2018; Ray et al., 2008). L'ajuda robòtica es percep com a complementària de l'acció humana, no com un substitut d'aquesta. (Draper i Sorell, 2017; Sharkey i Sharkey, 2012).

En relació amb la funcionalitat dels robots, els nostres resultats coincideixen amb les investigacions anteriors. En les tasques diàries i les tasques de neteja com l'alimentació,

la neteja i la higiene es van considerar realment útils (Sparrow i Sparrow, 2006; Smarr et al., 2010). Altres funcions com l'administració i el recordatori de medicaments (Shishehgar et al., 2018); proporcionar companyia i entreteniment (Broekens et al., 2009; Shishehgar et al., 2018); supervisar i enviar una alarma de senyal (Zsiga et al., 2013), i l'elevació de pesos (Akalin et al., 2019; Frennert i Östlund, 2018) es van considerar adequats.

Els autors vam trobar que la personalització és un factor important en les característiques dels robots de cura. Com en estudis similars, els participants consideren significativa la capacitat del robot d'adaptar-se i adequar-se a les preferències i mancances personals (Bedaf et al., 2019; Bradwell et al., 2019).

En referència a les qüestions ètiques, les persones grans van proposar un marc ètic per garantir que es tinguessin en compte les consideracions ètiques en el desenvolupament robòtic. Altres consideracions van ser el cost monetari (Sorell i Draper, 2014), els límits sobre el vincle humà-robot i el potencial impacte ambiental.

5. Conclusió

Els resultats d'aquesta investigació donen suport a la idea que les persones grans tenen una àmplia i diversa gamma d'opinions, preferències i actituds envers els robots. En conjunt, els resultats suggereixen que el concepte de cura pot ajudar a entendre quin tipus de tasques pensen les persones grans que els robots haurien de realitzar o no.

La gent gran identifica que els robots de cura poden assistir en la realització de tasques específiques i coincideixen fermament en el fet que no haurien de substituir el contacte humà i, per tant, ser vistos com una ajuda.

El desenvolupament de robots de cura ha de ser supervisat per un equip multidisciplinari i cal incloure consideracions ètiques en el procés de desenvolupament per evitar futurs no desitjats i millorar el desitjat.

Agraïments

Volem donar les gràcies a totes les persones grans que varen participar als grups de discussió. Aquest estudi s'emmarca en el projecte de recerca «Ètica per a robots que ens cuiden», finançat per la Fundació "la Caixa" (ID 100010434), segons l'acord LCF/PR/RC17/10110004.

Referències bibliogràfiques

Akalin, N., Kristoffersson, A., i Loutfi, A. (2019). Social Robots: Technological, Societal and Ethical Aspects of Human-Robot Interaction. *Social Robots: Technological, Societal and Ethical Aspects of Human-Robot Interaction*, (July), 237-264. https://doi.org/10.1007/978-3-030-17107-0

Al-Busaidi, Z. Q. (2008). Qualitative research and its uses in health care. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, *8*(1), 11-19.

Babu, A., Maiya, A., Shah, P., i Veluswamy, S. (2013). Qualitative research. *Perspectives in Clinical Research*, *4*(3), 191. https://doi.org/10.4103/2229-3485.115387

Bedaf, S., Marti, P., i De Witte, L. (2019). What are the preferred characteristics of a service robot for the elderly? A multi-country focus group study with older adults and caregivers. *Assistive Technology*, *31*(3), 147-157. https://doi.org/10.1080/10400435.2017.1402390

Bradwell, H. L., Edwards, K. J., Winnington, R., Thill, S., i Jones, R. B. (2019). Companion robots for older people: importance of user-centred design demonstrated through observations and focus groups comparing preferences of older people and roboticists in South West England. *BMJ Open*, *9*(9), e032468. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032468

Broadbent, E., Stafford, R., i MacDonald, B. (2009). Acceptance of healthcare robots for the older population: Review and future directions. *International Journal of Social Robotics*, *1*(4), 319-330. https://doi.org/10.1007/s12369-009-0030-6

Broekens, J., Heerink, M., i Rosendal, H. (2009). Assistive social robots in elderly care: a review. *Gerontechnology*, *8*(2). https://doi.org/10.4017/gt.2009.08.02.002.00

Smarr, C. A., Prakash, A., Beer, J. M., Mitzner, T. L., Kemp, C. C., & Rogers, W. A. (2012, September). Older adults' preferences for and acceptance of robot assistance for everyday living tasks. A: *Proceedings of the human factors and ergonomics society annual meeting* (Vol. 56, No. 1, pp. 153-157). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications.

De Graaf, M. M. A., Ben Allouch, S., i Van Dijk, J. A. G. M. (2019). Why Would I Use This in My Home? A Model of Domestic Social Robot Acceptance. *Human-Computer Interaction*, *34*(2), 115-173. https://doi.org/10.1080/07370024.2017.1312406

Draper, H., i Sorell, T. (2017). Ethical values and social care robots for older people: an international qualitative study. *Ethics and Information Technology*, *19*(1), 49-68. https://doi.org/10.1007/s10676-016-9413-1

European Commission. (2018). *The 2018 Ageing Report: economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070)*. *European Economy* (Vol. 2). https://doi.org/10.2765/615631

Framingham, M. (2020). Worldwide Spending on Robotics Systems and Drones Forecast to Total $115.7 Billion in 2019, According to New IDC Spending Guide, (Idc), 1-5. https://www.idc.com/getdoc.jsp?containerId=prUS44505618

Frennert, S., i Östlund, B. (2018). How Do Older People Think and Feel About Robots in Health- and Elderly Care?, (November), 167-174. https://doi.org/10.1007/978-3-030-24074-5_28

Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., i Chadwick, B. (2008). Methods of data collection in qualitative research: Interviews and focus groups. *British Dental Journal*, *204*(6), 291-295. https://doi.org/10.1038/bdj.2008.192

Hosseini, S. H., i Goher, K. M. (2017). Personal Care Robots for Older Adults: An Overview. *Asian Social Science*, *13*(1), 11. https://doi.org/10.5539/ass.v13n1p11

Ienca, M., Jotterand, F., Vică, C., i Elger, B. (2016). Social and Assistive Robotics in Dementia Care: Ethical Recommendations for Research and Practice. *International Journal of Social Robotics*, *8*(4), 565-573. https://doi.org/10.1007/s12369-016-0366-7

Kitzinger, J. (1995). Qualitative Research: Introducing focus groups. *Bmj*, *311*(7000), 299. https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299

Park, Y.-H., Chang, H. K., Lee, M. H., i Lee, S. H. (2019). Community-dwelling older adults' needs and acceptance regarding the use of robot technology to assist with daily living performance. *BMC Geriatrics*, *19*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12877-019-1227-7

Pollack, M. E., Engberg, S., Matthews, J. T., Dunbar-jacob, J., Mccarthy, C. E., i Thrun, S. (2002). Pearl: A mobile robotic assistant for the elderly. *Architecture*, *2002*, 85–91. Retrieved from http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Pearl+:+A+Mobile+Robotic+Assistant+for+the+Elderly#0

Ray, C., Mondada, F., i Siegwart, R. (2008). What do people expect from robots? *2008 IEEE/RSJ International Conference on Intelligent Robots and Systems, IROS*, 3816-3821.

https://doi.org/10.1109/IROS.2008.4650714

Sankai, Y. (2006). Leading edge of cybernics: Robot suit hal. *SICE-ICASE International Joint Conference*, *39*(5), 61.

Sankai, Y., i Sakurai, T. (2018). Exoskeletal cyborg-type robot, *3912*(April), 2-4.

Seymour, J., Bellamy, G., Gott, M., Ahmedzai, S. H., i Clark, D. (2002). Using focus groups to explore older people's attitudes to end of life care. *Ageing and Society*, *22*(4), 517-526. https://doi.org/10.1017/S0144686X02008796

Sharkey, A., i Sharkey, N. (2012). Granny and the robots: Ethical issues in robot care for the elderly. *Ethics and Information Technology*, *14*(1), 27-40. https://doi.org/10.1007/s10676-010-9234-6

Shishehgar, M., Kerr, D., i Blake, J. (2018). A systematic review of research into how robotic technology can help older people. *Smart Health*, *7-8* (December 2017), 1-18. https://doi.org/10.1016/j.smhl.2018.03.002

Smarr, C. A., Prakash, A., Beer, J. M., Mitzner, T. L., Kemp, C. C., i Rogers, W. A. (2012, September). Older adults' preferences for and acceptance of robot assistance for everyday living tasks. In *Proceedings of the human factors and ergonomics society annual meeting* (Vol. 56, No. 1, pp. 153-157). Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications. https://doi.org/10.1177/1071181312561009

Sofaer, S. (1999). Qualitative Methods: What Are They and Why Use Them?, *756*, 1101-1118. https://doi.org/10.1557/proc-756-ee5.9

Sorell, T., i Draper, H. (2014). Robot carers, ethics, and older people. *Ethics and Information Technology*, *16*(3), 183-195. https://doi.org/10.1007/s10676-014-9344-7

Sparrow, R., i Sparrow, L. (2006). In the hands of machines? the future of aged care. *Minds and Machines*, *16*(2), 141-161. https://doi.org/10.1007/s11023-006-9030-6

Then, K. L., Rankin, J. A., i Ali, E. (2014). Focus group research: what is it and how can it be used? *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing = Journal Canadien En Soins Infirmiers Cardio-Vasculaires*, *24*(1), 16-22.

United Nations (2019). *[World population prospects 2019]. United Nations. Department of Economic and Social Affairs. World Population Prospects 2019.* http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12283219

Van Wynsberghe, A. (2013). Designing Robots for Care: Care Centered Value-Sensitive Design. *Science and Engineering Ethics*, *19*(2), 407-433. https://doi.org/10.1007/s11948-011-9343-6

Vandemeulebroucke, T., de Casterlé, B. D., i Gastmans, C. (2018). How do older adults experience and perceive socially assistive robots in aged care: a systematic review of qualitative evidence. *Aging and Mental Health*, *22*(2), 149-167. https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1286455

Vandemeulebroucke, T., Dierckx de Casterlé, B., i Gastmans, C. (2018). The use of care robots in aged care: A systematic review of argument-based ethics literature. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *74*(August 2017), 15-25. https://doi.org/10.1016/j.archger.2017.08.014

Young, V. (2019). Focus on focus groups. *College & Research Libraries News*, *54*(7), 391-394. https://doi.org/10.5860/crln.54.7.391

Zsiga, K., Edelmayer, G., Rumeau, P., Péter, O., Tóth, A., i Fazekas, G. (2013). Home care robot for socially supporting the elderly: Focus group studies in three European countries to screen user attitudes and requirements. *International Journal of Rehabilitation Research*, *36*(4), 375-378. https://doi.org/10.1097/MRR.0b013e32836

Autors

XAVIER PONSETI FORTEZA

Palma (1994). Graduat en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Va cursar un ERASMUS a Alemanya i participà de manera activa com a membre en l'Associació de Representants de Psicologia (ARP). Amplià la seva formació amb el Màster en Psicologia General Sanitària a la Universitat Autònoma de Barcelona. Forma part de l'equip de recerca Barcelona Science and Technology Studies Group (STS-b), amb el qual col·labora en el projecte «Ètica per a Robots que ens Cuiden», finançat pel programa RecerCaixa. Actualment, treballa a l'Institut de Psicologia-Sexologia de Mallorca.

NÚRIA VALLÈS PERIS

Barcelona (1977). Llicenciada en Sociologia i doctora en Persona i Societat en el Món Contemporani per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professora del Departament de Sociologia de la Universitat de Barcelona i del Màster en Filosofia per als Reptes Contemporanis de la Universitat Oberta de Catalunya. Investigadora del grup de recerca Barcelona Science and Technology Studies Group (STS-b) de la Universitat Autònoma de Barcelona. Actualment, l'interès de la seva recerca se centra en l'estudi de les controvèrsies ètiques i socials al voltant de la robòtica de la cura i la intel·ligència artificial en l'àmbit de la salut.

MIQUEL DOMÈNECH ARGEMÍ

Barcelona (1960). Doctor en Filosofia i Lletres i professor titular de Psicologia Social de la Universitat Autònoma de Barcelona. És membre de la European Association for the Study of Science and Technology (EASST) i membre fundador del Barcelona Science and Technology Studies Group (STS-b), grup de recerca reconegut per la Generalitat de Catalunya. Els seus interessos de recerca s'emmarquen en el camp dels estudis de la ciència i la tecnologia, amb un èmfasi especial en l'estudi de l'impacte de les tecnologies de la salut i l'ètica de la tecnologia. Actualment, és l'investigador principal del projecte «Ètica per a Robots que ens Cuiden», finançat pel programa RecerCaixa. Ha escrit nombrosos articles i capítols de llibre sobre l'ús de tecnologies de cura en l'àmbit de la gent gran.

PROGRAMA DE L'ONCE PER PREVENIR I ATENUAR LA SOLITUD. AL TEU COSTAT SEMPRE

Programa de l'ONCE per prevenir i atenuar la solitud. Al teu costat sempre

Departament de Serveis Socials
ONCE Illes Balears

Resum

L'atenció a les persones amb ceguesa o discapacitat visual més grans de 55 anys afiliades a l'ONCE en situació de solitud no desitjada és l'objectiu principal del programa «Al teu costat sempre», que ha dissenyat l'entitat per a l'àmbit nacional i aplica de manera prioritària des de final de 2019.

En el marc d'aquest programa, s'han desenvolupat nombroses accions d'atenció individual que, juntament amb altres activitats de grup, aconsegueixen cobrir les necessitats detectades.

L'acció sinèrgica de les diferents àrees del Grup Social ONCE en col·laboració amb les entitats públiques o privades que treballen en favor de la inclusió social de les persones amb discapacitat en general i visual en particular, en tots els àmbits de la vida i en totes i cadascuna de les etapes del cicle vital, sens dubte constitueix la millor eina per afrontar en el present i el futur aquest greu problema social i els reptes futurs que es puguin plantejar.

Resumen

La atención a las personas con ceguera o discapacidad visual mayores de 55 años afiliadas a la ONCE en situación de soledad no deseada es el objetivo principal del programa «A tu lado siempre», que ha diseñado la entidad para el ámbito nacional y aplica de forma prioritaria desde finales de 2019.

En el marco de este programa, se han desarrollado numerosas acciones de atención individual que, junto con otras actividades de grupo, consiguen cubrir las necesidades detectadas.

La acción sinérgica de las diferentes áreas del Grupo Social ONCE en colaboración con las entidades públicas o privadas que trabajan en favor de la inclusión social de las personas con discapacidad en general y visual en particular, en todos los ámbitos de la vida y en todas y cada una de las etapas del ciclo vital, sin duda constituye la mejor herramienta para afrontar en el presente y el futuro este grave problema social y los retos futuros que se puedan plantear.

1. Introducció

La preocupació de l'ONCE per abordar la solitud no desitjada de les persones afiliades a l'Organització, això és, persones amb greu discapacitat visual o ceguesa total, és una

constant des de fa anys. Per això, i encara que els equips multidisciplinaris de serveis socials de l'ONCE sempre han tingut en compte aquesta situació a l'hora d'elaborar i executar els diferents plans individualitzats d'atenció, el 2017 s'aborda específicament aquesta problemàtica amb la sistematització de contactes amb persones més grans de 55 anys que viuen soles al domicili perquè el col·lectiu de treballadors socials valori la seva situació, i el desembre de 2019 el Consell General de l'ONCE aprova el programa per prevenir i atenuar la solitud «Al teu costat sempre».

2. Objectius

1. Acostar-nos a aquells afiliats més grans de 55 anys que viuen sols al domicili, analitzar la seva situació i oferir-los els nostres serveis socials, prioritzant lògicament els que els hagin emprat més poc o els que fa més temps que no els utilitzen.

2. Identificar les persones afiliades que sofreixen una situació de solitud, tant des d'un punt de vista objectiu (solitud física) com subjectiu (sentiment de solitud).

3. Cercar vies de coordinació entre aquest programa contra la solitud i altres plans i programes interns, com per exemple el Pla ONCERCA (Pla de contacte personal amb els i les afiliats/ades a l'ONCE) i aprofitar les sinergies que es puguin crear entre les diferents iniciatives que es duen a terme al Grup Social ONCE dirigides a aquest col·lectiu.

4. Fer una revisió en cadascun dels àmbits autonòmics i provincials o locals d'iniciatives privades des de l'àrea social (ONG, fundacions...), per localitzar programes els objectius dels quals siguin pal·liar la solitud dels ciutadans i analitzar la viabilitat que les persones afiliades puguin beneficiar-se'n. Cada dia apareixen als mitjans de comunicació noves iniciatives de la societat civil que hem de vincular amb les necessitats dels afiliats. «Conèixer per poder oferir».

5. Analitzar i treballar amb els recursos públics i referents pròxims a l'entorn d'aquestes persones que puguin pal·liar-los la situació de solitud, com: la teleassistència domiciliària, el servei d'ajuda a domicili, els centres de dia, els menjadors socials, les associacions de persones grans, de dones, culturals, etc.

6. Potenciar l'ús de la tecnologia com a eina bàsica per reduir l'impacte de la solitud i com a mitjà de foment de les relacions interpersonals i socials.

7. Definir mesures que afavoreixin la socialització i la interacció d'aquestes persones afiliades a través de serveis com el voluntariat, l'animació sociocultural o l'accessibilitat.

8. Estimular l'envelliment actiu. Sentir-se útil com a antídot contra el sentiment de solitud.

3. Destinataris

L'ONCE té 10.683 afiliats grans que viuen sols al domicili, la qual cosa representa el 31,1% del cens d'afiliats més grans de 55 anys, sent aquesta la població diana de la qual partim per detectar necessitats d'intervenció a través d'aquest programa.

A les Illes Balears es van detectar 185 afiliats més grans de 55 anys que viuen sols.

Dins el col·lectiu abans assenyalat, es presta especial atenció als grups següents:

- Persones de més edat i que menys utilitzen els serveis de l'ONCE.
- Persones més grans de 55 anys que, si bé no viuen soles, se senten soles (solitud emocional).
- Persones amb sordceguesa.
- Persones amb ceguesa total o funcional.
- Persones amb patologies o discapacitats concurrents.
- Persones que viuen en zones rurals o amb manca d'equipaments en l'entorn pròxim o xarxes de transport públic.

4. Organització de la intervenció

Per analitzar i, si escau, dissenyar els diferents itineraris d'intervenció dels casos de persones afiliades que pateixen situació de solitud, es constitueix en cada centre directiu territorial de l'ONCE una Comissió de Solitud, coordinada pel/per la responsable del departament de serveis socials i integrada per treballadors/es socials, així com per altres professionals com ara: coordinadors/es de voluntariat, psicòlegs/psicòlogues, gestors/es d'animació sociocultural i esport, etc.

Les comissions es reuneixen bimestralment per analitzar els casos de solitud detectats i aquelles actuacions que s'han desenvolupat o es plantegi realitzar per reconduir aquestes situacions.

Entre les diferents accions que es duen a terme amb els casos detectats de persones afiliades que viuen soles cal destacar les següents:

- Elaboració de plans individuals d'atenció per treballar les àrees següents:

- Suport al benestar social bàsic.
- Suport psicosocial.
- Autonomia personal.
- Tecnologies de la informació i accés a la comunicació.
- Oci i temps lliure.
- Educació d'adults.

- Recopilació i oferta de recursos i activitats d'oci i temps lliure internes i externes de les zones en les quals resideixin aquestes persones afiliades, facilitant la participació d'aquest col·lectiu en activitats que puguin incorporar accés remot (debats i presentacions, tallers, jocs tipus Trivial, assemblees, clubs Braille o de gent gran, tertúlies sobre temes d'actualitat, etc.).

- Orientació i assessorament en matèria d'accessibilitat. Per exemple, en comunitats de propietaris on visqui un afiliat amb sordceguesa, suggeriment sobre opcions per a un porter automàtic amb pantalla si l'afiliat té romanent visual o, si l'afiliat no pot pujar escales, assessorar sobre la instal·lació d'un ascensor, etc.

- Servei de voluntariat. A càrrec de voluntariat de l'ONCE o en col·laboració amb altres entitats de voluntariat, per als programes generals i molt especialment el d'atenció telefònica.

- Accions específiques dirigides a afiliats amb sordceguesa en l'àmbit de voluntariat. Aquest col·lectiu, per la doble discapacitat sensorial, té predisposició a sofrir la solitud, i es poden realitzar accions concretes per part nostra per afrontar aquesta situació.

- Disseny i realització d'accions formatives o tallers que serveixin per millorar els recursos psicològics i emocionals que ajudin a prevenir i afrontar la solitud.

- Tallers d'intervenció grupal amb persones d'aquestes característiques per treballar en comú aspectes que els siguin beneficiosos i generin vincles que els puguin ser d'utilitat a tots i facin que interactuïn.

- Formació o realització de tallers d'habilitats socials, alfabetització digital i ús de noves tecnologies, etc., que puguin contribuir a prevenir o atenuar l'impacte de la solitud.

- Foment, entre aquest col·lectiu, de grups d'interessos compartits que estimulin la realització d'activitats en comú: visites a museus, grups de cuina, etc.

- Impuls entre les persones que s'incapaciten o es jubilen per participar com a voluntaris, com a mitjà per mantenir una actitud activa en la seva nova etapa vital, i interactuar amb altres persones i ajudar-les.

- Desenvolupament d'activitats de solidaritat i intercanvi intergeneracional.

- Accions de sensibilització, assessorament i col·laboracions amb recursos i entitats comunitaris en poblacions en les quals resideixin aquestes persones.

- Identificació/participació en iniciatives privades locals, provincials o autonòmiques els objectius de les quals estiguin enfocats a pal·liar la solitud, de manera que el nostre col·lectiu d'afiliats pugui beneficiar-se'n: cohabitatge, gent gran que comparteix la seva casa amb estudiants o amb una altra persona de la seva mateixa generació.

5. Resultats

En aquest sentit, des de l'inici, el 2017, del procés d'acostament al domicili a les persones grans que viuen totes soles, els treballadors socials han visitat i avaluat més de 5.200 persones de les 10.683 que viuen totes soles al domicili. Fins al juny de 2022 es preveu establir contacte amb 2.500 persones addicionals, la qual cosa implicarà una cobertura del 72 per cent del col·lectiu.

Durant l'any 2020 es van dur a terme en l'àmbit nacional un total de 1.406 actuacions individuals, corresponents a 1.241 persones afiliades diferents en situació identificada de solitud, i un total de 93 accions globals.

En els primers sis mesos de 2021, hem registrat en l'àmbit nacional 529 accions individuals corresponents a 438 persones afiliades diferents, i 45 iniciatives o accions de tipus grupal o global, que, sumades a les realitzades el 2020, donaren un total de 1.935 actuacions realitzades, amb 1.679 persones afiliades diferents, així com 138 actuacions globals.

A les Illes Balears s'han beneficiat del programa al llarg de 2020 un total de 83 usuaris diferents, atesos en 97 intervencions individuals, i s'han realitzat 10 accions grupals.

En el primer semestre de 2021 s'han atès 20 persones de manera individual en un total de 31 intervencions individualitzades, que, sumades a les de 2020, donen un total de 128 actuacions realitzades amb persones afiliades diferents de les Illes Balears i un total de 20 accions grupals.

6. Conclusions

S'ha tractat d'analitzar les situacions reals de solitud descartant les causades per les limitacions de mobilitat i relació imposades per la pandèmia, que haurien de desaparèixer a mesura que es va normalitzant la situació sanitària.

S'han desenvolupat així fins al juny de 2021 un total de 1.935 actuacions, amb 1.679 persones afiliades diferents, i 138 accions grupals, com a balanç dels primers 18 mesos de vida del programa «Al teu costat sempre».

S'observa que més del 60 per cent dels casos de solitud s'identifiquen a través dels contactes professionals, si bé també hi han influït altres canals (externs i programes com el ja esmentat Pla ONCERCA).

D'igual manera, el major nombre d'accions individuals desenvolupades en favor d'aquest col·lectiu correspon a serveis d'atenció personal i el servei de voluntariat (fonamentalment telefònic), que són un potent tàndem en la lluita contra la solitud, seguits d'accions de derivació a recursos externs. Aquest és un aspecte que haurà de potenciar-se, ja que és fonamental la inclusió en activitats culturals, esportives o d'oci als llocs on viu la persona en situació de solitud.

Respecte a les accions globals posades en marxa, principalment s'han centrat en el desenvolupament de protocols d'actuació i projectes de voluntariat telefònic. Destaca també l'organització de tallers, relacionats amb les noves tecnologies o amb les habilitats socials. Com s'ha indicat, la situació de COVID-19 ha estat un hàndicap a l'hora de desenvolupar aquestes accions. No obstant això, la conseqüència positiva que podríem fer ressaltar és que ha propiciat la formació en l'ús de tecnologies accessibles a aquest col·lectiu de persones afiliades per afavorir la seva participació social, tant internament com externament, perquè les persones que abans de la pandèmia i de l'inici d'aquest programa no podien o no volien acudir (per problemes físics, de desplaçament, medi rural...) a accions presencials, ho fan ara amb aquest nou enfocament, sent per a elles molt enriquidor.

L'ONCE té previst desenvolupar diferents actuacions durant els pròxims mesos en el marc d'aquest programa: destaca, d'una banda, un estudi sobre la solitud no desitjada entre el col·lectiu de l'ONCE, a través de grups focals, grups d'experts i enquestes a més de 1.000 persones. D'altra banda, en la primavera de 2022 s'organitzaran unes Jornades de Solitud, amb el doble objectiu de compartir els resultats del programa «Al teu costat sempre» i conèixer les experiències desenvolupades per altres institucions en aquesta matèria.

Referències bibliogràfiques

Acord del Consell General de l'ONCE 8/2019-1.7, de 17 de desembre (2019). Programa per prevenir i atenuar la solitud en l'ONCE (Al teu costat sempre). Consell General de l'ONCE: Madrid.

Avaluació anual 2020 del Programa «Al teu costat sempre» (2021). Direcció General de l'ONCE. Direcció Tècnica de Benestar Social, Prestacions i Voluntariat: Madrid.

Informes de seguiment de la Comissió de Solitud ONCE Illes Balears (2020). Dept. de Serveis Socials ONCE Illes Balears: Palma.

Informes de seguiment de la Comissió de Solitud ONCE Illes Balears (2021). Dept. de Serveis Socials ONCE Illes Balears: Palma.

PROGRAMES INTERGENERACIONALS EDUCATIUS AMB ALUMNAT D'EDUCACIÓ PRIMÀRIA

Programes intergeneracionals educatius amb alumnat d'educació primària

Victòria Quesada Serra
Maria Sintes Torres

Resum

El propòsit d'aquest capítol és fer una exploració inicial de programes intergeneracionals educatius que involucrin a nens d'educació primària i a persones majors. Es tracta de conèixer alguns dels programes intergeneracionals existents amb estudiants d'aquests nivells educatiu i de persones adultes majors, així com també d'analitzar les característiques d'aquests programes i els resultats que s'obtenen a través de la seva aplicació. Per aconseguir aquests objectius es va realitzar una revisió de la literatura a 5 bases de dades i es van seleccionar 15 articles que versaven sobre un programa intergeneracional i complien amb els següents requisits: programa que s'hagués publicat en castellà o en anglès en format article durant els darrers 15 anys, que inclogués a nins i nines d'educació primària i/o secundaria, que s'hagués dut a terme dins o fora del centre escolar i que impliqués una interacció mantinguda durant un temps entre els infants i les persones majors. En aquest capítol es presenten els 15 programes, explorant les seves característiques.

Resumen

El propósito de este capítulo es hacer una exploración inicial de programas intergeneracionales educativos que involucren a niños de educación primaria y a personas mayores. Se trata de conocer algunos de los programas intergeneracionales existentes con estudiantes de estos niveles educativos y de personas adultas mayores, así como también de analizar las características de estos programas y los resultados que se obtienen a través de su aplicación. Para conseguir estos objetivos se realizó una revisión de la literatura en 5 bases de datos y se seleccionaron 15 artículos que versaban sobre un programa intergeneracional y cumplían con los siguientes requisitos: programa que se hubiera publicado en castellano o en inglés en formado artículo durante los últimos 15 años, que incluyera a alumnado de educación primaria, que se hubiera llevado a cabo dentro o fuera del centro escolar y que implicara una interacción mantenida durante un tiempo entre los niños y las personas mayores. En este capítulo se presentan los 15 programas, explorando sus características.

1. Introducció

Quan parlem de relacions intergeneracionals, al·ludim als vincles entre persones de diferents grups d'edat (Delgado i Calero, 2017). Un pilar de les relacions intergeneracionals és que són de naturalesa recíproca, això vol dir que és necessària la participació de totes les parts perquè aquestes es formalitzin i que totes les parts en treuen un benefici.

Inicialment, les relacions intergeneracionals es desenvolupen, per norma general, en l'àmbit familiar (Díaz et al., 2020; García de la Torre, 2011), essent més comuns entre els pares i els fills, els avis/àvies i els seus corresponents néts/es i entre familiars de diferents edats.

En la població occidental crear vincles entre les persones majors i els més joves fora de l'àmbit familiar és complicat, degut en part a que la perspectiva i la manera d'actuar són diferents entre generacions (Delgado i Calero, 2017), però també en gran mesura a la falta d'espais socials compartits i a les poques oportunitats d'interacció continua entre nins i persones majors (Diaz et al., 2020; Thompson et al., 2016).

No podem oblidar que les relacions entre persones de diferents grups d'edat són bàsiques per a la solidaritat i la col·laboració entre els membres d'una societat, i que es fa de cada cop més necessari obrir nous camins per a poder aconseguir-ho. Com indicà Zaidi et al. (2012) fa ja uns anys, s'està produint un allunyament entre generacions. En la mateixa línia, les Nacions Unides, ja fa més de vint anys, van exposar a la II Assamblea sobre l'Envelliment que era imprescindible fomentar l'empatia intergeneracional a través de procediments que propiciïn i afavoreixin el vincle entre membres de diferents generacions. Des de llavors, en l'àmbit acadèmic i també social s'han anat produït en les últimes dècades propostes intergeneracionals (Giraudeua i Bailly, 2019).

Una forma de fomentar les relacions intergeneracionals són els programes intergeneracionals. Es pot entendre per programa intergeneracional aquella forma d'intercanviar mitjans i ensenyament de forma continuada a través de la relació entre persones de diferents grups d'edat (Bostrum et al., 2001) amb la finalitat que resulti avantatjós per a totes les persones participants (Gireaudeau i Baily, 2019).

Els programes intergeneracionals impliquen una interacció sistematitzada i continuada entre els membres dels diferents grups d'edat per aconseguir un benefici mutu (Newmant et al., 1997). En aquest sentit, els elements dels que ha de contar un programa intergernacional són: 1) servei o intercanvi de mitjans, 2) interconnexions o relacions mantingudes en el temps, 3) avantatges per a tots els participants i 4) en el que hi participen persones de diferents edats.

Els beneficis que es persegueixen amb aquest tipus de programes inclouen l'adquisició de nous aprenentatges per part de les persones de cadascuna de les generacions que participin en ells (Saldaña i Hernández, 2016), la creació de relacions significatives i el foment del desenvolupament emocional i social (Newman i Hatton-Yeo, 2008), una major comprensió i respecte, tot superant actituds negatives i/o estereotipades que puguin existir envers a membres d'altres generacions (Sánchez et al., 2018) i l'augment de la solidaritat i la percepció envers altres generacions (Chung i Kim, 2020).

A més, diversos estudis han demostrat que els vincles entre persones de diversos grups d'edat proporcionen un efecte beneficiós en els majors a nivell físic, social emocional i cognitiu (Canedo et al., 2014), es redueixen el sentiments de soledat que experimenten algunes persones (Murayama et al., 2015), augmenta la seva memòria i altres aptituds cognitives (García de la Torre, 2011), i es produeix una major valoració de les vivències pròpies del passat i una difusió de costums (ibídem), entre d'altres.

Aquests programes poden néixer d'inquietuds pràctiques i socials i es poden dur a terme en diversos àmbits, essent alguns dels més comuns l'àmbit comunitari i l'àmbit escolar.

Els programes intergeneracionals escolars propicien la possibilitat d'aprenentatge i formació per als majors, a la vegada que impliquen un format eficaç per a poder aprofitar les aportacions de les persones majors a la població escolar (Comissió Europea, 2011). Així, si bé tradicionalment s'ha entès que l'aprenentatge es du a terme majoritàriament per part dels menors, en el que les persones majors tutoritzen als menors i intercanvien la seva saviesa i vivències amb ells, alguns programes donen gran rellevància a unes relacions menys jeràrquiques i més horitzontals, en les que menors i majors poden agafar i intercanviar el rol de "mentor" i "mentoritzat". Un exemple típic en el que els menors poden ser mentors de les persones majors és el cas dels avanços tecnològics.

2. Objectiu

L'objectiu de l'estudi és fer una primera aproximació a programes intergeneracionals que s'han dut a terme amb persones majors i nins i nines d'educació primària i analitzar quines característiques tenen.

3. Mètode

Per donar resposta a aquest objectiu es va dur a terme una revisió de la literatura. Es van revisar cinc bases de dades: Dialnet, SCOPUS, Springer, ScienceDirect-Elsevier i Web of Science durant els mesos de març i maig del 2021.

Les paraules clau utilitzades en la revisió foren: "intergeneracional", "programa intergeneracional", "programes escolars intergeneracionals", "escola", "educació", "educació primària", "nins" "adults" i "ancians". Aquests termes es van combinar utilitzant diversos sinònims per crear diferents equacions de recerca. La cerca es va fer en castellà i en anglès.

Per tal de seleccionar els programes intergernacionals que s'inclouen a aquesta primera revisió es van determinar una sèrie de criteris (Veure Taula 1).

Taula 1 | *Criteris d'inclusió dels documents*

Temporal	Publicats entre els anys 2005-2020
Idiomàtic	Publicats en castellà o en anglès
Edat de les persones majors	S'inclouen aquells programes en el que participen persones a partir dels 55 anys.
Lloc d'implementació	S'accepten programes educatius que s'implementen dins i/o fora de l'aula/centre escolar.
Temàtic	S'inclouen aquells programes que impliquen una interacció directa i continuada durant un temps entre l'alumnat d' educació primària i les persones majors.

Finalment es van seleccionar 15 articles, que feien referència a 13 programes.

4. Resultats

A continuació es presentaran els programes intergeneracionals, tot detallant les seves característiques principals.

4.1. Programes que s'analitzen i característiques del document

La taula 2 mostra els 15 articles seleccionats durant la revisió, tot incloent la revista en el que s'ha publicat, els i les autores, l'any de publicació i la revista, el títol de l'article en el que es troba publicat i el programa al que es fa referència. Cal indicar que 7 dels estudis seleccionats es van desenvolupar a Espanya, 6 als Estats Units, 1 a la Xina i 1 a Israel.

4.2. Característiques principals dels programes

Les característiques principals dels programes seleccionats es poden veure en la taula 3, en el que s'indica juntament amb el nom del programa, en què consisteix el programa, la seva durada, el context d'aplicació i el nivell educatiu dels nens i nenes participants.

Com es pot comprovar, a tots els programes seleccionats hi participen menors que es troben cursant l'educació primària. Les persones majors participants tenen una edat diferent en funció de l'estudi, participant en alguns persones a partir de 55 anys, com és el cas del programa d'art intergeneracional a l'escola (Whiteland, 2016), d'altres a partir dels 60 anys, com és el programa de connexió multigeneracional (Gamliel i Gabay, 2014) i el programa IL-GP & GC (Lyu et al., 2020) i a partir de 66 anys, com és el cas del programa intergeneracional multidimensional (Lynnott i Merol, 2007) i el programa intergeneracional orientat a la pràctica radiofònica (Abarrategui, 2018).

Taula 2 | *Programes intergeneracionals seleccionats i informació de l'article en el que es troba publicat*

Autors	Any	País	Revista	Títol de l'article	Títol del programa intergeneracional
Lynott i Merol	2007	Estats Units	*Educational gerontology*	Improving the attitudes of 4th graders toward older people through a multidimensional intergenerational program	Programa Intergeneracional Multidimensional
Werner et al.	2012	Estats Units	*Journal of School Health*	Active generations: an intergenerational approach to preventing childhood obesity.	Active Generations
Abril	2013	Espanya	*Educational Psychology*	Experiencia Intergeneracional entre personas mayores institucionalizadas y grupo de escolares.	Programa de Educación Intergeneracional "Nuestros juegos populares " y "Estrategias mnemotécnicas".
Fried et al.	2013	Estats Units	*Contemporary Clinical Trials*	Experience Corps: a dual trial to promote the health of older adults and children's academic success	Experience Corps
Ruíz et al.	2013	Espanya	*International Journal of Developmental and Educational Psychology*	Sociocognitive stimulation for elderly through an intergenerational programe based on the recovery of traditions and popular costums	Taller de Tradiciones y Costumbres.
Gamliel i Gabay	2014	Israel	*Educational gerontology*	Knowledge exchange, social interactions, and empowerment in an intergenerational technology program at school	Programa de Conexión Multigeneracional (MCP)
Orte et al.	2014	Espanya	*Anuari de l'Educació de les Illes Balears*	Sharing Childhood, compartint la infància a les escoles amb una mirada intergeneracional. El primer any de feina junts	Compartir la Infancia (SACHI)

continua

Autors	Any	País	Revista	Títol de l'article	Títol del programa intergeneracional
Varma et al.	2015	Estats Units	*The Gerontologist*	Experience corps Baltimore: Exploring the stressors and rewards of high-intensity civic engagement	Experience Corps
Whiteland	2016	Estats Units	*International Journal of Education & the Arts*	Exploring Aging Attitudes through a Puppet Making Research Study	Programa de arte intergeneracional en la escuela
Abarrategui	2018	Espanya	*Revista científica en el ámbito de la Comunicación Aplicada*	Radio intergeneracional en la escuela: una propuesta para el envejecimiento activo	Programa intergeneracional orientado a la práctica radiofónica
Moreno, et al	2018	Espanya	*Revista Iberoamericana de Educación*	El impacto educativo de los programas intergeneracionales: un estudio desde la escuela y las diferentes instituciones sociales implicadas	Programas Intergeneracionales desde la escuela
Chorn i Casadonte	2019	Estats Units	*Educational gerontology*	Children's attitudes and classroom interaction in an intergenerational education program	Ciencia Intergeneracional Project Serve
Campillo et al.	2020	Espanya	*Educational Research*	Present and future of school intergenerational programmes: A study from Spain	Modelo de Escuela Intergeneracional
Lyu et al.	2020	Xina	*International Review of Education*	The implementation and effectiveness of intergenerational learning during the COVID-19 pandemic: Evidence from China	Aprendizaje intergeneracional entre abuelos y nietos (IL-GP & GC).
Quesada et al.	2020	Espanya	*Anuari de l'envelliment: Illes Balears*	L'avaluació d'un programa intergeneracional a educació primària:propostes per a l'avaluació a partir de les lliçons apreses en el projecte SACHI2.	SACHI2

Així mateix, degut als criteris que es van establir en la recerca, es pot comprovar com el centre educatiu i l'aula són els espais primordials en el que es desenvolupen els programes intergeneracionals que s'han seleccionat. Tot i que, en alguns programes es combinen les sessions d'aula amb sessions a la pròpia casa dels infants, espais de la comunitat i/o a la llar de persones majors.

La durada dels programes ha estat un altre dels aspectes observats i que varien considerablement incloent des de tot el curs acadèmic, com és el cas d'experience Corps (Fried et al, i Varma et al., 2015) o bé donant-se tant sols en un o dos mesos, com és el cas d'Active Generations (Werner et al., 2012), el programa d'art intergeneracional (Whiteland, 2016) i el projecte IL-GP & GC (Lyu et al., 2020). Efectivament, la durada és un element clau en els programes intergeneracionals, no podem oblidar que si la intenció és establir un vincle, els programes han de tenir una durada considerable i estar mantinguts en el temps.

Es pot veure una gran varietat en el tipus de programa i en què consisteix (Veure Taula 3), essent el més comú que les persones majors exerceixin com a mentors, experts o persones de suport al mestre o bé l´ús de diverses activitats que fomenten la interacció i relació entre les persones majors i els menors, ja sigui a través de jocs populars, intercanvis d'experiències i vivències, la creació conjunta d'algun recurs (com per exemple "podcast"o títeres.), entre d'altres.

Així, és de destacar que s'hi presenten programes que es poden organitzar en 4 tipus diferents:

1. Programes en els que les persones majors exerceixen de suport al mestre o la mestra durant el transcurs del curs escolar, com és el cas del programa Experience Corps (Fried et al., 2013; Varma et al., 2015) i Project Serve (Chorn i Casadonte, 2019).

2. Programes en el que els majors exerceixen de mentors i donen xerrades, com els programes Active Generations (Werner et al., 2012) i Programas Intergeneracionals des de l'escola (Moreno et al., 2018).

3. Programes que estableixen un tipus d'activitats interactives que fomenten la comunicació i la interacció com són els jocs, compartir experiències o el treball conjunt i col·laboratiu com són el programa de connexió multigeneracional (Gamliel i Gabay, 2014), els programes SACHI i SACHI2 (Orte et al., 2014; 2020), el programa d'art intergeneracional a l'escola (Whiteland, 2016), el programa intergeneracional orientat a la pràctica radiofònica (Abarrategui, 2018), i el programa IL & GP (Lyu et al., 2020).

Taula 3 | *Característiques principals dels programes intergeneracionals seleccionats*

Autors i any	Programa	En què consisteix?	Durada	Context	Nivell educatiu
Lynott y Merol, 2007	PI. Multidimensional	Visita dels infants als majors i viceversa. Intercanvi d'experiència i de fotografies i discussió sobre les mateixa, els infants feien preguntes prèviament preparades a les persones majors, intercanvi d'obsequis i abraçades.	5 mesos Es realitzen 4 visites: 2 a la llar de majors i 2 a l'escola. Durada de la visita: 2,5 hores	Centre educatiu i llar de persones majors	Educació primària (4º)
Werner et al., 2012	Active Generations	Els majors exerceixen de mentors i desenvolupen amb els estudiants 10 lliçons adaptades del programa CATCH (nutrició, activitats practiques, consum de refrigeris nutritius i jocs)	De 1 a 2,5 mesos. Sessions de 1,5 hores.	Centre educatiu (fora de l'horari lectiu) i /o campament d'estiu	Educació primària (3º, 4º i 5º).
Abril, 2013	"Nuestros juegos Populares" i "Estrategias mnemotécnicas"	Participació conjunta en tallers d'estratègies mnemotècniques i de jocs populars.	No especifica durada. 1,5 hores.	Centre escolar i centre residencial de majors	Educació primària
Fried et al., 2013	Experience Corps	Les persones majors voluntàries participen a l'aula donant suport educatiu als mestres. Es cerca una millora del rendiment acadèmic i del comportament de l'alumnat i un envelliment actiu per part de les persones majors.	Tot el curs acadèmic. 3-4 dies a la setmana. 15 hores setmanals.	Aula	Educació primària
Ruíz et al., 2013	Tradicions i costums	Es realitza entre avis i els seus nets. Es realitzen tallers-seminaris sobre les tradicions populars. Els majors transmeten les seves vivències.	No especificat	Aula	Educació primària
Gamliel i Gabay, 2014	Connexió multigeneracional (MCP)	Participació conjunta a l'aula d'ordinadors de les escoles. Els ordinadors es fan servir com a mitjà per l'intercanvi intergeneracional, fomentant l'aprenentatge mutu. Es van intercanviant els papers de docent i alumne.	6 mesos	Aula	Educació primària

continua

Autors i any	Programa	En què consisteix?	Durada	Context	Nivell educatiu
Orte et al., 2014	Compartir la Infància, (SACHI)	Es treballen temes relacionats amb "compartir la infància" dissenyats per facilitar la relació i el coneixement mutu entre els participants. S'utilitza el treball col·laboratiu en grups estables.	3-4 mesos. 8 sessions, una cada 15 dies.	Aula	Educació Primària
Varma et al., 2015	Experience Corps	Es realitzen tutories grupals en lectura i matemàtiques, treball bibliotecari i resolució de conflictes i problemes de comportament. Els majors exerceixen de mentors i tutors a les escoles.	Tot el curs acadèmic. 15 hores setmanals. Sessions de 1,5-2 hores.	Aula.	Educació Primària
Whiteland, 2016	Programa d'art intergeneracional a l'escola	Inicialment, els majors i estudiants llegeixen pel seu compte i juguen per fomentar el vínc le. Es participa en la creació de títers i escriptura de guions. Els guions s'escriuen de forma conjunta i col·loaborativa, a continuación es creen els títeres de mà, també de forma conjunta. Es realitza l'espectable i es reflexiona sobre el procés._	5 setmanes	Aula	Educació primària
Abarrategui, 2018	Programa intergeneracional orientat a la pràctica radiofònica	S'intenta vincular l'alumnat del centre educatiu amb les persones majors del barri tot creant un podcast del patrimoni cultural inmaterial de la zona.	16 sessions	Aula	Educació primària (4º)
Moreno, et al., 2018	Programes Intergeneracionals des de l'escola	Las persones majors van al centre educatiu a donar xerrades sobre la seva experiència amb una part dialógica (els nins i nines demanen). Es programen activitats conjuntes: Taller de l'experiència, jocs tradicionals i fabricació de juguetes (p.ex. jugar a bolos).	-	Centre educatiu	Educació primària i Educació secundària

continua

Autors i any	Programa	En què consisteix?	Durada	Context	Nivell educatiu
Chorn i Casadonte, 2019	Ciència Intergeneracional. Project Serve	El majors exerceixen com a mentors resolent dubtes i ajudant als estudiants. Donen suport als Mestres durant l'assignatura de ciències.	14 setmanes (10 hores a la setmana)	Aula	Educació primària i Educació secundària
Campillo et al., 2020	Model d'escola intergeneracional	És un model d'escola intergeneracional que pretén millorar la memòria, crear vincles, intercanvi de cultura, millorar l'aprenentatge i les habilitats lingüístiques.	Divers: Activitats setmanals, mensuals o trimestrals.	Divers: Escola Llars d'ancians	Educació primària
Lyu et al., 2020	Aprenentatge intergeneracional entre avis i nets (IL-GP & GC).	Consta de tres parts,: 1) A la llar. En el que l'alumnat i les persones majors de la família llegeixen, juguen i usen WeChat. Es fomenta l'aprenentatge mutu. 2) A l'aula: Es treballa el tema de la intergeneracionalitat a l'aula partint de l'experiència. No hi ha relació mútua. 3) A la comunitat: aprenentatge conjunt sobre els centres comunitaris d'aprenentatge entre avis i nets.	2 mesos	Varietat: Aula, la pròpia llar i la comunitat	Educació primària
Quesada et al., 2020	SACHI2	Es treballen temes relacionats amb "compartir la infància" i sobre el propi barri, dissenyats per facilitar la relació i el coneixement mutu entre els participants. S'inclouen activitats d'escriptura, llengua estrangera i ús de tecnologies. S'utilitza el treball col·laboratiu en grups estables (5 infants i una persona major).	3-4 mesos 16 sessions persones majors. 8 sessions conjuntes. 1,5 hores	Aula	Educació primària (4º i 5º)

4. Programa intergeneracional entès com un model d'escola intergenracional. Suposa el desenvolupament d'un model d'escola intergeneracional, com és el cas de les intervencions que es presenten a "Model d'escola intergeneracional" (Campillo et al., 2020).

Així, es pot detectar també una diferencia en el tipus de rol que agafen les persones majors i els infants, i el tipus d'interacció que s'hi estableix. Considerant el tipus de participació de les persones majors i el rol que agafen, es pot veure com, en els dos programes en el que les persones majors ajuden al mestre actuant com a suport per millorar el rendiment acadèmic de l'alumnat i el seu comportament (Experince Corpos i Project Serve), es dona un tipus de relació més jeràrquica entre persona major-menor a la que probablement es du a terme a altres programes on persones majors i estudiants participen i aprenen juntament. La mateixa relació jeràrquica que, presumiblement, s'estableix en els programes en el que els majors exerceixen de mentors o donen xerrades (Active Generations i Programas Intergeneracionals des de l'escola). De forma contraria, programes com el programa de connexió multigeneracional, els programes SACHI i SACHI2, el programa d'art intergeneracional a l'escola, el programa intergeneracional orientat a la pràctica radiofònica, i el programa IL & GP, presumiblement estableixen un tipus de relació més horitzontal, en el que els menors aprenen dels majors i viceversa, ja que estableixen un tipus d'activitats interactives que fomenten la comunicació i la interacció com són els jocs, compartir experiències o el treball conjunt i col·laboratiu.

5. Conclusió

La present revisió mostra programes intergeneracionals que s'han dut a terme amb nens i nenes que es troben cursant educació primària. Es tracta de programes que s'han desenvolupat en la seva majoria en el context escolar, ja sigui el centre o a l'aula i que, en alguns casos, es combina amb algunes sessions a altres contextos, com puguin ser espais comunitaris (biblioteca o museus), la pròpia casa dels infants (en els casos que el programa impliqui a familiars dels infants) o bé a llars de persones majors.

El recull que aquí es presenta suposa una primera aproximació, no exhaustiva, a alguns programes intergeneracionals per a l'alumnat d'educació primària. Aquest recull es pot complementar amb altres programes disponibles en l'àmbit comunitari i també escolar. En aquest sentit, són molt interessants les estratègies que es duen a terme en l'educació infantil, de l'educació secundària i a la formació professional o a l'universitat per fomentar les tan necessàries connexions entre persones de diferents generacions.

Referències bibliogràfiques

Abarrategui, L. (2018). Radio intergeneracional en la escuela: una propuesta para el envejecimiento activo. *Index. comunicación: Revista científica en el ámbito de la Comunicación Aplicada*, *8*(2), 211-228. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6459850

Abril, M. F. (2013). Experiencia intergeneracional entre personas mayores institucionalizadas y grupo de escolares. *International Journal of Developmental and Educational Psychology.* http://hdl.handle.net/10662/1067

Bostrum, A. K., Hatton-Yeo, A., Ohsako, T., Sawano, Y. (2001). Una valoración general de iniciativas de PI en los países involucrados. En A. Hatton-Yeo y T. Ohsako (Eds.), *Programas intergeneracionales: política pública e implicaciones de la investigación una perspectiva internacional*. (pp. 3-8). Hamburgo: Instituto de la UNESCO para la Educación https://infogerontologia.com/documents/gerontologia/envej_activo_intergen/intergenspa.pdf

Campillo, M., Sánchez, M., y Díaz, P. (2020). Present and future of school intergenerational programmes: A study from Spain. *Educational Research*, *62*(4), 375-389. https://doi.org/10.1080/00131881.2020.1819847

Chorn Dunham, C., y Casadonte, D. (2009). Children's attitudes and classroom interaction in an intergenerational education program. *Educational gerontology*, *35*(5), 453-464. https://doi.org/10.1080/03601270802605473

Chung, S. y Kim, J. (2020). The effects of intergenerational program on solidarity and perception to other generations in Korea. *Journal of Social Service Research*.

Comisión Europea (2011). *Guía de ideas para la planificación y aplicación de proyectos intergeneracionales. Juntos: ayer, hoy y mañana. Proyecto MATES.* Mainstreaming Intergenerational Solidarity (Solidaridad para la Integración Intergeneracional). Lifelong Learning Programme. http://anyflip.com/xuey/zpbi/basic

Delgado, C.R., y Calero, C.G. (2017). Espacios de convivencia y experiencia intergeneracional. *Trabajo Social Hoy*, *82*, 19-40. doi:10.12960/ TSH.2017.0014

Díaz, A., Pérez, J., y Ortega, T. (2020). Relaciones intergeneracionales para un envejecimiento activo y satisfactorio. /Intergenerational relationships for active and satisfactory aging. Novedades en población, número especial, mayo de 2020, 91-104. http://www.novpob.uh.cu/index.php/NovPob/article/view/445/0

Fried, L. P., Carlson, M. C., McGill, S., Seeman, T., Xue, Q. L., Frick, K., Erwin, T., Tanner, E. K., Barron, J., Fragakis, C., Piferi, R., Martínez, I., Gruenewald, T., Martin, B. K., Berry-Vaughn, L., Steward, J., Dickersin K., Willging, P. R., y Rebok, G. W. (2013). Experience Corps: a dual trial to promote the health of older adults and children's academic success. *Contemporary Clinical Trials*, *36*(1), 1-13.https://doi.org/10.1016/j.cct.2013.05.003

Gamliel, T., y Gabay, N. (2014). Knowledge exchange, social interactions, and empowerment in an intergenerational technology program at school. *Educational Gerontology*, *40*(8), 597-617. https://doi.org/10.1080/03601277.2013.863097

García de la Torre, M. D. P. (2011). Programas intergeneracionales en el marco de los programas universitarios de mayores. En C. Bru Ronda (ed.), Actas del IV Congreso Iberoamericano de Universidades para Mayores (CIUUMM 2011): Aprendizaje a lo largo de la vida, envejecimiento activo y cooperación internacional en los programas universitarios para mayores, Volumen II. La Coruña: Asociación Estatal de Programas Universitarios para Mayores (AEPUM), pp. 903-914. http://hdl.handle.net/10045/20025

Giraudeau, C., Bailly, N. (2019). Intergenerational programs: What can school-age children and older people expect from them? A systematic Review. *European Journal of Ageing, 16*(3), 363-376.

Lynott, P. P., y Merola, P. R. (2007). Improving the attitudes of 4th graders toward older people through a multidimensional intergenerational program. *Educational gerontology*, *33*(1), 63-74. https://doi.org/10.1080/03601270600864041

Lyu, K., Xu, Y., Cheng, H., y Li, J. (2020). The implementation and effectiveness of intergenerational learning during the COVID-19 pandemic: Evidence from China. *International Review of Education*, *66*(5), 833-855. https://doi.org/10.1007/s11159-020-09877-4

Moreno, P., Martínez de Miguel, S., y Escarbajal, A. (2018). El impacto educativo de los programas intergeneracionales: un estudio desde la escuela y las diferentes instituciones sociales implicadas. *Revista Iberoamericana de Educación*, *77*(2), 31-54. https://doi.org/10.35362/rie7723158

Murayama Y, Ohba H, Yasunaga M, Nonaka K, Takeuchi R, Nishi M, Sakuma N, Uchida H, Shinkai S, Fujiwara Y. (2015). The effect of intergenerational programs on the mental health of elderly adults. *Aging and Mental Health, 19*(4), 306–314.

Newman S, Hatton-Yeo A. (2008). Intergenerational learning and the contributions of older people. *Aging Horizon, 8*, 31–39.

Newman S, Ward C, Smith T, Wilson J, Mc Crea J. (1997). *Intergenerational programs: Past, present, and future*. Taylor and Francis.

Orte, C., Vives, M., Pascual, B., y Gomila. M. A. (2014). Sharing Childhood, compartint la infància a les escoles amb una mirada intergeneracional. El primer any de feina junts. *Anuari de l'Educació de les Illes Balears,* (2014), 328-347.https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5002825

Quesada, V. Q., Vives, M., Pascual, B., Gomila, M. A., Amer, J., Pozo, R., y Orte, C. (2020). L'avaluació d'un programa intergeneracional a educació primària: propostes per a l'avaluació a partir de les lliçons apreses en el projecte SACHI2. *Anuari de l'envelliment: Illes Balears*, (2020), 446-464. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7731472

Ruíz, Mª.I., Gordillo, M., Pérez, M., Calzado, Z., y Z.Peart, M. (2013). Sociocognitive stimulation for elderly through an intergenerational programe based on the recovery of traditions and popular costums. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(2), 381-387. https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852060035.pdf

Thompson, E. H. y Weaver, A. J. (2016). Making connections: the legacy of an intergenerational program. *Gerontologist, 56*, 909–918. https://doi.org/10.1093/geront/gnv064

Saldaña, S. A., y Hernández, E. (2016). Promoviendo salud en encuentros intergeneracionales: una oportunidad en espacios universitarios. *Rumbos TS*, (13), 133-148. http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/63

Sánchez, M., Sáez, J., Díaz, P. y Campillo, M. (2018). Intergenerational education in spanish schools: Making the policy case. *Journal of Intergenerational Relationships, 16*, 166-183.

Varma, V. R., Carlson, M. C., Parisi, J. M., Tanner, E. K., McGill, S., Fried, L. P.,Song, L.H., y Gruenewald, T. L. (2015). Experience corps Baltimore: Exploring the stressors and rewards of high-intensity civic engagement. *The Gerontologist*, *55*(6), 1038-1049. https://doi.org/10.1093/geront/gnu011

Whiteland, S. R. (2016). Exploring Aging Attitudes through a Puppet Making Research Study. *International Journal of Education & the Arts*, *17*(3), n3.https://eric.ed.gov/?id=EJ1094517

Werner, D., Teufel, J., Holtgrave, P. L., y Brown, S. L. (2012). Active generations: an intergenerational approach to preventing childhood obesity. *Journal of School Health*, *82*(8), 380-386.https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2012.00713.x

Zaidi, A., Gasior, K., y Manchin, R. (2012). Population Aging and Intergenerational Solidarity: International Policy Frameworks and European Public Opinion. *Journal of Intergenerational Relationships, 10* (3), 214-227. doi: 10.1080/15350770.2012.697845

Autores

VICTÒRIA QUESADA SERRA

Sa Pobla (1984). Llicenciada en Pedagogia a la Universitat de les Illes Balears, Màster en orientació i avaluació socioeducatives i doctora en Educació (Ciències Socials i Jurídiques) per la Universitat de Cádiz. És professora i investigadora de la Facultat d'Educació de la Universitat de les Illes Balears. Les seves línies de recerca són l'avaluació educativa i socioeducativa.

MARIA SINTES TORRES

Ciutadella (1983). Llicenciada en Administració i direcció d'empreses, Universitat de Barcelona. Graduada en Psicologia, Postgrau en Atenció Geriàtrica i Gerontologia, Màster en Intervenció socioeducativa en Infància, Adolescència i família per la Universitat de les Illes Balears. Experiència en col·laboració recerca cognició humana, en salut mental, atenció a les persones majors amb demència i joves adolescents amb problemes amb alcohol, drogues i altres substàncies.

Universitat de les Illes Balears

GOIB CONSELLERIA AFERS SOCIALS I ESPORTS

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2021

IMAS
Departament de Drets Socials
Consell de Mallorca

Colonya
Fundació Guillem Cifre