

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2024



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 **2024**



Universitat
de les Illes Balears



**Govern de les
Illes Balears**
Conselleria de Famílies
i Afers Socials



IMAS
Departament de
Benestar Social
Consell de Mallorca



Colonya
Fundació Guillem Cifre



Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2024

Aquest Anuari de l'envelliment és el resultat de la col·laboració entre la *Conselleria de Famílies i Afers Socials de la Direcció General d'Afers Socials del Govern de les Illes Balears*, el *Departament de Benestar Social del Consell de Mallorca* i la *Universitat de les Illes Balears*. L'Anuari de l'envelliment és una iniciativa del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) 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

Directora adjunta:

Dra. Maria Valero de Vicente

Consell de Redacció

Vocals:

Dra. Lidia Sánchez Prieto
Dr. Josep Lluís Oliver Torelló
Dra. Belén Pascual Barrio
Dra. Marga Vives Barceló
Dr. Joan Amer Fernández
Dra. M. Antònia Gomila Grau

Secretari:

Dr. Liberto Macías González

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
Dr. Juan José Montaña Moreno
Dr. Jordi Puiguriquer Ferrando
Dra. Pilar Andrés Benito
Dr. Josep Antoni Tur Marí

- * © del text: els autors 2024
- * © 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 de Famílies i Afers Socials de la Direcció General d'Afers Socials del Govern de les Illes Balears, ni del Departament de Benestar Social del Consell de Mallorca. S'autoritza la reproducció total o parcial de l'obra, si se n'esmenta la font i l'autor o l'autora.

L'Anuari de l'envelliment. Illes Balears es pot consultar a les pàgines web de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, <https://catedradependencia.uib.cat/luanuaris>, del GIFES, <<http://gifes.uib.es>>.

Dra. Carmen Orte Socias

Dra. Maria Valero de Vicente.

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: gifesuib@gmail.com



PRESENTACIONS	5
Pròleg de la consellera de Famílies i Afers Socials del Govern de les Illes Balears Catalina Cirer Adrover	
Pròleg del conseller de Benestar Social del Consell de Mallorca i president de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials Guillermo Sánchez Cifre	10
INTRODUCCIÓ	13
Direcció de l'Anuari de l'Envelliment de les Illes Balears	
DIAGNÒSTIC I INTERVENCIÓ SOBRE EDATISME A MALLORCA	21
Carmen Orte Socias, Marga Vives Barceló, María Valero de Vicente, Liberto Macías González, Lidia Sánchez Prieto i Deima Jonusaityte	
EL QUE AMAGA LA MILLORA DE L'ESPERANÇA DE VIDA A ESPANYA I BALEARS A LES EDATS ADULTES (1990-2022)	39
Myriam García Olalla, Eliseo Navarro Arribas i Pilar Requena Cabezuelo	
PROJECTE SALUT EN ACCIÓ. CULTIVANT EL BENESTAR DE LA NOSTRA COMUNITAT	67
José Antonio Rodríguez Varela, Álvaro Jesús Giménez Lledó, Carlos Manuel Nieves Rodríguez i Lucía Gorreto López	
EFFECTES COGNITIVS DE L'ESPORT EN L'ENVELLIMENT SA: UNA REVISIÓ SISTEMÀTICA	83
Eduardo Vázquez García i María González Nosti	
LA XARXA DE SUPORT SOCIAL I LA SEVA RELACIÓ EN LA QUALITAT DE VIDA I L'APRENENTATGE AL LLARG DE TOTA LA VIDA	103
Liberto Macías González i Marga Vives Barceló	
EL PAPER DE LA GENT GRAN EN LA SOSTENIBILITAT ALIMENTÀRIA I AMBIENTAL	127
Sílvia García Hernández, Cristina Bouzas Velasco i Josep Antoni Tur Marí	
SEXUALITAT I DONA. UNA EXPERIÈNCIA AMB DONES I PER A DONES DELS CENTRES DE PROMOCIÓ DE L'AUTONOMIA DE L'IMAS	145
Catalina Fernández Mas, Alejandra Pizá Bueno i Laura Morado Wunderlich	
L'EXPRESSIÓ SEXUAL A LES RESIDÈNCIES GERIÀTRIQÜES BALEARS: EL PUNT DE VISTA D'ELLES	159
Adrián Sánchez Gorostizaga	
ESTUDI DE COMPETÈNCIES DIGITALS DE LA GENT GRAN USUÀRIA DE LA CREU ROJA A LES ILLES BALEARS	177
Juan Carlos Ballesteros Nielsen	
TECLEJAM, ENS ACOSTAM I ESCOLTAM	191
Juan Lillo de la Fuente i Magdalena Ochogavía Mayol	

USOS DE LES TECNOLOGIES EN PERSONES MAJORS: ÚLTIMS AVANÇOS I REPTES FUTURS	207
María Valero de Vicente i Maria del Mar Gaià Gamundí	
LA SOLEDAT I LA GENT GRAN A LES ILLES BALEARS: SITUACIÓ ACTUAL I PROJECCIÓ FUTUR	229
Ferran Dídac Lluch i Dubon	
EL COHABITATGE COOPERATIU. UNA EINA PER A PREVENIR LA SOLEDAT NO DESITJADA EN LES PERSONES MAJORS	287
Omar Lamin Abeidi i Malena Riudavets Suárez	
DIFERÈNCIA ENTRE GÈNERES DEL DETERIORAMENT COGNITIU RELACIONAT AMB L'EDAT. FACTORS DE RISC I PROTECTORS	303
María José Hernández Ortiz	
<i>MIENTRAS SIGAS SIENDO TÚ. ÚS DEL CINEMA DOCUMENTAL PER A LA SENSIBILITZACIÓ/FORMACIÓ EN MALALTIA D'ALZHEIMER (DETERIORAMENT COGNITIU LLEU)</i>	323
Sacramento Pinazo Hernandis	
L'ESTIGMA ASSOCIAT A LA MALALTIA DE PARKINSON: COM SE SENTEN ELS PACIENTS?	347
Pilar Andrés Benito, Antònia Siquier Perelló i Dia Soilemezi	
HISTÒRIES DE VIDA: TRAJECTÒRIES DE CONSUM DE DROGUES I REHABILITACIÓ EN PERSONES MAJORS DE 55 ANYS	367
Francisco José Fernández Romero, María Valero de Vicente, Sergi Canal Montiel i Albert Moratinos Jaume	
EL SUÏCIDI EN PERSONES GRANS: UNA ANÀLISI DES D'UNA PERSPECTIVA PEDAGÒGICA	389
Natalia Irlles Gámez	
RELLEVÀNCIA DE LA MÚSICA CORAL EN LA PERCEPCIÓ D'ÈXIT I QUALITAT DE VIDA EN COL·LECTIUS DE GENT GRAN: EL CAS DEL COR DE L'ASSOCIACIÓ D'ALUMNES I EXALUMNES DE LA UNIVERSITAT OBERTA PER A MAJORS	407
Irina Capriles González	
L'ASSOCIACIÓ D'ALUMNES I EXALUMNES DE LA UNIVERSITAT OBERTA PER A MAJORS, UNA EINA EFICAC PER ESTIMULAR L'ENVELLIMENT ACTIU DELS ESTUDIANTS SÈNIORS DE LA UIB	425
Ana Alemany Ferrà, Joana Maria Vidal Alemany, Gabriel Mateu Gual i Consuelo Hernández Gómez	
PADRINS QUE CUIDEN. UNA REALITAT DINS EL SISTEMA DE PROTECCIÓ D'INFÀNCIA I FAMÍLIA	445
Maria del Pilar Moyà Castells i Àngela Ramis Murillo	
QUI CUIDA LES QUE CUIDEN?	461
Ana Ordóñez Franco	

PRESENTACIONS

Catalina Cirer Adrover

Consellera de Famílies i Afers Socials del Govern de les Illes Balears

Benvinguts a l'edició de 2024 de l'Anuari de l'Envel·liment, una eina que ja ha esdevingut referent en la recerca i l'anàlisi d'un fenomen que ens afecta a totes i tots: l'envel·liment. I després de 17 edicions, podem confirmar que aquest document no es tracta d'un recull de mera observació demogràfica d'una realitat innegable, sinó que aprofundeix als vessants socials i els reptes i oportunitats que planteja aquesta transició des de múltiples enfocaments.

En aquesta nova edició, s'aborden temes vitals que requereixen una resposta immediata i coordinada per part de la societat i les institucions. Iniciem amb un diagnòstic exhaustiu sobre l'edatisme a Mallorca, un fenomen que afecta greument la dignitat i els drets de les persones grans. A més, es presenta una anàlisi de l'evolució de l'esperança de vida a Espanya i Balears, on les estadístiques no sempre revelen les dificultats associades a l'envel·liment.

El benestar de la comunitat és un eix central en aquesta publicació, amb la presentació del projecte "Salut en Acció", que té com a objectiu cultivar la salut física i emocional de les persones majors a través d'intervencions actives i participatives. Així mateix, s'exploren els efectes cognitius de l'esport en l'envel·liment saludable, reafirmant la importància de l'activitat física per millorar la qualitat de vida en la vellesa.

El suport social i el seu impacte en la vida de les persones majors reben una especial atenció, amb estudis que demostren com una xarxa de suport sòlida pot influir en l'aprenentatge al llarg de la vida. També destacam el paper essencial que juguen les persones majors en la sostenibilitat alimentària i ambiental, un tema de creixent rellevància en temps de canvi climàtic.

Un tema innovador en aquesta edició és l'exploració de la sexualitat en la vellesa, des de les experiències de les dones en centres de promoció de l'autonomia, donant visibilitat a una dimensió sovint ignorada i invisibilitzada.

La tecnologia, un aspecte cada vegada més present en la vida de les persones majors i que ha demostrat importants beneficis tant socials com cognitius en molts d'àmbits, també té un espai destacat en aquest anuari. Es presenten estudis sobre les competències digitals dels majors usuaris de la Creu Roja a les Illes Balears, així com els darrers avenços tecnològics i els reptes que plantegen. Programes com «Tecleja'm, ens acosta'm i escolta'm» promouen la inclusió digital i el reforçament dels vincles intergeneracionals. Article que enllaça molt directament amb un altre desafiament abordat és la solitud no desitjada. Aquest aspecte que ens preocupa com a Conselleria i com a societat és, malauradament, un problema que afecta una gran part de la població major. Projectes com el cohabitatge cooperatiu es proposen com a solucions innovadores per prevenir l'aïllament social, oferint una alternativa basada en la

comunitat i el suport mutu. Passes cap a la preservació de la dignitat de les persones majors i el fonamental de les persones a la societat en totes les etapes de la vida.

En termes de salut mental, aquest anuari inclou estudis sobre el deteriorament cognitiu relacionat amb l'edat i les seves diferències de gènere, així com un projecte que utilitza el cinema documental per sensibilitzar i formar sobre l'Alzheimer. Igualment, s'analitza l'estigma associat a la malaltia de Parkinson i com impacta en els pacients, així com un estudi sobre el suïcidi en persones grans des d'una perspectiva pedagògica.

Finalment, no podem oblidar el paper de la cultura i l'art en l'envelliment. Es destaca la rellevància de la música coral en la percepció d'assoliment i qualitat de vida en les persones grans, amb el cas del Cor de l'Associació d'Alumnes i Exalumnes de la Universitat Oberta per a Majors. La participació activa en projectes culturals és fonamental per promoure un envelliment actiu i ple.

Aquest anuari, com deia al principi, no només recull estudis i dades, sinó que ens convida a reflexionar profundament sobre com abordam l'envelliment a la nostra societat. És una crida a l'acció, a crear entorns que respectin i promoguin la dignitat de les persones majors, assegurant la seva participació activa a la comunitat. L'envelliment no és només un repte, és una oportunitat per redissenyar les nostres polítiques i valors, i per garantir que totes les etapes de la vida es visquin amb plenitud i significat.

Que aquesta nova edició ens inspire a continuar promovent un envelliment saludable, actiu i respectuós, en el qual cada persona, independentment de la seva edat, trobi un lloc digne i significatiu en la nostra societat.

Guillermo Sánchez Cifre
*Conseller de Benestar Social del Consell de Mallorca i
president de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS)*

Parlar d'envelliment és parlar de la necessitat de fomentar l'autonomia de la gent gran, adequar els serveis a les seves demandes o impulsar iniciatives, perquè mantenguin uns hàbits saludables i estiguin actius i integrats dins la comunitat. Però, a més, tenint en compte com ha anat evolucionant la societat, parlar d'envelliment implica també parlar d'igualtat, de dignitat i d'empoderament.

Així ho entenem des de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) i així ho hem volgut plasmar en aquesta edició de l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2024 amb el capítol «Sexualitat i dona. Una experiència amb dones i per a dones dels centres de promoció de l'autonomia de l'IMAS». L'article fa especial èmfasi a la necessitat de conscienciar les dones grans, i tot el seu entorn, del seu dret a pensar en elles mateixes, sense autolimitacions.

Com a màxim responsable dels serveis socials a Mallorca vull agrair a la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la Universitat de les Illes Balears l'oportunitat de donar visibilitat a un projecte en el qual han participat 70 dones dels nostres centres de promoció de l'autonomia de la gent gran i que dona una passa endavant per trencar tabús, enderrocar barreres i facilitar que totes les dones, independentment de l'edat, puguin parlar obertament sobre aquest i qualsevol altre tema.

La vellesa a través de la sexualitat de les dones grans és només una de les perspectives que ens ofereix aquest Anuari de l'envelliment, un manual de referència per a totes les persones que, d'una manera o altra, es dediquen a l'àmbit social. En aquest sentit, vull agrair a tots els autors l'esforç que suposa la redacció dels articles, el temps dedicat i la generositat de compartir les seves reflexions sobre aquesta etapa vital i sobre les iniciatives i polítiques dirigides al col·lectiu.

A l'IMAS creim de manera ferma en la importància d'escoltar la veu de la gent gran i respectar la manera en què cada un ha decidit envellir. I ho feim des de les cures, des de l'acompanyament i la prevenció. I, precisament, en un any 2024 marcat per la commemoració del 30è aniversari de la nostra Secció de Foment de l'Autonomia de les Persones Majors, vull reafirmar el nostre compromís de continuar fomentant actuacions que reforcin el paper de la gent gran, que posin fi a qualsevol tipus de discriminació per raons d'edat i que contribueixin a erradicar estereotips i, per tant, a millorar-ne la qualitat de vida, com defensa l'article «Diagnòstic i intervenció sobre edatisme a Mallorca».

Aquesta edició de l'Anuari 2024 ens mostra una radiografia del dia a dia de la gent gran i també ens ofereix un punt de vista nou sobre el paper dels padrins com a cuidadors.

En l'article «Padrins que cuiden. Una realitat dins del sistema de protecció d'infància i família», professionals de l'IMAS analitzen com algunes persones grans passen de ser un suport per conciliar, a convertir-se en el referent principal dels seus nets, davant la impossibilitat que aquests infants visquin amb els seus propis progenitors.

«La dinàmica de l'acolliment per padrins està arrelada en una tradició cultural de solidaritat intergeneracional, però també respon a les noves realitats socials» reafirmen les autores. Concretament, diu l'estudi, en el 64 % dels acolliments familiars en família pròpia els infants són acollits pels seus padrins, i la majoria d'aquests exclusivament per la padrina materna.

Si bé aquesta convivència té en general conseqüències positives per a uns i altres, des de la perspectiva de l'envelliment, cal oferir una atenció especial a la gent gran que s'ha vist obligada a viure aquesta paternitat sobrevinguda i sovint no desitjada. Com es recalca en l'article, a més de l'aspecte emocional que barreja el sentiment de preocupació per la situació dels seus propis fills i el d'impotència per no poder gaudir del descans esperat amb l'arribada de la jubilació, se suma la factura que passa a costa de la seva pròpia cura «l'educació i la cura d'un infant o adolescent, que requereix un sobreesforç important».

En aquest cas, com també en el de la gent gran amb conductes addictives o en procés de rehabilitació, es requereix d'un model de cures centrat en cada persona, que tenguin en compte les necessitats particulars i promogui respostes adaptades, com es defensa en el capítol «Històries de vida: trajectòria de consum de drogues i rehabilitació en persones majors de 55 anys», on professionals de l'IMAS aprofundeixen en la realitat que viu aquest col·lectiu i la necessitat de construir itineraris de rehabilitació per a aquest perfil.

Una nova realitat de la gent gran que l'Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2024 posa sobre la taula, demostrant, un any més, que és una publicació indispensable, que ajuda a obrir els ulls i que, de ben segur, generarà més d'un debat sobre les millors maneres d'actuar per garantir el benestar de tota la gent gran.

INTRODUCCIÓ

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

Aquest anuari, el número 17, té com a objectiu, des de la seva creació, recollir les aportacions dels professionals i investigadors que treballen en temàtiques d'envelliment a Balears. Es pretén també donar a conèixer les accions, els resultats i les reflexions des de la pràctica quotidiana. El nostre interès és possibilitar i divulgar la realitat en aquest àmbit i poder reflectir la diversitat dels diferents grups d'adults majors que, en l'una o l'altra forma, il·lustren diferents maneres d'envellir. Hem sentit moltes vegades això que un envelleix com ha viscut. De manera general podem estar d'acord amb aquesta asseveració, si bé de manera concreta és possible mantenir i/o aconseguir canvis en positiu per a arribar a la vellesa amb major qualitat de vida. De fet, és així si tenim en compte les possibilitats que ofereix la informació, la formació, la recerca, la prevenció i les diferents possibilitats de les activitats i serveis orientats a aquest grup poblacional. Aquest anuari està orientat a aconseguir aquest objectiu.

Aconseguir objectius de canvi en positiu és una finalitat que compartim amb tots els grups poblacionals. En aquest cas, a més, les dades sociodemogràfiques sobre la situació i perspectives respecte a la supervivència de la població, com mai abans s'havia produït, marquen sens dubte la necessitat d'aconseguir i mantenir la qualitat de vida de la població el major temps possible. Això té connotacions àmplies i diverses en el coneixement del procés d'envellir, de l'envelliment en si, i de les particularitats de les persones que envelleixen. I es produeix en pràcticament tots els àmbits. De la salut física i psicològica, de l'alimentació, de l'economia i finances, de les relacions socials, de l'habitatge, de l'ús de les tecnologies, de l'oci i el temps lliure, de la participació, i de tants altres aspectes que formen part de les necessitats i respostes davant el fet de la longevitat de la població.

Efectivament, dades sociodemogràfiques de la població de la Unió Europea (UE), indiquen que l'edat mitjana de la població és de 43,9 anys, amb projeccions que indiquen un augment a 48,2 anys en 2050. Sobre aquest tema, el grup de població, a partir de 65 anys o més, representa el 20,6% de la població i s'estima que en 2050 serà del 29,5% de la població de la UE. Per part seva, és el grup de 85 i més anys el que creix amb major rapidesa. En el cas d'Espanya, el 6% de tota la població, i amb projeccions de creixement (Pérez et al., 2023).

Des del punt de vista geogràfic, a la UE es recull el gruix de la població major. En el cas d'Espanya, seria un dels països més envellits. Amb dades d'Eurostat (recollit en Pérez et al., 2023), són 9,5 milions de persones majors, el quart país després d'Alemanya (18,4 milions), França (14,2 milions), i Itàlia (14,1 milions). En termes relatius, Espanya, amb un 20,1% de població, està una mica per sota de la mitjana de la UE (21,1%).

En el cas de la població espanyola, tant l'augment de l'edat mitjana de la població 44,08 anys (42,76 anys per a homes i 45,35 per a dones), segons dades INE com la proporció de persones majors continua augmentant. Les dades obtingudes per diverses

fonts proporcionen dades similars als ja comentats, relatius als 9,5 milions de persones majors, entorn del 20% de la població espanyola i amb projeccions a l'alça d'entorn de set punts durant el període 2023-2040, a causa de l'arribada a la vellesa de les cohorts del *baby boom* (Pérez et al., 2023).

Tal com hem estat obtenint des de la creació d'aquest anuari, la vellesa està molt feminitzada. El percentatge de dones supera al dels homes en un 30,5%. Això està més accentuat com més gran és l'edat (Pérez et al., 2023). El fet diferencial de la supervivència femenina sent important en si mateix, ho és especialment quan s'analitza el perfil de les dones majors pel que fa a la seva situació a nivell de salut, nivell educatiu, economia i pensions, habitatge, vida en parella i suport social, cures, lloc de residència, etc. Les dones acumulen déficits en molts dels aspectes citats. D'acord amb això, encara que el seu nivell de supervivència és major que la dels homes, el seu nivell de qualitat de vida és molt inferior i necessita d'un suport important i específic a les seves necessitats.

Les dades sociodemogràfiques i les projeccions de l'envelliment són bastant clares pel que fa als diferents aspectes que necessiten ser abordats. Els percentatges parlen per si sols. La societat avança d'una manera o una altra depenent de la consciència que tinguem sobre com ha de ser una la societat per a totes les edats. Aquesta consciència orienta l'acció política respecte a les necessitats de la població, i els temes que es posen en evidència, es presenten com a necessaris per a millorar la vida de les persones. En el cas dels adults majors, a més, la nova longevitat ofereix l'oportunitat d'imaginar noves formes de vida. Tal com va quedar recollit en l'anuari de l'envelliment número 16, "La longevitat necessita una nova narrativa, una nova construcció social també secundada per la realitat de les dades de la recerca i per una perspectiva àmplia que no es redueixi als darrers anys de la vida" (Orte et al. (dir), 2023, p. 16).

Una nova narrativa recolzada amb el suport de les dades per a un major coneixement d'aquest grup de població i del procés d'envelliment de la població en general. Sobre aquest tema, i encara que la literatura sobre el tema no és molt abundant, alguns dels més importants, a més de les pensions, són la salut física, la salut mental, des de la perspectiva de la solitud no desitjada, l'edatisme en totes les seves formes i contextos i la bretxa digital. Tal com hem reflectit en els diferents anuals, l'edatisme és un dels més rellevants perquè influeix en tots els altres: projecta una imatge negativa de l'envelliment i distorsiona la percepció d'un mateix i la dels altres. Influeix i condiona la salut, les polítiques i, en definitiva, les accions que es duguin a terme destinades a aquest grup d'edat.

Bona part els aspectes comentats mostren àmplies interaccions entre si com l'envelliment saludable i la salut digital. Alguns treballs recents duts a terme per l'Organització Mundial de la Salut (WHO a Europa, 2024), plantegen la necessitat de solucions digitals

inclusives per a les persones majors per a mantenir l'habilitat funcional que possibilita l'envel·liment saludable.

En una societat envellida com la nostra, és important apostar per ambients i oportunitats de suport a una vida activa i saludable a mesura que s'envelleix. El desenvolupament tecnològic pot transformar-se per a ser més inclusiu i accessible per a tots. Sobre aquest tema, les tecnologies de salut digital presenten noves oportunitats per a secundar-la. Aquestes eines inclouen la telemedicina, els dispositius portàtils, les aplicacions mòbils i els dispositius de monitoratge. Els seus beneficis, entre altres, inclouen un millor accés als serveis d'atenció mèdica, una millor gestió de les malalties cròniques, una major independència i millors resultats de salut generals per als adults majors. Per a això és important abordar alguns aspectes que alenteixen aquest procés, degut tant a la bretxa digital com a l'edatisme de dades.

En aquesta mateixa línia de donar suport a solucions digitals inclusives, grups actius en aquest àmbit com el de Age Platform Europe (2024), han identificat quatre prioritats per a assumir aquestes solucions de manera plena i proposen el següent: 1) Recopilar i posar a disposició més dades sobre les tecnologies digitals en la vellesa, perquè les persones majors siguin realment visibles i identificant millor les bretxes, les necessitats de dur a terme accions i els avanços; 2) Abordar la discriminació per edat per a desmantellar els estereotips sobre les persones majors i el digital. El canvi de perspectiva és fonamental per a garantir que tant les polítiques com els productes i serveis estiguin dissenyats per a respondre a les necessitats de les persones sense desigualtats cada vegada majors; 3) Garantir l'accessibilitat total als recursos digitals, incloses la disponibilitat i l'assequibilitat, per a garantir que la transició digital no deixi a ningú enrere; i 4) Tenir en compte els drets humans com a brúixola de la digitalització perquè les persones s'anteposin a les tecnologies. En definitiva, la inclusió de tots els grups de població en una societat per a totes les edats també requereix apostar per la digitalització aplicada a la millora de la qualitat vida.

En aquest Anuari 2024 es presenten 22 estudis de professionals i investigadors que treballen amb les persones grans des de diferents àmbits professionals i amb diferents nivells de reflexió i propostes en aquest àmbit. Bona part d'ells aborden algunes de les qüestions comentades aplicades a la nostra realitat. Es tracta de 22 capítols duts a terme per 51 autors que, entre altres, estudien l'esperança de vida, l'edatisme, la solitud no desitjada i la bretxa digital.

Es descriuen i aborden molts aspectes relacionats amb la qualitat de vida, tant de la comunitat com a nivell personal. Entre altres continguts, l'esport, el suport social, la sexualitat, les competències digitals, les activitats musicals i d'associacionisme. També s'aborda la necessitat de l'autocura quan s'exerceixen tasques d'assistència d'altres

persones. Les aportacions de les persones majors a la societat s'inclouen en els treballs sobre la sostenibilitat ambiental i alimentària i la cura dels més petits en situacions especials de dificultat.

La diversitat de les persones majors i les diferents situacions i problemes de salut que afronten, també són objecte d'interès en treballs que tracten distintes situacions de solitud no desitjada, deterioració cognitiva, Alzheimer, Parkinson, consum de substàncies addictives i el suïcidi.

El conjunt de treballs que s'aporten en aquest anuari constitueix una petita mostra de les característiques de l'envelliment i de les persones que envelleixen, de les problemàtiques, de les accions i programes que es duen a terme, dels professionals implicats, etc. És també un estímul a la necessitat de continuar aprofundint en la realitat de l'envelliment i en les necessitats de les persones grans a Balears de forma constant. També és una invocació a analitzar els resultats de les intervencions que es duen a terme per a prevenir i/o tractar diferents problemes tenint en compte l'òptica de l'envelliment saludable que suposa adoptar mesures en múltiples sectors des d'un enfocament holístic, que tingui en compte la salut i la qualitat de vida i les abordi des de múltiples perspectives (TUI, 2021).

Donam les gràcies a totes les persones que ens acompanyen en l'elaboració d'aquest anuari, principalment als autors, i a totes les institucions que ens donen suport econòmic i logístic per dur-lo a terme.

Referències bibliogràfiques

Age Platform Europe (2024). *Digitalisation and older people. Our call to EU Policy Makers*. <https://www.age-platform.eu/about/our-vision-and-mission/>

Orte et al. (dir.) (2023). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears*. <https://catedradependencia.uib.cat/anuaris/>

Pérez, J.; Ramiro, D.; Aceituno, P.; Escudero, J.; Bueno, C.; Castillo, A.B., De las Obras-Loscertales, J.; Fernández, I., Villuendas, B. (2023). Un perfil de las personas mayores en España, 2023. Indicadores estadísticos básicos. Informes *Envejecimiento en red*, núm. 30. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2023.pdf>

Unión Internacional de Telecomunicaciones (2021). *Envejecer en un mundo digital -de vulnerables a valiosos*. ITUPublicaciones.

DIAGNÒSTIC I INTERVENCIÓ SOBRE EDATISME A MALLORCA

Diagnòstic i intervenció sobre edatisme a Mallorca

Carmen Orte Socias

Marga Vives Barceló

María Valero de Vicente

Liberto Macías González

Lidia Sánchez Prieto

Deima Jonusaityte

Resum

Les percepcions i actituds estereotipades envers l'envel·liment, la vellesa i les persones que la transiten planteja un repte multidimensional cada cop major; l'edatisme impacta sobre les diferents esferes públiques i privades que articulen el teixit social (treball, sanitat, cultura, habitatge...), impulsant, inexorablement, cap a la investigació, la promoció i la millora de les polítiques de benestar social dirigides a les persones grans, que es concreten essencials i necessàriament adaptades a les noves realitats. En aquest capítol es presenta el projecte "Diagnòstic i intervenció sobre edatisme a Mallorca", un model formatiu específic sobre l'edatisme i el model de l'atenció integral centrat en la persona (AICP) dirigit a professionals que treballen als entorns residencials de Mallorca. L'objectiu de la proposta és iniciar camí cap al desenvolupament de línies estratègiques de prevenció i d'actuació enfront a l'edatisme, cap al foment del bon tracte i la millora de la qualitat de vida de les persones grans.

Resumen

Las percepciones y actitudes estereotipadas hacia el envejecimiento, la vejez y las personas que la transitan plantean un reto multidimensional cada vez mayor; el edadismo impacta sobre las distintas esferas públicas y privadas que articulan el tejido social (empleo, sanidad, cultura, vivienda...), impulsando inexorablemente, hacia la investigación, la promoción y la mejora de las políticas de bienestar social dirigidas a las personas mayores, que se concretan esenciales y necesariamente adaptadas a las nuevas realidades. En este capítulo se presenta el proyecto "*Diagnòstic i intervenció sobre edatisme a Mallorca*", un modelo formativo específico sobre el edadismo y el modelo de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) dirigido a profesionales que trabajan en los entornos residenciales de Mallorca. El objetivo de la propuesta es iniciar el camino hacia el desarrollo de líneas estratégicas de prevención y actuación frente al edadismo, hacia el fomento del buen trato y la mejora de la calidad de vida de las personas mayores.

1. Introducció

Entenent l'edatisme com la discriminació i estereotipació sistèmica de les persones grans pel fet de ser velles (Butler, 1975), esdevé crític posar la mirada sobre l'atenció que es proporciona als contextos residencials, més concretament, dels i les professionals que acompanyen directament o indirectament les persones usuàries, que, com s'ha identificat, tenen un paper significatiu en la perpetració d'aquest tipus de discriminació, en conjunt a la societat en general i les mateixes víctimes (Tabueña et al., 2016).

El tracte edatista a les residències de gent gran (Caballero 2000, a partir de Kayser i Jones, 1990) es caracteritza per pràctiques professionals que poden conduir les persones usuàries a situacions de desprotecció, sent susceptibles de la **despersonalització** (no rebre un tracte individualitzat per assumpcions, com ara, que les persones grans, especialment aquelles amb deteriorament cognitiu, no tenen personalitat), la **deshumanització** (ser tractades com a objectes —cosificació, on s'atenen exclusivament les necessitats físiques de la persona i es deixen de banda les psicosocials), la **victimització** (mitjançant insults, agressions, estafes...) i/o la **infantilització** (ser tractades com a infants, baix l'assumpció que no tenen capacitats per autogovernar-se). Aquestes actituds i pràctiques poden ser voluntàries (s'han d'intervenir mitjançant els instruments protocol·laris i legals pertinents) o involuntàries, arran del desconeixement o la manca de sensibilització de les persones encarregades de l'atenció: és aquí on cobra especial significació la intervenció educativa com a mesura directa contra les actituds edatistes (Organització Panamericana de la Salut, 2021).

La formació específica dels professionals que treballen en els entorns residencials de Mallorca ha estat el propòsit del projecte,¹ un pla fonamentat en la recerca sistemàtica sobre l'avaluació de l'edatisme i les formacions anteriorment engegades en territori estatal, així com el disseny d'una intervenció en matèria d'edatisme i AICP, i la posterior avaluació de l'impacte formatiu, per tal d'afavorir el bon tracte cap a les persones grans institucionalitzades i ajudar a aprofundir en la temàtica d'estudi amb aportacions experiencials des del context territorial balear.

2. Objectius

Els objectius principals s'han dividit en dos, un d'inicial centrat en la recerca com a punt de partida, i un de continu (en desenvolupament en el moment de publicació del present capítol) consistent en el disseny, implementació i avaluació de la proposta.

1. Elaborar dues recerques sobre edatisme en territori estatal.
 - 1.1. Identificar instruments d'avaluació de les percepcions edatistes validats, traïduts i aplicats sobre població activa.
 - 1.2. Identificar plans i intervencions formatives sobre edatisme duts a terme en el territori i aplicats sobre població activa, específicament del sector sociosanitari.
2. Dissenyar un curs formatiu que s'articuli al voltant de l'edatisme i el model AICP, dirigit a professionals del sector sociosanitari que treballen a residències de gent gran a Mallorca.

1. Emmarcat en un conveni entre l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) i la Fundació Universitat-Empresa de les Illes Balears MP (FUEIB).

- 2.1. Implementar la proposta formativa entre grups heterogenis de categories professionals.
- 2.2. Conduir un grup de discussió heterogeni entre els professionals.
- 2.3. Avaluar l'eficàcia i transferència de la formació a partir dels instruments localitzats a l'objectiu 1, incorporant les opinions dels participants mitjançant enquestes de satisfacció de l'acció formativa.

3. Accions realitzades

3.1. Investigació de l'edatisme en l'àmbit estatal

El primer objectiu dut a terme ha consistit en dues línies de recerca bibliogràfica que fonamentarien el disseny i l'aplicació d'una proposta educativa pròpia: per una banda, instruments per avaluar l'edatisme i el grau de bon tracte a les residències de gent gran, per l'altra, formacions sobre edatisme i AICP dirigides a professionals del sector sociosanitari i en contacte directe o indirecte amb gent gran. A continuació s'exposen els resultats principals.

3.1.1. Avaluació de l'edatisme

A partir de la consulta de set bases de dades, dues equacions de recerca i els criteris d'inclusió i exclusió establerts, 21 documents han estat inclosos a l'estudi perquè es tractava de qüestionaris traduïts, validats i aplicats sobre mostra espanyola, població activa, publicats entre 2013 i 2023, basats en la revisió sistemàtica, metaanàlisi i/o estudis experimentals / quasi experimentals. D'aquests, s'han localitzat dos instruments adients a la finalitat del projecte i amb bones qualitats psicomètriques: 1) el *Cuestionario de Estereotipos Negativos hacia la Vejez* (CENVE) (Blanca et al., 2005), que avalua el grau d'estereotips negatius cap a la vellesa i l'envelliment de l'enquestat mitjançant tres dimensions (salut, motivació social, caràcter - personalitat) i 15 afirmacions; i 2) el *Professional Good Care Scale in Nursing Homes* (GCS-NH) (Pérez-Rojo et al., 2021), que mesura el grau de bon tracte que els professionals proporcionen als centres residencials de gent gran a través de la recollida de la freqüència de determinades conductes en l'últim mes, consta de quatre dimensions (humanització, absència d'infantilització, respecte, absència de victimització) i 32 afirmacions vinculades a l'edatisme en entorns residencials.

3.1.2. Intervenció educativa sobre edatisme

S'ha trobat escassa documentació sobre la matèria en el context estatal, així, de sis bases de dades consultades, quatre equacions de recerca i set documents inclosos a l'estudi que s'ajustaven als criteris d'inclusió i exclusió (formacions sobre edatisme conduïdes a Espanya, sobre població activa del sector sociosanitari, compreses entre 2013 i 2023, i

que incloguin l'avaluació pre i post intervenció), s'han considerat referents adients per a la proposta formativa els estudis: 1) *La sensibilización y la prevención de los malos tratos a las personas mayores. Una mirada sobre los abusos y los malos tratos que afectan a las personas mayores* (Tabueña et al., 2016), un recull de píndoles-tallers sobre l'edatisme, els drets de les persones grans, el maltractament i les relacions familiars que inclou materials d'accés lliure amb la presentació de cada taller, els objectius de les sessions, els continguts teòrics i activitats/dinàmiques a posar en pràctica amb els participants; 2) *Prevention of Older Adult Infantilization by Nursing Home Professionals: An Intervention Program* (Noriega et al., 2023), un programa psicoeducatiu sobre humanització, atenció individualitzada, promoció de la independència i contra la infantilització; i 3) *A training intervention to reduce paternalistic care and promote autonomy: a preliminary study* (Sánchez et al., 2019), una formació conductual sobre el paternalisme i la modulació cap al tracte que fomenta l'autonomia de les persones usuàries.

3.2. Formació en edatisme als entorns residencials de Mallorca

En el moment de publicació d'aquest capítol, la formació sobre edatisme i AICP emmarcada en el projecte ha estat implementada en dues residències de gent gran gestionades per l'IMAS, de les quals s'exposen les diferents accions realitzades abans, durant i després d'aquestes.

3.2.1. Disseny de la proposta formativa

Seguidament es mostra el disseny dels continguts formatius (taula 1), dividit en quatre mòduls i presentat a la primera sessió presencial en format digital.

Taula 1 Continguts de la formació sobre edatisme en entorns residencials		
Mòdul	Continguts	Dinàmiques
00. AICP, document de lectura preformació	Introducció, fonaments, principis, drets i criteris, recursos AICP	Lectura del document i visionat del vídeo <i>Me llamo Carmen</i> (Gauna, 2009) preformació
01. Estereotips i identificació	Conceptes previs, tipologies d'edatisme, estereotips vs. realitat, accions	Reflexió sobre el vídeo, registre individual de situacions edatistes al quadern d'activitats
02. AICP i solitud	Tipologies de maltractament i prevenció, solitud	<i>Role play</i>
03. Com ens sentim? Benestar de la persona gran i de la cuidadora	Benestar de la persona gran, <i>burnout</i> i estratègies d'afrontament	Identificació d'emocions amb la roda dels sentiments
04. Període d'observació	Fase 1. Graella de registre Fase 2. Anàlisi dels registres	Fase 1. Presentació Fase 2. Grups de discussió

Font: elaboració pròpia.

Quant al desenvolupament de la formació, la distribució dels participants s’ha conduït amb agrupacions heterogènies de tipologies professionals. Les dues implementacions han comptat amb l’equip tècnic de la UIB així com amb la coordinadora de l’Observatori de Persones Majors de Mallorca (OMM). L’estudi pilot ha comptat amb dues persones formadores expertes per grup, i la segona implementació amb un expert. Les fases formatives han consistit en:

- a) **avaluació de les percepcions edatistes** abans de la primera sessió formativa presencial mitjançant el qüestionari d’actituds edatistes pretest, administrat digitalment i dividit en tres blocs: 1) clàusula de confidencialitat, dades sociodemogràfiques, formació prèvia en edatisme, tracte amb usuaris i contacte amb persones grans fora l’entorn laboral; 2) qüestionari CENVE; 3) qüestionari GCS-NH.
- b) **sessió presencial 1**, formació sobre edatisme en entorns residencials. Les dinàmiques de cada bloc han estat registrades a través d’un quadern d’activitats físic.
- c) **període d’observació**, en què els participants han registrat situacions disruptives edatistes en l’entorn residencial al llarg de dues setmanes amb una graella lliurada físicament.
- d) **qüestionari d’actituds edatistes** posttest, amb els mateixos continguts, elaborat després de la primera sessió presencial.
- e) **sessió presencial 2**, d’exploració mitjançant grups de discussió heterogenis, en què s’han presentat els resultats recollits del període d’observació amb l’objectiu d’estudiar les situacions registrades, presentar-ne de noves no registrades, cercar possibles solucions i enllaçar-les amb els continguts de la formació. La sessió ha finalitzat amb una breu enquesta de satisfacció de l’activitat formativa lliurada físicament.

3.2.2. Estudi pilot 2023

La primera implementació s’ha conduït a la Residència d’Ancians d’Huialfàs, a Sa Pobla, entre finals del 2023 i principis del 2024 (taula 2).

Taula 2 | Temporalització d’accions de l’estudi pilot a la residència d’Huialfàs

Accions del projecte	Període	Mes
A01. Recerca bibliogràfica i informe de resultats	25/09 al 09/10	Set.
A02. Revisió de propostes a partir de l’informe	10/10 al 15/10	Oct.
A03. Proposta definitiva i esborrany dels continguts	16/10 al 29/10	
A04. Disseny definitiu dels continguts formatius	30/10 al 08/11	Nov.
A05. Participants emplenen qüestionari d’actituds pretest	13/11 al 20/11	
A06. Sessió presencial 1: formació sobre edatisme en entorns residencials	Grups 1, 2: 21/11 Grup 3: 24/11	

continua

Accions del projecte	Període	Mes
A07. Període d'observació de situacions edatistes	27/11 al 07/12	Des.
A08. Participants emplenen qüestionari d'actituds posttest	04/12 al 11/12	
A09. Sessió presencial 2: grups de discussió	Grup 1: 12/12 Grup 2: 19/12	
A10. Anàlisi dels resultats de la proposta formativa		Gen.

Font: elaboració pròpia.

3.2.2.1. Mostra

L'edat mitjana de la mostra s'ha situat en 47.92 anys ($SD= 11.82$), amb els perfils professionals d'infermers i auxiliars, personal de serveis, coordinació assistencial i direcció, i una mitjana de 8.4 anys ($SD= 9.09$) ocupant el lloc de treball. El 12,5% s'ha compost per homes. El 85% ha indicat tenir tracte directe amb les persones residents en el lloc de treball, i un 20% de la mostra ha rebut formació prèvia sobre edatisme, amb una mitjana de 5.3 hores cursades ($SD= 7.22$).

3.2.2.2. Formació

Dels 46 professionals participants inicialment, 32 han completat les dues sessions formatives presencials. La sessió 1, de dues hores, s'ha dividit en tres grups de treball: dos d'impartits en simultani el mateix dia (grup 1 amb 14 participants, i grup 2 amb 15), i un en dia distint amb 17 participants. La sessió 2, amb una durada d'una hora, s'ha dividit en dos dies diferents i dos grups de treball, el primer amb 16 participants i el segon amb 18.

3.2.2.3. Resultats

Tot plegat, de les accions educatives desenvolupades, a continuació es resumeixen alguns dels principals resultats de l'estudi pilot, agrupats per:

- a) **Qüestionaris d'actituds.** La pèrdua mostral en l'aplicació dels dos (CENVE i GCS-NH) ha estat del 50% del pre al post test. Així, del primer, la puntuació mitjana total ha mostrat un nivell baix d'estereotips negatius cap a l'envelliment, encara que es destaca com el nivell «molt baix» d'estereotips passa d'un 45% en la preformació a un 50% després d'aquesta. Quant al GCS-NH, les diferències en les puntuacions pre i post test no es poden considerar rellevants per la baixa mida mostral i l'alta mortandat experimental, de manera que no s'ha pogut afirmar si els resultats milloren o empitjoren amb la mostra actual.
- b) **Període d'observació.** Un 26% dels participants han lliurat un total de 12 graelles d'observació de les conductes edatistes que han pogut veure en ells mateixos, en altres professionals o entre els usuaris del centre, amb 33 registres en total. Les principals situacions disruptives s'han observat al menjador, conductes dels

residents no d'acords amb les normes (negativa a menjar, a seguir la dieta pautada, etc.) i altres relacionades amb els professionals (ús del mòbil en temps de treball, interrupcions a les reunions de grup).

- c) **Grups de discussió.** La taula 3 recull les situacions disruptives més freqüents i algunes propostes de millora sorgides a partir de les reflexions dels professionals.

Taula 3 | *Resultats dels grups de discussió*

	Situació disruptiva freqüent	Propostes de millora
Professionals	Tracte infantil i cosificador dels residents	Formació sobre edatisme i AICP
	Comentaris en els passadissos sobre assumptes personals dels residents	Tractar la temàtica exclusivament amb l'afectat
	Manca d'informació sobre els residents (personal de nova incorporació)	Establir figura referent i xerrades orientadores grupals
Residents	Increment de les faltes de respecte	Comunicació més fluida amb els residents i abordar la situació en equip gran (sistema)
	Descens de participació en activitats programades	Increment d'activitats més engrescadores (sortides organitzades), especial incidència amb residents sense família i els menys autònoms (més elements facilitadors)
Famílies	No se'n destaquen	
Sistema	Organització: retards en torn de matí originats de les tasques habituals (canvis de roba, residents que es neguen, s'escapen...)	Ajuda d'altres companys amb les tasques finalitzades i comunicació entre els grups professionals

Font: elaboració pròpia a partir de les transcripcions de les sessions de discussió.

- d) **Enquestes de satisfacció.** S'han recollit 34 registres de satisfacció, amb una valoració global de 4.2 punts sobre 5, en què els aspectes més positius han estat la temàtica de la formació (conceptes i situacions exposades) i la metodologia (els grups de discussió han facilitat la comunicació entre els professionals de diferents categories professionals), i l'aspecte a millorar des de la perspectiva dels participants ha estat l'organització del curs (manca de temps per abordar la temàtica en profunditat).

3.2.2.4. Conclusions de l'estudi pilot

Arran de les impressions recollides tant pels formadors, el personal de suport, com dels mateixos participants i els diferents registres elaborats, s'han conclòs diversos aspectes susceptibles de canvi per a les propostes futures: 1) les pèrdues mostrals als qüestionaris d'actituds (necessitat de fer un seguiment més reforçat, així com d'informar de la

rellevància del seu compliment), 2) la baixa participació en el període d'observació (es conclou la possibilitat de presentar les graelles de registre anònimes) i 3) la temporalització formativa (s'ha de replantejar per oferir sessions més perllongades i/o reduir els continguts per poder aprofundir més en els més importants).

3.2.3. Segona implementació 2024

Aquesta experiència formativa, engegada el 2024 (vegeu taula 4) a la Residència d'Ancians Son Caulelles (Pòrtol), ha estat precedida per alguns canvis a fi d'atendre les conclusions de la formació anterior, així com cercar una contínua millora de la proposta:

- a) Abans de la formació presencial: s'ha eliminat el document de lectura prèvia sobre AICP baix acord entre l'IMAS i l'equip del projecte.
- b) Qüestionaris d'actituds: se n'ha facilitat l'accés incloent-lo dins el cartell informatiu de les sessions presencials en format QR, penjat al centre residencial.
- c) Continguts formatius: encara que s'han mantingut els quatre blocs formatius, el mòdul 2 ha estat lleugerament comprimit.
- d) Període d'observació: les graelles de registre de situacions edatistes a l'entorn laboral han passat a ser anònimes per comprovar si s'incrementa la participació.
- e) Durada de la formació: s'ha perllongat en el temps arran dels suggeriments de millora projectats a l'experiència d'Huialfàs.

Taula 4 | Temporalització d'accions de la segona implementació formativa

Accions del projecte	Període	Mes
A01. Reunió organitzativa IMAS, equip del projecte i Residència Son Caulelles	19/03	Març
A02. Reunió de l'equip del projecte: distribució formadors, adaptacions	25/03	
A03. Proposta formativa definitiva	25/03 al 05/04	Abril
A04. Participants emplenen el qüestionari d'actituds pretest	10/04 al 15/04	
A05. Sessió 1 de la formació presencial	Grup 1: 16/04 Grup 2: 18/04 Grup 3: 22/04 Grup 4: 24/04	
A06. Període d'observació	24/04 al 07/05	
A07. Participants emplenen el qüestionari d'actituds posttest	07/05 al 15/05	Maig
A08. Sessió presencial 2: grups de discussió	Grup 1: 07/05 Grup 2: 09/05 Grup 3: 13/05 Grup 4: 15/05	
A09. Anàlisi de resultats	15/05 al 02/06	
A10. Presentació del projecte a l'OMM	03/06	

Font: elaboració pròpia.

3.2.3.1. Mostra

L'edat mitjana de la mostra s'ha situat en 39.30 anys ($SD= 11.88$), amb un 79,1% de dones i el nivell d'estudis mitjà com el més freqüent (55,2%), seguit de la secundària, el superior universitari, el no universitari i altres nivells d'estudis. La categoria professional més repetida ha estat auxiliar d'infermeria, amb un 55,2%, seguida del personal de serveis, altres, infermeria, administració, direcció, psicologia, teràpia ocupacional i treball social, i una mitjana de 3.82 anys ($SD= 6.35$) ocupant el lloc de treball. Un 82,1% de les persones enquestades ha indicat tenir tracte directe amb les persones usuàries en el seu lloc de treball, i un 4,5% ha rebut formació sobre edatisme prèviament.

3.2.3.2. Formació

La formació ha comptat amb un total de 104 participants, dels quals 67 professionals han completat correctament els qüestionaris d'actituds edatistes pre i post formació, i 89 han assistit a les dues sessions formatives presencials. La primera sessió ha durat 2.5 hores, i s'ha dividit en quatre grups de treball heterogenis, distribuïts en: grup 1 amb 28 participants, grup 2 amb 25, grup 3 amb 27 i grup 4 amb 23. La sessió 2, amb una durada de dues hores, també s'ha distribuït en quatre grups: el primer amb 22 participants, seguit del segon amb 23, el tercer amb 20 i el quart amb 25. En total, la formació s'ha desenvolupat entre 36 dies, dels quals vuit s'han destinat a les sessions presencials.

3.2.3.3. Resultats

Els principals resultats de la segona implementació, seguint les categories de l'anterior:

- a) **Qüestionaris d'actituds.** Respecte al CENVE, les tres dimensions i el total de les puntuacions projecten una millora quant a les percepcions estereotipades dels participants després de cursar la formació; es destaca el nivell «molt baix» d'estereotips, que passa d'un 43% en el pretest a un 58% en el post. Quant al GCS-NH, els resultats han indicat un gran marge de millora sobre el bon tracte residencial, ja que la puntuació global empitjora al posttest (dues dimensions puntuen pitjor i les altres dues no mostren diferències).
- b) **Període d'observació.** Encara que s'han pogut recollir més tipologies de situacions edatistes (atesa la magnitud de la mostra), la participació ha estat similar a la formació del 2023, amb un 23% de graelles lliurades, i un total de 69 conductes registrades. Els registres més freqüents s'han observat en altres professionals i es relacionen amb el tracte usuari-cuidador (28), seguits de situacions pròpies i observades en altres professionals en el context de la higiene (15), el menjador (9) i dormir (8), en suma a les conductes observades entre els usuaris (3), totes relacionades amb les agressions.

c) **Grups de discussió.** A la taula 5 es presenta una pinzellada de la informació recollida a partir d'allò exposat al llarg de les quatre sessions de discussió celebrades.

Taula 5 | *Alguns resultats dels grups de discussió*

	Situació disruptiva freqüent	Propostes de millora
Bany i higiene	Ús del bolquer, anades freqüents al bany	Principi d'autonomia protocol·lari (l'usuari ha d'anar-hi si és capaç d'adonar-se'n)
	Negació a la higiene	Tenir presents els hàbits de la persona abans de la seva vida residencial. Negociació i aproximacions successives
Menjador	Disgust pel menjar, negació a la dieta pautada, a menjar	Explicació prèvia (les vegades que siguin necessàries), davant usuaris amb deteriorament cognitiu, el llenguatge de l'afecte (somriure, calidesa, to de veu...)
Dormir	Confusions horàries	Aproximació amb calidesa
Usuari-cuidador	Infantilisme	Mirades, somriure, tacte per mostrar afecte, evitar diminutius i infantilismes
	Peticions d'ajuda (vida diària)	Principi de la protecció de les capacitats conservades i l'autonomia (observar i deixar fer fins on la persona pugui arribar sola)

Font: elaboració pròpia a partir dels registres dels participants als grups de discussió.

d) **Enquestes de satisfacció.** S'han recollit 90 registres de satisfacció, amb una valoració global de 3.9 punts sobre 5, en què els aspectes més positius han estat la temàtica de la formació (edatisme) i la metodologia (els grups de discussió), i l'aspecte a millorar des de la perspectiva dels participants s'ha relacionat amb els continguts del curs (els enquestats consideren que es necessiten més materials adreçats a l'atenció de les persones usuàries amb deteriorament cognitiu avançat).

3.2.3.4. Conclusions de la segona implementació formativa

D'aquesta segona implementació i seguint l'objectiu de millorar les formacions futures, es conclou que:

1. L'increment de participació als qüestionaris d'actituds ha estat possible gràcies al seguiment continuat de l'IMAS, el centre residencial i l'equip del projecte del compliment d'aquests. Es recomana seguir la mateixa coordinació per al futur. També s'han destinat uns minuts abans d'iniciar els grups de discussió perquè els participants completessin el posttest.
2. L'anonimat de les graelles d'observació de situacions edatistes no ha ajudat a incrementar la participació. S'ha d'aprofundir en l'origen i cercar noves vies de

millora. Es proposa donar més garanties d'anonimat i incloure un esquema de la formació completa als cartells informatius, amb totes les fases que fan certificar-la.

3. Atenent les enquestes de satisfacció, es proposa incloure més continguts relacionats amb les persones usuàries amb deteriorament cognitiu avançat.

3.2.4. Divulgació

Les accions divulgatives d'un projecte d'aquestes característiques cobren especial rellevància atesa l'escassa literatura localitzada a les revisions bibliogràfiques iniciades el 2023. Així, la primera passa s'ha donat amb la seva difusió a través de la revista digital *Geriatricarea* el maig del 2024, una segona amb la publicació del present capítol i la següent, amb la publicació del llibre *Edadismo en centros residenciales. Una propuesta formativa para erradicarlo* (en procés en el moment de la publicació d'aquest anuari).

4. Conclusions

Treballar l'edatisme des de la prevenció i la intervenció és fonamental per prevenir problemes de salut i de salut mental i millorar la qualitat de vida de les persones grans. En aquest capítol hem presentat els resultats de la formació dels professionals duta a terme en dues residències de persones grans de Mallorca emmarcada en una recerca aplicada basada en evidència científica en edatisme en entorns residencials de caràcter innovador. La investigació ha plantejat el repte de dissenyar una formació basada en indicadors d'evidència científica, tenint també present l'avaluació d'aquesta. La participació dels professionals que serien formats és bàsica, així com també disposar d'un temps per reflexionar sobre els aprenentatges fets, ja que treballar les actituds requereix un temps més enllà d'una sessió formativa de dues hores.

Un altre aspecte important a tenir en compte és l'aplicació del treball en xarxa com a eix bàsic per poder dur a terme l'aplicació del projecte d'investigació i tenir un impacte tant en els professionals formats com en els usuaris dels centres residencials. El treball coordinat entre l'equip investigador i els referents per a la seva aplicació de l'IMAS ha estat bàsic. Aquesta coordinació ha fet efectiu un impacte directe no sols en els professionals que han participat en la formació, sinó també en els usuaris dels centres residencials, millorant l'atenció centrada en la persona des d'una mirada no edatista.

A més, el disseny de la formació ha permès una formació basada en l'evidència adaptada a la realitat del centre residencial on s'ha fet la formació pilot, demostrant la possibilitat d'adaptar aquesta formació a d'altres centres residencials i centrada en la mirada i experiència de tots i cada un dels professionals que hi treballen. Millorar

les intervencions de tots i cada un dels professionals que treballen de forma directa o indirecta amb les persones grans que viuen a centres residencials, millora no sols la qualitat de vida de les persones grans (i consegüentment, els efectes positius que té en la seva salut física, psicològica i social), sinó també els professionals que els atenen, i demostra també que treballar a un entorn on el treballador se sent a gust millora la seva eficàcia i disminueix, entre d'altres, despeses com baixes laborals.

Per concloure, volem destacar com a eix innovador la inclusió dins el disseny de la participació activa dels professionals als qui es forma. Aquesta veu, recollida no sols als qüestionaris, a les sessions formatives sinó també als instruments de registre i a la seva reflexió posterior a través dels grups de discussió, ha mostrat la necessitat d'una feina conjunta entre els diferents professionals que treballen al centre residencial, on és bàsic treballar en un procés comunitari participatiu per millorar la qualitat de vida de les persones destinatàries del projecte (persones grans) i, al mateix temps, millorar les condicions laborals (a nivell organitzatiu, per exemple) dels professionals que hi treballen. A més, serà necessari ser un centre obert a la seva comunitat, treballar amb les famílies, amb centres escolars del seu entorn... amb tots aquells serveis i institucions que envolten el centre per oferir la millor resposta a les necessitats i demandes de cada persona gran. Cal ser conscients que algunes d'aquestes propostes són també estructurals, per tant, necessiten l'administració pública per implementar-se, i que de ben segur milloraran la qualitat, flexibilitat i agilitat del sistema de serveis socials.

Referències bibliogràfiques

Blanca, M., Sánchez, C. i Trianes, M. (2005). Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-220.

Butler, R. N. (1975). *Why Survive? Being Old in America*. Harper & Row.

Caballero, J. (2000). Consideraciones sobre el maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 10, 177-188.

Gauna, A. (director) 2009. *Me llamo Carmen* [documental]. Cáritas Diocesanas El Buen Samaritano.

Noriega, C., Pérez-Rojo, G., Velasco, C., Carretero, M., López-Frutos, P., Galarraga, L., i López, J. (2023). Prevention of Older Adult Infantilization by Nursing Home Professionals: An Intervention Program. *Journal of Applied Gerontology*, 42(7), 1620-1630. <https://doi.org/10.1177/07334648231159981>

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>

Pérez-Rojo, G., López, J., Noriega, C., Martínez-Huertas J., i Velasco, C. (2021). Validation of the professional good care scale in nursing homes (GCS-NH). *BMC Geriatrics*, 21, 251. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02199-6>

Sánchez-Izquierdo, M., Santacreu, M., Olmos, R., i Fernández-Ballesteros, R. (2019). A training intervention to reduce paternalistic care and promote autonomy: a preliminary study. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 1515-1525. <http://doi.org/10.2147/CIA.S213644>

Tabueña, M. L., Muñoz, J. I, i Fabà, J. R. (2016). *La sensibilización y la prevención de los malos tratos a las personas mayores. Una mirada sobre los abusos y los malos tratos que afectan a las personas mayores. Violencia: tolerancia cero. Programa de prevención de la Obra Social "la Caixa"*. Fundación Bancaria "la Caixa".

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 des de 2006. Té sis quinquennis de docència reconeguts i cinc sexennis de recerca. Té activa l'excel·lència investigadora. Quant a publicacions, té 241 articles en revistes nacionals i internacionals; 517 aportacions en llibres i capítols de llibre; 600 aportacions en congressos i conferències nacionals i internacionals. Es troba en el rànquing de les cinc mil investigadores més destacades a Espanya, segons el CSIC (2022). És la investigadora principal 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 la va dirigir fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'*Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*. Igualment és la directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC) de la UIB. Va crear la International Summer Senior University. Entre 2018 i 2019 fou directora general de l'Institut de la Gent Gran i Serveis Socials (Imsero) del Govern d'Espanya. Membre de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca (IMAS) i participant de la comissió Promoció de l'autonomia.

MARGA VIVES BARCELÓ

Llicenciada en Psicopedagogia i doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la Universitat de les Illes Balears. Professora permanent laboral del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Cap d'estudis d'Educació Social i Educació Social en línia 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. Va fer una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballar amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida de la gent gran. Membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca (IMAS) i participant, entre d'altres, en la Comissió de Protecció del Major.

MARÍA VALERO DE VICENTE

Oriola (1988). Doctora en 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 permanent laboral 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. Participant a la comissió d'Atenció a la dependència de l'Observatori de les Persones Majors.

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 Envel·liment Actiu, Qualitat de Vida i Gènere (CSIC). Professor ajudant doctor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Ha estat tècnic especialista i coordinador tècnic de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) des de l'any 2007 fins a 2021. Ha estat membre de la comissió de treball de promoció de l'autonomia de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca (IMAS). Entre les seves línies de recerca destaquen la qualitat de vida i l'aprenentatge al llarg de tota la vida, així com les persones grans LGTBIQ+. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Guardonat amb el «Premi d'Investigació Adoración Holgado Sánchez 2020» de l'Associació Estatal de Programes Universitaris per a Majors (AEPUM).

LIDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadix (1984). Doctora en Ciències de l'Educació amb Menció Internacional i llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). És psicòloga general sanitària. 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. Les seves línies de recerca principals són els programes de prevenció basats en l'evidència, la formació de professionals de programes preventius, i tècniques i estratègies d'intervenció psicològica.

DEIMA JONUSAITYTE

Kaunas (1993). Graduada en Belles Arts a la Universitat Politècnica de València (2015). Obtingué el Màster en Formació del Professorat a la Universitat de les Illes Balears (2022). Ha treballat com a tècnica en un projecte d'anàlisi qualitativa de la realitat de les persones grans LGTBI a Mallorca, i ha publicat un estudi pràctic sobre el treball de les habilitats emocionals a través del còmic. Il·lustradora, maquetista editorial i educadora.

**EL QUE AMAGA LA MILLORA DE
L'ESPERANÇA DE VIDA A ESPANYA
I BALEARS A LES EDATS ADULTES
(1990-2022)**

El que amaga la millora de l'esperança de vida a Espanya i Balears a les edats adultes (1990-2022)

Myriam García Olalla

Eliseo Navarro Arribas

Pilar Requena Cabezuelo

Resum

En aquest treball s'analitza l'evolució de l'esperança de vida a partir de l'edat de 50 anys a Espanya i les illes Balears durant el període 1990-2022. En particular, aquest estudi se centra a analitzar quina ha estat la contribució de la disminució de les taxes de mortalitat de cada edat en l'augment de l'esperança de vida per a edats adultes. S'ha de tenir en compte que, per exemple, disminucions lleugeres de les taxes de mortalitat en edats joves poden emascarar augments importants de les taxes de mortalitat en edats més avançades, de tal forma que un augment de l'esperança de vida pot amagar comportaments negatius en la mortalitat d'alguns col·lectius, i en particular, en la mortalitat de les persones d'edats més avançades o viceversa.

A més, les millores en l'esperança de vida no són constants al llarg del temps, tal com demostren les dades analitzades en aquest estudi, i es pot observar un alentiment clar en l'increment de l'esperança de vida en els darrers anys en alguns grups d'edat, així com una recuperació clara de l'esperança de vida d'Espanya després de la caiguda causada per la pandèmia.

En qualsevol cas, en aquest treball s'analitza de manera independent l'evolució de l'esperança de vida de la població masculina i femenina, poblacions que presenten diferències importants. També s'ha comparat el comportament de la població espanyola en conjunt amb la població de les illes Balears, i de nou s'han observat diferències significatives en alguns dels períodes que cobreix aquest estudi.

Una de les particularitats d'aquest treball és de caràcter metodològic. En particular, s'han graduat les taxes de mortalitat utilitzant mètodes no paramètrics que permeten estimar les taxes de mortalitat edat a edat, i eliminar part de la volatilitat pròpia d'un fenomen estocàstic com és el nombre de defuncions.

Les conclusions principals de l'estudi són que l'increment que ha experimentat l'esperança de vida als 50 anys en el període analitzat (1990-2022) és conseqüència, en el cas de la població femenina d'ambdues poblacions, de la disminució de les taxes de mortalitat, sobretot, en el rang d'edat entre els 70 i els 90 anys. Per a la població masculina, trobam diferències entre Espanya i les Illes Balears. En la primera, el rang d'edats en el qual la disminució de les taxes de mortalitat té més influència en l'increment de l'esperança de vida és entre els 64 i els 85 anys; a les Illes Balears, el rang d'edats amb més impacte en l'esperança de vida abasta des dels 55 fins als 85 anys. No obstant això, s'ha d'assenyalar que s'ha detectat un alentiment en l'increment de l'esperança de vida en la població espanyola des de 2015, i des de 2010 en la població balear. Un altre fenomen destacable que queda amagat en l'esperança de vida als 50 anys és l'estancament preocupant, i fins i tot l'increment, de les taxes de mortalitat

de la població femenina al voltant dels 60 anys d'edat a partir de les dates que acabam d'indicar.

Respecte a les diferències entre l'esperança de vida de la població espanyola i balear cal assenyalar que, encara que es comparteix la tendència global d'augment de l'esperança de vida, l'evolució no ha estat sempre similar, amb períodes en els quals ambdues poblacions han diferit de manera substancial.

Resumen

En este trabajo se procede al análisis de la evolución de la esperanza de vida a partir de la edad de 50 años en España y las islas Baleares durante el período 1990-2022. En particular, este estudio se centra en analizar cuál ha sido la contribución de las tasas de mortalidad de cada edad (año a año) en el aumento de esperanza de vida para edades adultas. Debe tenerse en cuenta que, por ejemplo, ligeras disminuciones de las tasas de mortalidad en edades jóvenes pueden enmascarar aumentos importantes de las tasas de mortalidad en edades más avanzadas de tal forma que un aumento de la esperanza de vida puede esconder comportamientos negativos en la mortalidad de determinados colectivos y, en particular, en la mortalidad de las personas de edades más avanzadas o viceversa.

Por otra parte, las mejoras en la esperanza de vida no son constantes a lo largo del tiempo tal y como demuestran los datos analizados en este estudio y se puede observar, para algunos grupos de edad, una clara ralentización en el incremento de la esperanza de vida así como una significativa recuperación de la esperanza de vida de España después de la caída producida por la pandemia.

En cualquier caso, en este trabajo se analiza de forma independiente la evolución de la esperanza de vida de la población masculina y femenina, poblaciones que presentan diferencias importantes. También se ha procedido a comparar el comportamiento de la población española en su conjunto con la población de las islas Baleares pudiendo observarse de nuevo diferencias significativas en algunos de los períodos cubiertos por este estudio

Una de las particularidades de ese trabajo es de carácter metodológico. En particular, se ha procedido a la graduación de las tasas de mortalidad utilizando métodos no paramétricos que permiten estimar las tasas de mortalidad edad a edad, eliminando parte de la volatilidad propia de un fenómeno estocástico como es el número de defunciones.

Las principales conclusiones del estudio son que el incremento experimentado por la esperanza de vida a los 50 años en el período analizado (1990-2022), es consecuencia,

en el caso de la población femenina de ambas poblaciones, de la disminución de las tasas de mortalidad, sobre todo, en el rango de edad comprendido entre 70 y 90 años. Para la población masculina encontramos diferencias entre España y Baleares; en la primera, el rango de edades en el que la disminución de las tasas de mortalidad tiene mayor influencia en el incremento de la esperanza de vida es entre los 64 y los 85 años; en Baleares, el rango de edades con mayor impacto en la esperanza de vida abarca desde los 55 hasta 85 años. Sin embargo, cabe señalar que se ha detectado una ralentización en el incremento de la esperanza de vida en la población española desde 2015, ralentización que se inicia en 2010 en el caso de la población balear. Y otro fenómeno destacable que queda escondido en la esperanza de vida a los 50 años es el preocupante estancamiento e incluso incremento de las tasas de mortalidad de la población femenina en torno a los 60 años de edad a partir de las fechas que terminamos de indicar.

Y respecto a las diferencias entre la esperanza de vida de la población española y balear cabe señalar que, aunque se comparte la tendencia global de aumento de la esperanza de vida, la evolución no ha sido siempre similar con períodos en los que ambas poblaciones han diferido sustancialmente, entre otros, los años más afectados por la pandemia (2020-2023).

1. Introducció

En aquest treball es procedeix a l'anàlisi de l'evolució de l'esperança de vida¹ a partir de l'edat de 50 anys tant a nivell nacional com a nivell de les illes Balears durant el període 1990-2022. La particularitat d'aquest estudi radica en el fet que se centra en analitzar no sols com ha evolucionat l'esperança de vida des de 1990 sinó que tracta de treure a la llum en quins grups d'edat i en quins períodes s'ha produït la millora efectiva de la mortalitat tractant de quantificar com ha estat l'impacte de la disminució de les taxes de mortalitat en cada edat en l'increment de l'esperança de vida.

S'ha de tenir en compte que concentrar-se en els increments de l'esperança de vida pot amagar comportaments molt dispars en les taxes de mortalitat de determinats grups d'edat. Per això aquest estudi se centra a analitzar quina ha estat la contribució

1. En particular, aquest treball se centra en l'esperança de vida completa o «complete expectation of life», denotada habitualment per $\hat{e}_x$, enfront de l'esperança de vida pròpiament dita «expected remaining lifetime», denotada per $\hat{e}_x^-$. No resulta difícil comprovar que la primera és una aproximació a la segona (vegeu Pitacco et al. 2009), és a dir, que $\hat{e}_x \approx \hat{e}_x^-$. D'altra banda, la denominada esperança de vida abreujada o «curtate expectation of life», denotada com e_x , pot definir-se com l'esperança a l'edat x del nombre «sencer» d'anys per viure fins a la defunció, verificant-se que, $\hat{e}_x = e_x + 1/2$, on e_x és l'esperança de vida abreujada o «curtate expectation of life».

de la disminució de les taxes de mortalitat de cada edat en l'augment de l'esperança de vida per a edats adultes. S'ha de tenir en compte que, per exemple, lleugeres disminucions de les taxes de mortalitat en edats joves poden emmascarar augments importants de les taxes de mortalitat en edats més avançades de tal forma que un augment de l'esperança de vida pot amagar comportaments negatius en la mortalitat de determinats col·lectius, i en particular en la mortalitat de les persones d'edats més avançades o viceversa. Per aquesta raó aquest estudi se centrarà a analitzar quina ha estat l'aportació de les disminucions (o augments) de les taxes de mortalitat de cada edat a l'increment de l'esperança de vida en edats avançades.

D'altra banda, les millores en l'esperança de vida no són constants al llarg del temps tal com demostren les dades analitzades en aquest estudi i es pot observar un clar alentiment en l'increment de l'esperança de vida en els últims anys en alguns grups d'edat així com una clara recuperació de l'esperança de vida d'Espanya després de la caiguda produïda per la pandèmia, tal com ja es posava de manifest en estudis anteriors sobre l'impacte de la pandèmia en la població espanyola i balear (García-Olalla et al., 2023). Això sí, les millores en l'esperança de vida i el seu alentiment en l'última dècada són conseqüència de les variacions en les taxes de mortalitat de determinats grups d'edat.

En qualsevol cas, en aquest treball s'analitza de manera independent l'evolució de l'esperança de vida de la població masculina i femenina, que com es veurà més endavant també presenta diferències importants. També s'ha procedit a comparar el comportament de la població espanyola en el seu conjunt amb la població de les illes Balears podent observar-se de nou diferències significatives en alguns dels períodes coberts per aquest estudi.

Una de les particularitats d'aquest treball és de caràcter metodològic, ja que, per a poder obtenir una imatge més clara de l'evolució de l'esperança de vida, sobretot quan s'analitzen les variacions any a any, s'ha procedit a la graduació de les taxes de mortalitat utilitzant mètodes no paramètrics que permeten estimar les taxes de mortalitat edat a edat, eliminant part de la volatilitat pròpia d'un fenomen estocàstic com és el nombre de defuncions. Això permet, d'igual forma, eliminar almenys en part, les oscil·lacions any a any de l'esperança de vida que són degudes a variacions purament aleatòries del nombre de defuncions en cadascuna de les edats analitzades.

Les principals conclusions de l'estudi són que l'increment experimentat per l'esperança de vida als 50 anys, en el període analitzat (1990-2022), és conseqüència en el cas de les dones de totes dues poblacions de la disminució de les taxes de mortalitat, sobretot, en el rang d'edat comprès entre els 70 i 90 anys. Per a la població masculina trobem diferències entre Espanya i Balears; en la primera, el rang d'edats en el qual la

disminució de les taxes de mortalitat té més influència en l'increment de l'esperança de vida és entre els 64 i els 85 anys; a les illes Balears, el rang d'edats amb major impacte en l'esperança de vida abasta des dels 55 fins a 85 anys. No obstant això, s'ha d'assenyalar que s'ha detectat un alentiment en l'increment de l'esperança de vida en la població espanyola des de 2015, i des de 2010 en la població balear. I un altre fenomen destacable que queda amagat en l'esperança de vida als 50 anys és el preocupant estancament i fins i tot increment de les taxes de mortalitat de la població femenina al voltant dels 60 anys d'edat a partir de les dates que acabem d'indicar.

I respecte a les diferències entre l'esperança de vida de la població espanyola i balear cal assenyalar que, encara que es comparteix la tendència global d'augment de l'esperança de vida, l'evolució no ha estat sempre similar amb períodes en els quals totes dues poblacions han diferit substancialment.

2. Dades i metodologia

El primer pas d'aquest estudi ha consistit a estimar les taxes brutes de mortalitat any a any (des de 1990 fins a 2022) per a totes les edats entre 50 i 99 anys, diferenciant sempre entre població masculina i població femenina seguint la metodologia emprada per Navarro (1991). Les dades utilitzades són, d'una banda, l'estadística de població resident per data, sexe i edat publicada per l'INE (INE, 2024) per al període 1990 a 2022, de les illes Balears i d'Espanya. I, d'altra banda, l'estadística de defuncions de residents per edat i sexe, per al mateix període i poblacions, publicada per Eurostat (Eurostat, 2024).

A continuació s'ha procedit a graduar les taxes de mortalitat aplicant per a això mètodes no paramètrics, en particular, splines cúbiques² segons la metodologia aplicada a García-Olalla et al. (2022, 2023), Navarro i Requena (2023) i Apicella et al. (2024). En aquest treball en concret s'ha procedit a ajustar per mínims quadrats ordinaris splines cúbiques al logaritme neperià de les taxes brutes de mortalitat amb cinc nusos interns equidistants.³ En particular, la fórmula emprada ve donada per:

$$s(x) = \sum_{j=0}^3 \alpha_j \cdot x^j + \sum_{h=1}^5 \beta_h \cdot [(x - \xi_h)^+]^3 \quad x = 50, 51, \dots, 99 \quad (1)$$

2. La graduació de taules de mortalitat aplicant funcions splines és una tècnica habitual en el camp actuarial i s'han utilitzat diferents tipus de funcions splines incloent, entre altres, els treballs de McCutcheon (1985), Forfar et al. (1988), Navarro (1991), Currie et al. (2004).

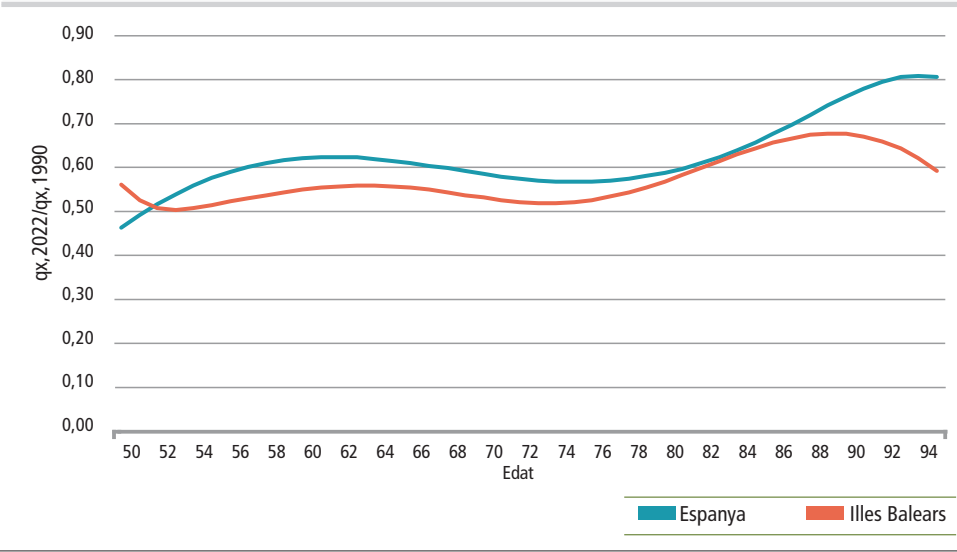
3. El nombre de splines s'ha triat seguint la regla establerta a McCulloch (1975), qui suggereix que el nombre de nusos pot establir-se a $\sqrt{N-2}$, sent N el nombre d'observacions que en el nostre cas són tantes com edats analitzades (des de 50 a 99).

on α_j i β_h representen els coeficients d'una combinació lineal d'una base de l'espai vectorial de funcions splines i, per tant, per a cada spline específica aquests coeficients són únics, i on $(x-\xi_h)^+ = \text{Max}\{x-\xi_h, 0\}$ per a $h = 1, 2, \dots, 5$ sent ξ_h la posició de cadascun dels nusos interns de la funció spline que en aquest cas són 55, 65, 75, 85 i 95 anys.⁴

3. Resultats

A mode de resum dels resultats, en els gràfics 1 i 2 s'ha representat la ràtio entre les taxes de mortalitat graduades de 2022 i les de 1990, tant per a les illes Balears com en el conjunt d'Espanya, distingint entre la població masculina i femenina. Valors inferiors a 1 recullen disminucions en les taxes de mortalitat i superiors a 1 increments en les taxes de mortalitat.

Gràfic 1 | *Quocient entre les taxes de mortalitat graduades corresponents als anys 2022 i 1990, $q_{x,2022} / q_{x,1990}$. Població masculina*

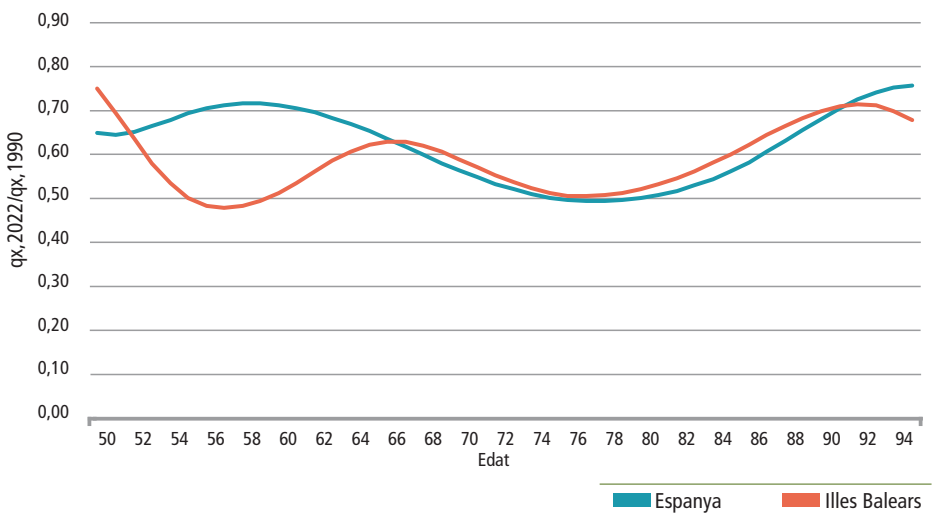


En relació amb la població masculina (Gràfic 1) observem un perfil relativament similar en la disminució de les taxes de mortalitat, però bastant més accentuada a les illes Balears. En totes dues poblacions s'observa que la màxima reducció relativa s'ha produït en les edats més joves tingudes en compte en aquest estudi (50 anys), reducció que va disminuint amb l'edat fins als 60-65 anys; a partir d'aquesta edat la reducció de la mortalitat s'accentua una

4. Les taxes graduades poden sol·licitar-se als autors.

altra vegada amb l'edat fins als 77 anys. A partir d'aquesta edat les reduccions en la taxa de mortalitat són cada vegada menors. En qualsevol cas, podem observar reduccions en les taxes de mortalitat entre el 50% i el 35% en el tram d'edat entre els 60 i els 85 anys, i reduccions menors a partir dels 85 anys. També a partir dels 85 anys s'aprecien diferències substancials entre les caigudes de les taxes de mortalitat per a la població de les illes Balears i d'Espanya, perquè en el cas de les illes Balears la reducció és més pronunciada, encara que aquest resultat ha de prendre's amb una certa cautela donada la volatilitat de les taxes de mortalitat per a les edats superiors als 90-95 anys especialment a les illes Balears atesa la menor grandària de la seva població en relació amb el conjunt d'Espanya.

Gràfic 2 | *Quocient entre les taxes de mortalitat graduades corresponents als anys 2022 i 1990, $q_{x,2022}/q_{x,1990}$. Població femenina*



Per a la població femenina (Gràfic 2), encara que les reduccions de les taxes de mortalitat a Balears i Espanya són similars a partir de, aproximadament, els 65 anys, hi ha un tram d'edat entre 52 i 62 anys en què el comportament de la variació relativa de les taxes de mortalitat difereix substancialment, en què és molt més acusada la caiguda de la mortalitat a les illes Balears que a Espanya (al voltant del 30% a Espanya i del 45-50% a Balears).

Una vegada obtingudes les taxes de mortalitat graduades per a cadascun dels anys del període d'estudi, i per a les poblacions femenina i masculina d'Espanya i les illes Balears, s'ha procedit a estimar l'esperança de vida per a cadascuna de les edats des de 50 fins a 99 anys en cada any del període mostral (1990-2022). En la Taula 1 s'ha

recollit l'evolució de l'esperança de vida a les edats de 50, 65, 80 i 95 anys per a diversos dels anys analitzats: 1990, 1995, 2000, 2005, 2010, 2015, 2020 i 2022.

Taula 1 | Evolució de l'esperança de vida completa a diferents edats (en anys)

Panell A. Població masculina

Edat	1990		1995		2000		2005		2010		2015		2020		2022	
	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.
50	27,3	26,5	28,0	27,3	28,7	28,2	29,4	29,5	30,8	30,8	31,4	31,3	31,0	32,4	31,8	31,7
65	15,4	14,8	16,1	15,6	16,6	16,2	17,1	17,1	18,4	18,3	18,8	18,6	18,3	19,4	19,1	19,0
80	6,7	6,4	7,1	6,7	7,3	7,	7,4	7,4	8,2	8,1	8,4	8,4	8,2	9,0	8,7	8,6
95	2,3	1,6	2,1	1,4	2,5	2,2	2,4	2,0	2,8	2,8	2,8	2,8	2,7	3,4	2,7	2,7

Esp. = Espanya; Bal. = Illes Balears

Panell B. Població femenina

Edat	1990		1995		2000		2005		2010		2015		2020		2022	
	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.	Esp.	Bal.
50	32,5	32,3	33,5	33,0	34,2	33,6	34,8	34,9	36,1	35,6	36,3	36,1	35,9	36,8	36,6	36,5
65	19,1	19,0	19,9	19,6	20,5	20,0	21,1	21,1	22,4	21,8	22,6	22,3	22,3	23,0	22,9	22,6
80	8,0	8,0	8,6	8,3	8,9	8,4	9,2	9,0	10,1	9,7	10,2	10,0	10,0	10,6	10,6	10,4
95	2,5	2,0	2,3	1,7	2,7	2,1	2,7	2,6	3,0	2,8	3,0	3,1	2,9	3,1	3,0	2,8

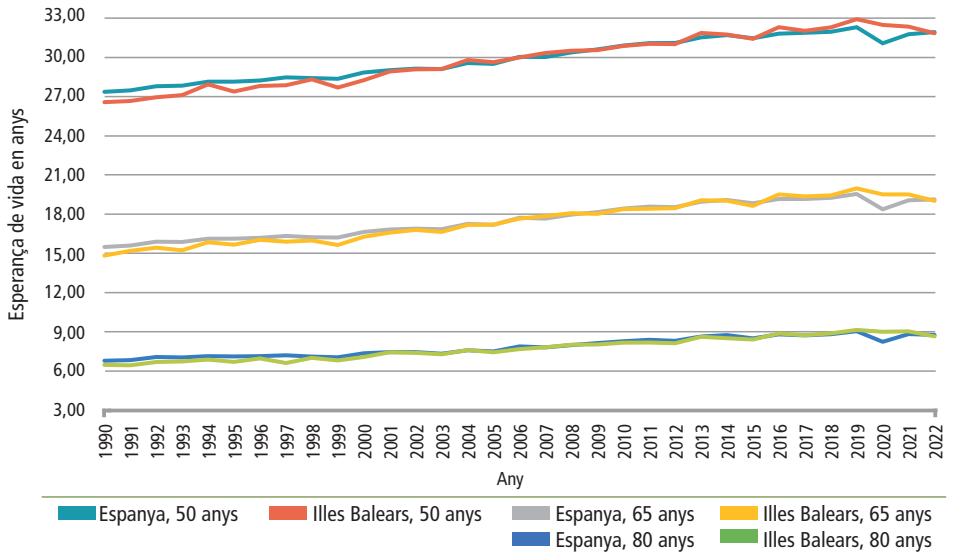
Esp. = Espanya; Bal. = Illes Balears

El Gràfic 3 recull l'evolució de l'esperança de vida completa als 50, 65 i 80 anys en tot el període analitzat, per a les poblacions masculines d'Espanya i illes Balears. I el Gràfic 4 recull aquesta evolució per a les poblacions femenines.

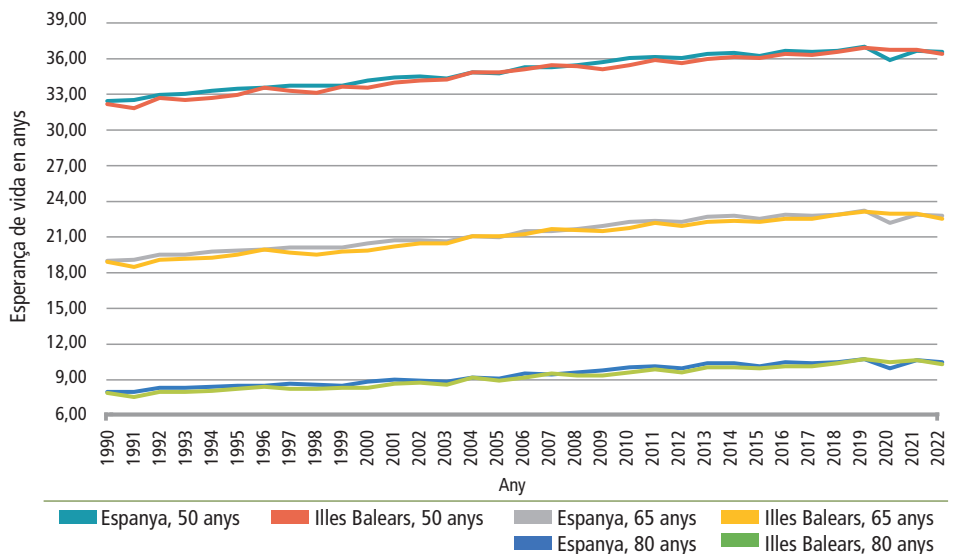
Els Gràfics 5 i 6 recullen la variació de l'esperança de vida a Espanya i a les illes Balears de les poblacions masculines (Gràfic 5) i femenines (Gràfic 6).

En el Gràfic 5 pot observar-se com, per a la població masculina, l'esperança de vida ha augmentat més per a totes les edats a Balears en relació amb Espanya, conseqüència de la major disminució de les taxes de mortalitat a Balears (vegeu Gràfic 1). En el cas de la població femenina (Gràfic 6), encara que els resultats són similars, amaguen un comportament bastant diferent en la mortalitat per a alguns trams d'edat com, per exemple, el corresponent al tram entre els 50 i els 60 anys. Així, el major increment de l'esperança de vida a Balears per a les dones de 50 anys es deu gairebé íntegrament a les millores en aquest tram d'edat, de tal forma que a partir dels 60 anys d'edat és la població femenina espanyola la que ha experimentat una millora una mica més intensa de l'esperança de vida.

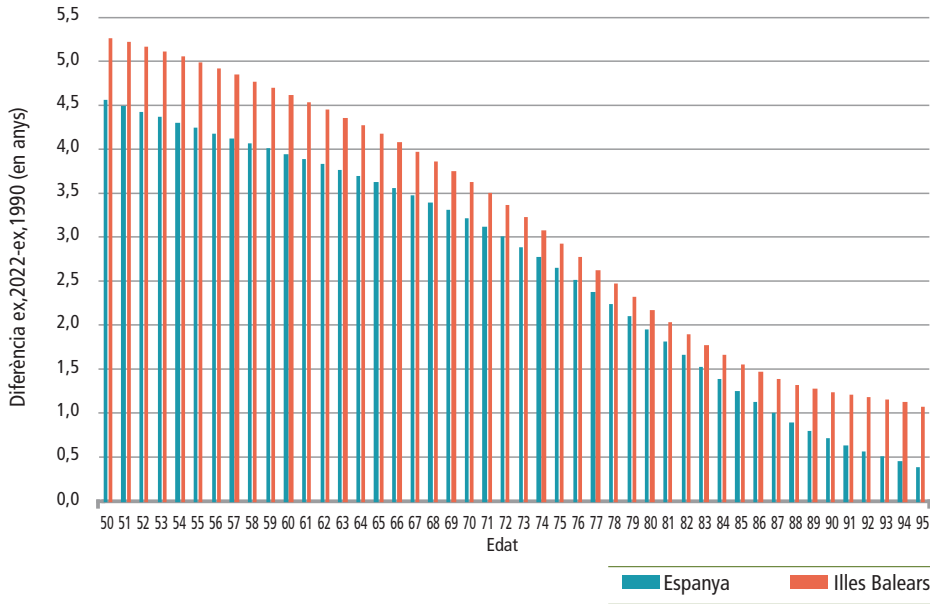
Gràfic 3 | *Evolució de l'esperança completa de vida. Població masculina. Espanya i illes Balears. Període 1990-2022*



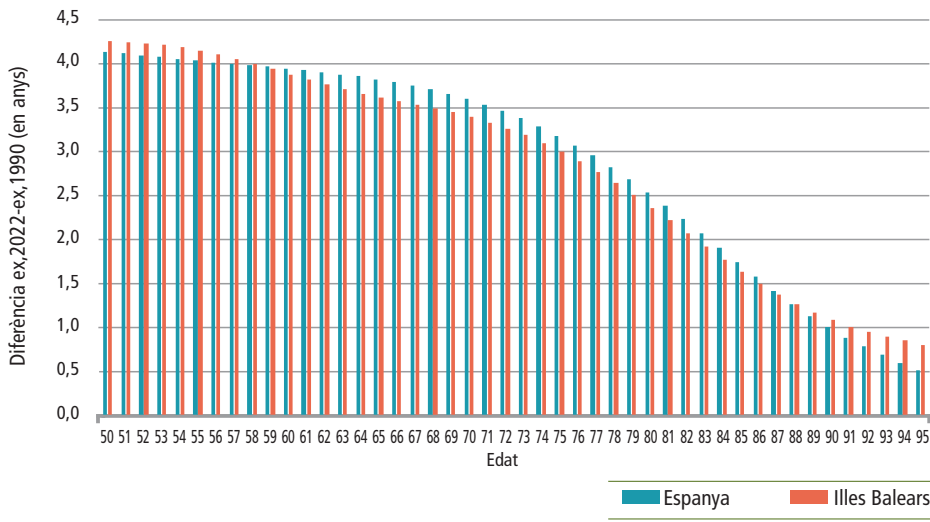
Gràfic 4 | *Evolució de l'esperança completa de vida. Població femenina. Espanya i illes Balears. Període 1990-2022*



Gràfic 5 | Variació absoluta de l'esperança de vida completa des de 1990 a 2022. Població masculina. Espanya i illes Balears



Gràfic 6 | Variació absoluta de l'esperança de vida completa des de 1990 a 2022. Població femenina. Espanya i illes Balears

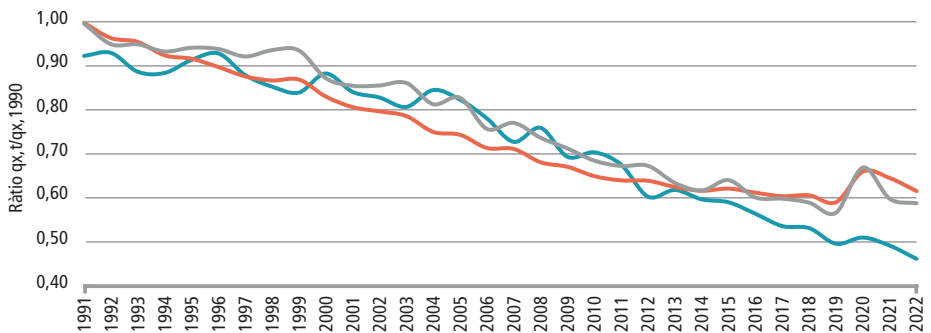


En qualsevol cas, els resultats anteriors fan referència a l'impacte de les reduccions de les taxes de mortalitat en l'esperança de vida per al conjunt del període estudiat, això és de 1990 a 2022. Tanmateix, aquesta reducció de la mortalitat i el consegüent increment de l'esperança de vida no ha estat uniforme al llarg del temps.

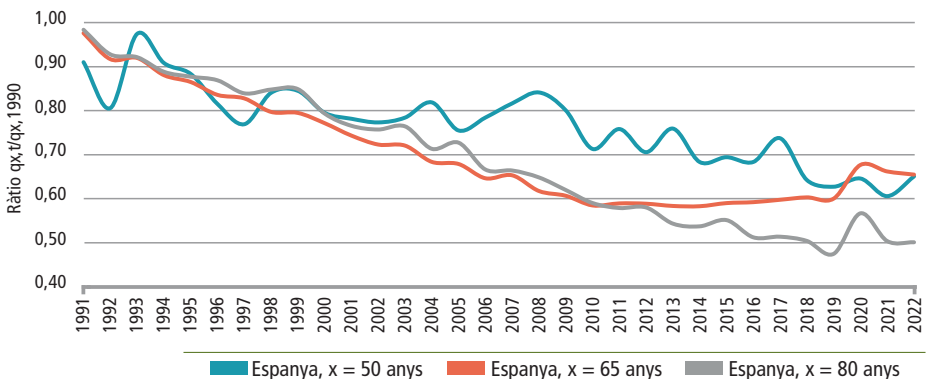
En els gràfics 7 i 8 s'ha representat l'evolució al llarg del temps de la ràtio $q_{x,t}/q_{x,1990}$, amb $t=1991, 1992, \dots, 2022$, per a alguna de les edats estudiades en aquest treball. El Gràfic 7 es correspon amb la ràtio de les taxes de mortalitat dels 50, 65 i 80 anys d'edat de la població espanyola masculina (panell A) i femenina (panell B), i el Gràfic 8 correspon a les mateixes edats de la població balear masculina (panell A) i femenina (panell B).

Gràfic 7 | *Evolució de les taxes de mortalitat. Població masculina i femenina. Espanya. Ràtio, $q_{x,t}/q_{x,1990}$ ($t=1991, 1992, \dots, 2022$; $x=50, 65$ i 80)*

Panell A. Població masculina

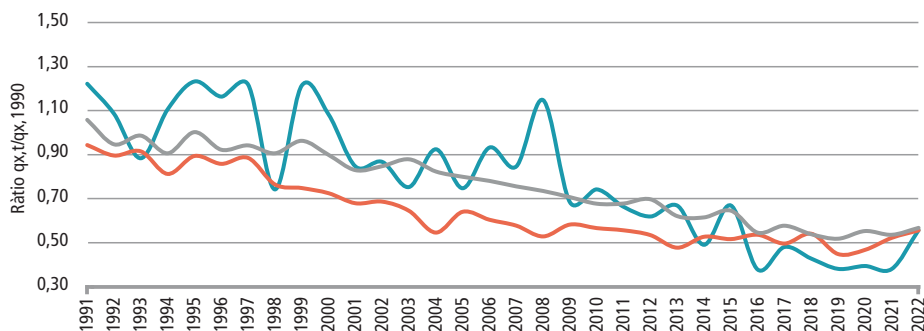


Panell B. Població femenina

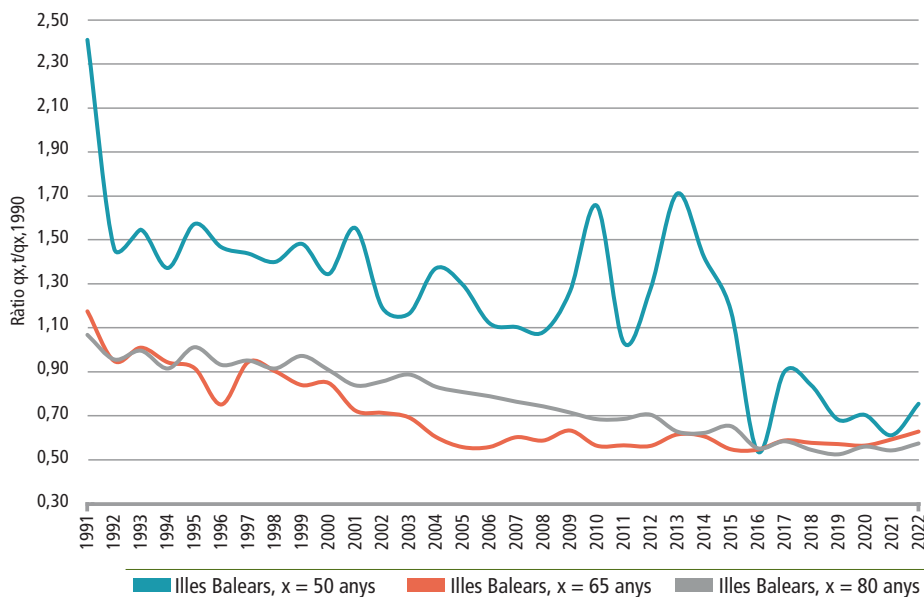


Gràfic 8 | Evolució de les taxes de mortalitat. Població masculina i femenina.
Illes Balears. Ràtio, $q_{x,t}/q_{x,1990}$ (t=1991, 1992, ... 2022; x= 50, 65 i 80)

Panell A. Població masculina



Panell B. Població femenina



En analitzar l'evolució de les taxes de mortalitat a diferents edats veiem que s'ha produït al llarg del període mostrat una caiguda persistent de les taxes de mortalitat fins a 2019, any previ a la pandèmia. Respecte a l'impacte de la pandèmia pot observar-se clarament l'augment que es va produir el 2020 en les taxes de mortalitat de la població espanyola major de 60 anys i la consegüent reducció en l'esperança de vida.

Això és una cosa que no s'aprecia, tanmateix, en la població de les illes Balears el 2020 sinó el 2021, un resultat congruent amb els estudis previs a García-Olalla et al. (2022, 2023) i Navarro i Requena (2023). Aquest major impacte de la covid-19 en les edats altes de la població espanyola i el comportament diferencial de Balears s'aprecia clarament a la Taula 1, que mostra com l'esperança de vida d'Espanya es redueix el 2020 per a totes les edats enfront d'illes Balears, on l'esperança de vida va augmentar. Per contra, veiem com l'impacte de la covid-19 sí que es pot apreciar en l'esperança de vida de Balears el 2022, que va experimentar una caiguda substancial enfront de la recuperació experimentada per la població espanyola.

No obstant això, aquesta caiguda persistent de les taxes de mortalitat des de 1990 a 2019 presenta una claríssima excepció que ha de ser remarcada: l'estancament permanent o fins i tot l'augment (a partir de 2005 a Balears i de 2010 a Espanya) de les taxes de mortalitat de les dones al voltant dels 60-65 anys tal com es pot apreciar en els gràfics 7 i 8, fenomen que pot quedar emmascarat si només s'analitza l'esperança de vida a determinades edats. També pot observar-se que, en general, en la dècada prèvia a la covid-19 s'ha produït una disminució en la velocitat amb la qual decreix la mortalitat en la població masculina espanyola (no vàrem agafar la balear) als 65 anys encara que sense arribar a l'estancament, o fins i tot pujada, experimentat per la població femenina.

4. Contribució de cada edat a l'increment de l'esperança de vida

Després d'una anàlisi global de quina ha estat l'evolució de l'esperança de vida es procedirà a estudiar, al llarg del període 1990-2022, quina ha estat la contribució de cadascuna de les edats a l'increment de l'esperança de vida en cadascuna de les poblacions analitzades. S'ha de tenir en compte que disminucions de la taxa de mortalitat en edats primerenques tenen un impacte molt més important en l'esperança de vida que reduccions en les taxes de mortalitat de les edats més avançades i, per tant, l'anàlisi de l'esperança de vida a determinades edats pot emmascarar comportaments molt heterogenis de les taxes de mortalitat.

Per això hem de tenir en compte que l'esperança de vida completa ve donada per:

$$e_{x,t} = \sum_{k=1}^{\omega-x} {}_k p_{x,t} + 1/2 = \sum_{k=1}^{\omega-x} \prod_{r=0}^{k-1} p_{x+r,t} + 1/2 \quad (2)$$

en què ${}_k p_{x,t}$ és la probabilitat que un individu amb edat x sobrevisqui fins a l'edat $x+k$ anys segons la mortalitat experimentada per la població durant el període t ,

$p_{x,t} = 1p_{x,t}$ i ω l'edat més alta considerada en les dades proporcionades per Eurostats.⁵ Alternativament, l'equació anterior pot reescriure's com:

$$e_{x,t}^0 = \sum_{k=0}^{\omega-x} k \cdot {}_k1q_{x,t} + \frac{1}{2} \quad (3)$$

en què ${}_k1p_{x,t}$ és la probabilitat que un individu amb edat x mori amb una edat compresa entre $x+k$ i $x+k+1$ anys segons la mortalitat experimentada per la població durant el període t .

En la mesura en què $e_{x,t}^0$ és una funció contínua respecte a cadascuna de les probabilitats $p_{x+r,t}$ per a $r = 0, 1, \dots, \omega-x$, la variació en l'esperança de vida pot aproximar-se mitjançant:

$$\Delta e_{x,t}^0 \approx \left(\frac{\partial e_{x,t}^0}{\partial p_{x,t}}, \frac{\partial e_{x,t}^0}{\partial p_{x+1,t}}, \dots, \frac{\partial e_{x,t}^0}{\partial p_{\omega,t}} \right) \cdot \begin{pmatrix} \Delta p_{x,t} \\ \Delta p_{x+1,t} \\ \vdots \\ \Delta p_{\omega-1,t} \end{pmatrix} \quad (4)$$

O alternativament i tenint en compte que ${}_q_{x+r,t} = 1 - p_{x+r,t}$ i, per tant, $\Delta p_{x+r,t} = -\Delta q_{x+r,t}$:

$$\Delta e_{x,t}^0 \approx - \left(\frac{\partial e_{x,t}^0}{\partial p_{x,t}}, \frac{\partial e_{x,t}^0}{\partial p_{x+1,t}}, \dots, \frac{\partial e_{x,t}^0}{\partial p_{\omega,t}} \right) \cdot \begin{pmatrix} \Delta q_{x,t} \\ \Delta q_{x+1,t} \\ \vdots \\ \Delta q_{\omega-1,t} \end{pmatrix} \quad (5)$$

en què:

$$\frac{\partial e_{x,t}^0}{\partial p_{x+r,t}} = \begin{cases} 1 + \left(\sum_{j=1}^{\omega-x-1} \prod_{k=1}^j p_{x+k,t} \right) & \text{per a } r = 0 \\ \left(\prod_{i=0}^{r-1} p_{x+i,t} \right) \cdot \left(1 + \sum_{j=1}^{\omega-x-1-r} \prod_{k=1}^j p_{x+r+k,t} \right) & \text{per a } r = 1, 2, \dots, \omega-x-1 \end{cases} \quad (6)$$

substituint,

$$\frac{\partial e_{x,t}^0}{\partial p_{x+r,t}} = \begin{cases} 1 + e_{x+1,t} & \text{per a } r = 0 \\ \left(\prod_{k=0}^{r-1} p_{x+k,t} \right) \cdot [1 + e_{x+1+r,t}] & \text{per a } r = 1, 2, \dots, \omega-x-1 \end{cases} \quad (7)$$

en què $e_{x+r,t}$ és l'esperança de vida abreuçada a l'edat $x+r$ en t .

5. En aquest estudi s'ha considerat $\omega = 100$ anys.

D'aquesta manera, la contribució de cada edat $x+r$ a la millora/empitjorament de l'esperança de vida a l'edat x , és a dir, a $\Delta \hat{e}_{x,t}$, vindrà donat de manera aproximada pel producte $-\frac{\partial \hat{e}_{x,t}}{\partial p_{x+r,t}} \cdot \Delta q_{x+r,t}$ en què $\Delta \hat{e}_{x,t}$ representa l'increment en l'esperança de vida completa a l'edat x entre dos períodes prou pròxims⁶ t i $t+h$, i $\Delta q_{x+r,t}$ representa la variació de cadascuna de les taxes de mortalitat a l'edat $x+r$ entre t i $t+h$.

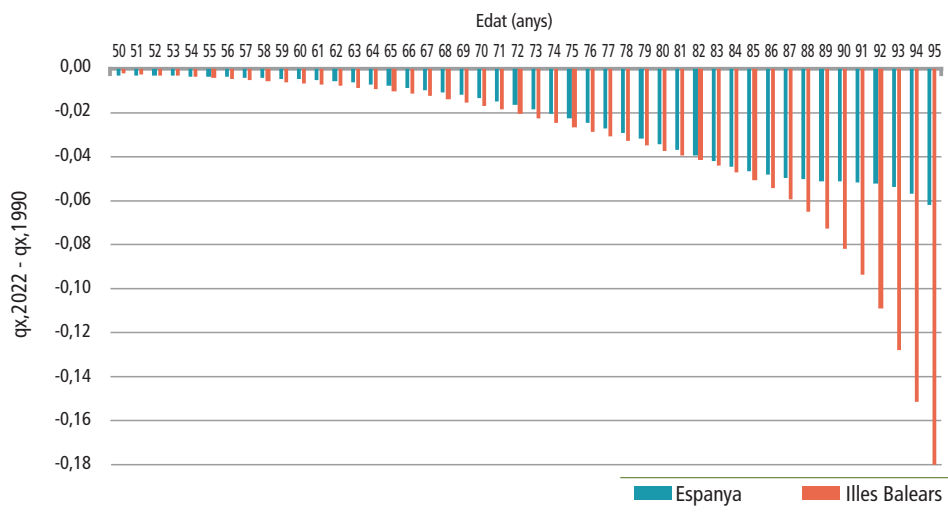
Com que és $e_{x+r,t} > e_{x+r+1,t}$ i les probabilitats de supervivència inferiors a 1, és fàcil comprovar que les derivades parcials de $\hat{e}_{x,t}$ respecte a $p_{x+r,t}$ són decreixents amb r , és a dir, amb l'edat. Això es tradueix en què, una caiguda de la taxa de mortalitat en edats tardanes té un impacte menor en l'esperança de vida a una edat determinada que aquesta mateixa caiguda de les taxes de mortalitat en edats més joves.

D'aquesta manera, els augments de l'esperança de vida són conseqüència del resultat, d'una banda, de les caigudes de les taxes de mortalitat i, d'altra banda, de que aquestes caigudes es produeixin a edats més o menys primerenques. Així, l'esperança de vida a una determinada edat $\hat{e}_{x,t}$ no es veurà a penes influenciada per millores substancials en les taxes de mortalitat d'edats molt elevades a pesar que això suposi una modificació substancial en la dinàmica global de la mortalitat de la població. És a dir, que centrar-se en l'esperança de vida pot emascarar millores o empitjoraments significatius en les taxes de mortalitat de diferents grups d'edat, així com diferències importants en el comportament de la mortalitat entre diferents poblacions. Un mateix increment en l'esperança de vida a una edat determinada pot deure's a petites modificacions en les taxes de mortalitat dels més joves o a grans modificacions en les taxes de mortalitat dels més majors.

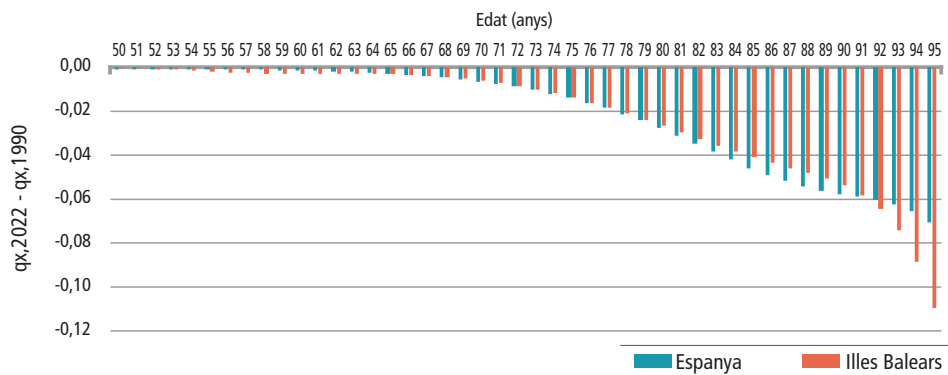
En els gràfics 1 i 2 s'ha recollit quina ha estat la variació en termes relatius de les taxes de mortalitat de les poblacions masculines i femenines tant d'Espanya com de les illes Balears, des dels 50 anys fins als 95 anys, gràfic que descriu de manera bastant adequada en quines edats s'han produït les millores de la mortalitat en el període 1990-2022. En aquests gràfics ja s'han pogut observar, per al conjunt del període analitzat, algunes diferències significatives en el comportament de la mortalitat de les quatre poblacions estudiades en aquest treball. Per contra, en els gràfics 9 i 10 es recull, per a cada edat des de 50 a 95 anys, quina ha estat la variació de les taxes de mortalitat en termes absoluts per al període 1990-2022 podent-se observar com la millora absoluta ha estat fonamentalment creixent amb l'edat.

6. En aquest treball s'ha calculat l'aportació de cada edat per a períodes de cinc anys, és a dir, $h=5$, excepte l'últim període que abasta només dos anys des de 2020 fins a 2022. La contribució de cada edat al període global 1990-2022 s'ha obtingut com la suma de les contribucions per a cadascun dels períodes. L'error comès per aquest procediment respecte a l'increment real de $\hat{e}_{50,t}$ és inferior a 0'1 anys per al període 1990-2022.

Gràfic 9 | *Variació absoluta de les taxes de mortalitat. Població masculina. Espanya i illes Balears, 1990-2022*



Gràfic 10 | *Variació absoluta de les taxes de mortalitat. Població femenina. Espanya i illes Balears, 1990-2022*

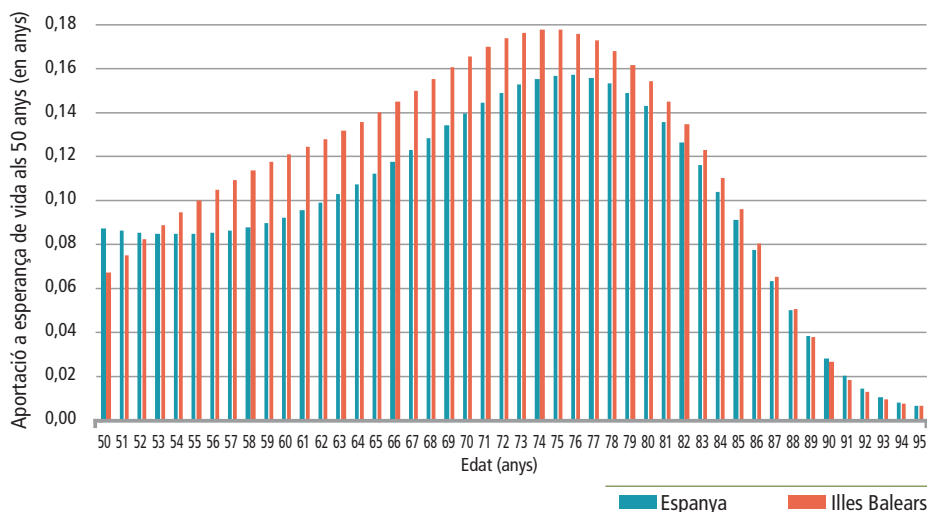


Òbviament el perfil de les variacions en termes absoluts de les taxes de mortalitat difereix substancialment de les variacions en termes relatius, tal com es deriva de comparar els gràfics 1 i 2 amb els gràfics 9 i 10, ja que les taxes de mortalitat a partir de determinada edat creixen, aproximadament, de manera exponencial i per tant són molt més petites als 50 anys que als 95 anys. De l'observació de els gràfics 9 i 10

sembla desprendre's que les millores en l'esperança de vida als 50 anys s'han generat fonamentalment en les edats més tardanes que és on s'ha produït la major reducció en termes absoluts de les taxes de mortalitat. Tanmateix, és fàcil comprovar com això no és així.

En els gràfics 11 i 12 es recull quin ha estat l'impacte en l'esperança de vida als 50 anys de les variacions absolutes de cadascuna de les taxes de mortalitat descrites en els gràfics 9 i 10.

Gràfic 11 | *Contribució de la disminució de la mortalitat en cada edat a l'increment en l'esperança de vida completa als 50 anys des de 1990 fins a 2022. Població masculina. Espanya i illes Balears*



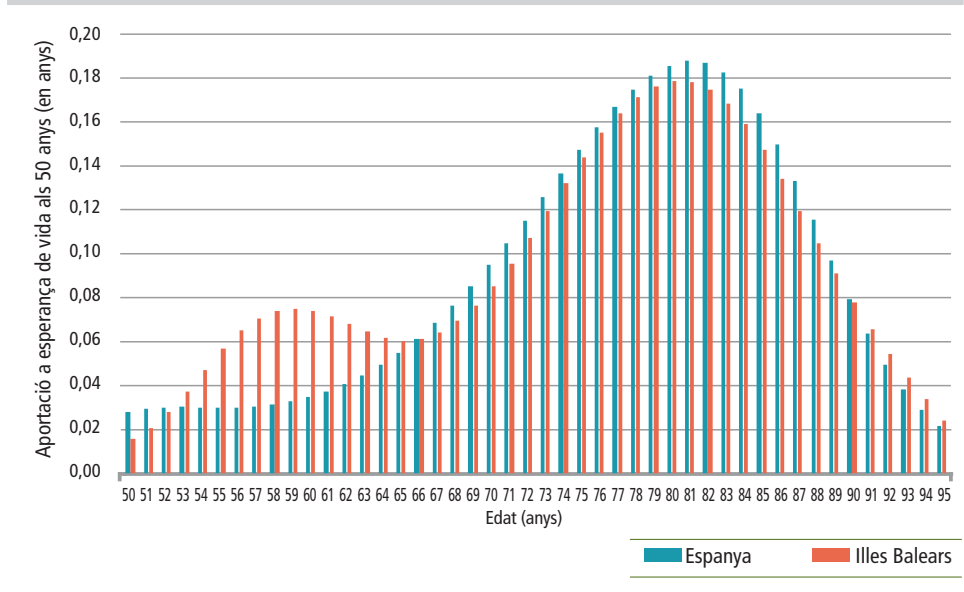
El resultat dels gràfics 11 i 12 mostra la contraposició de dues forces de sentit contrari. D'una banda, la disminució en termes absoluts de les taxes de mortalitat que s'incrementa amb l'edat (gràfics 9 i 10) i per una altra l'efecte que una mateixa disminució de la taxa de mortalitat té en l'esperança de vida que decreix amb l'edat.

La confluència d'aquestes dues forces fa que la contribució de cada edat a l'esperança de vida als 50 anys augmenti amb l'edat aconseguint el punt de màxima contribució al voltant dels 75 anys en el cas de la població masculina tant d'Espanya com de les illes Balears, i al voltant dels 80 anys en el cas de les dones

de totes dues poblacions. Podem observar com les notables millores i les grans diferències entre Espanya i Balears que s’han produït en les taxes de mortalitat corresponents a les edats més avançades a penes repercuteixen en l’esperança de vida als 50 anys. D’altra banda, també podem comprovar com el millor comportament de l’esperança de vida completa als 50 anys dels homes a les illes Balears per al conjunt del període 1990-2022 és degut fonamentalment a la disminució de la mortalitat en el tram d’edat comprès entre els 55 anys i els 80, cosa que també es veu reflectida en el Gràfic 1. En el cas de la població femenina destaca el bon comportament de la taxa de mortalitat de Balears en comparació amb la població espanyola, en el tram entre els 55 i els 65 anys. No obstant això, l’aportació d’aquesta millora es concentra en el període 1995-2005, ja que per al període 2005-2022 l’aportació de la reducció en les taxes de mortalitat per al grup d’edat femení entre 55 i 65 anys és pràcticament nul·la.

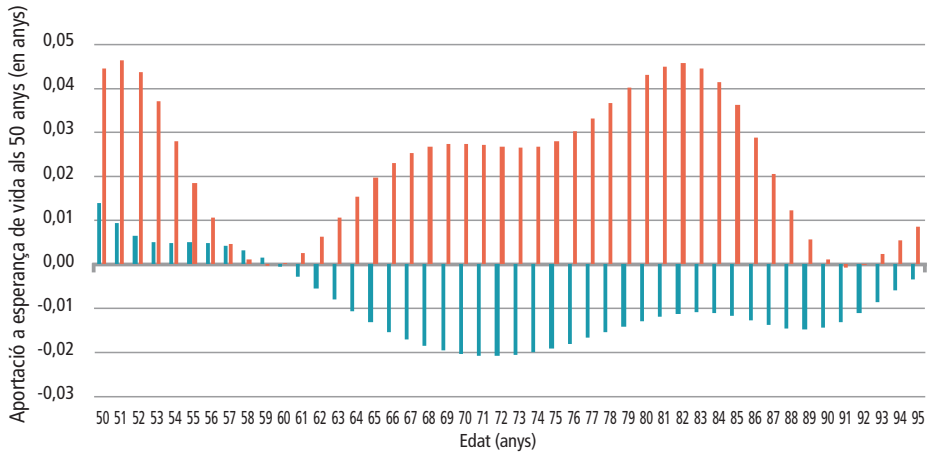
Finalment, amb aquesta metodologia resulta fàcil visualitzar l’impacte de la covid-19 en l’esperança de vida als 50 anys analitzant els gràfics 13 i 14. El Gràfic 13 recull l’aportació de cada edat a la variació de l’esperança de vida als 50 anys en el període 2015-20, és a dir, fins a l’aparició de la covid-19 incloent l’any 2020.

Gràfic 12 | *Contribució de la disminució de la mortalitat en cada edat a l’increment en l’esperança de vida completa als 50 anys des de 1990 fins a 2022. Població femenina. Espanya i illes Balears*

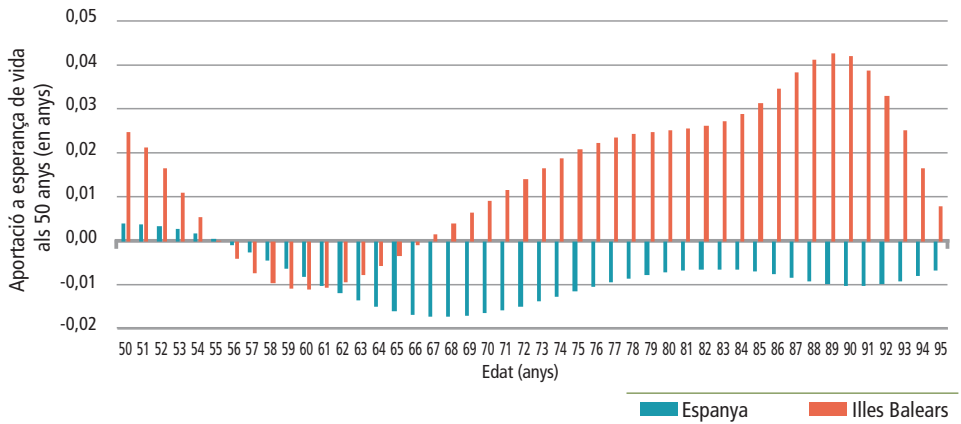


Gràfic 13 | Aportació de cada edat a l'increment/disminució de l'esperança de vida als 50 anys. Espanya i illes Balears. Període 2015-20

Panell A. Població masculina



Panell B. Població femenina

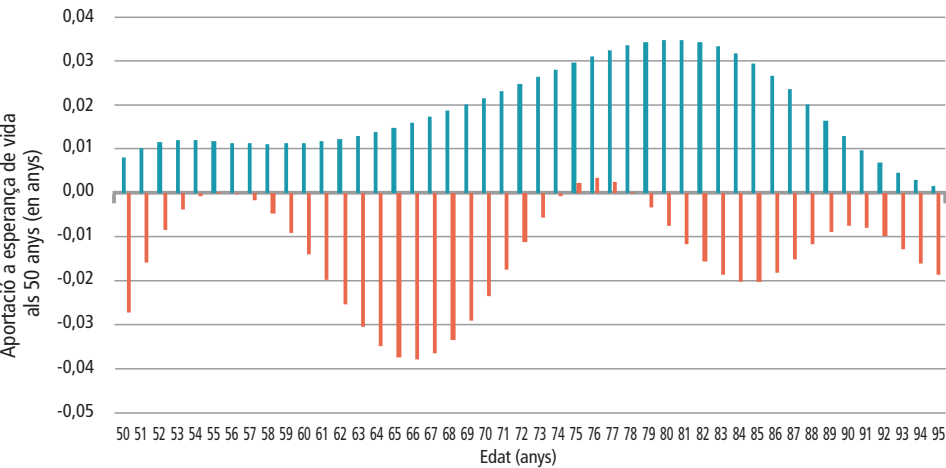


Per contra, el Gràfic 14 mostra l'impacte de les variacions de les taxes de mortalitat en l'esperança de vida des de 2020 (any d'inici de la pandèmia) fins a 2022. Els gràfics 12 i 13 mostren clarament com la pandèmia es va acarnissar el 2020 amb la població espanyola i com va afectar de manera gairebé imperceptible la població balear. Per contra, en els dos anys posteriors 2021-2022 la situació és just la contrària. L'efecte de la covid-19 a Balears es fa present el 2021 i encara era present sobretot a partir

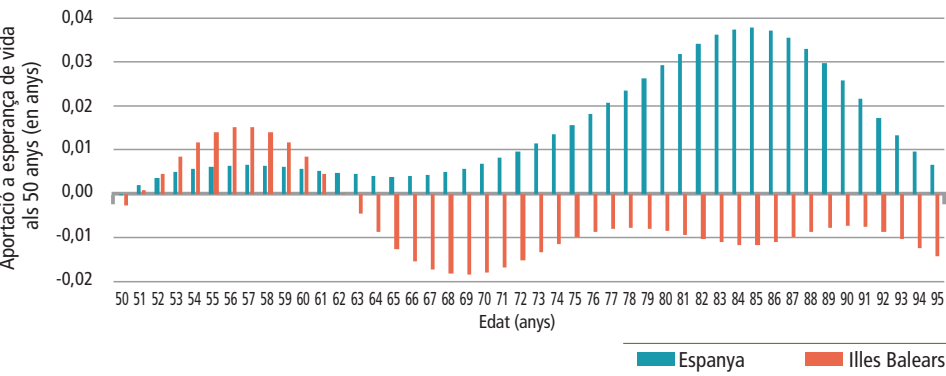
dels 60 anys el 2022, mentre que en la població espanyola la recuperació ha estat molt important especialment en les edats més avançades, de manera que ja s'han recuperat pràcticament els nivells d'esperança de vida anteriors a la covid-19 mentre que a Balears encara es pot apreciar una disminució de l'esperança de vida respecte als valors previs a la pandèmia.

Gràfic 14 | Aportació de cada edat a l'increment/disminució de l'esperança de vida als 50 anys. Espanya i illes Balears. Període 2020-2022

Panell A. Població masculina



Panell A. Població femenina



5. Conclusions

Si s'analitza l'evolució de l'esperança de vida a diferents edats podem observar que tant a Espanya com a les illes Balears s'ha produït una millora considerable en el període estudiat en aquest treball que abasta des de 1990 a 2022, si exceptuem l'any 2020 a Espanya i els anys 2021 i 2022 a Balears.

No obstant això, l'esperança de vida, sent efectivament una variable que és capaç de sintetitzar com és la situació i l'evolució de la mortalitat d'una població, pot emascarar dinàmiques que afectin determinats grups d'edat. Tal com s'ha comentat al llarg de l'article, els descensos en les taxes de mortalitat que s'han produït en les quatre poblacions analitzades han estat generalitzats en el període 1990-2022, però no han afectat totes les poblacions per igual, ni totes les edats de manera homogènia. En general, podem observar com les taxes de mortalitat han disminuït en termes absoluts en major quantia en les edats més avançades. Tanmateix, si s'analitzen les variacions en termes relatius trobem diferències notables entre els diferents grups d'edat. En primer lloc, en el cas de la població masculina pot veure's una disminució més intensa de la mortalitat en la població balear sobretot en el tram entre els 55 anys i els 80 i a partir dels 88 anys. En el cas de la població femenina, les diferències a favor de la població balear es concentren en el tram d'edats entre 53 i 63 anys.

S'ha de destacar que aquesta millora de les taxes de mortalitat no ha estat uniforme al llarg del temps i s'ha observat també l'estancament (o fins i tot l'increment) de les taxes de mortalitat en totes dues poblacions femenines des de 2005-2010 fins a 2019 per a les dones entre 55 i 65 anys.

Quant a l'esperança de vida, tal com s'ha indicat repetides vegades al llarg d'aquest estudi, s'ha de ressaltar que és conseqüència de la disminució de les taxes de mortalitat a les diferents edats, però amb un doble efecte. D'una banda, hem vist que la caiguda de les taxes de mortalitat en termes absoluts ha estat major com més gran era l'edat dels individus. Però, d'altra banda, s'ha de tenir en compte que l'efecte en l'esperança de vida de disminucions de la taxa de mortalitat a edats primerenques és molt més intens que si aquesta mateixa disminució en l'esperança de vida es produeix en edats més avançades. La confluència d'aquests dos factors fa que la millora en l'esperança de vida als 50 anys es degui fonamentalment a la contribució que suposa la disminució de les taxes de mortalitat entre els 55 anys i els 85 en el cas dels homes, i entre els 70 anys i els 90 en el cas de les dones, tant a Espanya com a les Balears.

També s'ha de destacar com una diferència entre el comportament de la mortalitat en les poblacions femenines d'Espanya i Balears la caiguda de la mortalitat molt més intensa a Balears que a Espanya en el tram d'edats entre 53 i 63 anys, encara que

aquesta caiguda es concentra en el període entre 1995 i 2005, ja que són precisament aquestes edats en les quals s'ha produït un preocupant estancament en el descens en la mortalitat des de 2005 (cosa que també s'aprecia en la població femenina espanyola a partir de 2010).

Un altre fet ressenyable és el diferent impacte de la covid-19 en les poblacions espanyola i balear. Així, en el cas de la població espanyola, l'impacte es va notar l'any 2020 amb una caiguda important en l'esperança de vida en aquest any. Per contra, la covid-19 a penes va afectar la població balear el 2020, però l'impacte en els dos anys posteriors fa que a les illes Balears l'esperança de vida no hagi aconseguit el 2022 els nivells previs a la pandèmia, mentre que la millora en la població espanyola ha permès la recuperació fins a nivells prepandèmics de l'esperança de vida als 50 anys.

Referències bibliogràfiques

Apicella, G., Navarro, E., Requena, P., i Sibillo, M. (2024). The age pattern of the gender gap in mortality: stylized evidence across COVID-19 pandemic times. *Annals of Operation Research*. <https://doi.org/10.1007/s10479-024-06068-4>

Currie, I. D., Durban, M., i Eilers, P. H. (2004). Smoothing and forecasting mortality rates. *Statistical Modelling*, 4(4), 279–298.

Eurostat (2024). *Deaths by age and sex*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MAGEC/default/table?lang=en

Forfar, D. O., McCutcheon, J. J., i Wilkie, A. D. (1988). On graduation by mathematical formula. *Journal of the Institute of Actuaries*, 115(1), 1-149.

García-Olalla, M., Navarro, E., i Requena, P. (2022). Impacte de la Covid-19 i de les mesures per combatre-la en les taxes de mortalitat de la població de les Illes Balears. A C. Orte (dir.). *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears 2022*. Universitat de les Illes Balears.

García-Olalla, M., Navarro, E., i Requena, P. (2023). Impacte de la COVID-19 i de les mesures per combatre-la en les taxes de mortalitat de la població de les Illes Balears. Noves evidències 2020-21. A C. Orte (dir.). *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2023*. Universitat de les Illes Balears.

INE (2024). Población residente por fecha, sexo y edad. https://ine.es/dyngs/INE-base/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177095&menu=ultiDatos&idp=1254735572981

McCulloch, J. H. (1975). The Tax-Adjusted Yield Curve. *Journal of Finance*, 30(3), 811-830.

McCutcheon, J. J. (1985). «Experiments in graduating the data for the English Life Tables (Nº 14)». *Transactions of the Faculty of Actuaries*, 40, 135-147, <http://www.jstor.org/stable/41218919>

Navarro, E. (1991). *Tablas de mortalidad de la población española 1982. Metodología y Fuentes*. Editorial Mapfre.

Navarro, E., i Requena, P. (2023). Impact of COVID-19 on spanish mortality rates in 2020 by age and sex. *Journal of Public Health*, 45(3), 577–583. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdad023>

Pitacco, E., Denuit, M., Haberman, S., i Olivieri, A. (2009). *Modelling longevity dynamics for pensions and annuity business*. Oxford University Press.

Autors

MYRIAM GARCÍA OLALLA

Catedràtica d'Economia Financera i Comptabilitat de la Universitat de Cantàbria i doctora en Ciències Econòmiques i Empresariales per la Universitat d'Oviedo. Responsable del grup de R+D+I "Economia Financera", la seva recerca se centra en l'àmbit de la banca, les finances i el govern corporatiu. Ha dirigit diverses tesis doctorals i realitzat nombroses publicacions en revistes científiques d'àmbit nacional i internacional, així com llibres en editorials de prestigi. La seva activitat investigadora ha estat objecte de diferents premis i ajudes. Ha realitzat estades de recerca en les Universitats de Califòrnia en Berkeley (USA) i Bangor (UK). Entre altres, ha exercit els càrrecs de Directora Acadèmica de la Fundació Universitat de Cantàbria per a l'Estudi i Recerca en el Sector Financer (UCEIF) Directora del Departament d'Administració d'Empreses de la Universitat de Cantàbria.

ELISEO NAVARRO ARRIBAS

Llicenciat i doctor en Ciències Econòmiques i Empresariales per la Universitat de València. Va completar la seva formació amb un Diploma de postgrau en Ciències Actuarials en la Heriot-Watt University d'Edimburg. Ha desenvolupat la seva carrera acadèmica en les universitats de València, Castella-la Manxa i Alcalá en la qual actualment és Catedràtic d'Economia Financera. Director del Màster Universitari en Ciències Actuarials i Financeres de la Universitat d'Alcalá, les seves línies de recerca s'han centrat en la gestió de riscos (en particular risc de variació de tipus d'interès i de mortalitat) havent publicat diversos llibres i articles científics en revistes com *Journal of Banking and Finance*, *European Journal of Operational Research*, *Quantitative Finance*, *European Financial Management*, *Annals of Operations Research* o *Journal of Public Health* entre altres. Ha estat també investigador principal de diversos projectes de recerca de caràcter competitiu a nivell autonòmic i nacional.

PILAR REQUENA CABEZUELO

Albacete (1968). Actuari d'assegurances, doctora en Economia i Gestió Empresarial per la Universitat d'Alcalá. Desenvolupa la seva carrera acadèmica en la Universitat d'Alcalá, en l'actualitat com a professora titular en Economia Financera. Ha desenvolupat diferents càrrecs de gestió universitària, entre altres ha estat directora del Màster Universitari en Ciències Actuarials i Financeres de la Universitat d'Alcalá. Ha participat

en el disseny i implantació de sistemes complementaris de previsió social en algunes de les grans empreses espanyoles, així com en l'estudi de la seva viabilitat. La seva recerca es desenvolupa dins de la línia d'anàlisi del risc financer i de longevitat de productes com les rendes actuàries de supervivència i ha publicat en revistes acadèmiques com *Annals of Operations Research* o *Journal of Public Health*.

**PROJECTE SALUT EN ACCIÓ:
CULTIVANT EL BENESTAR DE LA
NOSTRA COMUNITAT**

Projecte Salut en Acció: Cultivant el benestar de la nostra comunitat

José Antonio Rodríguez Varela
Álvaro Jesús Giménez Lledó
Carlos Manuel Nieves Rodríguez
Lucía Gorreto López

Resum

En aquests darrers anys, l'esperança de vida ha augmentat notablement als països occidentals, la qual cosa exigeix una resposta integral de salut pública per la demanda creixent d'atenció a problemes crònics. És necessari aprofundir en les polítiques i estratègies relatives a l'envel·liment actiu i saludable i, en particular, en el rol que han d'exercir els professionals d'infermeria en els diferents programes de promoció de la salut i prevenció de la malaltia de les persones grans.

Fomentar l'envel·liment actiu i saludable exigeix que els professionals del sistema sanitari adoptin una perspectiva del cicle vital complet. Per això, volem fomentar la salut en totes les seves dimensions: física, mental i social, a través d'intervencions innovadores, sostenibles i enfocades a les demandes i necessitats reals de la nostra comunitat i plantilla de professionals sanitaris. Es proposa un projecte basat en diferents activitats saludables: un hort urbà interactiu —conreant salut i sostenibilitat—, una zona esportiva a l'aire lliure —moviment, vitalitat i connexió— i un espai de descans actiu per a professionals.

No només s'inverteix en la salut present i futura de la comunitat, sinó que pretenem establir les bases per a un sistema d'atenció primària sostenible i eficient.

Resumen

En estos últimos años, la esperanza de vida ha aumentado notablemente en los países occidentales, lo que exige una respuesta integral de salud pública por la creciente demanda de atención a problemas crónicos. Es necesario profundizar en las políticas y estrategias relativas al envejecimiento activo y saludable y, en particular, en el rol que tienen que desempeñar los profesionales de enfermería en los diferentes programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de las personas mayores.

Fomentar el envejecimiento activo y saludable exige adoptar una perspectiva del ciclo vital completo por parte de los profesionales del sistema sanitario. Por ello, queremos fomentar la salud en todas sus dimensiones: física, mental y social, a través de intervenciones innovadoras, sostenibles y enfocadas en las demandas y necesidades reales de nuestra comunidad y plantilla de profesionales sanitarios. Se propone un proyecto basado en diferentes actividades saludables: huerto urbano interactivo: cultivando salud y sostenibilidad. Zona deportiva al aire libre: movimiento, vitalidad y conexión. Espacio de descanso activo para profesionales.

No solo se invierte en la salud presente y futura de la comunidad, sino que pretendemos sentar las bases para un sistema de atención primaria sostenible y eficiente.

1. Contextualització

En el darrer segle, l'esperança de vida ha augmentat notablement als països occidentals a causa de factors com la disminució de la mortalitat pels avenços mèdics i tecnològics, uns hàbits nutricionals i estils de vida més saludables (Hunter et al., 2019), una millora en els nivells de vida i educació i més accessibilitat dels serveis sanitaris.

Amb aquest augment de l'esperança de vida, creix la proporció de persones grans en la població. Aquestes persones fan aportacions a la societat de múltiples formes, sigui al si de les seves famílies, sigui a la comunitat local o a la societat en general. L'envelliment de la població exigeix, doncs, una resposta integral de salut pública. S'han d'adoptar mesures intersectorials que amplii les opcions d'habitatges disponibles, l'adaptació dels espais i edificis (Tharrey i Darmon, 2021), els mitjans de transport, el foment de la diversitat d'edats a la feina i la posada en marxa de programes per mantenir una activitat física saludable (Soga et al., 2017) i de lleure.

En definitiva, cal aprofundir en les polítiques i les estratègies relatives a l'envelliment actiu i saludable i, en particular, en el rol que han d'exercir els professionals d'infermeria en els diferents àmbits d'atenció a la salut de la gent gran. D'aquí sorgeix el projecte Salut en Acció: Cultivant el benestar de la nostra comunitat, i la proposta de les diferents activitats dutes a terme per mantenir una activitat constant al centre de salut del Coll d'en Rabassa.

2. Introducció

El projecte **Salut en Acció: Cultivant el benestar de la nostra comunitat** al Coll d'en Rabassa representa una oportunitat única per transformar el centre de salut en un entorn que promogui la salut de manera integral, amb beneficis significatius en l'aspecte cost-efectivitat. Aquesta iniciativa, que té el suport de la demanda percebuda de diverses àrees i associacions, com ara els serveis i l'organització social Espiral, es fonamenta en la creació d'un entorn propici per a la promoció de la salut i la prevenció de malalties (Hunter et al., 2019)

En la línia estratègica de la Gerència d'Atenció Primària de Mallorca de centres sanitaris promotors de salut i servint-nos de l'àrea verda adjacent al centre de salut, es plantegen tres línies de treball que conformen el cor del nostre projecte.

A la recerca de promoure un enfocament integral de la salut, que abasti tant el benestar físic com el mental de la comunitat i dels professionals, es proposa la creació d'un projecte multifuncional al centre de salut. Aquest projecte inclourà la implementació d'un hort urbà, un espai esportiu i una àrea de descans actiu.

La implementació d'un hort urbà proporcionarà múltiples beneficis tant per a la comunitat com per als professionals del centre. A més de promoure la producció local d'aliments frescs i saludables, l'hort urbà també ofereix la possibilitat d'augmentar la connexió amb la natura i educar per a la salut en alimentació saludable i sostenible. La participació en activitats relacionades amb l'hort pot tenir nombrosos beneficis relacionats amb la salut, com ara reduir l'estrès, millorar l'estat d'ànim i la capacitat funcional, i enfortir el sentit de comunitat entre els participants del barri (Tharrey i Darmon, 2021). En segon lloc, la creació d'un espai esportiu a l'aire lliure permetrà fer exercicis multicomponent que fomentin el benestar físic i mental dels usuaris.

Aquesta iniciativa no només promourà l'activitat física com a pilar fonamental de la salut sinó que també generarà impactes positius en la prevenció de malalties relacionades amb el sedentarisme i l'estrès (Soga et al., 2017).

Finalment, habilitar una àrea de descans actiu per als professionals sanitaris del centre de salut es presenta com una mesura crucial per millorar-ne el benestar emocional i l'exercici laboral. Proporcionar un espai de relaxació i desconnexió contribuirà a reduir-ne l'estrès laboral, millorar-ne la satisfacció i, en darrer terme, optimitzar l'atenció brindada als pacients per generar beneficis quant a l'eficiència i la qualitat assistencial (Brown et al., 2014; Razai et al., 2023).

En resum, la implementació d'un projecte que integri un hort urbà, un espai esportiu i una àrea de descans actiu al centre de salut té el potencial de millorar significativament la salut i el benestar de la comunitat i dels professionals, ja que representa una inversió cost-efectivitat a llarg termini en prevenir malalties, reduir els costos associats a l'atenció de malalties cròniques i millorar la productivitat i la satisfacció laboral del personal sanitari.

3. Justificació

A la cruïlla entre l'envelliment de la població i l'increment de l'aïllament social, la promoció de la salut emergeix com una necessitat crítica per garantir el benestar integral de les persones. Aquest binomi de desafiaments planteja una sèrie de preocupacions que cal abordar de manera prioritària i proactiva (Martínez et al., 2017).

L'envelliment de la població és un fenomen global que ha estat impulsat per factors com ara l'augment de l'esperança de vida i la disminució de la taxa de natalitat. Tot i que aquest procés és un testimoni del progrés en l'àmbit de la salut i el benestar, també presenta reptes significatius per als sistemes d'atenció primària i les estructures socials. L'envelliment comporta una prevalença més gran de malalties cròniques, discapacitats

i fragilitat física, cosa que alhora pot generar una major dependència en els serveis de salut i necessitat de cures.

L'aïllament social (Courtin i Knapp, 2015), definit com la manca de contacte social i participació en activitats comunitàries, afecta persones de totes les edats, però tendeix a ser més pronunciat entre els adults grans. Aquest fenomen pot ser causat per diversos factors, com ara la pèrdua d'amics i familiars, la jubilació, la mobilitat reduïda i la manca de xarxes de suport. L'aïllament social no només té conseqüències negatives per a la salut mental, com la depressió i l'ansietat, sinó que també està vinculat a un risc més gran de malalties cròniques, discapacitat i mortalitat prematura.

D'altra banda, la població més jove sol abandonar el centre de salut des de l'edat pediàtrica i no torna fins que s'enfronta a problemes de salut significatius o crònics. L'evidència científica dona suport a la idea que l'educació en salut i la promoció de comportaments saludables des d'una edat primerenca (Kontak i Kirk, 2022) poden tenir un impacte significatiu a la salut dels individus a llarg termini. Els joves que estan ben informats sobre la seva salut i que tenen accés a recursos de salut preventiva tenen més probabilitats d'adoptar comportaments saludables i mantenir-los al llarg de la vida.

En conclusió, la promoció de la salut esdevé una necessitat imperativa en el context de l'envelliment i l'aïllament social (Brown et al., 2014; Courtin i Knapp, 2015). En abordar aquests desafiaments de manera integral i proactiva, podem contribuir a millorar la qualitat de vida i el benestar no només de la gent gran sinó també de la família i la comunitat, i enfortir, així, el teixit social per construir una comunitat més saludable i dinàmica.

4. Objectius

4.1. Objectiu general

Transformar el centre de salut del Coll d'en Rabassa en un espai verd i saludable que promogui la salut biopsicosocial i el benestar de tota la comunitat, inclosos els professionals que treballen al centre.

4.2. Objectius específics

- Dissenyar i implementar un hort urbà sostenible a les instal·lacions del centre de salut, per tal de fomentar l'aprenentatge intergeneracional i la producció d'aliments frescs per a activitats saludables amb la comunitat.

- Proporcionar un entorn d'exercici segur i accessible a l'aire lliure, equipat amb àrees per a la pràctica d'activitats físiques com ara exercici multicomponent, de força, de resistència, ioga, escalfament de la ruta saludable, i promoure la inclusió i la participació de persones de totes les edats i habilitats.
- Establir una zona de descans actiu per als professionals de la salut, dissenyada per proporcionar un ambient tranquil i acollidor que permeti la relaxació i el descans actiu durant els períodes de descans laboral.
- Desenvolupar un espai d'aprenentatge i educació, utilitzar els espais per a programes educatius i tallers comunitaris sobre agricultura urbana, alimentació saludable i sostenibilitat, exercici físic i relaxació, amb l'objectiu de conscienciar la població sobre hàbits de vida saludables i sostenibles.
- Fomentar la cohesió comunitària: promoure la participació activa de la comunitat en totes les facetes del projecte, des del cultiu a l'hort fins a l'organització de les responsabilitats, els esdeveniments i les activitats de benestar, per tal d'enfortir la xarxa social i el sentit de pertinença.
- Fomentar pràctiques sostenibles: integrar pràctiques de gestió ambientalment responsables a totes les fases del projecte, des del cultiu orgànic a l'hort fins a l'ús dels residus de les àrees de descans del centre de salut per a compostatge de l'hort, promovent la sostenibilitat a llarg termini.

5. Població diana

La població diana del nostre projecte abasta una àmplia gamma d'individus i grups dins la comunitat i els professionals que treballen al nostre centre. Aquest projecte està dissenyat per ser inclusiu i accessible a persones de totes les edats, habilitats i antecedents, per tal de promoure un estil de vida actiu, saludable i equilibrat per a tothom.

Comunitat local: la comunitat del barri del Coll d'en Rabassa és el cor del nostre projecte. Estem compromesos a crear oportunitats perquè les persones de totes les edats i els grups socioeconòmics participin en les activitats que oferim i se'n beneficiïn.

Professionals de la salut: els professionals que treballen al nostre centre de salut tenen un paper vital en la promoció del benestar de la nostra comunitat. Reconeixem les demandes físiques, emocionals i mentals que afronten a la feina diària i volem proporcionar-los un lloc on puguin cuidar-se i recarregar energies. El nostre projecte

ofereix un espai dedicat a l'autocura i la relaxació, així com oportunitats per participar en activitats físiques que promoguin la salut i el benestar general.

Grups específics: a més de la nostra població general, també ens enfoquem a atendre les necessitats de grups específics dins la nostra comunitat. Això pot incloure persones grans que cerquen mantenir-se actives i socialment connectades, nens i joves que necessiten oportunitats per jugar i aprendre sobre la nutrició i el medi ambient, així com persones amb diversitat funcional que poden requerir adaptacions especials per participar plenament en les activitats.

Enfocament en la diversitat i la inclusió: el nostre projecte està arrelat en valors de diversitat i inclusió. Ens esforcem per crear un ambient acollidor i respectuós en què tothom se senti valorat i pugui participar plenament, independentment de l'origen cultural, la identitat de gènere, l'orientació sexual o les habilitats físiques. Treballem en col·laboració amb organitzacions locals i líders comunitaris per garantir que el nostre projecte sigui accessible i rellevant per a tots els membres de la nostra comunitat.

En resum, la població diana del nostre projecte d'hort urbà, espai esportiu i espai de descans actiu inclou tota la nostra comunitat, així com els professionals de la salut que treballen al nostre centre. Estem compromesos a proporcionar un ambient inclusiu i accessible en què tothom pugui participar i prosperar en la cerca d'un estil de vida saludable i actiu.

Per assegurar l'accessibilitat i la inclusió en tots els nostres programes, considerem les estratègies següents:

1. Consulta i participació comunitària: reunions, enquestes o grups focals amb representants dels diferents grups de la comunitat per identificar interessos, necessitats i preferències quant a les activitats a desenvolupar als espais saludables.

2. Adaptació d'activitats: disseny de programes i activitats inclusius i adaptats per satisfer les necessitats específiques de cada grup, considerant aspectes com l'edat, la diversitat funcional i el nivell d'habilitat, entre d'altres. S'hi incorporaran bancs i zones ombrejades per garantir el descans i la comoditat dels participants.

3. Accessibilitat física: assegurem que els espais i les instal·lacions siguin accessibles per a persones amb diversitat funcional, incloent-hi rampes, passadissos amplis, senyalització clara i facilitats per a persones amb mobilitat reduïda. S'hi implementaran mesures com ara la instal·lació de rampes d'accés, senyalització tàctil per a persones amb discapacitat visual i equipament adaptat a persones amb mobilitat reduïda, a més d'assessorament especialitzat per adaptar les activitats físiques a les necessitats de cada individu.

4. Difusió i comunicació inclusiva: utilitzem diferents canals de comunicació per arribar a tots els membres de la comunitat, incloent-hi materials en diversos idiomes, formats accessibles per a persones amb discapacitat visual o auditiva i promoció en llocs freqüentats pels diferents grups.

5. Col·laboració amb organitzacions locals: establim aliances amb organitzacions comunitàries que treballin amb grups específics, com ara associacions de gent gran, centres educatius o grups de diversitat funcional, per dissenyar programes conjunts que abordin les necessitats particulars de cada grup.

6. Formació del personal: capacitem el personal encarregat de coordinar les activitats als espais saludables perquè estigui sensibilitzat sobre la diversitat de la comunitat i adapti les activitats segons calgui.

7. Recursos hídrics i conservació de l'aigua: preveiem opcions com la captació d'aigua de pluja, l'ús de sistemes de reg eficients com el reg per degoteig, i la reutilització d'aigües grises per al reg de l'hort urbà. Així mateix, es pot promoure entre els participants la conscienciació sobre l'ús responsable de l'aigua.

8. Esdeveniments intergeneracionals: organitzem esdeveniments que fomentin la interacció entre diferents grups d'edat; com ara sessions d'exercici en família, tallers de cuina saludable per a nens i adults, o activitats de jardineria compartides entre joves i gent gran. Això promourà la cohesió social i l'intercanvi de coneixements.

9. Programes de voluntariat: convidem la comunitat a participar com a voluntaris en la gestió i el manteniment dels espais saludables, promovent el sentit de pertinença i la responsabilitat compartida pel projecte. Els voluntaris poden col·laborar en tasques de jardineria, organització d'esdeveniments i difusió del projecte.

6. Metodologia i planificació

6.1. Planificació i disseny

Es proposa establir un equip de treball multidisciplinari que inclogui professionals de la salut, experts en agricultura urbana, entrenadors esportius i especialistes en benestar (vegeu la taula 1). Aquest equip durà a terme una anàlisi de necessitats per identificar noves demandes de la comunitat i dels professionals de la salut a través del grup motor del mapa d'actius del barri, adaptant el desenvolupament a l'esdevenir del grup poblacional. Es dissenyarà l'espai de l'hort urbà, l'espai esportiu i l'àrea de descans actiu, tenint en compte l'accessibilitat, la seguretat i la sostenibilitat (vegeu la imatge

1). A més, es crearà un informe topogràfic de les zones a desenvolupar en el projecte (informe sol·licitat en espera d'incorporar-lo al projecte).

Taula 1 | Pla de gestió i manteniment

Etapa		Activitats	
Planificació inicial		Establir un calendari d'activitats de manteniment, designar responsabilitats específiques a cada membre de l'equip.	
Manteniment de l'hort urbà		Reg regular de les plantes, control de plagues, manteniment de les estructures de cultiu i dels camins.	
Manteniment de l'espai esportiu		Inspecció periòdica dels equips esportius, neteja i manteniment de les àrees de pràctica esportiva i reposició de materials esportius.	
Manteniment de l'àrea de descans actiu		Cura de les plantes ornamentals i àrees verdes, neteja regular d'àrees de descans i renovació d'elements de relaxació.	
Gestió de residus		Implementar un sistema de separació de residus orgànics per a compostatge i reciclatge adequat de materials d'un sol ús.	
Comunicació i participació		Mantenir una comunicació fluida amb la comunitat i organitzar jornades periòdiques de voluntariat.	
Avaluació i millora contínua		Fer avaluacions periòdiques i implementar millores segons les necessitats identificades.	



Imatge 1. Mapa d'àrees del projecte.

Nota: (A) hort urbà, (B) espai esportiu, i (C) àrea de descans actiu per a professionals.

6.2. Desenvolupament de recursos

S'adquiriran els materials necessaris per a la construcció de l'hort urbà, la instal·lació d'equips esportius i la creació de l'àrea de descans actiu (vegeu taula 2). A més, s'establiran acords de col·laboració amb proveïdors locals, empreses i associacions que ofereixen la seva col·laboració (Amadip Esment, Decathlon, Ikea i Fronda), així

com amb l'Ajuntament de Palma, per obtenir subministraments de jardineria, equips esportius i mobiliari necessari.

Taula 2 | *Llista de materials*

Projecte	Materials
Hort urbà	Pala, rasclat, regadora, tisores de podar, guants de jardineria, cubeta per a compostatge, llavors i jardineres, terra i adob.
Espai esportiu a l'aire lliure	Pilotes medicinals, pes rus (kettlebell), TRX i bancs de fusta.
Àrea de descans actiu	Plantes ornamentals, altaveus IP67 per a música relaxant i estores per a la meditació.

6.3. Implementació

Es durà a terme la construcció i posada en funcionament de l'hort urbà seguint pràctiques d'agricultura urbana sostenible i orgànica. A més, s'instal·laran equips esportius i es crearan àrees designades per a diferents activitats físiques, com ara ioga i entrenament multicomponent. Es dissenyarà i s'equiparà l'àrea de descans actiu amb recursos per a la relaxació, com ara àrees verdes i estores per a la meditació.

6.4. Programació d'activitats

Es desenvoluparà un calendari d'activitats que inclourà sessions de cultiu a l'hort, classes d'exercici físic, esdeveniments esportius i sessions de relaxació i meditació (vegeu la taula 3). A més, s'oferiran programes educatius sobre alimentació saludable, maneig de l'estrès o tècniques de jardineria, adreçats tant a la comunitat com als professionals de la salut.

Taula 3 | *Cronograma d'activitats*

Fase	Durada	Activitats
Creació d'aliances i planificació	Dos mesos	Establiment d'aliances, acord de col·laboració, reunió inicial amb l'equip, anàlisi de necessitats, disseny del projecte i presentació a la comunitat.
Implementació	Quatre mesos	Construcció de l'hort urbà, instal·lació d'equips esportius, creació de l'àrea de descans actiu, inici de programes educatius, desenvolupament d'un calendari d'activitats, organització de jornades de voluntariat i implementació de sistemes de gestió de residus.
Avaluació i seguiment	Contínua	Establiment d'un sistema de seguiment, recopilació de dades sobre participació comunitària i nivells d'activitat física i benestar.
Manteniment i millora contínua	Permanent	Elaboració d'un pla de gestió i implementació d'accions de manteniment regular.

6.5. Participació comunitària

Es convidarà la comunitat a participar en la planificació i l'execució del projecte, fomentant-ne la propietat i el compromís. Així mateix, s'organitzaran jornades de voluntariat per al manteniment de l'hort urbà i la neteja de l'àrea esportiva, promovent el treball en equip i la col·laboració.

6.6. Sostenibilitat i continuïtat

Es desenvoluparà un pla de manteniment a llarg termini per garantir la sostenibilitat dels espais i les activitats, així com la seguretat de les instal·lacions i els equips. S'establiran aliances amb organitzacions locals, institucions educatives i empreses per assegurar recursos financers i de suport continu. A més, es capacitaran líders comunitaris i voluntaris perquè assumeixin rols de lideratge en la gestió i coordinació del projecte a llarg termini. S'integraran tècniques de cultiu sostenible com la creació del compost propi o la proposta d'incorporar un sistema de reg amb aigua reutilitzada.

7. Difusió i comunicació

Es promourà el projecte a través d'una estratègia de comunicació integral que inclogui la creació de material promocional, l'organització d'esdeveniments de sensibilització i la col·laboració amb mitjans de comunicació locals, xarxes socials i esdeveniments comunitaris. L'objectiu és augmentar la consciència i la participació en el projecte. A més, es compartiran històries d'èxit i testimonis dels participants per destacar l'impacte positiu del projecte en la comunitat i els professionals.

8. Avaluació i seguiment

Es recopilarà informació de la participació en activitats, l'ús dels espais i la percepció del projecte per part de la comunitat i els professionals. Es faran enquestes i entrevistes per avaluar l'impacte del projecte en la salut física, mental i emocional dels participants. Els resultats de l'avaluació s'utilitzaran per fer ajusts i millores contínues en el projecte. Finalment, es presentaran els resultats en esdeveniments d'interès científic, com jornades o congressos, i en activitats comunitàries de l'Ajuntament de Palma.

8.1. Indicadors d'avaluació

Com a indicadors d'avaluació, es tindran en compte:

Participació comunitària: es registrarà el nombre de persones que participa en les activitats del projecte, com les sessions de cultiu a l'hort, els esdeveniments esportius i les sessions de relaxació activa. S'hi inclourà el nivell d'activitat física mitjançant el Qüestionari internacional d'activitat física (IPAQ), que proporcionarà indicadors sobre el temps dedicat a l'exercici i la intensitat de l'activitat.

Consum d'aliments saludables: s'avaluaran els canvis en els hàbits alimentaris dels participants, incloent-hi l'augment en el consum de fruites i verdures fresques cultivades a l'hort urbà.

Satisfacció del participant: es faran enquestes de satisfacció per avaluar la percepció dels participants sobre la qualitat i el valor de les activitats del projecte, així com el nivell de satisfacció general.

Impacte en la salut mental: s'avaluarà l'impacte del projecte en el benestar emocional i mental dels participants, utilitzant l'escala d'estrès percebut (*Perceived Stress Scale* - PSS; Cohen et al., 1983), per valorar nivells d'estrès i ansietat.

Desenvolupament d'habilitats: s'observarà l'adquisició d'habilitats pràctiques, com tècniques de jardineria, habilitats esportives i tècniques de relaxació, per part dels participants.

Creació de comunitat: s'avaluarà el sentit de comunitat i pertinença entre els participants, basat en el grau d'interacció social, col·laboració i suport mutu en el projecte.

Sostenibilitat del projecte: s'analitzarà la capacitat del projecte per mantenir-se a llarg termini, incloent-hi la continuïtat de les activitats, el compromís de la comunitat i la gestió eficaç dels recursos.

Impacte ambiental: s'avaluarà l'impacte ambiental del projecte, com la reducció de la petjada de carboni, l'augment de la biodiversitat local i la promoció de pràctiques agrícoles sostenibles.

Èxit de la integració professional: es mesurarà la col·laboració efectiva entre els professionals de la salut, els experts en agricultura urbana i altres col·laboradors en la planificació, implementació i avaluació del projecte.

9. Disseny d'estudi de recerca

9.1. Disseny: s'implementarà un disseny quasiexperimental amb un grup d'intervenció i un grup de control per avaluar l'impacte dels espais saludables al Coll d'en

Rabassa (la implementació d'un hort comunitari, un espai esportiu i un espai de descans).

9.2. Subjectes d'estudi: hi haurà dos grups: un grup d'intervenció, que és la comunitat del Coll d'en Rabassa que participa en les activitats dels espais saludables; i un segon grup, de control, una comunitat d'una àrea similar i sense accés a espais saludables semblants.

9.3. Variables: les variables dependents a avaluar inclouen la percepció de la salut, el nivell d'activitat física, la capacitat funcional, la interacció social, els hàbits alimentaris i el benestar emocional. Les variables independents seran la participació en les activitats dels espais saludables, la freqüència d'ús i el tipus d'activitats preferides.

9.4. Recollida de dades: es dissenyaran enquestes estructurades validades per mesurar la percepció de la salut i el benestar abans i després de la implementació dels espais saludables. També es mantindran registres detallats de la participació en les activitats i els esdeveniments, incloent-hi el nombre de participants, el tipus d'activitat i la durada. A més, es faran entrevistes semiestructurades amb participants seleccionats aleatòriament per obtenir informació qualitativa sobre la seva experiència i satisfacció.

9.5. Anàlisi de dades: s'utilitzaran proves estadístiques com el T-Test per comparar les diferències entre el grup d'intervenció i el grup de control en variables quantitatives. També es farà una anàlisi de contingut de les entrevistes per identificar temes emergents i patrons en les experiències dels participants. A més, es durà a terme una anàlisi de regressió per identificar possibles factors predictius de canvis en la percepció de la salut i el benestar.

9.6. Limitacions de l'estudi: es consideraran possibles limitacions, com el biaix de selecció en reclutar participants voluntaris i la influència de factors externs, com canvis en les polítiques de salut locals. A més, es reconeixeran les limitacions en la generalització dels resultats a altres poblacions similars.

10. Conclusions

Per assolir un envelliment actiu i saludable, apareix la necessitat que els sistemes sanitaris adoptin una nova perspectiva del cicle vital complet, per fomentar la promoció de la salut, la prevenció de malaltia i la corresponsabilitat de la població, sumada a la competència política del personal d'infermeria com a determinant per a l'accés equitatiu al sistema sanitari.

Referències bibliogràfiques

Brown, D. K., Barton, J. L., Pretty, J., i Gladwell, V. F. (2014). Walks4Work: assessing the role of the natural environment in a workplace physical activity intervention. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 40(4), 390-399. 10.5271/sjweh.3421

Cohen, S., Kamarck, T., i Mermelstein, R. (1983). *Perceived Stress Scale* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t02889-000>

Courtin, E., i Knapp, M. (2015). Review Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 25(3), 799-812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>

Hunter, R. F., Cleland, C., Cleary, A., Droomers, M., Wheeler, B. W., Sinnett, D., i Braubach, M. (2019). Environmental, health, wellbeing, social and equity effects of urban green space interventions: A meta-narrative evidence synthesis. *Environment International*, 130, 104923. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2019.104923>

Kontak, J. C., i Kirk, S. F. (2022). Process of youth engagement in school health promotion: a scoping review protocol. *BMJ Open*, 12(9): e063889. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063889>

Martínez, C., Bacigalupe, G., Cortada, J. M., Grandes, G., Sánchez, A., Pombo, H., i Bully, P. (2017). The implementation of health promotion in primary and community care: a qualitative analysis of the «Prescribe Vida Saludable» strategy. *BMC Family Practice*, 18(23). <https://doi.org/10.1186/s12875-017-0584-6>

Razai, M. S., Kooner, P., i Majeed, A. (2023). Strategies and Interventions to Improve Healthcare Professionals' Well-Being and Reduce Burnout. *Journal of Primary Care Community Health*, 14, PMC1023358. <https://doi.org/10.1177/21501319231178641>

Soga, M., Gaston, K. J., i Yamaura, Y. (2017). Gardening is beneficial for health: A meta-analysis. *Prevention Medicine Report*, 5, 92-99. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.11.007>

Tharrey, M., i Darmon, N. (2021). Urban collective garden participation and health: a systematic literature review of potential benefits for free-living adults. *Nutrition Reviews*, 80(1), 6-21. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa147>

Autors

JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ VARELA

Infermer Gestor de casos. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca (GAPM). Servei de Salut de les Illes Balears. Professor del Departament d'Infermeria de la Universitat de les Illes Balears (UIB) des de 2018. Màster en Neurociència i Dolor per la Facultat de Medicina de Granada. Màster en Urgències, Emergències i Cures Críiques. Investigador. Grup de recerca CTS-502 Universitat de Granada. <https://orcid.org/0009-0002-5293-2769>

ÁLVARO JESÚS GIMÉNEZ LLEDÓ

Infermer especialista en Infermeria Familiar i Comunitària. Gerència d'Atenció Primària de Mallorca (GAPM). Servei de Salut de les Illes Balears. Professor del Departament d'Infermeria de la UIB des de 2022. Creador de l'app MyrealNurse. Màster oficial en Recerca i Ferides Cròniques de la Universitat de Cantàbria. Coordinador d'infermeres residents de l'especialitat familiar i comunitària.

CARLOS MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ

Infermer en Cirurgia General i Otorrinolaringologia a l'Hospital Universitari Son Llàtzer (HUSLL). Professor del Departament d'Infermeria de la UIB des de 2018. Membre integrant de la xarxa educativa DIM-EDU, SEHER, SEECIR i REDU. Expert en Pràctica Avançada d'Infermeria en l'Atenció de Persones amb Ferides Cròniques i Complexes. Expert universitari en Infermeria en Geriatria. Màster en Gestió Integral sobre Deteriorament de la Integritat Cutània. Maneig Avançat d'Úlceres i Ferides Cròniques. Màster en Direcció i Gestió de Serveis de Salut per a Infermeria. Instructor en simulació clínica i debriefing (campus Manresa). <https://orcid.org/0000-0001-5062-1989>

LUCÍA GORRETO LÓPEZ

Metgessa especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Coordinadora del Gabinet Tècnic d'Atenció Primària de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Presidenta de la Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària (IBAMFIC). Membre de la Comissió Tècnica de Formació i Assessorament en Tabaquisme. Doctorada en Medicina Interna per la Universitat Autònoma de Barcelona. Màster especialista en Tabaquisme, Sanitat en l'Àmbit de la Comunitat i Medicina Preventiva. <https://orcid.org/0009-0004-0172-1886>

EFFECTES COGNITIVS DE L'ESPORT EN L'ENVELLIMENT SA: UNA REVISIÓ SISTEMÀTICA

Efectes cognitius de l'esport en l'envelliment sa: una revisió sistemàtica

Eduardo Vázquez García
María González Nosti

Resum

Segons l'OMS la població major de 60 anys es duplicarà el 2050, la qual cosa constreny a investigar mesures que promoguin l'envelliment sa per a adaptar-nos a aquesta nova realitat demogràfica. L'activitat física (AF) emergeix com una intervenció no farmacològica i de baix risc amb potencial per a preservar la funció cognitiva (FC) en els adults grans. En aquest treball s'ha fet una revisió sistemàtica de la bibliografia publicada en els últims cinc anys sobre l'AF com a potencial factor per a mantenir i millorar la FC en persones més grans de 60 anys.

De tots els articles analitzats només 17 s'ajustaven als criteris d'inclusió, analitzar la relació entre AF i FC, avaluades mitjançant proves neuropsicològiques. La majoria es van dur a terme als EUA i van ser publicats en revistes dedicades a la gerontologia, demència, neurociència i esport. Les mostres analitzades van oscil·lar entre 22 i 4.227 participants, la majoria dels estudis van incloure grups de control, així com homes i dones en proporcions similars.

Es conclou que l'AF resulta prometedora per a millorar la FC en adults grans. Les FC dependents del lòbul frontal van ser les més afavorides per l'AF. No es va trobar evidència clara sobre la freqüència, intensitat o modalitat d'AF més beneficiosa per a la FC.

Resumen

Según la OMS la población mayor de 60 años se duplicará para el 2050, lo que apremia a investigar medidas que promuevan el envejecimiento sano para adaptarnos a esta nueva realidad demográfica. La actividad física (AF) emerge como una intervención no farmacológica y de bajo riesgo con potencial para preservar la función cognitiva (FC) en los adultos mayores. En este trabajo se ha realizado una revisión sistemática de la bibliografía publicada en los últimos cinco años sobre la AF como potencial factor para mantener y mejorar la FC en personas mayores de 60 años.

De todos los artículos analizados solo 17 se ajustaban a los criterios de inclusión, analizar la relación entre AF y FC, evaluadas mediante pruebas neuropsicológicas. La mayoría se llevaron a cabo en EEUU y fueron publicados en revistas dedicadas a la gerontología, demencia, neurociencia y deporte. Las muestras analizadas oscilaron entre 22 y 4.227 participantes, la mayoría de los estudios incluyeron grupos de control, así como hombres y mujeres en proporciones similares.

Se concluye que la AF resulta prometedora para mejorar la FC en adultos mayores. Las FC dependientes del lóbulo frontal fueron las más favorecidas por la AF. No se encontró evidencia clara sobre la frecuencia, intensidad o modalidad de AF más beneficiosa para la FC.

1. Introducció

Durant el procés d'envelliment s'esdevenen una sèrie de canvis físics i mentals no atribuïbles a cap malaltia específica, que comporten una disminució de la capacitat per a adaptar-se a l'estrès i mantenir l'equilibri homeostàtic (Juan i Adlard, 2019). La vellesa implica un declivi cognitiu progressiu que es manifesta principalment en la pèrdua de memòria, trastorns del llenguatge, trastorns mentals i disminució de l'atenció, amb la demència representant una de les manifestacions més greus (Hu et al., 2023). Des d'una perspectiva neurobiològica, l'envelliment es relaciona amb alteracions en l'estructura i activitat del cervell, la qual cosa implica reduccions en el volum cerebral, modificacions en la neuroquímica i descensos en el flux sanguini i el metabolisme cerebral (Khan et al., 2017).

L'evolució d'aquesta condició i les conseqüents diferències individuals poden deure's a una sèrie de factors diversos (Cosco et al., 2017) que poden accelerar o retardar la deterioració cognitiva associada amb l'edat (Kartschmit et al., 2019). Aspectes com el nivell educatiu, l'edat, la genètica, l'activitat física (d'ara endavant AF) i les relacions interpersonals impacten significativament en la deterioració cognitiva en adults grans (Lee et al., 2020).

L'AF ha estat objecte de nombrosos estudis que exploren la seva relació amb la funció cognitiva en adults grans. Recerques recents suggereixen que alguns tipus d'AF produeixen millores en la memòria, la funció executiva i atenció, i poden reduir significativament el risc de demència (Guure et al., 2017). Encara que persisteixen algunes incerteses sobre la relació entre l'exercici i els canvis cognitius, estructurals i funcionals del cervell (Soshi et al., 2021), existeix un creixent interès en la promoció d'intervencions no farmacològiques i de baix risc com l'exercici per a preservar la funcionalitat cognitiva en adults majors (Netz, 2017).

S'han identificat unes certes discrepàncies en les troballes dels estudis realitzats fins a la data sobre aquest tema. Per exemple, alguns treballs han reportat una correlació positiva entre l'AF moderada o vigorosa i una FC més elevada (Spartano et al., 2019; Zhu et al., 2017), mentre que uns altres han conclòs la falta d'associació entre totes dues variables (Vásquez et al., 2017).

Alguns investigadors donen suport als efectes positius de l'esport sobre el funcionament cognitiu, Zhou et al. (2019) van demostrar que la pràctica de taitxí té un impacte positiu en la cognició i Engeroff et al. (2019) han suggerit que l'AF realitzada durant la vida adulta pot millorar l'FC en la vellesa. No obstant això, altres investigadors no van trobar una relació significativa entre diferents tipus d'AF i l'FC (Brasure et al., 2018; Sink et al., 2015).

D'altra banda, alguns estudis transversals van trobar una correlació positiva entre l'AF autodeclarada i l'FC al llarg del període de seguiment (Landi et al., 2007; Middleton et al., 2008). En contrast, un ampli estudi epidemiològic longitudinal no va identificar cap associació estadísticament significativa entre l'AF i el desenvolupament de demència al llarg del seguiment (Sàvia et al., 2017).

A manera de resum, malgrat que en general molts estudis semblen afirmar que l'AF té un impacte positiu en la FC, s'observen resultats contradictoris que no permeten respondre de manera clara a qüestions com a quin grau d'intensitat és necessari per a aconseguir el benefici de l'AF, quin tipus d'activitat és la més recomanable o amb quina freqüència s'hauria de practicar per a observar resultats.

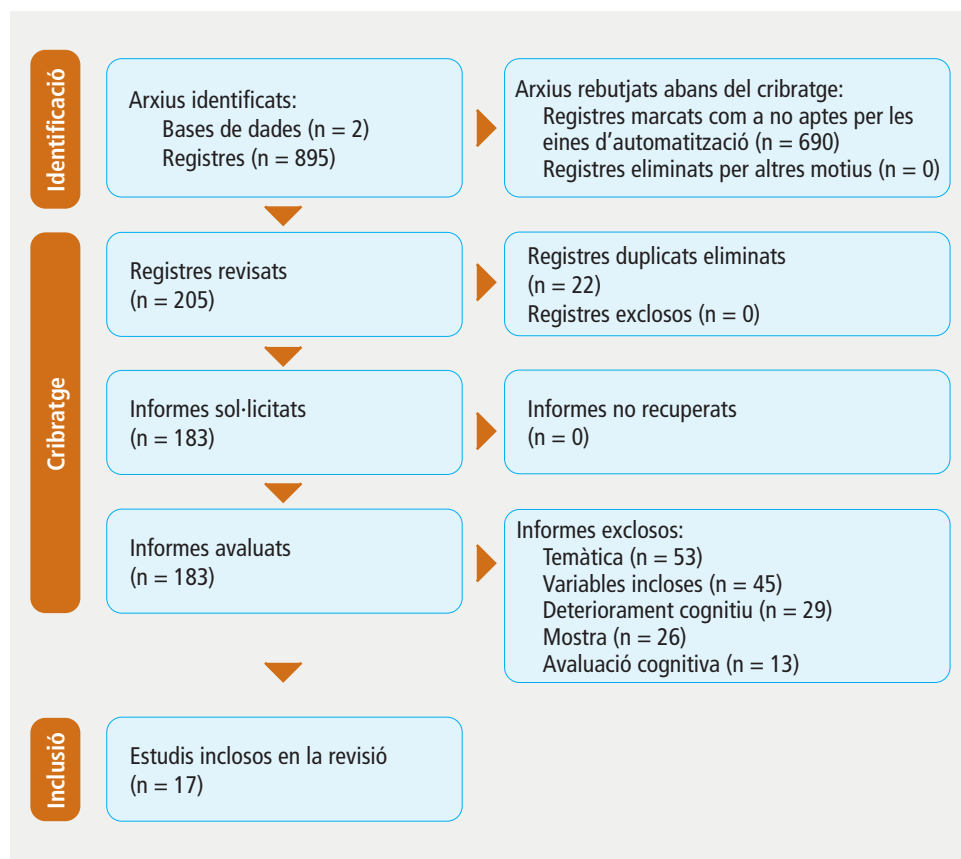
En aquest treball ens proposem fer una revisió sistemàtica de la literatura més actual sobre l'AF com a factor protector de la deterioració cognitiva, així com la seva capacitat per a millorar la FC en adults majors de 60 anys. També intentarem respondre a les preguntes plantejades prèviament, com ara quines variables influeixen en la seva eficàcia, quina freqüència i intensitat són les ideals per a observar resultats, quin tipus d'exercici resulta més favorable o quines FC es veuen més beneficiades.

2. Metodologia

La cerca bibliogràfica va ser realitzada seguint el mètode PRISMA (Page et al., 2021) per a assegurar-ne la rigorositat i replicabilitat, dia 22 de febrer de 2024, en les bases de dades Web of Science (WOS) i Scopus. Es va decidir optar per aquestes dues bases de dades per la seva àmplia cobertura de la disciplina, la seva amplitud de publicacions i les seves eines de cerca avançades, que van facilitar el procés de revisió.

Amb l'objectiu de recollir tots els documents rellevants per al tema de la revisió, vam triar les paraules clau *Sport*, *Workout*, *Exercise*, *Physical Activity*, *Cognitive*, *Elder*, *Aging* i *Impairment*.

En la cerca bibliogràfica inicial limitarem les paraules clau als camps: Títol, Resum (Abstract) i Paraules clau (Keywords) dels documents disponibles en totes dues bases de dades. Aquesta cerca va llançar 18.346 resultats. A continuació, delimitarem la cerca realitzant un filtratge per títol, de manera que es va reduir la llista a 895 fonts. Posteriorment, aplicarem criteris d'exclusió i inclusió manualment i seleccionarem un conjunt de 17 articles que es van ajustar als objectius específics d'aquesta revisió. Aquest procés de filtratge es detalla en el gràfic 1.

Gràfic 1 | *Diagrama de flux. Identificació d'estudis a través de bases de dades*

3. Resultats

Els estudis inclosos en la revisió van emprar una mostra de participants molt variada que oscil·la entre 22 i 4.227 adults majors de 60 anys. Entre aquests trobem quatre articles la mostra dels quals supera els 2.000 subjectes, però la gran majoria utilitzen mostres més reduïdes, inferiors a 100 subjectes.

Com es detalla en els apartats anteriors, els participants seleccionats per als estudis no van presentar demència ni deteriorament cognitiu. A més, els articles revisats van excloure aquells participants amb problemes de mobilitat, incapacitat per a seguir instruccions orals, antecedents familiars de demència primerenca o que no haguessin completat les avaluacions físiques o cognitives.

Quant al disseny, 14 articles inclouen un grup de control inactiu, tan sols tres manquen del mateix (Hu et al., 2023; Loprinzi i Frith, 2019; Zheng et al., 2023). D'altra banda, tots els estudis, excepte un (Vints et al., 2023), inclouen tant homes com dones en proporcions variables, oscil·lant en la majoria al voltant del 50%.

Els estudis van ser realitzats en els països següents: Alemanya, Austràlia, la Xina, els Estats Units, Espanya, Itàlia, el Japó, Lituània, Nova Zelanda i Portugal, amb un major nombre de treballs duts a terme als Estats Units.

En tots els estudis inclosos en la revisió es va analitzar la FC dels participants abans i després de la intervenció. L'avaluació cognitiva es va dur a terme utilitzant tasques de funció executiva, memòria, disseny de blocs, substitució de símbols digitals, reproducció visual, atenció sostinguda, velocitat de processament, temps de reacció, etc. Les proves de FC utilitzades en cada estudi poden consultar-se en la Taula 1, en la qual es resumeixen els articles revisats.

Taula 1 Resum dels estudis analitzats			
Autors/Revista	Mostra	Avaluació cognitiva	Resultats i conclusions
Brown et al. 2021 <i>Alzheimer's Research & Therapy</i>	99 adults d'entre 60 i 80 anys.	MoCA WAIS - III Digit Span California Verbal Learning Test -II Brief Visuospatial Memory Test TMT – Parts A i B NIH EXAMINER Verbal fluency task, Flanker, and Set-shifting Computerised Cogstate Battery	L'AF no va contribuir directament a millores en la cognició a nivell de grup. Els canvis en la forma física respiratòria estaven associats amb el canvi cognitiu des d'abans fins al cap de la intervenció. Els genotips APOE i BDNF poden afectar la relació entre la forma física cardiorespiratòria i el canvi cognitiu.
D'Aurizio et al. 2023 <i>Brain Sciences</i>	151 persones d'entre 65 i 87 anys.	MMSE Cognitive Reserve Index Questionnaire LCT	L'AF en entorn natural, com el senderisme, s'associa a un millor funcionament cognitiu en comparació amb els comportaments sedentaris i l'AF moderada en interiors.
Endeshaw i Goldstein 2021 <i>Journal of Applied Gerontology</i>	4.227 adults, 58 % dones, majors de 65 anys. Les dades pertanyen a la NHATS.	• Memòria (record immediat i diferit de 10 paraules) • Dibuix del rellotge • Orientació al temps i als esdeveniments actuals	Associació entre la participació en AF i un menor risc de deterioració de la FC entre els adults grans amb una FC normal a l'inici de l'estudi, independentment d'altres variables.

continua

Autors/Revista	Mostra	Avaluació cognitiva	Resultats i conclusions
Engeroff et al. 2019 <i>Aging & Mental Health</i>	50 persones, 27 dones, d'entre 67 i 77 anys.	<i>Stroop Test</i> <i>TMT – Parts A i B</i> <i>WAIS - III Digit Span - Forward and Fackward</i> <i>CERAD-Plus Neuropsychological Battery</i> <i>Wortschatz-Test -B (memòria cristal·litzada)</i> <i>MMSE</i>	L'AF al llarg de la vida s'associa de manera beneficiosa amb el control de la interferència i el rendiment de l'atenció, així com amb l'estructura i la integritat neuronals en edats avançades.
Gerten et al. 2022 <i>Frontiers in Aging Neuroscience</i>	56 participants, 30 dones, majors de 65 anys.	<i>TMT – Parts A i B</i> <i>Stroop Test</i> <i>WAIS - III Digit Span - Forward and Fackward</i> <i>Verbal Learning Memory Test</i> <i>Mehrfachwahl-Wortschatz-Test -B (memòria cristal·litzada)</i> <i>MMSE</i>	L'AF lleugera va mostrar una associació moderada amb la funció executiva. Associació significativa entre l'atenció, la càrrega màxima de treball i el consum màxim d'oxigen. La memòria de treball es va associar amb la càrrega màxima de treball.
Guiney et al. 2019 <i>Neuropsychologia</i>	51 adults d'entre 60 i 72 anys, 31 dones.	<i>MMSE</i> 3 proves informatitzades de temps de reacció de dificultat incremental	L'AF habitual no es va relacionar significativament amb cap de les mesures cerebrovasculars, i no va haver-hi relacions significatives entre les mesures cerebrovasculars i el rendiment cognitiu.
Hu et al. 2023 <i>Journal of Aging and Physical Activity</i>	715 adults majors de 60 anys (M = 72 anys).	Qüestionari <i>TICS</i>	Associació positiva entre l'AF total, l'AF domèstica i la FC en adults grans, especialment en l'orientació i la memòria.
Ingold et al. 2020 <i>BMC Geriatrics</i>	61 adults d'entre 64 i 87 anys.	<i>RBANS</i> <i>TMT – Parts A i B</i> <i>Benton Judgement of Line Orientation Test</i> <i>WAIS - III Digit Span - Forward and Fackward</i> <i>Stroop Test</i> <i>Self-Regulation Questionnaire</i> <i>Self-Regulation of Learning Self-Report Scale</i>	L'AF pot tenir efectes selectivament beneficiosos sobre la FC. L'AF oberta es va associar amb una millor inhibició, seguiment visual i flexibilitat cognitiva, mentre que l'AF tancada es va associar amb una millor atenció selectiva i percepció visuoespacial.

continua

Autors/Revista	Mostra	Avaluació cognitiva	Resultats i conclusions
Krell-Roesch et al. 2021 <i>Journal of Alzheimer's Disease</i>	2.060 subjectes majors de 70 anys.	<i>Auditory Verbal Learning Test</i> <i>WMS -R</i> <i>Boston Naming Test</i> (fluïdesa de categories) <i>WAIS - III</i> (imatges, disseny de blocs i substitució de símbols digitals) <i>TMT - Part B</i>	L'AF lleugera en la mitjana edat es va associar amb una menor deterioració de la memòria a llarg termini. L'AF vigorosa tardana es va associar amb una menor deterioració del llenguatge, l'atenció i la cognició global. Ser portador d'APOE ε4 no va moderar l'associació entre AF i cognició.
Loprinzi i Frith 2019 <i>Psychological Reports</i>	2.352 persones majors de 60 anys. Dades de la NHANES de 1999-2002.	<i>Digit Symbol Substitution Test</i> (velocitat de processament, atenció sostinguda i memòria de treball)	L'AF percebuda (AFP) es va associar positiva i significativament amb la FC.
Maasackers et al. 2020 <i>Alzheimer's Research & Therapy</i>	22 adults d'entre 70 i 90 anys, 9 dones.	<i>Test of Attentional Performance</i> (estat d'alerta, funcionament executiu i memòria de treball)	Tres hores assegut no van influir en el rendiment cognitiu, a curt termini, a llarg termini ni entre condicions. La pressió arterial i la resistència cerebrovascular van augmentar amb el temps. Aquests efectes no es van atenuar amb l'activitat mental ni amb breus descansos per a caminar.
Pereira et al. 2019 <i>Physiology & Behavior</i>	33 participants, 26 dones, d'entre 65 i 93 anys.	<i>CANTAB</i> (memòria (general, de treball, visual, verbal), funció executiva, atenció, temps de reacció, presa de decisions i control de resposta)	El rendiment cognitiu es modula positivament amb una intervenció d'exercici físic individualitzada i multicomponent. Es van trobar millores en la memòria de treball espacial, l'aprenentatge associat visuoespacial i el control motor.
Reas et al. 2019 <i>Journal of Alzheimer's Disease</i>	2.027 adults majors de 70 anys, dels quals el 60 % eren dones.	<i>WMS -R</i> (memòria lògica i reproducció visual) <i>Boston Naming Test</i> <i>WAIS - III</i> (imatges i disseny de blocs) <i>TMT - Part B</i>	L'AF es va associar amb una millor FC en edats avançades. L'AF en l'edat adulta primerenca pot contribuir a la reserva cognitiva, que, juntament amb l'AF en anys posteriors, pot actuar per a preservar la capacitat cognitiva.

Autors/Revista	Mostra	Avaluació cognitiva	Resultats i conclusions
Sanchez-Lastra et al. 2022 <i>European Geriatric Medicine</i>	68 participants majors de 65 anys, en residències per a persones grans.	<i>MMSE</i> (versió espanyola) <i>TMT – Part A</i> <i>Phototest</i>	Els exercicis de resistència amb bandes elàstiques van mostrar efectes beneficiosos sobre la FC i la independència funcional en adults grans institucionalitzats. Mentre que els exercicis de la part superior van ser més eficaços en la FC, els exercicis de les extremitats inferiors van mostrar millors resultats en la funció física.
Soshi et al. 2021 <i>Cerebral Cortex</i>	47 adults d'entre 61 i 82 anys.	<i>MoCA</i> <i>TMT</i> <i>WMS - R</i> (memòria lògica, immediata i retardada) <i>Tasques N-back</i>	La intervenció d'exercici a curt termini pot induir plasticitat prefrontal associada amb el rendiment cognitiu en adults grans.
Vints et al. 2023 <i>International Journal of Sport and Exercise Psychology</i>	37 homes majors de 60 anys.	<i>MMSE</i> <i>Automated Neuropsychological Assessment Metrics-4</i>	Una sola sessió d'exercici de força d'alta intensitat no va induir cap millora significativa en la FC.
Zheng et al. 2023 <i>The Journals of Gerontology: Series A</i>	2.441 participants majors de 60 anys, 54 % dones. Dades de la ENESN 2011-2014.	<i>Digit Symbol Substitution Test</i> <i>Fluïdesa verbal d'animals</i>	Una major AF habitual s'associa amb una millor FC. Quan es manté un nivell similar d'AF diària, els individus que realitzen AF amb majors esforços màxims al llarg del dia poden tenir un millor rendiment cognitiu.

Després d'avaluar la FC dels participants, l'AF es va mesurar o es va implementar de dues maneres diferents en els estudis revisats. Alguns d'aquests van avaluar l'AF realitzada pels participants al llarg dels dies, setmanes o mesos, bé sigui per mitjà d'autoinforme, bé sigui utilitzant proves o test estandarditzats. Fins i tot alguns estudis van utilitzar acceleròmetres, uns dispositius que mesuren l'acceleració total del cos per a inferir l'AF realitzada al llarg del dia. Altres estudis, per part seva, sotmetien els participants a programes d'entrenament, que incloïen exercicis aeròbics, de resistència, d'alta intensitat, de baixa intensitat, etc.

4. Discussió

El propòsit del present treball ha estat estudiar l'impacte de l'AF com a factor protector del deteriorament cognitiu així com la seva capacitat per a millorar o beneficiar la FC

en adults majors de 60 anys. Es pretenia també identificar les variables que afecten la seva efectivitat, com ara la freqüència, la intensitat de l'exercici o la modalitat de l'AF, i també identificar les FC que experimenten majors beneficis.

Per a això hem revisat 17 articles científics, dels quals 12, és a dir, un 70% del total, conclouen que l'AF, de diferents tipus, té efectes beneficiosos sobre la FC (D'Aurizio et al., 2023; Endeshaw i Goldstein, 2021; Engeroff et al., 2019; Gerten et al., 2022; Hu et al., 2023; Ingold et al., 2020; Krell-Roesch et al., 2021; Pereira et al., 2019; Rees et al., 2019; Sánchez-Llastra et al., 2022; Soshi et al., 2021; Zheng et al., 2023).

Contràriament, un 30% dels estudis analitzats no van trobar evidència que doni suport al benefici de l'AF sobre la FC (Brown et al., 2021; Guiney et al., 2019; Loprinzi i Frith, 2019; Maasackers et al., 2020; Vints et al., 2023). Resulta necessari explicar algunes raons per les quals aquests cinc articles podrien haver llançat tals resultats. Per a començar, els estudis de Vints et al. (2023) i Maasackers et al. (2020) van investigar els efectes cognitius d'una sola sessió d'entrenament de força d'alta intensitat i d'un episodi únic de comportament sedentari, respectivament. En tots dos casos, la durada de la intervenció va ser de tot just tres hores. Podem concloure a partir d'aquests que l'AF podria no exercir efectes apreciables sobre la FC de manera immediata. No obstant això, aquests estudis no aporten evidència substancial sobre els seus efectes a llarg termini, l'àrea d'interès de tots els altres articles esmentats.

D'altra banda, Brown et al. (2021) van investigar els efectes de sis mesos d'exercici d'intensitat moderada i alta. Malgrat que no van trobar cap associació significativa entre el programa d'exercicis i la FC, sí que van poder observar un efecte dosiddependent de la intensitat de l'exercici sobre l'aptitud cardiorespiratòria. Tals canvis en l'aptitud cardiorespiratòria abans i després de la intervenció sí que es van associar amb canvis en la cognició global i la funció executiva, per la qual cosa l'exercici físic sí que va tenir un efecte, encara que indirecte, sobre la FC.

La recerca duta a terme per Guiney et al. (2019), de manera similar a l'estudi anterior, va investigar la relació entre l'AF, la funció cerebrovascular i la cognició, sense trobar tot just associacions entre cap de les variables, trobant tan sols que l'AF més freqüent es va associar moderadament amb un control inhibitori superior. No obstant això, els mateixos autors esmenten que la petita mostra (51 subjectes) va reduir notablement la potència de les anàlisis estadístiques realitzades. Finalment, Loprinzi i Frith (2019), malgrat que no van trobar cap associació entre l'AF i la FC, destaquen que l'AF percebuda, independentment de l'AF real, es va associar significativament amb la FC; hipotetitzen que la reducció de l'estrès i l'estat de salut percebuts poden mediar en tal relació, aportant evidència que el component psicològic de l'activitat esportiva és un dels factors clau per aconseguir beneficis en rendiment cognitiu.

Després d'aquests aclariments, podem concloure que els resultats d'aquesta revisió sistemàtica reforcen el paper beneficiós de l'AF en el manteniment i millora de la FC al llarg del cicle vital (Engeroff et al., 2019; Krell-Roesch et al., 2021; Pereira et al., 2019; Rees et al., 2019; Sánchez-Llastra et al., 2022; Soshi et al., 2021). Tal com expressen D'Aurizio et al. (2023), l'AF regular promou, fins i tot en les persones majors, un estat de benestar psicofísic funcional capaç d'alentir la deterioració cognitiva relacionada amb l'edat. Així mateix, els diferents tipus d'AF, així com la intensitat i freqüència amb la qual es practiquen, són factors determinants en el procés d'envelliment actiu, exercint un efecte protector sobre el funcionament cognitiu global de les persones majors. En les seccions següents s'abordarà detalladament l'impacte d'aquestes variables en la relació entre l'AF i la FC.

4.1. Intensitat, freqüència i modalitat de l'AF

Pel que fa a la intensitat, s'observen resultats molt dispars. Zheng et al. (2023) van emprar un acceleròmetre per a avaluar la intensitat de l'AF realitzada pels participants al llarg del dia. Van trobar que aquells que realitzaven AF amb un major esforç màxim o intensitat presentaven un millor acompliment cognitiu, fins i tot van explicar que per cada augment de 1.000 unitats en el MIMS (Monitor-Independent Movement Summary) diari (la unitat de mesura de la intensitat utilitzada pels dispositius emprats) la puntuació en la prova DSST (Digit-Symbol) augmentava en 0,67 i la de fluïdesa verbal semàntica, en 0,13.

D'altra banda, l'estudi de Gerten et al. (2022) assenyala que la realització d'AF d'intensitat lleugera es vincula amb millores en la FC. Recerques addicionals com les de Endeshaw i Goldstein (2021) i Krell-Roesch et al. (2021) completen els resultats de l'esmentat anteriorment, afegint que s'obtenen efectes positius sobre la FC després de practicar AF tant de baixa com de moderada i alta intensitat, sense trobar efectes acumulatius o de dosis en augmentar la intensitat.

Quant a la freqüència de l'activitat esportiva, també resulta difícil aportar unes directrius clares que maximitzin els beneficis en el rendiment cognitiu, ja que els estudis analitzats han seguit procediments molt diversos. Ingold et al. (2020) van reportar millores en la FC amb tan sols una hora d'exercici setmanal; de manera similar, Soshi et al. (2021) van implementar un programa d'exercici de 90 minuts a la setmana, i van trobar també beneficis sobre la FC. Altres estudis analitzats no van detallar la freqüència o durada específica de l'AF duta a terme durant la recerca. En el seu lloc es van limitar a seleccionar subjectes que practicaven esport almenys 1, 2 o 3 dies a la setmana, sense proporcionar més informació sobre la uniformitat de la mostra en relació amb aquests paràmetres. Aquestes exigències van ser diferents en cada treball.

L'estudi més destacat és l'elaborat per Engeroff et al. (2019), els qui van observar que la pràctica regular de 75 minuts d'AF vigorosa o 150 minuts d'AF moderada setmanalment al llarg de la vida es relaciona amb millores en algunes funcions executives com el control d'interferències. A més, van identificar que aquells individus que van superar aquestes recomanacions van experimentar resultats cognitius encara més favorables.

Finalment, pel que fa a la modalitat d'AF a triar per a maximitzar el rendiment cognitiu, trobem una vegada més resultats poc esclaridors. D'Aurizio et al. (2023) van trobar que el senderisme pot ser altament beneficiós per a la FC, mentre que la gimnàstica va demostrar efectes similars al sedentarisme. Contràriament, les troballes de Sánchez-Llastra et al. (2022) van revelar que els exercicis de resistència amb bandes elàstiques, similars a la gimnàstica, es van associar amb efectes beneficiosos en l'FC. Per part seva, Ingold et al. (2020) van diferenciar entre dues formes d'AF, d'habilitats obertes o tancades. Les activitats físiques obertes, com el tennis, requereixen que els participants actuïn en un entorn dinàmic i responguin a canvis impredecibles i freqüents; no obstant això, les AF tancades, com la natació, són més predictibles i autodirigides. Encara que la FC es va veure afavorida en tots dos tipus d'AF, les de tipus obert es van associar amb una millor inhibició, seguiment visual i flexibilitat cognitiva, mentre que les AF de tipus tancat es van associar amb una millor atenció selectiva i percepció visuoespacial. Aquests resultats suggereixen la possibilitat que diferents esports o exercicis afavoreixin diferents àrees cognitives.

Endeshaw i Goldstein (2021) també han vinculat la participació en activitats socials amb un menor risc de deterioració en la FC, coincidint amb recerques anteriors com les de Brown et al. (2016). Encara que els resultats dels primers autors van ser independents de la variable social, aquesta podria contaminar les conclusions sobre l'efecte beneficiós de l'AF en la FC en esports de grup. No obstant això, aquest efecte favorable del component social ens porta a inferir que els esports grupals poden resultar més beneficiosos que els individuals.

Reunint tota aquesta informació i seguint les conclusions de Pereira et al. (2019) proposem optar per programes d'exercici grupal i multicomponent amb elements aeròbics i de resistència, però que considerin sempre els desafiaments i necessitats individuals, podent ser personalitzables o adaptables a aquestes.

4.2. FC més beneficiades

En termes generals i sense diferenciar entre intensitats, freqüències o tipus d'exercici, trobem que l'AF produeix beneficis en diferents FC. Els articles analitzats en aquesta revisió presenten evidència que l'AF pot afavorir l'orientació (Hu et al., 2023), memòria (Hu et al., 2023; Krell-Roesch et al., 2021), memòria de treball (Gerten et al., 2022;

Pereira et al., 2019), atenció (Gerten et al., 2022; Krell-Roesch et al., 2021), llenguatge (Krell-Roesch et al., 2021), aprenentatge associat visuoespacial (Pereira et al., 2019), percepció visuoespacial (Ingold et al., 2020), funcions executives (Gerten et al., 2022; Ingold et al., 2020), inhibició (Ingold et al., 2020), flexibilitat cognitiva (Ingold et al., 2020), atenció selectiva (Engeroff et al., 2019; Ingold et al., 2020), velocitat d'execució (D'Aurizio et al., 2023), eficiència (D'Aurizio et al., 2023), control d'interferències (Engeroff et al., 2019) i control motor (Pereira et al., 2019).

Es pot observar una marcada heterogeneïtat, possiblement reflex de l'àmplia diversitat en les proves i tests utilitzats per a dur a terme les avaluacions cognitives en els diferents treballs. És notable que, encara que únicament dos estudis fan esment directe a les funcions executives, s'observa que altres treballs assenyalen millores en algunes d'aquestes, com ara el control d'interferències o la flexibilitat cognitiva. Al seu torn, diversos estudis indiquen millores en altres funcions, les quals, igual que les funcions executives, involucren els lòbuls frontals, com per exemple la memòria de treball, atès que l'executiu central depèn del prefrontal, l'atenció, especialment la sostinguda, la funció de la qual també està associada al prefrontal, les habilitats visuoespacials o el control motor.

En línies generals, s'aprecia una millora en les FC relacionades amb els lòbuls frontals com a resultat de la pràctica d'AF. Tenint en compte que el còrtex motor està representat en els lòbuls frontals, no sembla desgavellat suggerir la possibilitat que l'estimulació dels lòbuls frontals a través de l'exercici pugui resultar en la millora simultània d'altres funcions dependents de les mateixes àrees o àrees adjacents, com les funcions executives i frontals.

5. Conclusions

En vista dels resultats d'aquesta revisió, la principal conclusió que s'ha obtingut és que, efectivament, sembla existir una relació positiva entre l'AF i la FC, la qual cosa ens porta a suggerir que l'AF podria ser un bon tractament no farmacològic per a mantenir i millorar la FC, així com prevenir la deterioració cognitiva i el risc de demència en la població adulta major de 60 anys.

Malgrat això, no s'ha trobat suficient evidència per a confirmar la superioritat d'alguna mena d'AF com més beneficiosa que les altres per a la FC. Tampoc s'han obtingut resultats clarificadors que justifiquin la idea que una major freqüència o intensitat en la pràctica esportiva condueixi a millors resultats cognitius. És necessari que els treballs futurs s'enfoquin en l'estudi de la modalitat, freqüència i intensitat òptimes per a maximitzar els efectes positius de l'AF sobre la FC.

Les FC més beneficiades per l'AF són aquelles en les quals està implicat el lòbul frontal, com les funcions executives, la memòria de treball, l'atenció, les habilitats visuoespacials o el control motor.

La principal limitació d'aquesta revisió és la mida reduïda de la mostra bibliogràfica amb la qual hem treballat. La rigorositat aplicada en els criteris d'inclusió i exclusió ha restringit significativament el nombre d'articles disponibles. Recomanem a futures recerques amb enfocament similar que ampliïn el rang d'anys de publicació o el nombre de bases de dades emprades, amb la finalitat de recopilar una major quantitat d'articles de qualitat, la qual cosa permetrà realitzar una revisió bibliogràfica més exhaustiva.

Referències bibliogràfiques

Brasure, M., Desai, P., Davila, H., Nelson, V. A., Calvert, C., Jutkowitz, E., ... Kane, R. L. (2018). Physical activity interventions in preventing cognitive decline and alzheimer-type dementia a systematic review. *A Annals of Internal Medicine*, 168(1), 30-38. <https://doi.org/10.7326/M17-1528>

Brown, C., Robitaille, A., Zelinski, E. M., Dixon, R. A., Hofer, S. M., i Piccinin, A. M. (2016). Cognitive activity mediates the association between social activity and cognitive performance: A longitudinal study. *Psychology and Aging*, 31(8), 831-846. <https://doi.org/10.1037/pag0000134>

Brown, B. M., Frost, N., Rainey-Smith, S. R., Doecke, J., Markovic, S., Gordon, N., ... Peiffer, J. J. (2021). High-intensity exercise and cognitive function in cognitively normal older adults: a pilot randomised clinical trial. *Alzheimer's Research & Therapy*, 13(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13195-021-00774-y>

Cosco, T. D., Howse, K., i Brayne, C. (2017). Healthy ageing, resilience and wellbeing. *A Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(6), 579-583. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000324>

D'Aurizio, G., Festucci, F., Di Pompeo, I., Tempesta, D., i Curcio, G. (2023). Effects of Physical Activity on Cognitive Functioning: The Role of Cognitive Reserve and Active Aging. *Brain Sciences*, 13(11), 1581. <https://doi.org/10.3390/brainsci13111581>

Endeshaw, Y. i Goldstein, F. (2021). Association Between Physical Exercise and Cognitive Function Among Community-Dwelling Older Adults. *Journal of Applied Gerontology*, 40(3), 300-309. <https://doi.org/10.1177/0733464820952242>

Engeroff, T., Vogt, L., Fleckenstein, J., Füzéki, E., Matura, S., Pilatus, U., ... Banzer, W. (2019). Lifespan leisure physical activity profile, brain plasticity and cognitive function in old age. *Aging & Mental Health*, 23(7), 811-818. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1421615>

Gerten, S., Engeroff, T., Fleckenstein, J., Füzéki, E., Matura, S., Pilatus, U., ... Banzer, W. (2022). Deducing the Impact of Physical Activity, Sedentary Behavior, and Physical Performance on Cognitive Function in Healthy Older Adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2021.777490>

Guiney, H., Lucas, S. J. E., Cotter, J. D., i Machado, L. (2019). Investigating links between habitual physical activity, cerebrovascular function, and cognitive control in healthy older adults. *Neuropsychologia*, 125, 62-69. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2019.01.011>

Guure, C. B., Ibrahim, N. A., Adam, M. B., i Said, S. M. (2017). Impact of Physical Activity on Cognitive Decline, Dementia, and Its Subtypes: Meta-Analysis of Prospective Studies. *BioMed Research International*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/9016924>

Hu, J., Chen, Y., Li, N., Wang, Y., Zha, Y., i Zhou, J. (2023). Association of Physical Activity With Cognitive Function Among Older Adults in Rural Sichuan, China. *Journal of Aging and Physical Activity*, 31(3), 482-488. <https://doi.org/10.1123/japa.2022-0033>

Ingold, M., Tulliani, N., Chan, C. C. H., i Liu, K. P. Y. (2020). Cognitive function of older adults engaging in physical activity. *BMC Geriatrics*, 20(1), 229. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01620-w>

Juan, S. M. A., i Adlard, P. A. (2019). Ageing and cognition. *A Subcellular Biochemistry*, 91, 107-122. https://doi.org/10.1007/978-981-13-3681-2_5

Kartschmit, N., Mikolajczyk, R., Schubert, T., i Lacruz, M. E. (2019). Measuring Cognitive Reserve (CR) – A systematic review of measurement properties of CR questionnaires for the adult population. *PLoS ONE*, 14(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219851>

Khan, S. S., Singer, B. D., i Vaughan, D. E. (2017). Molecular and physiological manifestations and measurement of aging in humans. *Aging Cell*, 16(4), 624-633. <https://doi.org/10.1111/accel.12601>

Krell-Roesch, J., Syrjanen, J. A., Bezold, J., Trautwein, S., Barisch-Fritz, B., Boes, K., ... Geda, Y. E. (2021). Physical Activity and Trajectory of Cognitive Change in Older Persons: Mayo Clinic Study of Aging. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(1), 377-388. <https://doi.org/10.3233/JAD-200959>

Landi, F., Russo, A., Barillaro, C., Cesari, M., Pahor, M., Danese, P., Bernabei, R. i Onder, G. (2007). Physical activity and risk of cognitive impairment. *Aging Clinical and Experimental Research*, 19(5), 410-416. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/BF03324723>

Lee, J. H., Sung, J., i Choi, M. K. (2020). The factors associated with subjective cognitive decline and cognitive function among older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 76(2), 555-565. <https://doi.org/10.1111/jan.14261>

Loprinzi, P. D. i Frith, E. (2019). Association Between Perceived Physical Activity and Cognitive Function in Older Adults. *Psychological Reports*, 122(1), 108-116. <https://doi.org/10.1177/0033294117750632>

Maasackers, C. M., Melis, R. J. F., Kessels, R. P. C., Gardiner, P. A., Olde Rikkert, M. G. M., Thijssen, D. H. J., i Claassen, J. A. H. R. (2020). The short-term effects of sedentary behaviour on cerebral hemodynamics and cognitive performance in older adults: a cross-over design on the potential impact of mental and/or physical activity. *Alzheimer's Research & Therapy*, 12(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s13195-020-00644-z>

Middleton, L. E., Mitnitski, A., Fallah, N., Kirkland, S. A., i Rockwood, K. (2008). Changes in cognition and mortality in relation to exercise in late life: A population based study. *PLoS ONE*, 3(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0003124>

Netz, Y. (2017). Is the Comparison between exercise and pharmacologic treatment of depression in the clinical practice guideline of the American college of physicians evidence-based? *Frontiers in Pharmacology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fphar.2017.00257>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... Moher, D. (2021). «The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews». A *The BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Pereira, T., Cipriano, I., Costa, T., Saraiva, M. i Martins, A. (2019). Exercise, ageing and cognitive function - Effects of a personalized physical exercise program in the cognitive function of older adults. *Physiology & Behavior*, 202, 8-13. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.01.018>

Reas, E. T., Laughlin, G. A., Bergstrom, J., Kritz-Silverstein, D. i McEvoy, L. K. (2019). Physical Activity and Trajectories of Cognitive Change in Community-Dwelling Older Adults: The Rancho Bernardo Study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 71(1), 109-118. <https://doi.org/10.3233/JAD-190491>

Sabia, S., Dugravot, A., Dartigues, J. F., Abell, J., Elbaz, A., Kivimäki, M. i Singh-Manoux, A. (2017). Physical activity, cognitive decline, and risk of dementia: 28 year follow-up of Whitehall II cohort study. *BMJ (Online)*, 357. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2709>

Sanchez-Lastra, M. A., Varela, S., Cancela, J. M., i Ayán, C. (2022). Upper versus lower body resistance exercise with elastic bands: effects on cognitive and physical function of institutionalized older adults. *European Geriatric Medicine*, 13(4), 907-916. <https://doi.org/10.1007/s41999-022-00616-6>

Sink, K. M., Espeland, M. A., Castro, C. M., Church, T., Cohen, R., Dodson, J. A., Vaz Fragoso, C. A. (2015). Effect of a 24-month physical activity intervention vs health education on cognitive outcomes in sedentary older adults: The LIFE randomized trial. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 314(8), 781-790. <https://doi.org/10.1001/jama.2015.9617>

Soshi, T., Andersson, M., Kawagoe, T., Nishiguchi, S., Yamada, M., Otsuka, Y., ... Sekiyama, K. (2021). Prefrontal Plasticity after a 3-Month Exercise Intervention in Older Adults Relates to Enhanced Cognitive Performance. *Cerebral Cortex*, 31(10), 4501-4517. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhab102>

Spartano, N. L., Davis-Plourde, K. L., Himali, J. J., Andersson, C., Pase, M. P.; Maillard, P., ... Seshadri, S. (2019). Association of Accelerometer-Measured Light-Intensity Physical Activity with Brain Volume: The Framingham Heart Study. *JAMA Network Open*, 2(4). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2019.2745>

Vásquez, E., Strizich, G., Isasi, C. R., Echeverria, S. E., Sotres-Alvarez, D., Evenson, K. R., ... Kaplan, R. (2017). Is there a relationship between accelerometer-assessed physical activity and sedentary behavior and cognitive function in US Hispanic/Latino adults? The Hispanic Community Health Study/Study of Latinos (HCHS/SOL). *Preventive Medicine*, 103, 43-48. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2017.07.024>

Vints, W. A. J., Ghafelzadeh Ahwaz, F., Westhof-Jacobs, C., Drozdova-Statkevičienė, M., Česnaitienė, V. J., Ziv, G., ... Masiulis, N. (2023). The effects of a single bout of high-intense strength exercise on cognitive function and postural dual-task control in older adults. *International Journal of Sport and Exercise Psychology*, 1-21. <https://doi.org/10.1080/1612197X.2023.2255604>

Zheng, P., Pleuss, J. D., Turner, D. S., Ducharme, S. W., i Aguiar, E. J. (2023). Dose-Response Association Between Physical Activity (Daily MIMS, Peak 30-Minute MIMS) and Cognitive Function Among Older Adults: NHANES 2011–2014. *The Journals of Gerontology: Series A*, 78(2), 286-291. <https://doi.org/10.1093/gerona/glac076>

Zhou, S., Zhang, Y., Kong, Z., Loprinzi, P. D., Hu, Y., Ye, J., ... Zou, L. (2019). The effects of tai chi on markers of atherosclerosis, lower-limb physical function, and cognitive ability in adults aged over 60: A randomized controlled trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5). <https://doi.org/10.3390/ijerph16050753>

Zhu, X., Qiu, C., Zeng, Y., i Li, J. (2017). Leisure activities, education, and cognitive impairment in Chinese older adults: A population-based longitudinal study. *International Psychogeriatrics*, 29(5), 727-739. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001769>

Autors

EDUARDO VÁZQUEZ GARCÍA

Graduat en Psicologia per la Universitat d'Oviedo i alumne del Màster Universitari en Psicologia General Sanitària de la mateixa universitat.

MARÍA GONZÁLEZ NOSTI

Diplomada en Logopèdia. Llicenciada i doctora en Psicologia per la Universitat d'Oviedo. Actualment treballa com a personal docent i investigador en aquesta universitat, on ensenya i investiga sobre el processament del llenguatge i la seva deterioració en demències i altres trastorns cognitius.

**LA XARXA DE SUPORT SOCIAL I LA SEVA
RELACIÓ AMB LA MILLORA DE LA
QUALITAT DE VIDA I L'APRESENTATGE
AL LLARG DE TOTA LA VIDA**

La xarxa de suport social i la seva relació amb la millora de la qualitat de vida i l'aprenentatge al llarg de tota la vida

Liberto Macías González

Marga Vives Barceló

Resum

Aquest article pretén comprovar que la xarxa de suport social que es crea en el moment de participar en un programa formatiu durant un temps determinat és significativa i millora la qualitat de vida dels participants, així com el procés d'aprenentatge permanent.

L'estudi es va dur a terme amb alumnat del Diploma Sènior de la Universitat Oberta per a Majors (UOM). Hi participaren tres promocions diferents de tres cursos acadèmics, en total hi participaren 202 alumnes (131 el primer curs i 71 el tercer curs); d'edats compreses entre els 60 i els 84 anys.

Emplenaren un qüestionari on posteriorment es van analitzar: a) les relacions perdudes; b) les relacions guanyades; c) els sentiments de solitud; d) els canvis en la xarxa social en els últims cinc anys, i e) la influència de participar en la UOM.

Com a conclusió, es pot afirmar que un dels factors associats que resulten importants per a l'alumnat durant la participació en el programa formatiu és la generació d'una nova xarxa social i l'ampliació de la que ja tenien establerta, formant d'aquesta manera un grup d'amics o companys que comparteixen diverses activitats tant acadèmiques com de fora de la universitat.

Resumen

Este artículo pretende comprobar que la red de apoyo social que se crea en el momento de participar en un programa formativo durante un tiempo determinado es significativa y mejora la calidad de vida de los participantes, así como el proceso de aprendizaje permanente.

El estudio se llevó a cabo con alumnado del Diploma Sènior de la Universitat Oberta per a Majors (UOM). Participaron tres promociones diferentes de tres cursos académicos, en total participaron 202 alumnos (131 el primer curso y 71 el tercer curso); de edades comprendidas entre los 60 y los 84 años.

Rellenaron un cuestionario donde posteriormente se analizaron: a) las relaciones perdidas; b) las relaciones ganadas; c) los sentimientos de soledad; d) los cambios en la red social en los últimos cinco años, y e) la influencia de participar en la UOM.

Como conclusión, se puede afirmar que uno de los factores asociados que resultan importantes para el alumnado durante la participación en el programa formativo es la generación de una nueva red social y la ampliación de la misma que ya tenían establecida, formando de este modo un grupo de amigos o compañeros que comparten varias actividades tanto académicas como fuera de la Universidad.

1. Introducció

L'Organització Mundial de la Salut considera que les relacions socials de gran qualitat són fonamentals per a la salut física i mental de la persona gran, així com per al seu benestar (OMS, s. d.). Com assenyalen Rondón et al. (2018) les bones relacions socials redunden en un millor estat de salut, perquè permeten sentir-se bé i afegir vida als anys. La grandària de la xarxa social, i la freqüència dels contactes, encara que disminueixen amb l'edat, cobren vital importància en aquesta etapa de la vida. La revisió sistemàtica de Gallardo-Peralta et al. (2023) sobre la percepció de la solitud i la seca vinculació a la xarxa de suport social establerta per les persones grans a Europa mostra la importància d'aquesta xarxa i la participació social de la gent gran.

El suport social juga un paper fonamental en la satisfacció amb la vida de l'adult gran, perquè propicia benestar, prevé alteracions de tipus emocional com la depressió i d'índole físic com les malalties cròniques, a més d'aquest terme exerceix un indispensable paper en el quefer quotidià d'aquesta població, ja que contribueix al seu desenvolupament humà i, per tant, ajuda a millorar la seva qualitat de vida (Alfonso et al., 2016).

Vives et al. (2015) després de diverses recerques en la mateixa línia, i amb mostres similars a la d'aquest estudi, indiquen que, posant la mirada en el suport social, es pot comprovar que «sigui com sigui la definició de qualitat de vida, aquesta no sols es basa en aspectes físics i psicològics, sinó que cada vegada hi ha més consens en la comunitat científica a dotar de la mateixa importància el pilar social». Altres estudis i recerques conclouen la relació existent entre disposar d'una xarxa social que aporta algun tipus de suport amb la percepció subjectiva d'una bona salut i una bona satisfacció amb la vida (Vives, 2010; Castellano, 2014; Lucas-Molina et al., 2015).

El següent article es basarà a conèixer com perceben la seva xarxa de suport social un grup d'alumnes de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de tres promocions diferents en dues fases, una primera quan van iniciar el procés formatiu, i una segona fase quan finalitzaren el estudis a la UOM.

2. Objectius

Conèixer la percepció de l'alumnat matriculat en el programa universitari per a persones grans de la Universitat de les Illes Balears, de tres promocions diferents d'estudiants grans en relació amb producció de canvis en la seva xarxa de suport social, creació d'una nova xarxa o ampliació de la ja existent, durant el seu procés formatiu.

3. Metodologia

Mostra

En total, l'alumnat de la UOM avaluat, qüestionaris vàlids, formen un grup de 202 persones (131 el primer curs i 71 el tercer curs); un grup molt heterogeni, tant per l'edat (existeix una diferència de 24 anys entre el més jove, amb 60 anys, i la persona de més edat, amb 84 anys) com per altres variables, com són la situació socioeconòmica, l'estat civil, el nivell d'estudis, l'experiència professional i, conseqüentment, les experiències viscudes, etc.

Dels 131 qüestionaris vàlids van quedar repartits de la manera següent: 74 dones (56,5%) i 57 homes (43,5%), obtenint-se un percentatge de qüestionaris vàlids de l'alumnat de primer curs del 80,86. I dels 71 qüestionaris vàlids de l'alumnat de tercer curs van quedar repartits de la manera següent: 40 dones (56,3%) i 31 homes (43,7%), obtenint-se un percentatge de qüestionaris vàlids del 97,26.

Instrument utilitzat

Per a l'anàlisi de la xarxa social de l'estudi, es va utilitzar un qüestionari que va ser elaborat per la doctora Marga Vives (de la Universitat de les Illes Balears) i creat a través de la consulta de nombrosos qüestionaris i la consulta a un grup d'experts amb la finalitat d'elaborar un instrument final, instrument emprat per a la realització de la seva tesi doctoral (Vives, 2010). El qüestionari sobre la xarxa de suport social va ser administrat i els participants ho van emplenar de manera individual i voluntària. Encara que es va lliurar el qüestionari complet, en aquest estudi només s'han explotat les qüestions relacionades amb la xarxa de suport social. Es va triar aquest qüestionari per valorar les xarxes de suport social de l'alumnat de la UOM, perquè era un instrument creat per a una mostra similar a la d'aquest estudi i feia possible una comparació, posterior, dels resultats obtinguts.

El qüestionari es compon per dos grans blocs, un dels blocs destinat a la xarxa social del subjecte i un altre bloc destinat al suport social. Els ítems de cadascun dels blocs són els següents.

Bloc 1. Xarxa social

En aquest bloc es plantejaven preguntes relatives a quatre aspectes:

1. **Pèrdua i guany de relacions socials**, amb preguntes com «En l'últim any, quantes relacions amb les persones del seu entorn, que considera importants, pensa

que ha perdut (o guanyat)?». Les alternatives de resposta eren cinc «Bastants», «Algunes», «Poques», «Cap» i «NS/NC». Després d'aquesta resposta es realitzava la pregunta següent, «D'on eren aquestes relacions perdudes (o guanyades)?», i les alternatives de respostes eren les següents: «Del treball», «De la família», «Del grup d'amics», «D'alguna associació o club», «De la UOM», «D'un altre grup».

2. **Sentiment de solitud**, a través de la pregunta «Es troba tot sol/sola?». Les alternatives de resposta eren cinc «Sovint», «A vegades», «Poques vegades», «Gairebé mai» i «NS/NC».
3. **Manteniment de la seva xarxa social respecte del passat i del futur**, amb la pregunta «Creu que la seva xarxa social ha canviat des de fa cinc anys?», fent referència al passat, i «Creu que la seva xarxa social canviarà d'aquí a cinc anys?», fent referència al futur. Les alternatives de resposta eren quatre: «Sí, ha augmentat», «Sí, ha disminuït», «No, continua igual» i «NS/NC», fent referència al passat; i «Sí, augmentarà», «Sí, disminuirà», «No, continuarà igual» i «NS/NC», fent referència al futur.
4. **Influència de la UOM en el canvi**, amb la pregunta «Creu que la UOM influirà en aquest canvi?». Les alternatives de resposta eren cinc: «Sí, augmentarà el grup d'amics», «Sí, augmentarà el grup de companys», «No, disminuirà els amics que tinc», «No, no afectarà» i «NS/NC».

Bloc 2. Suport social

En aquest segon bloc, es plantegen qüestions relacionades amb la recepció, percepció, demanda i prestació de suport emocional, instrumental i material. Aquest bloc, al no abordar-se a aquest estudi, no s'expliquen de forma detallada les seves dimensions.

S'ha d'esmentar que, encara que es va administrar a l'alumnat el qüestionari complet, solament s'ha analitzat el que fa referència a la xarxa social. Aquest qüestionari s'ha utilitzat per a la realització i presentació de diversos treballs en congressos i altres fòrums (Vives et al., 2013; 2014ab; 2015).

4. Resultats

L'anàlisi dels resultats sobre la xarxa de suport social dels participants es va fer a partir de l'edat agrupada, el sexe, el lloc de naixement i l'estat de convivència. Les variables que es van analitzar, tant en el moment d'iniciar el procés formatiu com en finalitzar l'últim curs, foren:

- Relacions perdudes.
- Relacions ganyades.
- Sentiments de solitud.
- Canvis en la xarxa social en els últims cinc anys.
- Si la participació en la UOM influirà en el canvi.

4.1. Relacions perdudes

Respecte a l’edat, en la taula 1 podem comprovar que en general en totes dues mostres la resposta més citada és la de «Cap» (52,7% i 59,2% respectivament), encara que s’observa que a mesura que avança l’edat la resposta es canvia a «Poques» o «Algunes».

Taula 1 Relacions perdudes per edat agrupada						
	Primer curs			Últim curs		
	60-69	70 i +	Total	60-69	70 i +	Total
Bastantes	0	0	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	1,4%
Algunes	18	8	26	1	0	7
	16,5%	36,4%	19,8%	13,0%	0,0%	9,9%
Poques	21	7	28	8	5	13
	19,3%	31,8%	21,4%	14,8%	29,4%	18,3%
Cap	63	6	69	33	9	42
	57,8%	27,3%	52,7%	61,1%	52,9%	59,2%
Ns/Nc	7	1	8	6	2	8
	6,4%	4,5%	6,1%	11,1%	11,8%	11,3%
Total	109	22	131	54	17	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

Quant al sexe, en la taula 2 es pot observar que els homes són els que durant l’inici del programa percebien que no havia perdut cap relació (54,4%), i són les dones les que van puntuar més alt en la mostra de final del programa (62,5%), encara que els valors són molt pròxims entre tots dos sexes, en totes dues mostres. En el cas de perdre relacions en totes les opcions de resposta en cadascuna de les mostres, els homes i les dones es van combinant per a dominar en alguna de les opcions de resposta, encara que els valors són molt similars i pròxims entre totes elles.

Taula 2 | *Relacions perdudes per sexe*

	Primer curs			Últim curs		
	Home	Dona	Total	Home	Dona	Total
Bastantes	0	0	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,5%	1,4%
Algunes	14	12	26	3	4	7
	24,6%	16,2%	19,8%	9,7%	10,0%	9,9%
Poques	11	17	28	8	5	13
	19,3%	23,0%	21,4%	25,8%	12,5%	18,3%
Cap	31	38	69	17	25	42
	54,4%	51,4%	52,7%	54,8%	62,5%	59,2%
Ns/Nc	1	7	8	3	5	8
	1,8%	9,5%	6,1%	9,7%	12,5%	11,3%
Total	57	74	131	31	40	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

En el cas de pèrdues per lloc de naixement, en la taula 3, en la primera mostra, domina majoritàriament les persones que han nascut fora de Balears, amb valors elevats en la respostes «Poques» i «Algunes» (33,3% i 25,6% respectivament), compensant-se una mica en la segona mostra, citant majoritàriament la resposta «Poques» els balears i «Algunes» els nascuts fora de l'arxipèlag.

Taula 3 | *Relacions perdudes per lloc de naixement*

	Primer curs			Últim curs		
	CAIB	Fora CAIB	Total	CAIB	Fora CAIB	Total
Bastantes	0	0	0	0	1	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,3%	1,4%
Algunes	16	10	26	4	3	7
	17,4%	25,6%	19,8%	7,7%	15,8%	9,9%
Poques	15	13	28	10	3	13
	16,3%	33,3%	21,4%	19,2%	15,8%	18,3%
Cap	53	16	69	33	9	42
	57,6%	41,0%	52,7%	63,5%	47,4%	59,2%
Ns/Nc	8	0	8	5	3	8
	8,7%	0,0%	6,1%	9,6%	15,8%	11,3%
Total	92	39	131	52	19	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

Sigui quin sigui l'estat de convivència, no ha perdut «Cap» relació social, en totes dues mostres, en l'últim any un 52,7% i 59,2% respectivament. En el cas de perdre relacions, en la primera mostra predomina la resposta «Algunes» i «Poques» (31,3% i 25%) en el grup d'alumnes que viuen tot sols. En la segona mostra, s'observa una variació, ja que les persones que han perdut «Poques» o «Algunes» relacions corresponen a l'alumnat que viu amb les seves parelles i fills, taula 4.

Taula 4 | *Relacions perdudes per estat de convivència*

	Primer curs				Últim curs			
	Tot sol	En parella (i fills)	Altres formes de convivència	Total	Tot sol	En parella (i fills)	Altres formes de convivència	Total
Bastantes	0	0	0	0	1	0	0	1
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	1,4%
Algunes	10	13	3	26	1	6	0	7
	31,3%	16,0%	17,6%	19,8%	5,9%	12,5%	0,0%	9,9%
Poques	8	18	2	28	3	9	1	13
	25,0%	22,2%	11,8%	21,4%	17,6%	18,8%	16,7%	18,3%
Cap	14	43	12	69	9	29	4	42
	43,8%	53,1%	65,5%	52,7%	52,9%	60,4%	66,7%	59,2%
Ns/Nc	0	7	1	8	3	4	1	8
	0,0%	8,6%	5,9%	6,1%	17,6%	8,3%	16,7%	11,3%
Total	32	81	18	131	17	48	6	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

Els resultats observats aquí es podran correlacionar amb els resultats obtinguts en el punt següent que s'analitzaran les relacions guanyades en totes dues mostres. D'aquesta manera es podrà apreciar si la participació en el programa educatiu ha facilitat o possibilitat la generació d'una nova xarxa social o ampliació de la ja existent.

4.2. Relacions guanyades

Si tenim en compte la variable edat, en la taula 5 podem observar que més del 42% (en totes dues mostres) han aconseguit «Algunes» relacions noves destacant el percentatge dels majors de 70 anys en l'últim curs, amb 12 punts percentuals de diferència. L'alumnat de 70 i més anys també destaca en la resposta que consideren que han guanyat «Bastantes» relacions noves. Cal destacar que a la pregunta de «D'on

eren aquestes relacions guanyades?» trobem una diferència en cadascuna de les mostres, mentre que a l'inici del programa les noves relacions se situaven entre alguna associació o en el grup d'amics (23,7% i 21,4%), en l'últim curs el grup majoritari canvia passant a ser d'un 54,9% la UOM el lloc on s'han format aquestes noves relacions. Aquest fet es deu possiblement als llaços creats durant aquest procés formatiu de tres anys en què han compartit aules, activitats acadèmiques i extracurriculars, així com temps d'estudi i d'oci.

Taula 5 | *Relacions ganyades per edat agrupada*

	Primer curs			Últim curs		
	60-69	70 i +	Total	60-69	70 i +	Total
Bastantes	7	5	12	7	3	1
	6,4%	22,7%	9,2%	13,0%	17,6%	1,4%
Algunes	47	9	56	21	9	10
	43,1%	40,9%	42,7%	38,9%	52,9%	42,3%
Poques	31	6	37	13	1	14
	28,4%	27,3%	28,2%	24,1%	5,9%	19,7%
Cap	13	1	14	5	1	6
	11,9%	4,5%	10,7%	9,3%	5,9%	8,5%
Ns/Nc	11	1	12	8	3	11
	10,1%	4,5%	9,2%	14,8%	17,6%	15,5%
Total	109	22	131	54	17	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

Si analitzem la variable sexe, que sí que té una relació significativa amb el fet d'haver guanyat relacions noves en l'últim any en la mostra del primer curs, en la taula 6 s'aprecia que majoritàriament tots dos sexes han guanyat «Algunes» relacions, sent els homes els que més puntuen en les dues mostres encara que amb puntuacions molt pròximes a les de les dones, totes al voltant del 40%. En l'opció de resposta de «Bastantes» relacions sí que destaquen les dones sobre els homes, sobretot en la mostra de l'últim curs en comparació amb la mostra de l'inici del programa (20% sobre 10,8%).

En relació amb el lloc de naixement, observem en la taula 7 que l'alumnat que ha nascut fora de la CAIB ha guanyat més relacions en l'últim curs, respecte als nascuts en l'arxipèlag i respecte a la mostra de l'inici del programa, apreciand-se una diferència en la resposta «Bastantes» d'un 13,4% entre els nascuts fora de la CAIB. Ocorre una

situació similar en la resposta d'haver guanyat «Algunes» relacions (una diferència d'un 6,4%). Potser pel fet de no tenir una xarxa familiar pròxima, aquest factor podria influir en la generació d'una xarxa social més pròxima i, per tant, guanyant amistats en els diversos grups en els quals les diferents persones van participant.

Taula 6 | *Relacions guanyades per sexe*

	Primer curs			Últim curs		
	Home	Dona	Total	Home	Dona	Total
Bastantes	4	8	12	2	8	10
	7,0%	10,8%	9,2%	6,5%	20,0%	14,1%
Algunes	26	30	56	14	16	30
	45,6%	40,5%	42,7%	45,2%	40,0%	42,3%
Poques	19	18	37	6	8	14
	33,3%	24,3%	28,2%	19,4%	20,0%	19,7%
Cap	8	6	14	5	1	6
	14,0%	8,1%	10,7%	16,1%	2,5%	8,5%
Ns/Nc	0	12	12	4	7	11
	0,0%	16,2%	9,2%	12,9%	17,5%	15,5%
Total	57	74	131	31	40	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

Taula 7 | *Relacions guanyades per lloc de naixement*

	Primer curs			Últim curs		
	CAIB	Fora CAIB	Total	CAIB	Fora CAIB	Total
Bastantes	9	3	12	6	4	10
	9,8%	7,7%	9,2%	11,5%	21,1%	14,1%
Algunes	38	18	56	20	10	30
	41,3%	46,2%	42,7%	38,5%	52,6%	42,3%
Poques	22	15	37	14	0	14
	23,9%	38,5%	28,2%	26,9%	0,0%	19,7%
Cap	11	3	14	5	1	6
	12,0%	7,7%	10,7%	9,6%	5,3%	8,5%
Ns/Nc	12	0	12	7	4	11
	13,0%	0,0%	9,2%	13,5%	21,1%	15,5%
Total	92	39	131	52	19	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

Com es pot comprovar en el transcurs del programa formatiu de la UOM s’ha produït un guany de relacions, ampliant d’aquesta manera la xarxa d’amistats o companyonia dels participants.

4.3. Sentiments de solitud

A la taula 8 es pot observar que en general totes dues mostres no se senten «Gairebé mai» totes soles, amb un 55% i 60,6% respectivament. S’observa que en la resta d’opcions de resposta, pel que fa als totals, tots els percentatges de l’últim curs han disminuït respecte als de l’inici del programa, observant-se la major diferència en l’opció de resposta «A vegades» amb un 5,1%.

Taula 8 Sentiment de solitud		
	Primer curs	Últim curs
	Total	Total
Sovint	7	1
	5,3%	1,4%
A vegades	27	11
	20,6%	15,5%
Poques vegades	16	6
	12,2%	8,5%
Gairebé mai	72	43
	55,0%	60,6%
Ns/Nc	9	10
	6,9%	14,1%
Total	131	71
	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

En relació amb la variable edat agrupada, en la taula 9, s’aprecia un augment en la puntuació dels homes respecte a l’inici i final del programa, passant del 54,1% al 61,1% (7 punts percentuals); en el cas de les dones s’observa un lleu descens (de 0,3 punts percentuals), mantenint-se pràcticament la mateixa puntuació, i no s’observa percepció d’aquest sentiment de solitud.

No existeix una relació significativa entre el sentiment de solitud i el sexe (taula 10). Els percentatges més alts corresponen a la resposta «Gairebé mai» i pertany als homes, en totes dues mostres. En les opcions de respostes «A vegades» i «Sovint» es produeix

un canvi i són les dones les que majors percentatges acumulen, en totes dues mostres, respecte als percentatges dels homes. S'ha de tenir en compte que l'esperança de vida de les dones és més elevada que la dels homes, sent el nombre de vídues major que el de vidus, factor que pot influir en el fet que els homes no percebin aquest sentiment de solitud, ja que poden viure amb les seves parelles durant més anys. En el cas de les dones, el fet de ser viuda ja els implica viure totes soles, i és possible que aquest sentiment sigui més fàcil que es produeixi. Aquesta situació s'hauria d'estudiar i aprofundir per a conèixer, exactament, quins serien els factors que fan que aparegui aquests tipus de sentiments.

Taula 9 | Sentiment de solitud per edat agrupada

	Primer curs			Últim curs		
	60-69	70 i +	Total	60-69	70 i +	Total
Sovint	5	2	7	1	0	1
	4,6%	9,1%	5,3%	1,9%	0,0%	1,4%
A vegades	21	6	27	8	3	11
	19,3%	27,3%	20,6%	14,8%	17,6%	15,5%
Poques vegades	16	0	16	4	2	6
	14,7%	0,0%	12,2%	7,4%	11,8%	8,5%
Gairebé mai	59	13	72	33	10	43
	54,1%	59,1%	55,0%	61,1%	58,8%	60,6%
Ns/Nc	8	1	9	8	2	10
	7,3%	4,5%	6,9%	14,8%	11,8%	14,1%
Total	109	22	131	54	17	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

Taula 10 | Sentiment de solitud per sexe

	Primer curs			Últim curs		
	Home	Dona	Total	Home	Dona	Total
Sovint	3	4	7	0	1	1
	5,3%	5,4%	5,3%	0,0%	2,5%	1,4%
A vegades	11	16	27	4	7	11
	19,3%	21,6%	20,6%	12,9%	17,5%	15,5%

continua

	Primer curs			Últim curs		
	Home	Dona	Total	Home	Dona	Total
Poques vegades	7	9	16	3	3	6
	12,3%	12,2%	12,2%	9,7%	7,5%	8,5%
Gairebé mai	35	37	72	21	22	43
	61,4%	50,0%	55,0%	67,7%	55,0%	60,6%
Ns/Nc	1	8	9	3	7	10
	1,8%	10,8%	6,9%	9,7%	17,5%	14,1%
Total	57	74	131	31	40	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

El fet d’haver nascut a la CAIB o a fora és una variable on trobem una relació significativa. En la taula 11 es pot observar que la resposta majoritària és la de «Gairebé mai» se senten tots sols en totes dues mostres amb un lleuger domini de l’alumnat nascut a l’arxipèlag, no obstant això en la resta d’opcions de resposta on es produeix aquest sentiment sí que s’aprecia un canvi i s’obtenen els majors percentatges entre l’alumnat de fora de la CAIB, possiblement pel fet que, encara que porten molts anys residint a Balears, la família pot ser que resideixi en altres comunitats autònomes, factor que explicaria una possible enyorança pels familiars que no tenen en el seu entorn més pròxim i dificulta el manteniment d’una relació més pròxima en situacions de dificultats per a la família.

Taula 11 | Sentiment de solitud per lloc de naixement

	Primer curs			Últim curs		
	CAIB	Fora CAIB	Total	CAIB	Fora CAIB	Total
Sovint	4	3	7	1	0	1
	4,3%	7,7%	5,3%	1,9%	0,0%	1,4%
A vegades	14	13	27	7	4	11
	15,2%	33,3%	20,6%	13,5%	21,1%	15,5%
Poques vegades	10	6	16	4	2	6
	10,9%	15,4%	12,2%	7,7%	10,5%	8,5%
Gairebé mai	55	17	72	33	10	43
	59,8%	43,6%	55,0%	63,5%	52,6%	60,6%
Ns/Nc	9	0	9	7	3	10
	9,8%	0,0%	6,9%	13,5%	15,8%	14,1%
Total	92	39	131	52	19	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

L'estat de convivència no és una variable determinant en el fet de sentir-se tots sols, ja que pot donar-se el cas d'una persona que visqui tot sola però no tingui la percepció de sentir-se sola pel fet que la seva xarxa familiar i d'amics és sòlida, i al contrari el cas d'una persona que compartint habitatge amb la seva parella i/o fills tengui sentiment de solitud en moments determinats o puntuals, taula 12.

Taula 12 | Sentiment de solitud per estat de convivència

	Primer curs				Últim curs			
	Tot sol	En parella (i fills)	Altres formes de convivència	Total	Tot sol	En parella (i fills)	Altres formes de convivència	Total
Sovint	5	2	0	7	1	0	0	1
	15,6%	2,5%	0,0%	5,3%	5,9%	0,0%	0,0%	1,4%
A vegades	10	14	3	27	4	6	1	11
	31,3%	17,3%	17,6%	20,6%	23,5%	12,5%	16,7%	15,5%
Poques vegades	2	11	3	16	1	4	1	6
	6,3%	13,6%	17,6%	12,2%	5,9%	8,3%	16,7%	8,5%
Gairebé mai	15	46	11	72	7	33	3	43
	46,9%	56,8%	59,6%	55,0%	41,2%	68,8%	50,0%	60,6%
Ns/Nc	0	8	1	9	4	5	1	10
	0,0%	9,9%	5,9%	6,9%	23,5%	10,4%	16,7%	14,1%
Total	32	81	18	131	17	48	6	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

4.4. Canvis en la xarxa social en els últims cinc anys

A nivell general, en la taula 13, es pot observar que en la primera mostra, inici del programa, la resposta majoritària ha estat «No, segueix igual» amb un 39,7%, en canvi en finalitzar el programa, segona mostra, la resposta majoritària ha estat «Sí, ha augmentat» amb un 40,8%, per tant, el fet d'haver participat en la UOM ha possibilitat que es generin noves amistats o relacions de companyonia que ha fet que s'ampliï la xarxa social amb la qual es va iniciar en el programa educatiu tres anys abans.

Si s'analitza per rangs d'edat, en la taula 14 es pot observar que l'alumnat de 70 i més anys de l'últim curs ha disminuït la seva xarxa en els últims cinc anys, en comparació amb la mostra de l'inici del programa (23,5% respecte de 13,6%), possiblement pel fet que el procés d'envelliment fa que la xarxa social, de la seva mateixa generació,

vagi disminuint. S'ha d'assenyalar que aquest mateix grup d'edat ha augmentat la seva xarxa social en major percentatge respecte a la mostra dels alumnes que van iniciar el programa (29,4% i 22,7% respectivament).

Taula 13 | Canvis en la xarxa social en els últims cinc anys

	Primer curs		Últim curs	
	Total		Total	
Sí, ha augmentat	38		29	
	29,0%		40,8%	
Sí, ha disminuït	19		9	
	14,5%		12,7%	
No, segueix igual	52		24	
	39,7%		33,8%	
Ns/Nc	22		9	
	16,8%		12,7%	
Total	131		71	
	100,0%		100,0%	

Font: elaboració pròpia.

Taula 14 | Canvis en la xarxa social en els últims cinc anys per edat agrupada

	Primer curs			Últim curs		
	60-69	70 i +	Total	60-69	70 i +	Total
Sí, ha augmentat	33	5	38	24	5	29
	30,3%	22,7%	29,0%	44,4%	29,4%	40,8%
Sí, ha disminuït	16	3	19	5	4	9
	14,7%	13,6%	14,5%	9,3%	23,5%	12,7%
No, segueix igual	43	9	52	18	6	24
	39,4%	40,9%	39,7%	33,3%	35,3%	33,8%
Ns/Nc	17	5	22	7	2	9
	15,6%	22,7%	16,8%	13,0%	11,8%	12,7%
Total	109	22	131	54	17	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

Respecte al sexe, com s’aprecia en la taula 15 sí que es produeix una diferència significativa entre homes i dones i els canvis produïts en la seva xarxa social. Com es pot observar en la resposta «No, segueix igual» es dona un predomini de les dones sobre els homes, en les dues mostres d’alumnat (43,2% enfront de 35,1% i 35% enfront de 32,3%). En canvi en la resposta de «Sí, ha disminuït» són els homes els que predominen, en totes dues mostres, en el percentatge, obtenint un percentatge molt elevat en l’inici del programa, igualant les relacions guanyades (24,6%) i produint-se una millora en finalitzar el programa, de 25,8 punts percentuals, passant de 16,1% (ha disminuït) a un 41,9% (ha augmentat), compensat el fet de pèrdua de xarxa social amb les noves generades durant la participació en la UOM.

Taula 15 | *Canvis en la xarxa social en els últims cinc anys per sexe*

	Primer curs			Últim curs		
	Home	Dona	Total	Home	Dona	Total
Sí, ha augmentat	14	24	38	13	16	29
	24,6%	32,4%	29,0%	41,9%	40,0%	40,8%
Sí, ha disminuït	14	5	19	5	4	9
	24,6%	6,8%	14,5%	16,1%	10,0%	12,7%
No, segueix igual	20	32	52	10	14	24
	35,1%	43,2%	39,7%	32,3%	35,0%	33,8%
Ns/Nc	9	13	22	3	6	9
	15,8%	17,6%	16,8%	9,7%	15,0%	12,7%
Total	57	74	131	31	40	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

El fet d’haver nascut a la CAIB o no no és una variable determinant per a haver produït canvis en la xarxa social, encara que s’observa, en la taula 16, que en la mostra de l’últim curs tant els nascuts a la CAIB com els que no han augmentat la seva xarxa social amb un 40,4% i un 42,1% respectivament, destacant la diferència que s’observa entre els que contesten que la seva xarxa social no ha canviat, que segueix igual, els alumnes de la CAIB puntuen un 38,5% i els alumnes de fora de la CAIB un 21,1%. Per tant s’aprecia un guany de gairebé el doble d’aquests respecte als nascuts a Balears.

L’estat de convivència no és una variable significativa amb el canvi en la xarxa social, ressaltant que entre els que responen que «Sí, ha augmentat», en totes dues mostres, són l’alumnat que viu en parella i fills. S’ha de tenir present que el percentatge d’alumnat que viu tot sol i ha augmentat la seva xarxa de relacions és important

(21,9% i 35,3% respectivament), efecte que com s’ha comentat anteriorment es pot associar a la participació en la UOM i iniciar una experiència educativa dins d’un grup de persones nou amb el qual s’han format una sèrie de llaços que sens dubte segueixen presents una vegada finalitzat el procés formatiu.

Taula 16 | *Canvis en la xarxa social en els últims cinc anys per lloc de naixement*

	Primer curs			Últim curs		
	CAIB	Fora CAIB	Total	CAIB	Fora CAIB	Total
Sí, ha augmentat	29	9	38	21	8	29
	31,5%	23,1%	29,0%	40,4%	42,1%	40,8%
Sí, ha disminuït	11	8	19	5	4	9
	12,0%	20,5%	14,5%	9,6%	21,1%	12,7%
No, segueix igual	33	19	52	20	4	24
	35,9%	48,7%	39,7%	38,5%	21,1%	33,8%
Ns/Nc	19	3	22	6	3	9
	20,7%	7,7%	16,8%	11,5%	15,8%	12,7%
Total	92	39	131	52	19	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

Taula 17 | *Canvis en la xarxa social en els últims cinc anys per estat de convivència*

	Primer curs				Últim curs			
	Tot sol	En parella (i fills)	Altres formes de convivència	Total	Tot sol	En parella (i fills)	Altres formes de convivència	Total
Sí, ha augmentat	7	26	5	38	6	21	2	29
	21,9%	32,1%	29,4%	29,0%	35,3%	43,8%	33,3%	40,8%
Sí, ha disminuït	6	11	2	19	4	4	1	9
	18,8%	13,6%	6,7%	14,5%	23,5%	8,3%	16,7%	12,7%
No, segueix igual	16	27	9	52	4	18	2	24
	50,0%	33,3%	52,9%	39,7%	23,5%	37,5%	33,3%	33,8%
Ns/Nc	3	17	2	22	3	5	1	9
	9,4%	21,0%	11,8%	16,8%	17,6%	10,4%	16,7%	12,7%

continua

	Primer curs				Últim curs			
	Tot sol	En parella (i fills)	Altres formes de convivència	Total	Tot sol	En parella (i fills)	Altres formes de convivència	Total
Total	32	81	18	131	17	48	6	71
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

4.5. Influència de la UOM a la xarxa de suport social

A nivell general, i com es pot observar a la taula 18, totes dues mostres consideren que la UOM influirà en el canvi en la xarxa social, en el cas del primer curs amb un 81,7% i en el cas de l'últim curs amb un 74,7%. Són percentatges molt elevats respecte a aquells que consideren que la UOM no afectarà en el canvi de la xarxa social (6,1% i 7% respectivament).

Taula 18 Influència de la UOM en el canvi		
	Primer curs	Últim curs
	Total	Total
Sí, augmentarà amics	39	23
	29,8%	32,4%
Sí, augmentarà companys	68	30
	51,9%	42,3%
No, disminuirà amics	10	0
	7,6%	0,0%
No, no afectarà	8	5
	6,1%	7,0%
Ns/Nc	6	13
	4,6%	18,3%
Total	131	71
	100,0%	100,0%

Font: elaboració pròpia.

Com s'aprecia en els resultats de la xarxa social la participació en el programa de la UOM ha possibilitat la generació d'una nova xarxa social, el fet d'entrar a formar part d'un grup nou de companys ha facilitat que es creessin una sèrie de llaços que s'han ampliat més enllà de les classes, ja que, a partir de la relació creada de les aules, aquesta ha donat pas a compartir un altre tipus d'activitats extracurriculars i fora de

la universitat, i d'aquesta manera ha afermat els llaços iniciats en el transcurs dels seus cursos.

5. Conclusions

Un dels factors associats que resulten importants per a l'alumnat durant la participació en el programa formatiu és la generació d'una nova xarxa social i ampliació de la que ja tenien establerta. Aquesta nova xarxa social va més enllà d'una simple relació de companyonia, en molts casos es crea un vincle d'amistat que sobrepassa la relació creada a les aules, es formen grups que participen en activitats extracurriculars, ampliant d'aquesta manera les seves aficions i els seus coneixements culturals, consolidant aquestes relacions i fent-les més sòlides i perdurables en el temps.

Els resultats obtinguts en l'estudi de Gallardo-Peralta et al. (2023) subratllen la importància de les xarxes de suport social i la participació social, així com la importància de la integració social de les persones grans a través de la participació en activitats socials i de la comunitat.

En conclusió, tant els estudis consultats com els resultats d'aquest estudi apunten a la idea que els programes universitaris per a persones grans proporcionen uns beneficis en la dimensió social de la qualitat de vida i en el foment d'un envelliment més saludable, actiu i participatiu.

Referències bibliogràfiques

Alfonso, L., Soto, D., i Santos, N. A. (2016). Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores. *Rev. Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 20(1), 47-53 <https://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/2339>

Castellano, C. L. (2014). La influencia del apoyo social en el estado emocional y las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento en una muestra de ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 365-377.

Gallardo-Peralta, L. P., Sánchez-Moreno, E., Rodríguez, V., i García, M. (2023). La investigación sobre soledad y redes de apoyo social en las personas mayores: una revisión sistemática en Europa. *Rev. Esp. Salud Pública*, 97, e202301006.

Lucas-Molina, B., Pérez-Albéniz, A., Fonseca-Pedrero, E., i Ortuño-Sierra, J. (2015). Programas educativos universitarios para mayores: evaluación de su impacto en la autopercepción del apoyo social y la salud mental. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1), 47-80.

Macías, L. (2020). *Calidad de vida y educación de mayores. La influencia de los Programas Universitarios para Mayores en el mantenimiento de la calidad de vida. Análisis longitudinal*. Tesis doctoral del departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears: Palma.

Organització Mundial de la Salut. *Social isolation and loneliness among older people*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/social-isolation-and-loneliness>

Rondón, L. M., Aguirre, B. A., i García, F. J. (2018). El significado de las relaciones sociales como mecanismo para mejorar la salud y calidad de vida de las personas mayores, desde una perspectiva interdisciplinar. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 53(5), 268-273.

Vives, M. (2010). *Els efectes del suport social en els alumnes de la Universitat Oberta per a Majors*. Tesis doctoral del departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears: Palma.

Vives, M., Macías, L., i Orte, C. (2013). *El apoyo social y la calidad de vida en los programas educativos dirigidos a mayores*. A C. Civera (coord.), Nuevos tiempos, Nuevos retos para los Programas Universitarios para Mayores, Actas del XIII

Encuentro Estatal de Programas Universitarios para Mayores (pp. 460-472). València: Universitat de València.

Vives, M., Macías, L., Orte, C., i Prieto, L. (2014a). Análisis longitudinal de la red social de los alumnos sénior. Un ejemplo en las Islas Baleares. A J. J. Gázquez, M. C. Pérez, M. M. Molero i I. Mercader (coord.), *Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Vol. II* (pp. 415-420). Almería: Asociación Universitaria de Educación y Psicología.

Vives, M., March, M., Orte, C., i Macías, L. (2014b). A Long-Term analysis of social networks old students from a University Program for Seniors. *US-China Education Review B*, 4(8), 567-572.

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

Autors

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 Envel·liment Actiu, Qualitat de Vida i Gènere (CSIC). Professor ajudant doctor del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Ha estat tècnic especialista i coordinador tècnic de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) des de l'any 2007 fins a 2021. Ha estat membre de la comissió de treball de promoció de l'autonomia de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca (IMAS). Entre les seves línies de recerca destaquen la qualitat de vida i l'aprenentatge al llarg de tota la vida, així com les persones grans LGTBIQ+. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Guardonat amb el «Premi d'Investigació Adoración Holgado Sánchez 2020» 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 permanent laboral del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Cap d'estudis d'Educació Social i Educació Social en línia 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. Va fer una estada a la Universitat de Sheffield, on va treballar amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida de la gent gran. Membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca (IMAS) i participant, entre d'altres, en la Comissió de Protecció del Major.

**EL PAPER DE LA GENT
GRAN EN LA SOSTENIBILITAT
ALIMENTÀRIA I AMBIENTAL**

El paper de la gent gran en la sostenibilitat alimentària i ambiental

Silvia García Hernández

Cristina Bouzas Velasco

Josep Antoni Tur Marí

Resum

Promoure un desenvolupament sostenible, tant a nivell ambiental com alimentari, s'ha convertit en un factor clau per aconseguir una bona salut planetària i poblacional. El canvi climàtic és un dels efectes adversos més notables de l'activitat humana no sostenible i que també afecta la seguretat alimentària i la salut humana. La gent gran juga un paper clau en l'adquisició d'hàbits alimentaris que promoguin aquest desenvolupament sostenible, ja que els seus hàbits tradicionals, basats en el consum de productes frescos, de proximitat i de temporada, han estat progressivament substituïts per un major consum d'aliments processats i ultraprocessats. Aquest canvi ha estat impulsat per la comoditat, la disponibilitat i la publicitat agressiva d'aquests productes, així com per la manca de temps que sovint acompanya les vides modernes. A més, l'adopció de dietes més occidentals i l'abandonament de les pràctiques culinàries ancestrals han contribuït a un augment de les malalties no transmissibles. La millora dels hàbits alimentaris, amb una transició cap a dietes amb menys productes d'origen animal i més productes vegetals, com ara la dieta mediterrània, la reducció del consum d'aliments ultraprocessats i triar opcions de begudes més sostenibles, poden tenir un impacte positiu en la salut i en la reducció de l'impacte ambiental. Promoure el retorn a alguns hàbits alimentaris tradicionals pot beneficiar tant la salut general com l'envelliment actiu i saludable, assegurant així que les noves generacions creixin amb una major consciència sobre la importància de l'alimentació sostenible i saludable.

Resumen

Promover un desarrollo sostenible, tanto a nivel ambiental como alimentario, se ha convertido en un factor clave para lograr una buena salud planetaria y poblacional. El cambio climático es uno de los efectos adversos más notables de la actividad humana no sostenible, que afecta a la seguridad alimentaria y a la salud humana. Las personas mayores juegan un papel clave en la adquisición de hábitos alimentarios que promuevan este desarrollo sostenible, ya que sus hábitos tradicionales, basados en el consumo de productos frescos, de proximidad y de temporada, han sido progresivamente sustituidos por un mayor consumo de alimentos procesados y ultra-procesados. Este cambio ha sido impulsado por la comodidad, la disponibilidad y la publicidad agresiva de estos productos, así como por la falta de tiempo que acompaña a las vidas modernas. Además, la adopción de dietas más occidentales y el abandono de las prácticas culinarias ancestrales han contribuido a un aumento de las enfermedades no transmisibles. Los cambios en los hábitos alimentarios, como la transición hacia dietas con menos productos de origen animal y más productos vegetales, como la dieta mediterránea, la reducción del consumo de alimentos ultra-procesados, y elegir opciones de bebidas más sostenibles, pueden tener un impacto positivo en la salud y en la reducción del

impacto ambiental. Promover el retorno a algunos hábitos alimentarios tradicionales puede beneficiar tanto la salud general como el envejecimiento activo y saludable, asegurando así que las nuevas generaciones crezcan con una mayor conciencia sobre la importancia de la alimentación sostenible y saludable.

1. La sostenibilitat ambiental i el desenvolupament sostenible

Un entorn saludable és fonamental per assegurar una vida plena i fomentar el benestar en totes les etapes d'aquesta (Pan American Health Organization [PAHO] / World Health Organization [WHO], 2023). El 25 de setembre de l'any 2015, l'Organització de les Nacions Unides (ONU) va iniciar un projecte universal per posar fi a la pobresa, protegir el planeta en diferents àmbits i garantir-hi pau, prosperitat i accés a la justícia arreu del món per a l'any 2030 (United Nations [UN], 2015). Aquest projecte, al qual s'han adherit 193 països, es coneix com Agenda 2030 i pretén un desenvolupament global i humà sostenible (UN, 2015).

El desenvolupament sostenible es defineix com la utilització dels recursos naturals que permeti satisfer les necessitats de les generacions presents sense comprometre les possibilitats de les futures generacions d'atendre les seves pròpies necessitats (UN, 2010).

Amb aquest objectiu en ment i com a part de l'Agenda 2030, van sorgir els anomenats objectius de desenvolupament sostenible (ODS), que es poden veure a la Figura 1 (UN, 2015). Els ODS són un conjunt de metes globals per abordar desafiaments econòmics, socials i ambientals i assolir un desenvolupament sostenible per a totes les persones i el planeta. Aquests 17 plans estan interconnectats i es descriuen amb més detall a continuació:

1. Erradicar la pobresa en totes les seves formes i per a tothom.
2. Posar fi a la fam, assolir la seguretat alimentària i millorar la nutrició i promoure l'agricultura sostenible.
3. Garantir una vida saludable i promoure el benestar per a tothom en totes les edats.
4. Garantir una educació inclusiva, equitativa i de qualitat i promoure oportunitats d'aprenentatge durant tota la vida.
5. Assolir la igualtat entre els gèneres i l'empoderament de totes les dones i nines.

6. Garantir la disponibilitat d'aigua i la seva gestió i sanejament sostenible.
7. Garantir l'accés a una energia assequible, segura, sostenible i moderna per a tothom.
8. Promoure el creixement econòmic sostingut, inclusiu i sostenible, l'ocupació plena i productiva i el treball digne per a tothom.
9. Construir infraestructures resilients, promoure la industrialització inclusiva i sostenible i fomentar la innovació.
10. Reduir la desigualtat dins i entre els països.
11. Assolir que les ciutats i els assentaments humans siguin inclusius, segurs, resistent i sostenibles.
12. Garantir modalitats de consum i producció sostenibles.
13. Adoptar mesures urgents per combatre el canvi climàtic i els seus efectes.
14. Conservar i utilitzar de forma sostenible els oceans, els mars i els recursos marins per al desenvolupament sostenible.
15. Protegir, restaurar i promoure l'ús sostenible dels ecosistemes terrestres, efectuar una gestió sostenible dels boscos, lluitar contra la desertificació, aturar i revertir la degradació dels sòls i posar fre a la pèrdua de la diversitat biològica.
16. Promoure societats pacífiques i inclusives per al desenvolupament sostenible, facilitar l'accés a la justícia per a tothom i crear institucions eficaces, responsables i inclusives a tots els nivells.
17. Reforçar els mitjans d'execució i revitalitzar l'aliança mundial per al desenvolupament sostenible.

Un dels efectes adversos més notables que ha patit el planeta Terra a causa d'aquesta activitat humana no sostenible ha estat el canvi climàtic. El canvi climàtic es refereix als canvis significatius i duradors en els patrons climàtics de la Terra, generalment atribuïts a l'augment de les concentracions de gasos d'efecte hivernacle a l'atmosfera a causa d'activitats humanes. Aquests canvis inclouen l'augment de la temperatura mitjana del planeta, esdeveniments climàtics extrems més freqüents i intensos, la fusió dels casquets de gel i glacials, i l'augment del nivell del mar (Intergovernmental Panel on Climate Change [IPCC], 2014).



Figura 1. 17 ODS. ONU 2015 (United Nations [UN], 2015).

El canvi climàtic té altres efectes secundaris, ja que impacta en la seguretat alimentària i els mitjans de subsistència, especialment en àrees vulnerables, a causa d'esdeveniments extrems que afecten la producció agrícola i augmenten la inseguretat alimentària. A més, afecta la salut humana, ja que es propaguen malalties transmeses per vectors, o es causen lesions i malalties relacionades amb desastres naturals. També afecta la disponibilitat i qualitat de l'aigua, amb sequeres que redueixen el subministrament d'aigua dolça i inundacions que contaminen els sistemes d'aigua i sanejament (IPCC, 2014).

2. La sostenibilitat alimentària

Un sistema d'alimentació sostenible és aquell que assegura l'accés a aliments nutritius i la satisfacció de les necessitats alimentàries de tothom, sense posar en perill els fonaments econòmics, socials i ambientals per a les generacions futures (Food and Agriculture Organization [FAO], 2024).

Les dietes sostenibles es defineixen com a dietes protectores i respectuoses de la biodiversitat i els ecosistemes, culturalment acceptables, accessibles, econòmicament justes i assequibles; adequades a nivell nutricional, segures i saludables; i que optimitzen

els recursos naturals i humans. Una dieta sostenible és aquella que té en compte tant la salut humana com la salut ambiental (FAO/WHO, 2019).

En els darrers anys, diversos canvis en l'estil de vida de la població, com ara la urbanització, modificacions laborals i familiars, globalització i avenços tecnològics, han influenciat els hàbits alimentaris (FAO, 2024).

Els hàbits alimentaris tradicionals, que sovint es basaven en el consum de productes frescos, de proximitat i de temporada, han estat progressivament substituïts per un major consum d'aliments processats i ultraprocessats (Monteiro et al., 2013). Aquest canvi ha estat impulsat per la comoditat, la disponibilitat i la publicitat agressiva d'aquests productes, així com per la manca de temps que sovint acompanya les vides modernes (Baker et al., 2020). A més, l'adopció de dietes més occidentalitzades i l'abandonament de les pràctiques culinàries ancestrals han contribuït a un increment de malalties relacionades amb la dieta, com ara l'obesitat, la diabetis tipus 2 i les malalties cardiovasculars (Bovolini et al., 2021; Fahed et al., 2022).

En aquest context, és important reconèixer i valorar el paper de la gent gran i la seva saviesa en temes d'alimentació i d'estil de vida. Els nostres majors han viscut en una època on els hàbits eren més sostenibles i estretament lligats al cicle natural de la terra. Aquest coneixement pot ser fonamental per promoure pràctiques més saludables i sostenibles entre les noves generacions. A més, el procés d'envelliment també està sent afectat per aquests canvis alimentaris. Una dieta equilibrada i nutritiva, similar a la que seguien les generacions anteriors, pot millorar significativament la qualitat de vida de les persones i del planeta.

3. Factors clau per aconseguir una dieta sostenible

3.1. La dieta mediterrània

Una de les dietes més tradicionals conegudes, i seguides tant per gent gran com per la població general, és la dieta mediterrània (DM) (Georgoulis et al., 2014), caracteritzada pels nombrosos beneficis sobre la salut cardiovascular, metabòlica i sistèmica (Papadaki et al., 2020; Ventriglio et al., 2020). A més, la DM també s'ha comprovat que és una dieta ambientalment sostenible, i mostra beneficis sobretot a persones majors de 55 anys; és a dir, que, com més mediterrània és una dieta, més sostenible és, perquè produeix menys gasos d'efecte hivernacle, com ara el diòxid de carboni (CO₂). La Figura 2 il·lustra perfectament aquest fet (García et al., 2023a). La producció dels aliments que componen la DM suposa una menor quantitat d'emissions de CO₂ generades a l'atmosfera, beneficiant així la salut de la gent gran i la salut del planeta (García et al., 2023a).

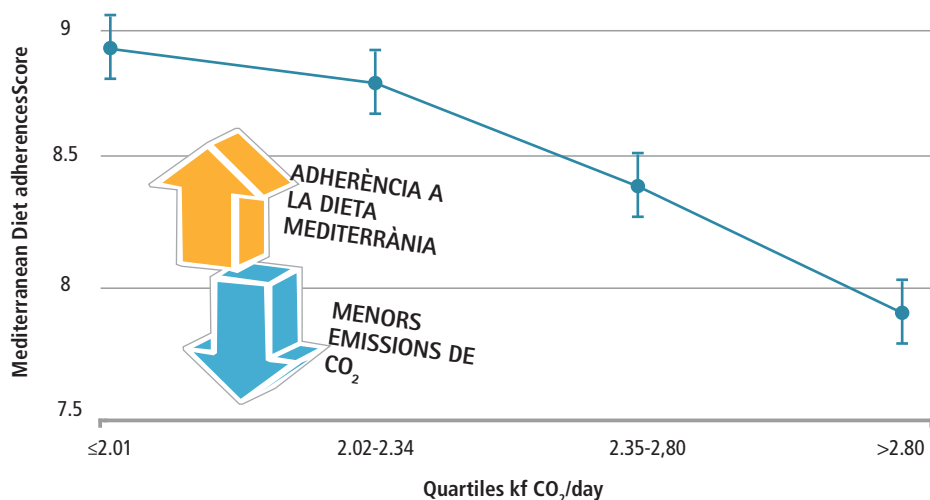


Figura 2. La dieta mediterrània protegeix el medi ambient; a major adherència a la dieta mediterrània, menors seran les emissions totals de CO₂ de la dieta (García et al., 2023a).

Cal destacar que hi ha una recent actualització de la piràmide de la DM que presta especial atenció a l'impacte ambiental dels aliments i que busca fomentar el debat sobre la sostenibilitat de la cadena alimentària i promoure els canvis necessaris per a una vida més saludable (Serra-Majem et al., 2020). A la Figura 3 podem veure la nova piràmide de sostenibilitat de la DM.

3.2. Tipus d'aliments i begudes

El paradigma alimentari està canviant cap a dietes més sostenibles. Les dietes amb menys productes d'origen animal (carn de vedella, porc, aus de corral i productes làctics) i més productes d'origen vegetal s'han vist més beneficioses per al medi ambient (Seves et al., 2017; Clonan et al., 2015; Fresán et al., 2020; Notarnicola et al., 2017; García et al., 2023a), sense comprometre la salut de la població i complint amb les recomanacions dietètiques (Seves et al., 2017; Fresán et al., 2020). Els estudis esmentats, en què es van avaluar aliments específics, van trobar que els cereals integrals, les fruites, les verdures, els llegums, les nous i l'oli d'oliva es van associar amb una millor salut i menors impactes ambientals.

Uns altres dos factors alimentaris destacats són els aliments ultraprocessats i les begudes. Un alt consum d'aliments ultraprocessats està associat amb malalties cròniques i obesitat (Lane et al., 2021; Pagliai et al., 2021). A més, els ultraprocessats han estat vinculats a problemes ambientals; reduir-ne el consum podria reduir les emissions de gasos d'efecte hivernacle i l'ús d'energia en la producció d'aliments i

resultaria beneficiós per a la salut humana i per al medi ambient (García et al., 2023b). Les begudes també tenen un impacte significatiu en la sostenibilitat. Optar per beure aigua de l'aixeta en comptes d'aigua embotellada, reduir el consum de refrescos, begudes alcohòliques i de llet, i adoptar pràctiques de gestió de residus sostenibles durant la producció de begudes són canvis efectius per millorar la sostenibilitat en el consum de begudes (García et al., 2024).



Figura 3. Piràmide de la DM sostenible (Serra-Majem et al., 2020).

És fonamental considerar l'impacte ambiental de les nostres eleccions alimentàries i adoptar hàbits més sostenibles, com reduir el consum d'aliments ultraprocessats (García et al., 2023b) i triar begudes més respectuoses amb el medi ambient, com l'aigua de l'aixeta (García et al., 2024). A través d'aquests canvis, podem contribuir a la salut del planeta i millorar la qualitat de vida de les persones grans.

4. Efectes sobre la salut d'una dieta sostenible

Seguir una dieta més sostenible que emeti menys diòxid de carboni (CO₂) a l'atmosfera sembla estar relacionat amb una menor gravetat de la síndrome metabòlica (García et al., 2023c), que és una malaltia metabòlica greu no transmissible que pot donar lloc a malalties tan greus com embòlies, malalties cardiovasculars, diabetis mellitus tipus 2,

ictus, etc. Tot i que inicialment era més prevalent en països desenvolupats, s'ha estès arreu del món a causa de l'adopció de l'estil de vida occidental (Grundy, 2008).

L'edat avançada és un factor de risc important per al desenvolupament de la síndrome metabòlica, ja que a mesura que envellim, el nostre metabolisme es fa més lent i augmenta la probabilitat d'acumulació de greix abdominal, hipertensió i alteracions en els nivells de glucosa i lípids en sang (Grundy, 2008; Cameron et al., 2004; Kassi et al., 2011).

La Figura 4 exemplifica la relació entre les emissions de CO₂ i la gravetat d'una malaltia tan important com és la síndrome metabòlica. Com més greu sigui la malaltia, com menys ens cuidem, major serà la nostra activitat contaminadora de l'ambient i major contribució a l'efecte d'hivernacle (García et al., 2023c). És a dir, malaltia i contaminació van de la mà.

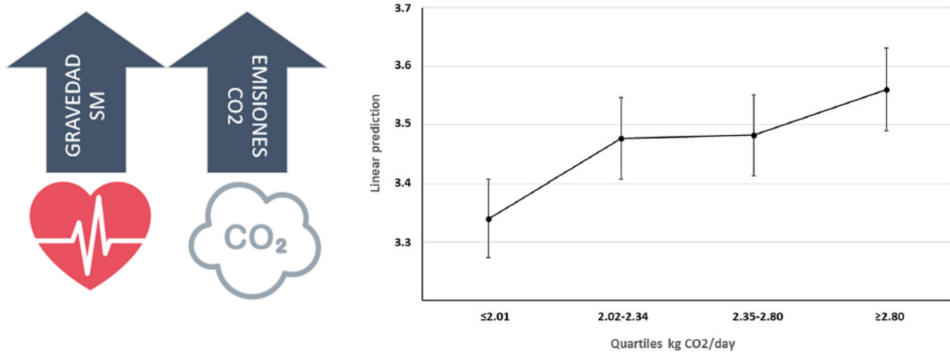


Figura 4. Una dieta de baixes emissions de CO₂ ajuda a reduir la gravetat de la síndrome metabòlica. Seguir una dieta més sostenible aporta avantatges tant per a la salut com per al medi ambient (García et al., 2023c).

El pes corporal i la quantitat de greix a l'organisme també estan relacionats directament amb les emissions de CO₂. Així, aquelles persones amb major pes corporal, major quantitat de greix visceral, i major circumferència de cintura, consumeixen dietes que suposen una producció de CO₂ més elevada. La Figura 5 exemplifica clarament aquesta relació entre les emissions de CO₂ dels aliments consumits i el pes corporal, greix visceral i circumferència de cintura (García, 2024).

Per tant, per a les persones grans, adoptar una dieta sostenible pot oferir importants beneficis per a la seva salut i, al mateix temps, contribuir a la protecció del medi ambient. Una dieta rica en aliments d'origen vegetal i baixa en productes animals pot ajudar a controlar millor els nivells de glucosa, reduir la pressió arterial i millorar

els perfils lipídics (Clonan et al., 2015; Seves et al., 2017; Fresán et al., 2020; García et al., 2023c), factors que són crucials per gestionar la síndrome metabòlica. Així, una alimentació sostenible no només promou un envelliment saludable, sinó que també redueix el risc de complicacions associades amb la síndrome metabòlica, com ara les malalties cardiovasculars, la diabetis tipus 2 i altres malalties cròniques (Grundy, 2011; GBD Results, 2019).

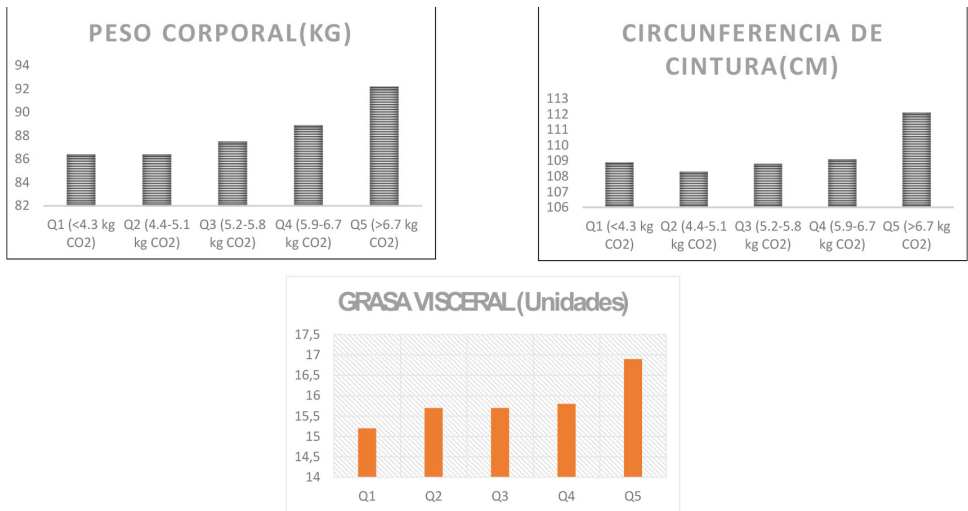


Figura 5. Les menors emissions de CO2 s'aconsegueixen en reduir el pes corporal, la circumferència de la cintura i el greix visceral (García, 2024).



Figura 6. El plat de la salut planetària de la comissió EAT-Lancet ((The EAT-Lancet Commission, 2019).

És important destacar que la comissió EAT-Lancet ha creat un plat de salut planetària, basant-se en el conegut plat de Harvard o plat de menjar saludable (Harvard T.H. Chan School of Public Health, s. f.). En aquest cas, el plat no només pretén beneficiar la salut de les persones sinó també la salut del planeta. La Figura 6 mostra el plat de la comissió EAT-Lancet, el qual inclou en les seves recomanacions la diferenciació entre les proteïnes d'origen animal (vedella, xai, porc, aus, ous i peix) i les proteïnes d'origen vegetal (llegums, nous i llavors) (The EAT-Lancet Commission, 2019). El plat de salut planetària reflecteix que per aconseguir dietes saludables i sostenibles per a l'any 2050, s'haurà de duplicar el consum d'aliments com fruites, verdures, llegums, nous i llavors, i reduir més del 50% el consum mundial d'aliments menys saludables com els sucres afegits i la carn vermella (The EAT-Lancet Commission, 2019).

5. Conclusions

Promoure el retorn d'alguns hàbits alimentaris tradicionals no només beneficiaria la salut de la població en general, sinó també la salut del planeta, cosa que també milloraria l'envelliment actiu i saludable.

Adoptar una perspectiva més equilibrada sobre el consum de productes animals, on es prioritzi la reducció i el consum esporàdic sense necessitat de suposar-ne l'eliminació total, pot ser una alternativa pràctica i sostenible.

Fent ajustaments conscients en les nostres eleccions alimentàries, contribuïrem significativament a la preservació del medi ambient sense necessitat de renunciar completament als productes d'origen animal.

Juntament amb això, reduir el consum de productes ultraprocessats, retornar al consum de productes més tradicionals, locals, frescos i de temporada, i beure aigua de l'aixeta com a beguda de referència, poden ser mesures efectives que ajudin tant la salut de les persones com la del planeta.

És fonamental aprendre dels nostres majors i integrar aquests coneixements en les nostres vides modernes per aconseguir un equilibri entre la comoditat de la vida contemporània i els beneficis de les pràctiques tradicionals. D'aquesta manera, podem assegurar-nos que les noves generacions creixin amb major consciència sobre la importància de l'alimentació sostenible i saludable.

Referències bibliogràfiques

Baker, P., Machado, P., Santos, T., Sievert, K., Backholer, K., Hadjidakou, M., ... Lawrence, M. (2020). Ultra-processed foods and the nutrition transition: Global, regional and national trends, food systems transformations and political economy drivers. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 21(12), e13126. <https://doi.org/10.1111/obr.13126>

Bovolini, A., Garcia, J., Andrade, M. A., i Duarte, J. A. (2021). Metabolic Syndrome Pathophysiology and Predisposing Factors. *International Journal of Sports Medicine*, 42(3), 199-214. <https://doi.org/10.1055/a-1263-0898>

Cameron, A. J., Shaw, J. E., i Zimmet, P. Z. (2004). The metabolic syndrome: prevalence in worldwide populations. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, 33(2). <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2004.03.005>

Clonan, A., Wilson, P., Swift, J. A., Leibovici, D. G., i Holdsworth, M. (2015). Red and processed meat consumption and purchasing behaviours and attitudes: impacts for human health, animal welfare and environmental sustainability. *Public health nutrition*, 18(13), 2446-2456. <https://doi.org/10.1017/S1368980015000567>

Fahed, G., Aoun, L., Bou Zerdan, M., Allam, S., Bou Zerdan, M., Bouferraa, Y., i Assi, H. (2022). Metabolic Syndrome: Updates on Pathophysiology and Management in 2021. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(2), 786. <https://doi.org/10.3390/ijms23020786>

Food and Agriculture Organization (FAO) (2024). *Sistemas Agroalimentarios*. Roma, Itàlia: FAO. <https://www.fao.org/food-systems/es/>

Food and Agriculture Organization (FAO) i World Health Organization (WHO) (2019). *Dietas saludables sostenibles - Principios rectores*. Roma, Itàlia: FAO & WHO. <https://www.fao.org/3/ca6640es/ca6640es.pdf>

Fresán, U., Craig, W. J., Martínez-González, M. A., i Bes-Rastrollo, M. (2020). Nutritional Quality and Health Effects of Low Environmental Impact Diets: The Seguimiento Universidad de Navarra (SUN) Cohort. *Nutrients*, 12(8), 2385. <https://doi.org/10.3390/nu12082385>

García, S. (2024). «Sostenibilidad alimentaria y salud en adultos mayores con síndrome metabólico» [tesi doctoral, Universitat de les Illes Balears]. Directors: Cristina Bouzas

Velasco i Josep Antoni Tur Marí. Qualificació excel·lent *cum laude* amb menció internacional. Palma, 27 de febrero de 2024.

García, S., Bouzas, C., Mateos, D., Pastor, R., Álvarez, L., Rubín, M., ... Tur, J. A. (2023a). Carbon dioxide (CO₂) emissions and adherence to Mediterranean diet in an adult population: the Mediterranean diet index as a pollution level index. *Environmental health: a global access science source*, 22(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12940-022-00956-7>

García, S., Monserrat-Mesquida, M., Argelich, E., Ugarriza, L., Salas-Salvadó, J., Bautista, I., ... Bouzas, C. (2024). Association between Beverage Consumption and Environmental Sustainability in an Adult Population with Metabolic Syndrome. *Nutrients*, 16(5), 730. <https://doi.org/10.3390/nu16050730>

García, S., Pastor, R., Monserrat-Mesquida, M., Álvarez-Álvarez, L., Rubín-García, M., Martínez-González, M. Á., ... Bouzas, C. (2023b). Ultra-processed foods consumption as a promoting factor of greenhouse gas emissions, water, energy, and land use: A longitudinal assessment. *The Science of the total environment*, 891, 164417. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2023.164417>

García, S., Pastor, R., Monserrat-Mesquida, M., Álvarez-Álvarez, L., Rubín-García, M., Martínez-González, M. Á., ... Bouzas, C. (2023c). Metabolic syndrome criteria and severity and carbon dioxide (CO₂) emissions in an adult population. *Globalization and health*, 19(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s12992-023-00948-3>

GBD Results [base de dades a internet] (2019). GBD 2019. University of Washington: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Health Data Exchange (GHDx). <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>

Georgoulis, M., Kontogianni, M. D., i Yiannakouris, N. (2014). Mediterranean diet and diabetes: prevention and treatment. *Nutrients*, 6(4), 1406–1423. <https://doi.org/10.3390/nu6041406>

Grundy S. M. (2008). Metabolic syndrome pandemic. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology*, 28(4), 629–636. <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.107.151092>

Grundy, S. M. (2011). *Atlas of Atherosclerosis and Metabolic Syndrome* (9th ed.). Dallas, Texas, USA: Springer.

Harvard T. H. Chan School of Public Health (s. f.). *El Plato para Comer Saludable (Spanish)* [internet]. Boston, USA: School of Public Health. <https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/healthy-eating-plate/translations/spanish/>

Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) (2014). *Climate Change 2014: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. Geneva: IPCC. https://archive.ipcc.ch/pdf/assessment-report/ar5/syr/SYR_AR5_FINAL_full_wcover.pdf

Kassi, E., Pervanidou, P., Kaltsas, G., i Chrousos, G. (2011). Metabolic syndrome: definitions and controversies. *BMC medicine*, 9, 48. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-48>

Lane, M. M., Davis, J. A., Beattie, S., Gómez-Donoso, C., Loughman, A., O'Neil, A., ... Rocks, T. (2021). Ultraprocessed food and chronic noncommunicable diseases: A systematic review and meta-analysis of 43 observational studies. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 22(3), e13146. <https://doi.org/10.1111/obr.13146>

Monteiro, C. A., Moubarac, J. C., Cannon, G., Ng, S. W., i Popkin, B. (2013). Ultraprocessed products are becoming dominant in the global food system. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, 14 Suppl. 2, 21–28. <https://doi.org/10.1111/obr.12107>

Notarnicola, B., Tassielli, G., Renzulli, P., Castellani, V., i Sala, S. (2017). Environmental impact of food consumption in Europe. *Journal of Cleaner Production*, 140(Part 2), 753–765. 10.1016/j.jclepro.2016.06.080

Pagliai, G., Dinu, M., Madarena, M. P., Bonaccio, M., Iacoviello, L., i Sofi, F. (2021). Consumption of ultra-processed foods and health status: a systematic review and meta-analysis. *The British journal of nutrition*, 125(3), 308–318. <https://doi.org/10.1017/S0007114520002688>

Pan American Health Organization (PAHO) i World Health Organization (WHO) (2023). *Determinantes Ambientales de Salud*. Washington DC, USA: PAHO. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-ambientales-salud>

Papadaki, A., Nolen-Doerr, E., i Mantzoros, C. S. (2020). The Effect of the Mediterranean Diet on Metabolic Health: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Trials in Adults. *Nutrients*, 12(11), 3342. <https://doi.org/10.3390/nu12113342>

Serra-Majem, L., Tomaino, L., Dernini, S., Berry, E. M., Lairon, D., Ngo de la Cruz, J., ... Trichopoulou, A. (2020). Updating the Mediterranean Diet Pyramid towards Sustainability: Focus on Environmental Concerns. *International journal of environmental research and public health*, 17(23), 8758. <https://doi.org/10.3390/ijerph17238758>

Seves, S. M., Verkaik-Kloosterman, J., Biesbroek, S., i Temme, E. H. (2017). Are more environmentally sustainable diets with less meat and dairy nutritionally adequate?. *Public health nutrition*, 20(11), 2050–2062. <https://doi.org/10.1017/S1368980017000763>

The EAT-Lancet Commission (2019). *Informe Resumido de la Comisión EAT-Lancet. Dietas saludables a partir de sistemas alimentarios sostenibles. Alimentos Planeta Salud* [internet]. EAT. https://eatforum.org/content/uploads/2019/07/EAT-Lancet_Commission_Summary_Report.pdf

United Nations (UN) (2010). *Asamblea General de las Naciones Unidas. Desarrollo Sostenible*. Nova York, USA: UN. <https://www.un.org/es/ga/president/65/issues/sustdev.shtml#:~:text=Se%20define%20%C2%ABel%20desarrollo%20sostenible,para%20satisfacer%20sus%20propias%20necesidades%C2%BB>

United Nations (UN) (2015). *La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Nova York, USA: UN. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

Ventriglio, A., Sancassiani, F., Contu, M. P., Latorre, M., Di Slavatore, M., Fornaro, M., i Bhugra, D. (2020). Mediterranean Diet and its Benefits on Health and Mental Health: A Literature Review. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 16(Suppl-1), 156–164. <https://doi.org/10.2174/1745017902016010156>

Autors

SILVIA GARCÍA HERNÁNDEZ

Graduada en Nutrició Humana i Dietètica per la Universitat de Granada i màster en Nutrigenòmica i Nutrició personalitzada per la Universitat de les Illes Balears. Doctora en Nutrició i Ciències dels Aliments per la Universitat de les Illes Balears. Membre del Grup de Recerca en Nutrició Comunitària i Estrès Oxidatiu de la Universitat de les Illes Balears, integrat al CIBEROBN (Fisiopatologia de l'Obesitat i la Nutrició) de l'Institut de Salut Carlos III, i de l'Institut d'Investigacions Sanitàries de les Illes Balears (IDISBA). Experiència com a tècnic de recerca del departament de Biologia Fonamental i Ciències de la Salut, a l'àrea de Fisiologia de la Universitat de les Illes Balears. A més ha participat com a investigadora en diversos projectes de recerca subvencionats a convocatòries públiques nacionals i internacionals. És primera autora dels quatre articles inicials que componen la seva tesi doctoral en què es relaciona la sostenibilitat ambiental amb la sostenibilitat alimentària, a més de coautora de 14 articles científics més publicats a revistes científiques amb índex d'impacte. L'any 2023 va fer una estada trimestral a la Facultat de Farmàcia de la Universitat de Belgrad (Sèrbia), amb l'objectiu d'aconseguir la menció internacional per al doctorat. A més, ha realitzat una substitució com a professora associada a la Universitat Catòlica d'Àvila, amb 15 h de docència impartides. Previ a l'inici de la seva carrera investigadora va fer una estada de tres mesos per a l'assistència sanitària-nutricional a l'Índia, al Kasturba Medical Hospital de Manipal. En darrer lloc, té experiència com a dietista-nutricionista assistencial, tant de nutrició hospitalària com a consulta privada i a l'àmbit de la seguretat alimentària.

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). Professora Titular laboral de l'àrea de Fisiologia adscrita al grup de recerca NUCOX (Nutrició Comunitària i Estrès Oxidatiu) de la UIB. Ha gaudit d'una beca postdoctoral Juan de la Cierva de l'Agència Espanyola de Recerca (Ministeri de Ciència i Innovació) i d'una beca postdoctoral Margalida Comas (DG d'R+D+I del Govern de les Illes Balears). Codirectora del Màster Universitari en Nutrició i Alimentació Humana de la Universitat de les Illes Balears. Participa com a investigadora en diversos projectes de recerca en epidemiologia nutricional subvencionats en convocatòries públiques nacionals i internacionals. La seva recerca se centra en els efectes sobre la salut i l'evolució de l'estil de vida mediterrani en adults grans amb excés de pes, en l'obesitat infantil i en la sostenibilitat alimentària i

ambiental. Autora de 10 llibres i capítols de llibres i 85 articles científics. Investigadora principal d'un projecte d'investigació nacional. Ha participat com a investigadora en 15 projectes de recerca nacionals i internacionals. Directora de tres tesis doctorals.

JOSEP ANTONI 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 corresponent de la Reial Acadèmica Nacional de Farmàcia, acadèmic fundador de l'Acadèmia Espanyola de Nutrició i Ciències dels Aliments, acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya i acadèmic de número de l'Acadèmia de Farmàcia Regne d'Aragó. Membre (2014-2018) del Comitè Científic de l'Agència Espanyola de Seguretat Alimentària i Nutrició (AESAN), del Consell Autònic de Seguretat Alimentària de les Illes Balears i del Comitè Permanent de la Nutrició de l'Organització de les Nacions Unides (UN-SCN). Vocal d'Alimentació del Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears. Membre del Comitè Científic i de la 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 Universitari en Nutrició i Alimentació Humana i dels programes de doctorat en Nutrició i Ciències dels Aliments, i de Nutrició Humana i Patologies Associades de la Universitat de les Illes Balears. Professor visitant a les universitats de La Plata i de Tucumán (l'Argentina), Autònoma de Nuevo León i Autònoma de Mèxic (Mèxic), de Campinas (el Brasil) i Nacional de Costa Rica (Costa Rica). Autor de més de 65 llibres i capítols de llibres, 465 articles científics i vuit patents nacionals i internacionals d'aplicació. Investigador principal de 52 projectes d'investigació nacionals i internacionals. Director de 36 tesis doctorals. Membre del consell editorial de les revistes científiques *Antioxidants*, *Nutrients*, *Frontiers in Endocrinology*, *Frontiers in Nutrition*, *Nutrition Metabolism & Cardiovascular Disease*, *Current Nutraceuticals*.

**SEXUALITAT I DONA. UNA
EXPERIÈNCIA AMB DONES I PER A
DONES DELS CENTRES DE PROMOCIÓ
DE L'AUTONOMIA DE L'IMAS**

Sexualitat i dona. Una experiència amb dones i per a dones dels centres de promoció de l'autonomia de l'IMAS

Catalina Fernández Mas
Alejandra Pizá Bueno
Laura Morado Wunderlich

Resum

Hem duit a terme un projecte centrat en la sexualitat femenina, explorant els seus diversos aspectes des d'una perspectiva informada i respectuosa. El nostre projecte va incloure temes clau com: l'anatomia i fisiologia, la salut sexual, l'educació i les percepcions culturals que influeixen en l'experiència de les dones. Ens vam proposar, com un dels objectius, acabar amb els mites i proporcionar informació precisa i empoderadora a les participants. A més, hem desenvolupat iniciatives educatives per fomentar la consciència sobre la salut sexual femenina, abordant tabús i promovent un diàleg obert. S'hi van incloure xerrades informatives i materials, classes pràctiques de sòl pelvià, taules rodones...

El projecte també va explorar la diversitat en les experiències sexuals de les dones, reconeixent la importància de la inclusivitat i el respecte pels diferents perfils de participants que vam tenir durant les sessions. Aquest projecte no només cerca informar, sinó també promoure la comprensió i l'acceptació, construint un entorn on les dones se sentin capacitades per prendre decisions informades sobre la seva salut sexual. La nostra intenció és que aquest projecte contribueixi a enderrocar barreres i fomenti una conversa oberta i respectuosa sobre la sexualitat femenina a la societat.

Resumen

Hemos llevado a cabo un proyecto exhaustivo centrado en la sexualidad femenina, explorando sus diversos aspectos desde una perspectiva informada y respetuosa. Nuestro proyecto abarcó temas clave como: la anatomía y fisiología, la salud sexual, la educación y las percepciones culturales que influyen en la experiencia de las mujeres. Nos propusimos, como uno de los objetivos, acabar con los mitos y proporcionar información precisa y empoderadora a las participantes. Además, hemos desarrollado iniciativas educativas para fomentar la conciencia sobre la salud sexual femenina, abordando tabúes y promoviendo un diálogo abierto. Se incluyeron charlas informativas y materiales, clases prácticas de suelo pélvico, mesas redondas...

El proyecto también exploró la diversidad en las experiencias sexuales de las mujeres, reconociendo la importancia de la inclusividad y el respeto hacia los diferentes perfiles de participantes que tuvimos durante las sesiones. Este proyecto no solo busca informar, sino también promover la comprensión y la aceptación, construyendo un entorno donde las mujeres se sientan capacitadas para tomar decisiones informadas sobre su salud sexual. Nuestra intención es que este proyecto contribuya a derribar barreras y fomente una conversación abierta y respetuosa sobre la sexualidad femenina en la sociedad.

1. Introducció

Dins el projecte ORG, volem explicar la sexualitat com una part fonamental de la salut a nivell individual, que ens ajuda a mantenir un benestar físic, emocional, mental i social. Avui en dia, tenim al nostre abast, diversitat de recursos per a l'educació sexual, on es poden abordar infinitat d'aspectes relacionats amb una vida sexual saludable, però ens hem adonat que són recursos enfocats en la població jove i adulta i no tant en el grup de persones adultes majors.

Encara avui, són molts els prejudicis i mites negatius condicionats per diversos factors, que no ens deixen avançar dins aquest camp, ple de traves i tabús. És important donar veu, formar, empoderar les dones adultes majors perquè puguin viure una vida plena i lliure sexualment. No hem de perdre de vista que les dones adultes majors d'avui dia són persones a les quals se'ls ha inculcat la idea del sexe des de la reproducció, no des del plaer.

La societat d'avui dia desexualitza les dones majors, que compleixen un paper imprescindible en la vida diària de les famílies del segle XXI, cuidadores per excel·lència dels seus marits, fills/es i nets/es, i deixen a un segon pla la seva vida com a persona lliure, autònoma i sexualment activa.

A més, la creença que la gent adulta major no pot o no ha de parlar de sexe influeix molt en la manera en què les dones adultes majors es comuniquen, parlen o exposen els seus dubtes o inquietuds enfront a la sexualitat, ja que no se'ls ha oferit un espai per poder parlar del tema o no ha existit un entorn de confiança i seguretat on parlar-ne.

2. Metodologia del Taller de sexualitat en persones adultes majors

2.1. Sessió 1: Introducció i primera enquesta

Dins aquestes primeres sessions ens vam plantejar com a objectiu presentar el projecte del taller i recopilar informació inicial a través de les enquestes que ens van ajudar a entendre les necessitats i expectatives de les participants, presentació de l'equip de professionals que participen en les sessions i introducció al taller, explicant els objectius del taller i la importància d'abordar la sexualitat en les dones adultes majors creant un entorn segur i amb un clima de confiança.

2.2. Sessió 2: Taller de sòl pelvià

Aquestes segones sessions es van realitzar amb l'objectiu d'aprendre i entendre la seva anatomia sexual. La pràctica dels exercicis de Kegel les va ajudar a identificar el seu sòl

pelvià i enfortir-lo. Coordinadament amb el taller de costura de Son Bru (Puigpunyent), es van realitzar unes vulves de tela XXL, amb la finalitat de repassar i entendre l'anatomia de la vulva, part fonamental per conèixer-se. Juntament amb la xerrada informativa del sòl pelvià, l'explicació de les seves funcions i la rellevància per a la salut sexual en les dones adultes majors, vam donar per assolit aquest objectiu, i a les enquestes finals va ser un dels tallers més ben valorats.

2.3. Sessió 3: Sessió amb la psicòloga - sexòloga

Aquestes terceres sessions estaven enfocades amb l'objectiu de brindar un espai segur per abordar dubtes, inquietuds i rompre mites sobre sexualitat entre les participants. A través de dinàmiques de grup, es va fomentar la participació i l'obertura en el diàleg sobre sexualitat i es va donar resposta a preguntes específiques i temes relacionats amb la sexualitat en aquesta etapa de la vida. El més interessant d'aquestes sessions va ser veure la diversitat de situacions i vivències que cada una d'elles va explicar. Ens vam adonar que les participants de més edat havien tingut una vida sexual més plena que les de menys edat. Elles ho atribuïen a la importància que havia tingut la comunicació, l'escolta activa i el respecte dins els seus matrimonis.

2.4. Sessió 4: Xerrada de Maleta Roja i enquesta final

A les darreres sessions, es van realitzar unes xerrades de Maleta Roja, en què es van mostrar productes relacionats amb la sexualitat femenina com: lubricants, succionadors vaginals, vibradors, entre d'altres. Es va oferir un espai on explorar els productes de manera discreta i respectuosa, posant en valor la importància de poder donar-se permís i plaer de manera individual. Una vegada finalitzat el taller, es va realitzar l'enquesta final.

3. Desenvolupament

El projecte es va desenvolupar en els set Centres de Promoció de l'Autonomia Personal (CPAP) ubicats a: Palma (Reina Sofia i Avinguda Argentina), Puigpunyent (Son Bru), Petra (Can Real), Felanitx, Manacor i Lluçmajor.

Va constar de quatre sessions, realitzades cada dimecres durant un mes a cada un dels centres. Cada sessió va durar entre 1 i 2 hores i va ser impartida per professionals en el camp sociosanitari i social.

3.1. Diagnòstic

L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 1974) va definir la sexualitat com «Una energia que ens motiva a buscar afecte, contacte, plaer, tendresa i intimitat. A més, influeix

en els nostres pensaments, sentiments, accions i interaccions, i, per tant, influeix en la nostra salut física i mental».

Així mateix, l'OMS va definir la salut sexual (1974) com «La integració dels elements somàtics, emocionals, intel·lectuals i socials de l'ésser sexual, per mitjans que siguin positivament enriquidors i que potenciïn la personalitat, la comunicació i l'amor».

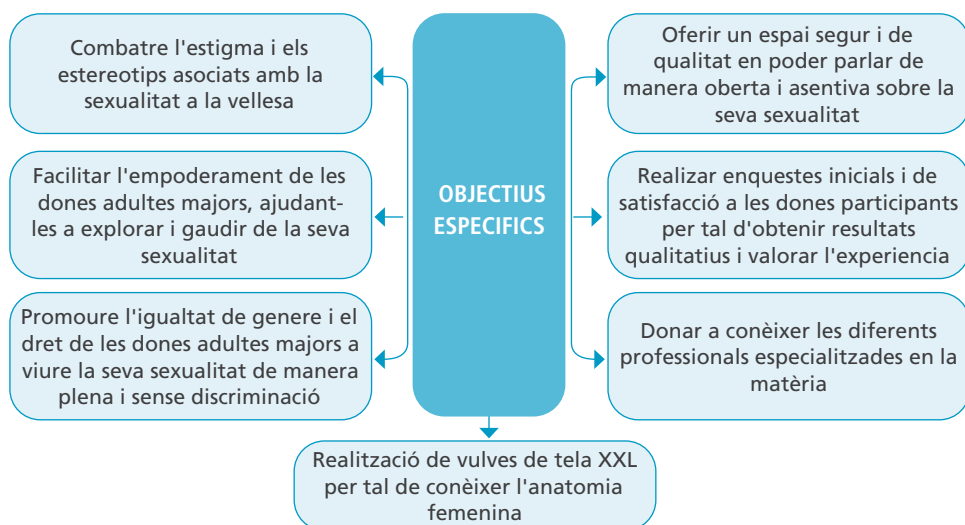
Aquestes dues definicions ens obrin el camí cap a un enteniment de la sexualitat com a saludable, com aquella en la qual puc anar aprenent a identificar els meus desitjos, temors, sentiments i tot i, a més, respectar-los.

El fet que les persones adultes majors cada vegada siguin més actives, tinguin al seu abast recursos i llocs on poder participar de l'oci i del temps lliure, on es pugui acabar amb la solitud, on puguin sentir-se part d'un col·lectiu potent, amb iniciativa, amb capacitat, autonomia... fa que avui dia s'hagi d'impulsar parlar obertament de la sexualitat en la persona adulta major i comprendre que és un procés de canvis a tots els nivells i, dins tots aquests canvis, es pugui parlar de plaer, aprendre de sexualitat, d'erotisme, d'autoestima, autocura...

3.2. Objectius

Gràfic 1 | Objectiu general i objectius específics

Fomentar el benestar emocional i psicològic de les dones adultes majors.



Font: Elaboració pròpia

3.3. Població destinatària

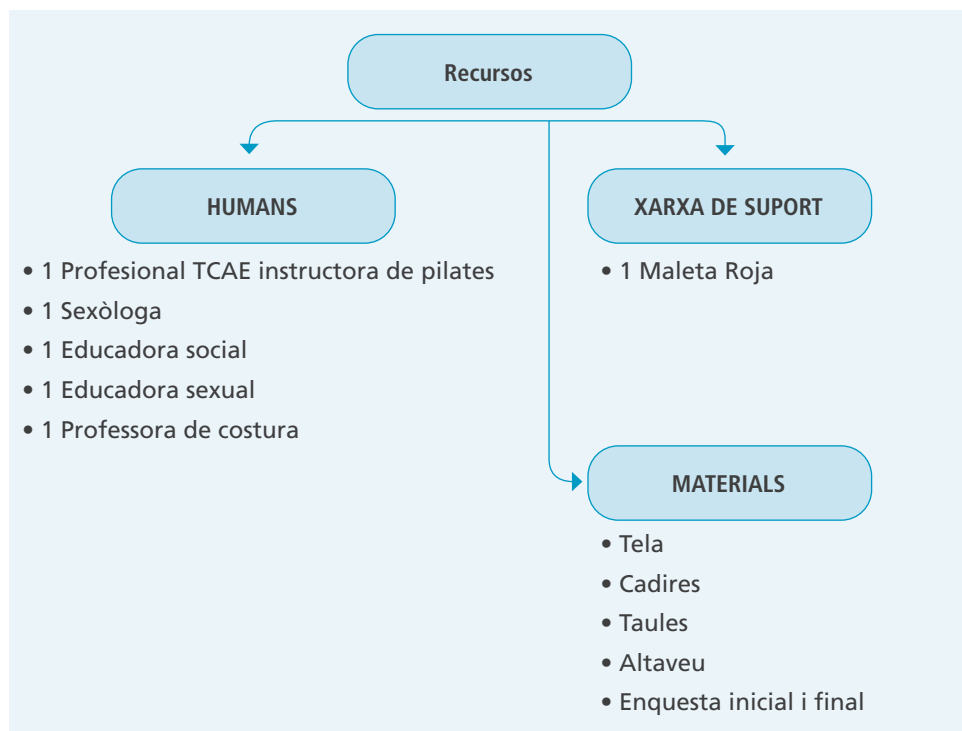
Persones usuàries dels CPAP de l'illa de Mallorca que pertanyen al Consell de Mallorca, departament de Drets Socials, dins la Direcció Insular d'Atenció Comunitària i Promoció de l'Autonomia Personal.

Van participar un màxim de deu dones per centre i el nivell de participació va ser el mateix durant tot el programa.

3.4. Recursos

Per a poder dur a terme les sessions, cada CPAP va proporcionar una sala amb capacitat per a 10-12 persones, amb espai per tal de poder realitzar les sessions. El projecte va disposar dels recursos següents, gràfic 2.

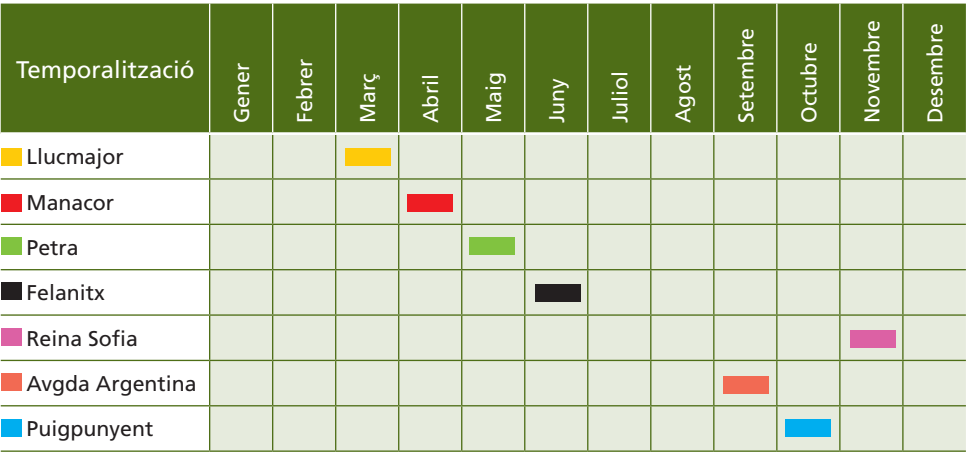
Gràfic 2 | *Recursos*



Font: Elaboració pròpia

3.5. Cronograma

Gràfic 3 | Cronograma



Font: Elaboració pròpia

4. Execució

La primera sessió va tenir lloc al CPAP de Llucmajor el dimecres dia 8 de març de 2023 i la cloenda va ser dia 29 de novembre de 2023 al CPAP de Reina Sofia.

Es va dur a terme en horari de matí o horabaixa, depenent de la disponibilitat de les professionals, amb una durada aproximada d'entre 1 i 2 hores per sessió, llevat de la sessió amb la sexòloga, que es va fer en dimarts horabaixa, però a partir de setembre les vam fer els dimecres matí.

Les persones que fèiem les sessions arribàvem mitja hora abans de cada sessió per comprovar que la sala era la correcta i l'espai adient per poder realitzar totes i cada una de les sessions. Es va passar llista a les assistents i es va prendre nota.

5. Avaluació de les sessions del programa

Dins aquest apartat vam donar visibilitat als elements utilitzats per tal de poder avaluar d'una manera objectiva els resultats del projecte i la satisfacció de les usuàries participants.

Aquesta avaluació i, per tant, finalització d'aquesta primera edició del projecte ORG, ens ha ajudat a establir unes bases sòlides damunt un tema majoritàriament tabú entre les dones adultes majors.

Tota aquesta informació ens ha donat les eines necessàries per a l'adequació i millora de les edicions següents i ens servirà de referència per a les futures edicions.

A més, les participants van realitzar els qüestionaris inicials i de satisfacció dirigits específicament a l'avaluació del grau d'eficàcia i satisfacció del projecte, així com la qualitat de les professionals i instal·lacions on s'ha realitzat.

5.1. Avaluació de processos

Aquesta avaluació es va dur a terme durant tota la primera edició del projecte. D'aquesta manera, es va poder detectar si se seguia la línia establerta inicialment o si, pel contrari, havíem modificat sessions, objectius i/o contingut. A més, vam recollir, a través de les enquestes, els suggeriments i observacions de les participants per tal de millorar properes edicions.

5.2. Avaluació de resultats

Aquesta avaluació ha ajudat a mesurar l'eficàcia del projecte i el grau de compliment dels objectius. Així també hem pogut extreure una sèrie d'indicadors que ens permeten conèixer si els resultats són els que esperàvem i si tenen relació amb les sessions realitzades.

5.3. Avaluació de satisfacció

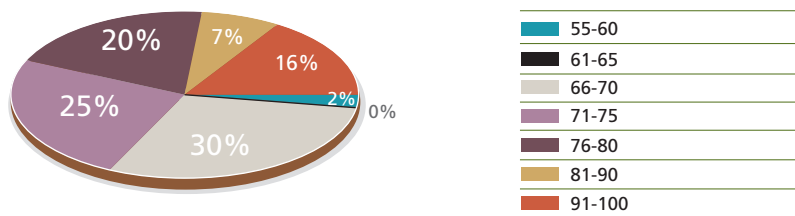
A través dels qüestionaris, hem avaluat el grau de satisfacció de les dones participants al projecte. Mitjançant una metodologia qualitativa, que ha permès apropar-nos a les percepcions subjectives de les persones implicades, l'eficàcia, l'eficiència i el grau de satisfacció obtinguts tant a nivell individual com professional. Els qüestionaris abans esmentats, juntament amb els indicadors adequats i les sessions grupals realitzades amb les diferents professionals, ens han donat una visió global de tot el projecte.

6. Resultats i conclusions

Amb el projecte ORG, hem aconseguit empoderar les dones adultes majors i donar-los visibilitat, independentment del seu estat civil i edat; els hem donat formació i un espai segur i accessible per expressar-se lliurement quan es parla de salut i sexualitat,

ja sigui en parella o individualment. El gràfic 4 que es mostra a continuació ens indica les franges d'edat de les dones participants al projecte.

Gràfic 4 | *Edats de les participants*



Font: Elaboració pròpia

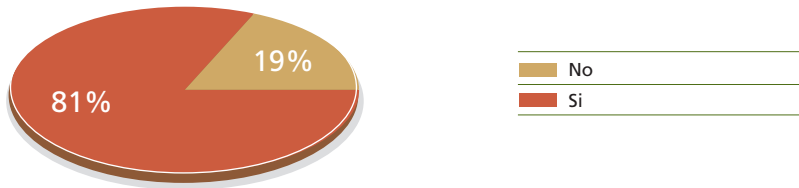
Valorant els grups de deu dones participants a cada CPAP, podem veure al gràfic que es troben entre les franges d'edat dels 55 als 100 anys. La minoria són dones entre 55 i 60, mentre que la majoria de dones participants tenien entre 66 i 70 anys; seguit del grup d'edat de 71 a 75 anys.

Tenim com a objectiu arribar a totes aquestes dones que no han pogut rebre aquest tipus de taller saludable, on podran conèixer parts del cos, exercitar el sòl pelvià, conèixer la figura d'una sexòloga, poder provar productes relacionats amb la sexualitat, relacionar-se amb altres dones que formen part del grup amb les mateixes expectatives i inquietuds, parlar lliurement en un espai segur, sense prejudicis ni judicis de valor, tractant el tema amb la major seriositat i professionalitat possible.

Com a professionals hem de potenciar que les dones adultes majors puguin seguir tenint espais com aquests, on poder expressar-se lliurement i poder compartir aquesta experiència amb altres dones. Aquest col·lectiu té dret de ser sexuat.

A més, han pogut conèixer les diferents figures professionals relacionades amb la sexualitat. La importància de saber on i a quin professional del sector acudir quan tenen un problema referit a la sexualitat els obri un ventall d'opcions i els dona seguretat a l'hora de parlar del tema.

Aquest projecte ens ha demostrat la importància i la necessitat d'empoderar les dones adultes majors i ens ha demostrat com podem fer possible i visible un canvi a través d'un projecte d'intervenció a la vida de les persones. Per aquest motiu, a les enquestes inicials oferides a cada una de les participants, vam demanar si elles creien que la sexualitat era un tema relacionat amb la salut, resultat que podem comprovar al gràfic 5.

Gràfic 5 | Salut y sexualitat (enquesta inicial)

Font: Elaboració pròpia

Al finalitzar el curs, vam realitzar la mateixa pregunta i podem dir que la totalitat de les participants (100%), sí que preveu la sexualitat com un tema de salut.

A través de les sessions grupals, hem pogut comprovar que hi ha un petit percentatge de dones adultes majors que han tingut una vida sexual plena gràcies al respecte, l'amor, l'escolta activa i la comunicació amb la parella. Per altra banda, hem trobat que el major percentatge es dona quan les dones adultes majors són viudes o la seva parella ja no és activa sexualment (la majoria per malaltia). En aquests moments, és quan la seva vida sexual desapareix totalment. D'altres mantenen una vida sexual activa de manera individual, però són una gran minoria.

La falta d'empoderament de les dones adultes majors va de la mà de la figura que han creada al seu voltant com a persones amb un perfil cuidador on la seva vida personal i privada ha quedat a un segon pla. Hem de continuar treballant la importància de valorar el seu temps personal, i aprendre a fer coses només per elles, com la importància de mirar-se a un mirall, estimar-se, realitzar activitats que realment els fan ganes, donar-se permís per gaudir.

Una pregunta molt recurrent dins les sessions era de quina manera poden viure la sexualitat a la seva edat. Hem pogut fer feina amb aquesta informació i fer entendre que tot va canviant i hem d'aprendre a gestionar els canvis i gaudir del moment. Les limitacions ens les posam nosaltres mateixes.

La càrrega informativa del projecte i les seves sessions han donat lloc a una reflexió recurrent entre les usuàries. La importància d'entendre la sexualitat els ha ajudat a poder parlar de manera més oberta sobre el tema i apropar-les a la seva família, sobretot als seus nets i netes.

A través de les sessions realitzades s'ha pogut observar la falta de coneixement del seu propi cos, la seva anatomia sexual i el seu sòl pelvià. Un 99% de les participants

consideren que seria important donar continuïtat a aquests tallers, perquè és un racó on poden obrir-se i compartir les seves experiències personals amb altres dones que estan amb igualtat de condicions, perquè al seu entorn familiar i social és un tema del qual no es parla.

Les enquestes evidencien la importància de seguir formant aquest col·lectiu en temes relacionats amb la sexualitat en dones adultes majors. Aquest projecte pioner ens ha demostrat amb els resultats obtinguts que s'ha de donar continuïtat a aquest tipus de formacions per arribar a fer un canvi real en les seves vides.

Agraïments

El nostre agraïment a les usuàries que han participat al projecte, a les professionals que han participat de manera altruïsta i a l'IMAS pel seu suport.

Referències bibliogràfiques

Organització Mundial de la Salut (2024). Definició de sexualitat i salut sexual segons l'OMS. https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_1

Autores

CATALINA FERNÁNDEZ MAS

Palma, 1978. TCAE, instructora de pilates especialitzada en persones adultes majors. Responsable dels Serveis de Promoció a l'Autonomia de Petra (Can Real) i Puigpunyent (Son Bru). Durant quinze anys ha estat vinculada amb les persones adultes majors. Va treballar a la Fundació de la Dependència.

ALEJANDRA PIZÁ BUENO

Palma de Mallorca, 1987. Diplomada en Educació Social de la UIB; títol d'expert universitari en Resolució de conflictes juvenils. Mediació familiar, escolar, comunitària i general (UIB); títol d'expert universitari en Acció socioeducativa amb col·lectius vulnerables: família, infància, adolescència i joventut. Mòdul d'intervenció socioeducativa amb nins i adolescents amb trastorns de conducta. Educadora social dels Serveis de Promoció a l'Autonomia de Puigpunyent (Son Bru), Avinguda Argentina i Reina Sofia de l'IMAS. Fa un any que està directament relacionada amb l'envelliment, la dependència i la promoció a l'autonomia. El seu gruix de feina ha estat a centres de menors de l'IMAS.

LAURA MORADO WUNDERLICH

Pollença, 1981. Treballadora social. Postgrau en Mediació de Conflictes Familiars, Civils i Mercantils. Màster en Model d'Atenció Integral i Centrat en la Persona.

**L'EXPRESSIÓ SEXUAL A LES
RESIDÈNCIES GERIÀTRIQUES BALEARS:
EL PUNT DE VISTA D'ELLES**

L'expressió sexual a les residències geriàtriques balears: el punt de vista d'elles

Adrián Sánchez Gorostizaga

Resum

Aquest estudi explora les perspectives, les vivències i les propostes de canvi sobre l'expressió afectivosexual de les dones grans en residències de les Illes Balears. Hi han participat trenta-dues dones de cinc residències, amb una edat mitjana de 82,7 anys. Es varen fer cinc grups focals amb sis/vuit dones a cada residència, dinamitzats per una especialista.

Els resultats mostren que l'educació afectivosexual rebuda per les participants era gairebé inexistent, basada en la prohibició i invisibilització de les formes de plaer femení. Les dones sentien una intensa pressió per complir amb el paper de «bona dona», inculcat des de la infància, i per sotmetre's a les expectatives socials patriarcals. Les seves necessitats i els seus desitjos afectivosexuals persistien amb l'edat, però les vies per canalitzar-los eren limitades. A més, tenien dificultats per imaginar propostes de canvi i consideraven que era responsabilitat seva adaptar-se a l'entorn.

Les conclusions destaquen l'interès i la capacitat de les dones grans per parlar de sexualitat, i la necessitat de visibilitzar i desmitificar les seves realitats censurades. També s'insisteix en la importància que les residències adoptin un rol proactiu en la promoció d'espais favorables a l'expressió afectivosexual, contribuint al desenvolupament integral i al benestar psicològic i social de les persones grans.

Resumen

Este estudio explora las perspectivas, vivencias y propuestas de cambio sobre la expresión afectivo-sexual de las mujeres mayores en residencias de las Islas Baleares. Han participado treinta y dos mujeres de cinco residencias, con una edad media de 82,7 años. Se hicieron cinco grupos focales con seis-ocho mujeres en cada residencia, dinamizados por una especialista.

Los resultados muestran que la educación afectivo-sexual recibida por las participantes fue casi inexistente, basada en la prohibición e invisibilización de las formas de placer femenino. Las mujeres sentían una intensa presión por cumplir con el papel de «buena mujer», inculcado desde la infancia, y para someterse a las expectativas sociales patriarcales. Sus necesidades y deseos afectivo-sexuales persistían con la edad, pero las vías para canalizarlos eran limitadas. Además, tenían dificultades para imaginar propuestas de cambio, considerando que era su responsabilidad adaptarse al entorno.

Las conclusiones destacan el interés y la capacidad de las mujeres mayores para hablar de sexualidad, y la necesidad de visibilizar y desmitificar sus realidades censuradas. También se insiste en la importancia de que las residencias adopten un rol proactivo en

la promoción de espacios favorables a la expresión afectivo-sexual, contribuyendo al desarrollo integral y al bienestar psicológico y social de las personas mayores.

1. Introducció

L'envelliment de la població ha esdevingut una realitat demogràfica sense precedents durant les darreres dècades. A Espanya, la població gran ha augmentat significativament; ha passat de poc més de quatre milions de persones grans el 1981 a més de nou milions en l'actualitat, xifra que representa un 19% de la població total (Instituto Nacional de Estadística, 2023). Per a l'any 2050, es preveu que el 22% de la població mundial tindrà més de seixanta anys, segons l'Organització Mundial de la Salut (2018). Aquest augment de la longevitat comporta importants reptes econòmics, socials i d'atenció sanitària. Perquè aquest increment en l'esperança de vida sigui positiu, és fonamental garantir una bona salut física i mental. Un dels elements centrals per al benestar humà és la sexualitat, que hi contribueix substancialment tant en l'àmbit físic com en el psicològic.

Malgrat la seva importància, l'expressió afectivosexual en les persones grans sovint s'infravalora o s'ignora. Aquesta manca d'atenció es deu, en part, a l'estigma social que perpetua la imatge de les persones grans com a éssers mancats de sexualitat. Aquest estigma contribueix a la perpetuació d'estereotips i a la manca d'investigació i educació en aquest àmbit (Hyde et al., 2010). Les suposicions errònies sobre els canvis biològics en l'envelliment i la sexualitat, inclosa la creença que aquests canvis eliminen l'habilitat o el desig de mantenir una vida sexual activa, han dominat la visió social durant molt de temps.

Estudis recents han demostrat que el desig sexual persisteix en la vellesa i que hi ha una diversitat de conductes d'expressió sexual entre les persones grans (Heidari et al., 2016). La salut, més que l'edat, és el factor que més impacta en la sexualitat. Les limitacions físiques i algunes condicions de salut poden influir en la capacitat d'involucrar-se en activitats afectivosexuals. No obstant això, la impossibilitat de practicar sexe amb penetració no impedeix involucrar-se en altres conductes afectivosexuals, com el tacte, que manté un paper important en la comunicació emocional (Hinchliff et al., 2018).

1.1. La situació de les residències geriàtriques

L'expansió de les residències geriàtriques ha sorgit com a resposta a l'augment del nombre de persones grans amb algun grau de dependència. A Espanya, la responsabilitat de les cures recau majoritàriament en les famílies, especialment en les

dones (Casado, 2006). Amb la incorporació de les dones al mercat laboral, la gestió de les cures ha esdevingut més complicada, i moltes famílies opten per ingressar la persona dependent en un centre geriàtric residencial.

A les Illes Balears, segons les dades de l'Imsero (2021), hi ha 5.554 places residencials per a gent gran, de les quals un 65,5% són de finançament públic. Així i tot, hi ha un dèficit de places segons les recomanacions de l'Organització Mundial de la Salut. Les llargues llistes d'espera indiquen la creixent importància del model residencial com a resposta per a l'atenció a la dependència. Malgrat l'eficiència d'aquest model, es desatenen aspectes centrals per a la qualitat de vida i el benestar de les persones, especialment l'afectivosexual.

1.2. Barreres a la sexualitat en les residències geriàtriques

Les barreres a l'expressió sexual en les residències geriàtriques són múltiples i inclouen influències històriques i socials, canvis associats a l'envelliment i aspectes físics i arquitectònics dels centres. La generació actual de persones grans va créixer en un context de repressió sexual, en què l'Església tenia un paper preponderant en la regulació de la vida privada. La sexualitat de les dones, en particular, va ser invisibilitzada (Langue, 2019).

Els canvis biològics associats a l'envelliment, com la menopausa en les dones i la disminució de la testosterona en els homes, afecten la salut sexual. A més, molts medicaments psicotròpics tenen efectes secundaris que impacten en la funció sexual (Heidari et al., 2019; Samaras et al., 2014). L'absència d'intercanvi d'informacions sobre la sexualitat en les visites mèdiques contribueix a la infravaloració d'aquest aspecte.

El disseny físic de les residències també influeix negativament en la privacitat i la intimitat. La majoria de les habitacions són dobles, i els espais comuns són organitzats per facilitar la supervisió constant. Se sacrifica, així, la privacitat dels residents (Bauer, 2009).

1.3. El personal cuidador i la gestió de l'expressió afectivosexual

El personal cuidador geriàtric té un paper crucial en la gestió de l'expressió afectivosexual dels residents. A Espanya, aquest sector està marcat per ràtios d'atenció directament baixes, una proporció elevada de contractes temporals i mal pagats, així com una alta rotació de personal. Aquestes condicions laborals dificulten la capacitat del personal per gestionar adequadament les necessitats afectivosexuals dels residents (Elias i Ryan, 2011).

El personal ha de ser conscient de les possibles contradiccions entre els desitjos afectivosexuals i les barreres per expressar-los. Han d'estar preparats per planificar intervencions apropiades i fomentar una comunicació oberta sobre la sexualitat. La falta de formació i sensibilitat cap a aquest aspecte contribueix a una bretxa comunicativa entre el personal i les persones grans (Hughes et al., 2015).

Roach (2004) ha identificat respostes habituals del personal davant l'expressió afectivosexual, que poden variar des de la dissuasió activa fins a la protecció proactiva. La protecció proactiva, que implica l'adopció de protocols d'actuació i la formació del personal, és la resposta més positiva per a la gestió de la sexualitat a les residències geriàtriques.

La falta de preparació per abordar l'expressió sexual pot conduir a la normalització de conductes sexuals inapropiades. Aquesta situació genera estrès tant per als residents com per al personal i afecta la qualitat de les cures (Alagiakrishnan et al., 2005). Per evitar aquestes situacions, és crucial proporcionar formació adequada al personal sobre la gestió de l'expressió afectivosexual i establir protocols clars.

2. Objectius

Aquesta recerca sorgeix de l'interès d'explorar específicament els aspectes afectivosexuals i les barreres a la seva expressió en la població de dones grans residents en centres geriàtrics de les Illes Balears. Aquest objectiu general es concreta en quatre objectius específics:

- Analitzar la potencialitat del grup focal com a eina per abordar els aspectes afectivosexuals en dones grans residents.
- Estudiar els aspectes afectivosexuals en la vellesa des de la perspectiva de les dones grans residents.
- Explorar quines són les barreres que més afecten l'expressió afectivosexual de les dones grans residents als centres geriàtrics de les Illes Balears.
- Identificar propostes de canvi sorgides participativament.

3. Metodologia

El procés de recerca ha estat de tipus fenomenològic, ja que permet adaptar-se a la complexa realitat que viuen les persones grans que resideixen en centres geriàtrics, respectant la subjectivitat des de la qual experimenten i viuen l'expressió de la seva sexoafectivitat.

La selecció de les participants es va fer amb l'ajuda de l'equip tècnic de les residències, que coneixien millor les residents. Els requisits foren que no estiguessin en estada temporal i que tinguessin capacitat cognitiva i emocional per participar satisfactòriament en discussions grupals. No es va limitar la participació per altres característiques individuals per aconseguir màxima diversitat.

Cada centre va elaborar una llista de candidates potencials; abans d'incloure-les, però, els n'informaren. Les llistes tenien un nombre reduït de candidates perquè totes hi poguessin participar. Es van formar cinc grups focals, un per cada centre, amb una mitjana de sis/vuit dones per grup. En total, hi van participar trenta-dues dones. Totes podien abandonar la recerca en qualsevol moment (només una ho va fer per una cita mèdica).

Analitzant la mostra de dones que van participar en la recerca, trobem diversitat en certs aspectes i homogeneïtat en altres. La mitjana d'edat de les trenta-dues dones era de 82,7 anys, amb un rang de seixanta-quatre a noranta-sis anys, i una distribució simètrica. La majoria (93,8%) havia nascut a Espanya, encara que hi havia una dona alemanya i una d'argentina. Entre les nascudes a Espanya, hi havia tant dones de les Illes Balears com d'altres regions (Extremadura, Catalunya, Andalusia i el País Basc). La situació civil majoritària era vídua (81,2%). Les solteres i divorciades representaven el 9,4% cadascuna. La majoria (71,8%) ocupava places públiques, mentre que el 25% residia en places privades, i una plaça era concertada. Un 84,4% vivia en una habitació individual, enfront d'un 15,6% que ocupava una habitació doble. El temps d'ingrés variava molt, amb una mitjana de quatre anys: des de quatre mesos fins a quinze anys.

Tots els grups focals es van dur a terme a les instal·lacions dels centres geriàtrics participants, en sales amb prou espai per acollir un grup de vuit persones en cercle, en cadires o cadires de rodes, amb una taula al mig per a la gravadora. Els horaris es van adaptar a les rutines de les residències: les 10.30 hores per a les sessions de matí, i les 16.30 hores per a les d'horabaixa, amb durades variables entre quaranta-cinc i noranta minuts. A les sessions hi eren presents les participants, el responsable de la recerca i la facilitadora, que se situava en cercle amb les dones per facilitar la comunicació, mentre que el responsable quedava fora del cercle com a oient. Abans de començar, es feia una breu introducció sobre la recerca i els objectius del grup focal i s'aclarien els rols de l'investigador i la facilitadora. Per evitar inhibicions, no hi havia altres presents, tot i que a vegades apareixien professionals del centre per assegurar-se que no hi hagués cap necessitat o incident, sense participar en el grup focal. Només en un grup focal va ser-hi present una psicòloga, a petició del grup de dones, que va actuar com a observadora sense intervenir en la discussió.

Per a la facilitació dels grups focals es va utilitzar un guió semiestructurat que incloïa els temes principals a abordar, però deixava llibertat a la dinamitzadora per a l'ordre, les transicions i els nous subtemes. Aquest guió es va provar amb un grup pilot per ajus-

tar la durada de la sessió, l'adequació i la coherència dels temes, i la seva suficiència. Un cop fetes les correccions, es va preparar un document per a la dinamitzadora amb el guió i la justificació dels punts inclosos, i es destacà la seva relació amb els objectius de la recerca. En els cinc grups focals el guió es va mantenir gairebé intacte, amb l'única modificació de plantejar les propostes de canvi de manera inductiva. La recollida de dades es va fer amb dos mètodes: enregistrament d'àudio, amb consentiment de les participants, per captar contingut i variables paralingüístiques; i observacions en temps real per part del responsable de la recerca. Ell observava les dinàmiques interpersonals i les emocions generades durant la discussió. Després de cada sessió, la dinamitzadora i el responsable de la recerca intercanviaven impressions durant trenta-seixanta minuts per contrastar observacions i evitar passar per alt informació. Finalment, en les vint-i-quatre hores posteriors a cada sessió, es va transcriure i sintetitzar el contingut de la gravació.

4. Resultats

Les reflexions recollides durant les sessions s'han classificat en quatre grans blocs temàtics, en els quals s'agrupen i se sintetitzen les diferents observacions que van sorgir en els grups focals. Les citacions incloses estan codificades. El codi està format per un número d'identificació associat a cada dona participant i al grup focal en el qual va participar «(D_.G_)».

4.1. La sexoafectivitat en la vellesa

La visió sobre la sexualitat expressada per les dones és molt positiva, tant per a les que tenien més pudor com per a les que se sentien més còmodes parlant del tema. La majoria considera la sexualitat com un element enriquidor de les seves vides. «Per a mi la sexualitat és el més meravellós del món..., és una necessitat física» (D5.G2). Quan es relacionava la sexualitat amb la vellesa, l'opinió majoritària va ser que la sexoafectivitat no havia de desaparèixer amb l'edat. «No desapareix, perquè és part de la persona i de la naturalesa. Això no se'n va» (D8.G1).

Quan es plantejava la possibilitat de refer la vida amb una altra persona, la reacció inicial solia ser comprensiva. «Trobar una nova parella quan ets gran està bé i és bo» (D3.G1). No obstant això, quan s'hi aprofundia, afloraven respostes influenciades per l'amor romàntic i la moral cristiana. «Amor i sexe van plegats. Si el teu marit es mor, s'ha acabat, perquè si estaves molt enamorada, és impossible trobar una altra persona» (D6.G5). També hi havia un rebuig a interaccions afectivosexuals fora dels patrons de l'amor romàntic. «Per a mi, la sexualitat sense amor no pot existir. I, si existeix, em faria fàstic» (D2.G3).

Les dones que no s'havien casat mai o que s'havien divorciat eren més obertes a la possibilitat de trobar un nou vincle afectiu; aproximadament dos terços hi eren receptives, si es donava la situació apropiada. «Jo ho intentaria. Per provar» (D6.G3). No obstant això, seguien mostrant incomoditat per les relacions que s'allunyessin dels esquemes tradicionals d'amor romàntic. «Jo, només si és una cosa seriosa, sí. Si és només grapejar, no» (D4.G4).

La pressió per mantenir relacions normatives era notable, especialment entre dones amb perfils normatius. Aquesta pressió augmentava en les dones vídues que havien tancat la porta a nous vincles. «Ara hi ha sexe per sexe sense gens d'amor. Abans només les prostitutes feien això. Jo no vaig d'això» (D6.G1). La reacció familiar davant una vida afectivosexual activa no seria positiva, segons la majoria de les participants. «Els meus fills em dirien: "Mamà, t'has tornat boja?", o es morien de l'esglai» (D3.G5).

Malgrat declarar la seva sexoafectivitat com a inexistent, les dones mostraven nostàlgia i reminiscències d'una vida sexual activa. «Encara se sent. Fins fa un any tenia parella, i record moltes coses que fèiem» (D2.G1).

Finalment, algunes dones mostraven rebuig interioritzat per la imatge de persones grans involucrades en activitats afectivosexuals. «Veure dues persones aquí, besant-se... Si són joves, em sembla bé, però dues persones grans, no» (D1.G4).

4.2. Educació afectivosexual i el tabú de la sexualitat

El segon bloc de contingut se centra en les respostes que fan referència a l'aprenentatge afectivosexual durant la infància i la joventut, i a les idees predominants en la seva època sobre sexualitat. Quan s'introdueix el tema, la resposta és generalitzada. La sexoafectivitat durant la seva infància era un tema totalment tabú, i no els en parlaven mai. «Mai. Mai. Amb ningú. Ni amb les germanes, ni amb amics ni amb ningú. A la meua època no es parlava de res» (D2.G5).

Una vegada iniciat el debat, un nombre ampli de dones eren capaces de recordar situacions en les quals, mitjançant diferents estratègies, intentaven allunyar-les de qualsevol coneixement sobre sexualitat. La paraula «pecat» va ser-hi molt present, i solia anar acompanyada d'amenaçes centrades en les conseqüències fatals que podien tenir els seus actes. L'obligació de confessar-se va ser una de les principals eines de control. «Des dels cinc anys em van deixar clar que tot era pecat. No se'n podia parlar perquè era tabú» (D5.G2).

No van rebre cap mena d'informació sobre aquest tema, i els únics acostaments a l'educació sexual eren a través de metàfores totalment allunyades de la realitat o,

directament, com assenyala una de les dones, «mentidotes». «No ens en deien res a casa, tot era engany. Que els bebès venien de la cigonya. Tot mentidotes» (D3.G4).

Els esforços per ocultar qualsevol cosa relacionada amb la sexualitat despertaven curiositat a alguna de les dones, i tractaven d'obtenir informació de manera subtil, a través dels vincles pròxims, principalment amigues de més edat. «Parlàvem entre amigues. Quan una aprenia alguna cosa, ho explicava a les altres» (D4.G3).

No obstant això, la majoria comparteix la mateixa vivència: els coneixements sobre sexualitat van arribar a través d'un aprenentatge incidental. Les dones que es van casar van arribar al matrimoni sense coneixements previs o, com a màxim, amb una formació centrada en la moral cristiana en la qual el rol de la dona quedava clarament definit: submissió al marit i missió de tenir fills. «Nosaltres vam aprendre sobre la sexualitat casant-nos» (D1.G5).

Un dels punts d'interès de la recerca era la perspectiva de les dones grans sobre pràctiques que no impliquessin una parella, és a dir, la masturbació i l'autoexploració. Des de l'inici es va evidenciar que era una cosa desconeguda per a elles. Era una pràctica que mai no havia format part de les seves vides i els mancava qualsevol tipus de coneixement sobre aquest tema. A l'hora de debatre grupalment sobre la masturbació, es va fer patent la censura que havien rebut des que eren petites i com aquesta censura es va mantenir al llarg de la seva vida. «Tocar-se era un gran pecat. A l'escola ens deien que ens havíem d'adormir amb els braços plegats damunt el pit després de les avemaries» (D5.G2).

Limitades i reprimides totes les possibilitats d'exploració del propi plaer, la sexualitat de la majoria de les participants en els grups focals estava associada per complet a la figura del marit, i sempre des d'un rol passiu. Quan es va introduir en el grup focal l'homosexualitat femenina, la sorpresa va ser que totes les participants van admetre que no havien conegut mai una dona lesbiana. Això ens indica el grau d'heterosexualitat imposada a aquesta generació i la invisibilització (i la censura) dels vincles afectivosexuals entre dones.

Després de reflexionar sobre la manera com s'abordava la sexualitat durant la seva infància i joventut, vam voler indagar sobre quins canvis veien en l'actualitat, segons la seva visió. Totes admetien tenir una perspectiva completament diferent, ja que veien la sexualitat de manera més natural, com una cosa normal. Van ser comunes les expressions de pesar per no haver rebut mai informació ni educació afectivosexual. Amb freqüència esmentaven les diferències que percebien en la comunicació que havien mantingut amb els seus propis fills i filles i la que van rebre elles mateixes en el seu moment. «Ara van molt preparats. Saben un munt de coses. Jo no en sabia res. La meua filla a les meves netes els parlava de preservatius» (D5.G2).

Si bé l'alegria per la normalització de la sexualitat era compartida per totes, les experiències a l'hora d'abordar el tema amb els fills i filles eren molt diverses. Així com algunes van aconseguir trencar amb el tabú i van introduir converses d'aquest tipus, d'altres mantenien el pudor per l'educació rebuda. «Jo no vaig parlar de sexe amb els meus fills. Tampoc no em van preguntar res. Em semblava massa íntim» (D4.G4).

Finalment, es va demanar a les dones si consideraven que encara podien aprendre coses noves sobre sexoafectivitat, i si estarien disposades a assistir a tallers o xerrades que tractessin d'aquests temes. La pregunta va causar desconcert i confusió, ja que l'absència de referències d'experiències prèvies per rebre formació en aquestes àrees dificultava imaginar-se en què podrien consistir aquestes sessions. Prop de la meitat de les dones ho veien innecessari, principalment perquè consideraven, com hem explicat prèviament, que la seva sexualitat era una etapa finalitzada. «Ja..., el que està après, ja està, poca cosa més cal fer» (D2.G2).

4.3. Diferències de gènere en relació amb la sexualitat

El tercer bloc se centra en les reflexions sorgides entorn de les diferències de gènere en l'aprenentatge i la vivència de la sexoafectivitat. Així com els altres tres blocs tenien espais propis al guió dels grups focals, aquest aspecte es va introduir transversalment. En les diferents qüestions que anaven apareixent, la dinamitzadora s'encarregava, després d'aconseguir alguna conclusió o reflexió d'interès, de dirigir el focus cap a les possibles diferències de gènere existents a través de preguntes com: «Considereu que els homes ho vivien de la mateixa manera?»

Tots els grups focals van apuntar cap a una realitat: l'experimentació i l'aprenentatge sexual havia estat molt diferent per a elles que per als homes, durant la seva època. «Ells tenien més llibertat» (D1.G1). A més de la llibertat per explorar, també assenyalen que el context dels homes era més apropiat per a l'experimentació, ja que no tenien tantes limitacions a l'hora de passar temps fora de casa, les seves responsabilitats quant a cures de la llar eren reduïdes i, per tant, no estaven exposats al mateix control familiar. «Els homes sempre eren al carrer, feien una altra vida» (D2.G1).

Una vegada dins de les relacions i del matrimoni, el rol que assumien en la sexoafectivitat era diametralment oposat, ja que ells tenien el poder d'iniciar les interaccions al seu capritx i de decidir quan i com. El desig i el plaer masculí eren el centre de les relacions sexuals, i la voluntat de la dona quedava en un segon pla. «El meu marit era: sexe. I jo, doncs, el que ell volia» (D2.G2).

Col·lectivament, identificaven patrons de comportament que en les dones eren penalitzats, però no en els homes. Per exemple, la masturbació i l'establiment de

relacions amb diferència d'edat. «S'aplaudeix els homes grans que estan amb dones joves» (D5.G4).

Quan l'atenció es va conduir a la comunicació en parella dins del matrimoni, les opinions i les experiències de les dones eren dispars. D'una banda, hi havia les dones que trobaven en el marit una figura de confiança per parlar sobre la sexualitat, en molts casos l'única. «Amb el meu marit parlava molt de tot» (D4.G4). D'altra banda, hi havia dones que manifestaven que tampoc amb els marits no van aconseguir mai parlar sobre el tema, sigui perquè ho consideraven tabú, en la línia del pensament de l'època, o directament perquè pensaven que no era una cosa que concernís la dona. «Amb els marits hi havia moltíssima timidesa, gairebé no parlàvem» (D1.G3).

4.4. L'expressió afectivosexual a les residències geriàtriques

L'últim bloc es va centrar específicament en la vivència de la sexoafectivitat a les residències geriàtriques. L'interès principal era la identificació de barreres que poguessin dificultar l'expressió afectivosexual de les residents. Per a un nombre elevat de dones, l'entrada a la residència va ser una de les fites que identificava el final de la seva vida sexual. Coincidien que, quan hi van entrar, interioritzaren que era una etapa que s'havia acabat. «Quan hi entres, ja està acabat» (D4.G4).

Concretament, les dones que s'havien catalogat com a «obertes» a conèixer una altra persona van incidir en la diferència de proporció dones-homes a les residències i en l'estat dels residents. «Aquí els homes estan fets pols, molt vells. No hi ha res a fer» (D3.G4).

El context social que percebem i en el qual habitem té influència en l'aparició o la inhibició del desig. Les dones descrivien aquesta sensació de diverses maneres. «Els homes aquí no són adequats. La majoria no saben ni com es diuen. Si mires el teu voltant, hi ha qui li cau la baveta, un altre que dorm tota l'estona... No t'inspiren desig, et fan pena» (D2.G2).

En una part de les sessions, a tots els grups focals els van demanar per la reacció que tindrien la resta de residents si veiessin algú tenint qualsevol tipus d'expressió afectivosexual. La conclusió va ser clara: consideraven que el més probable és que fossin jutjats. «Si algú ho fes, seria el tema de xafardeig de tothom. Dirien: "Mira-la, ves a saber quines coses devia fer de jove"» (D6.G3).

Una de les dones exemplifica a la perfecció aquesta pressió social. Aquesta resident, que és vídua i que en l'actualitat manté un vincle afectiu amb un home que ha conegut a la residència, en més d'una ocasió s'ha hagut d'esforçar a justificar el seu vincle d'una

manera socialment acceptable per a la resta del món. «Jo tinc aquí un senyor que es preocupa molt per mi i em cuida. Però jo d'això en dic afecte i preocupació; no és amor com pel meu marit... Està molt pendent de mi. La relació que tinc amb ell és de preocupació. Jo a les nits li faig un petó perquè m'ha cuidat molt. Però no és desig sexual» (D1.G2).

Una altra de les claus identificades en el primer bloc va tornar a aparèixer en aquest apartat. Ens referim a la por de la reacció familiar en cas que estiguessin involucrades en conductes afectivosexuals. La majoria de les dones considerava que la reacció dels fills i filles seria de vergonya o d'empipament. «Els meus fills ara riuen que m'hagi tornat a enamorar, però al principi la meva filla em demanava plorant: "L'estimes més que al papà?"» (D5.G2).

Quant a les reaccions del personal de la residència i de la direcció, va haver-hi dues opinions molt diferents. En les dones que des de l'inici s'havien classificat per a si mateixes com a persones que ja no tenien gens d'interès o necessitat afectivosexual, era habitual que consideressin que no hi hauria cap dificultat o barrera. «Crec que no hi hauria cap problema» (D7.G1). En canvi, les dones que sí que mantenien interessos i necessitats afectivosexuals o que havien tingut experiències prèvies a la residència sí que feien esment de diferents barreres relacionades amb el personal de la residència. «Aquí no es pot parlar de coses d'aquest tipus. Cal anar d'amagat» (D6.G3).

Unes altres apuntaven en la mateixa direcció, però formulant-ho d'una manera diferent. Segons un grup de dones, es pot fer el que es vulgui, però prenent una sèrie de mesures. «Es pot fer el que es vulgui, però aquí no hi ha lloc. Jo sortiria fora sense dir res» (D4.G3).

L'actitud dels cuidadors i cuidadores geriàtrics també es va esmentar, en relació amb el respecte a la intimitat i la privacitat i amb les reaccions quan les residents no actuen com el personal vol. «Són capaços de posar-se a cridar-te per qualsevol cosa que no els agrada» (D2.G5).

Aquest sentiment de poc respecte per la seva intimitat no es redueix als comentaris, sinó que també es refereix als espais on conviuen. La barrera que es va identificar més fàcilment i que es va repetir en més ocasions va ser l'absència de privacitat dins les pròpies habitacions. «T'obren la porta tota l'estona. No hi ha llibertat ni privacitat» (D5.G2).

4.5. Reflexions finals dels grups focals

Finalment, hem volgut incloure en aquest apartat les reflexions de les participants sobre l'experiència de formar part del grup focal. La valoració general va ser molt positiva, i no va haver-hi cap situació en la qual alguna de les participants manifestés

incomoditat o malestar, sinó al contrari. Quan va acabar el temps de les sessions, en tots els grups les participants van assenyalar que haurien continuat una estona més. Només una dona va abandonar la sessió, i se'n va anar per un motiu extern a la recerca.

Entre els aspectes que més havien gaudit, van destacar:

a) La quantitat de temps que feia que no parlaven de sexualitat. Exceptuant tres participants que en parlaven sovint amb un grup d'amigues externes a la residència, el comentari generalitzat va ser que feia molts anys que no mantenien una conversa en profunditat sobre sexoafectivitat, i que agraïen haver tingut l'oportunitat de participar en un espai així. «No sé quants anys feia que no parlava d'això» (D3.G4).

b) La comoditat de parlar d'aquest tema entre dones. Algunes de les dones van coincidir que el debat hauria estat molt diferent si el grup hagués estat mixt. Consideraven que compartir un bagatge d'experiències i un context social i cultural similar els facilitava poder expressar-se lliurement. Les diferències de gènere podrien haver suposat una barrera per construir un espai segur. «Com que som tot senyores, ens sentim més còmodes per parlar-ne» (D2.G5).

c) La complicitat i el sentit de l'humor. En tots els grups focals, les dones es coneixien prèviament i tenien vincles ja establerts, o com a amigues o només com a companyes i veïnes de residència. Durant les sessions, quan hi havia involucrades no només opinions sinó també experiències personals i emocions, van ser molt freqüents les situacions en les quals tot el grup es posava a riure conjuntament o es creaven moments de complicitat. Les participants comentaven que havien pogut veure una cara que no coneixien de les altres. «Has vist que hem rigut molt tota l'estona?» (D3.G5).

d) Aprenentatge entre iguals. Haver-se criat en el mateix context sociohistòric no implica que no hi hagi variacions individuals quant a les trajectòries vitals en l'àrea de la sexoafectivitat. Escoltar les vivències, les reflexions i les opinions de les altres companyes va ser una font d'adquisició de nous coneixements i perspectives per a algunes de les dones, tal com van declarar al final de les sessions. També va permetre resignificar les pròpies experiències. «Ximple jo, ara que us sento. Era l'única que feia l'acte de restricció [sic] i es confessava?» (D6.G1).

5. Conclusions

Aquest estudi ha demostrat la utilitat dels grups focals per abordar la sexoafectivitat en dones grans. Malgrat els dubtes inicials sobre la seva possible inhibició, les participants van mostrar-se molt positives i gaudiren obertament del debat.

L'intercanvi d'experiències va fomentar una identitat comuna i un ambient còmode, amb moltes ganes de continuar les discussions. Això suggereix que els grups focals poden complementar les entrevistes individuals, oferint un espai segur i enriquidor per a l'expressió de vivències afectivosexuals.

Una de les principals barreres identificades és la interiorització del model de dona basat en la moral cristiana, que influeix profundament en la manera com les dones perceben la pròpia sexualitat. La por de ser jutjades per la família, per altres residents o pel personal de les residències impedeix moltes vegades l'expressió afectivosexual. Les dones es veuen sovint obligades a justificar-se o redefinir les seves relacions per encaixar en aquest model, la qual cosa demostra el poder d'aquesta narrativa en les seves vides.

L'educació afectivosexual rebuda per aquestes dones ha estat pràcticament inexistent o basada en la repressió i la prohibició, centrada únicament en la figura del marit. Aquest estudi confirma que les necessitats i els desitjos afectivosexuals no han desaparegut, però les vies per canalitzar-los, sí. Moltes prefereixen donar per finalitzada la seva vida sexual abans de cercar alternatives, especialment en l'entorn tancat de les residències geriàtriques, on la intimitat i la privacitat són reduïdes.

Seria beneficiós introduir una educació afectivosexual per contrarestar la repressió rebuda, normalitzar les realitats afectivosexuals tradicionalment censurades i combatre els discursos limitants. Això permetria a les dones grans que desitgen mantenir una vida sexual activa fer-ho en un context lliure de judicis.

Per convertir les residències en entorns compatibles amb l'expressió afectivosexual, és necessari que aquestes adoptin un rol proactiu. No és suficient no prohibir les conductes d'expressió sexual; cal que les residències esdevinguin espais on la sexualitat es tracti i es normalitzi des de l'ingrés, assegurant que les residents no hagin de portar la iniciativa ni demanar permís per gaudir de la seva sexualitat. D'aquesta manera, es contribuirà perquè les persones grans tinguin el protagonisme per triar com volen viure el seu dret a la sexualitat.

Referències bibliogràfiques

Alagiakrishnan, K., Lim, D. W., Brahim, A., Wong, A., Wood, A., Senthilselvan, A., Chimich, W. T., i Kagan, L. (2005). Sexually inappropriate behaviour in demented elderly people. *Postgraduate Medical Journal*, 81(957), 463-466. <https://doi.org/10.1136/pgmj.2004.028043>

Bauer, K. A. (2009). Privacy and confidentiality in the age of E-medicine. *Journal of Health Care Law and Policy*, 12(1), 47-62. <https://digitalcommons.law.umaryland.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1164&context=jhclp>

Casado-Marín, D. (2006). La atención a la dependencia en España. *Gaceta Sanitaria*, 20(1), 135-142. <https://doi.org/10.1157/13086037>

Elias, J., i Ryan, A. (2011). A review and commentary on the factors that influence expressions of sexuality by older people in care homes. *Journal of Clinical Nursing*, 20(11-12), 1668-1676. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03409.x>

Heidari, M., Ghodusi, M., Rezaei, P., Kabirian Abyaneh, S., Sureshjani, E. H., i Sheikhi, R. A. (2019). Sexual function and factors affecting menopause: a systematic review. *Journal of Menopausal Medicine*, 25(1), 15-27. <https://doi.org/10.6118/jmm.2019.25.1.15>

Heidari, S., Babor, T. F., De Castro, P., Tort, S., i Curno, M. (2016). Sex and gender equity in research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Research Integrity and Peer Review*, 1(1). <https://doi.org/10.1186/s41073-016-0007-6>

Hinchliff, S., Tetley, J., Lee, D., i Nazroo, J. (2018). Older adults' experiences of sexual difficulties: qualitative findings from the English Longitudinal Study on Ageing (ELSA). *Journal of Sex Research*, 55(2), 152-163. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1269308>

Hughes, A. K.; Rostant, O. S.; Pelon, S. «Sexual problems among older women by age and race». *Journal of Women's Health* [en línia], 2015, vol. 24, núm. 8, p. 663-669. <https://doi.org/10.1089/jwh.2014.5010>

Hyde, Z., Flicker, L., Almeida, O. P., Hankey, G. J., McCaul, K. A., Chubb, S. A. P., i Yeap, B. B. (2010). Low free testosterone predicts frailty in older men: the health in men study. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 95(7), 3165-3172. <https://doi.org/10.1210/jc.2009-2754>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (s.d). *Informe anual 2021*. <https://imserso.es/-/informe-anual-2021>

Instituto Nacional de Estadística. Censo de población. (13 de desembre de 2023). Primeros resultados [comunicat de premsa]. https://www.ine.es/prensa/kenso_2022_2023.pdf

Langue, F. (2019). Políticas del pasado en la España franquista (1939-1964). Historia, nacionalismo y dictadura. *Cahiers de civilisation espagnole contemporaine*, 23. <https://doi.org/10.4000/cccec.8905>

Roach, S. M. «Sexual behaviour of nursing home residents: staff perceptions and responses». *Journal of Advanced Nursing* [en línia], 2004, vol. 48, núm. 4, p. 371-379. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03206.x>

Samaras, N., Papadopoulou, M., Samaras, D., i Ongaro, F. (2014). Off-label use of hormones as an antiaging strategy: a review. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 1175-1186. <https://doi.org/10.2147/cia.s48918>

World Health Organization. (17 de maig de 2018). *World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565585>

Autor

Adrián Sánchez Gorostizaga, nascut a Palma el 1997, és graduat en Psicologia amb un Màster en Formació del Professorat i un Màster en Sexologia. Actualment, és fundador i tècnic de projectes a l'Associació Andiara. Té experiència com a psicòleg en diverses residències geriàtriques de les Illes Balears i ha impartit formacions sobre sexoafectivitat en la vellesa dirigides a treballadors i treballadores.

**ESTUDI DE LES COMPETÈNCIES
DIGITALS DE LA GENT GRAN USUÀRIA
DE LA CREU ROJA A LES ILLES BALEARS**

Estudi de les competències digitals de la gent gran usuària de la Creu Roja a les Illes Balears

Juan Carlos Ballesteros Nielsen

Resum

Dissenyarem una agenda de telefonades autonòmica en la qual incloguérem totes les persones més grans de seixanta-cinc anys participants en el projecte «Xarxa social per a persones grans» de la Creu Roja espanyola a les Illes Balears, per formular-los una bateria de preguntes de resposta fàcil (entre alfabetització digital i nivell de coneixements en l'ús de les TIC).

En el projecte hi participaren 604 persones. Es persegueixen dos resultats principals:

1. **Elaborar un mapa o imatge** sobre la realitat de les persones més grans de seixanta-cinc anys usuàries de la Creu Roja espanyola a les Illes Balears pel que fa a la seva relació amb les TIC; es preveu publicar-ne els resultats principals.
2. Detectar les **motivacions i necessitats principals** de la gent gran usuària de la Creu Roja espanyola a les Illes Balears amb vista a la seva inclusió digital (eliminació de la bretxa digital), com a eina per prevenir i abordar l'aïllament social i la solitud no desitjada.

Els resultats van mostrar que el 67% de la gent gran enquestada no es va sentir més sola durant la pandèmia de la COVID-19. Aquesta dada reveladora indica que les persones que sofreixen solitud no desitjada ja la mantenen des de fa temps i no van notar una diferència entre el període de pandèmia i postpandèmia. Així mateix, el 52% creu que les noves tecnologies podrien haver ajudat a mantenir més relacions socials amb els éssers estimats i l'entorn més pròxim.

Resumen

Diseñamos una agenda de llamadas autonómica en la cual incluimos a todas las personas mayores de 65 años participantes en el proyecto «Red social para personas mayores» de la Cruz Roja Española en Baleares, para realizar una batería de preguntas de fácil respuesta (entre alfabetización digital y nivel de conocimientos en el uso de las TIC).

Se contó con la participación de 604 personas. Se persiguen dos resultados principales:

1. **Elaborar un mapa/imagen** respecto a la realidad de las personas mayores de 65 años usuarias de la Cruz Roja Española en las Islas Baleares por lo que a su relación con las TIC se refiere; se prevé la publicación de los principales resultados.
2. Detectar las **principales motivaciones y necesidades** de las personas mayores usuarias de la Cruz Roja Española en las Islas Baleares de cara a su inclusión digital

(eliminación de la brecha digital), como herramienta de prevención y abordaje del aislamiento social y la soledad no deseada.

Los resultados nos mostraron que el 67% de las personas mayores encuestadas no se sintieron más solas durante la pandemia del COVID-19. Este dato revelador nos indica que las personas que sufren soledad no deseada la llevan manteniendo a lo largo del tiempo y no notaron una diferencia entre el periodo de pandemia y pospandemia. Asimismo, el 52% cree que las nuevas tecnologías le podrían haber ayudado a mantener más relaciones sociales con sus seres queridos y su entorno más próximo.

1. Justificació

La solitud i l'aïllament involuntaris són problemes de primera magnitud en la nostra societat i especialment per a la gent gran. Lluny de reduir-se, els canvis en l'estil de vida i els nous paràmetres i prioritats de la nostra societat fan que augmenti el sentiment de solitud.

La solitud és un estat de malestar emocional que sorgeix quan una persona se sent incompresa o rebutjada per unes altres, o té manca de companyia per a les activitats desitjades, tant físiques com intel·lectuals. L'experiència de la solitud, en el fons, és la sensació de no tenir l'afecte desitjat necessari, la qual cosa produeix sofriment, desolació, insatisfacció, angoixa, etc. (Bermejo, 2016).

L'impacte de la pandèmia s'evidencia en el dia a dia de les persones en forma de distanciament social i limitacions a l'hora de relacionar-se amb altres persones en la seva vida quotidiana: la por al contagi i els riscos que comporta o la bretxa digital d'accés i d'ús agreugen situacions d'aïllament ja existents i en generen de noves com les restriccions per fer activitats, poder rebre altres persones en el domicili o accedir a serveis exclusivament en línia, que limiten molt les possibilitats de relació, especialment de la gent més vulnerable que té menys recursos i menys xarxes de suport.

A Espanya, la proporció de dones grans que viuen en solitud és més alta que la d'homes: 31% enfront del 17,8% (2018). Les dones presenten nivells més elevats de solitud, sobretot en el grup de persones de vuitanta-cinc anys o més.

La solitud pot tenir conseqüències importants per a les persones socialment aïllades, amb impactes des del punt de vista físic, psicològic i social: incrementa la morbiditat, disminueix la satisfacció vital i predisposa a alteracions en la salut física i mental. També comporta conseqüències negatives sobre la comunitat (les persones afecta-

des es retiren del seu entorn, no hi contribueixen i s'hi impliquen menys) i sobre la societat en general (es redueix la productivitat en el treball, augmenten els dies de baixa per malaltia, etc.) i té un alt cost en els serveis socials i de salut, ja de per si sobrecarregats.

Per tot això, la solitud és un repte conjunt de tota la societat que requereix que canviem el model social que tenim, com afirmen alguns experts, per aconseguir una societat que cuida i que garanteix una vida digna per a tothom. Per això, és necessari conciliar polítiques socials, laborals, sanitàries, econòmiques, fiscals i d'habitatge, i aconseguir la implicació d'administracions públiques, agents socials, tercer sector i la societat en general en la construcció d'entorns i comunitats cada vegada més inclusius i resilients que no deixin ningú tot sol o aïllat.

2. L'experiència de la Creu Roja pel que fa a la solitud no desitjada

Des de fa anys tota la nostra intervenció va dirigida a pal·liar la solitud en la gent gran, a través del projecte «Xarxa social per a persones grans» de la Creu Roja, des del qual es duen a terme les activitats següents:

- a) Activitats d'informació per reduir la solitud i l'aïllament social.
- b) Lliurament i préstec dels recursos materials necessaris per reduir l'aïllament i el sentiment de solitud.
- c) Activitats per adquirir i enfortir competències relacionades amb la millora de la xarxa social.

En aquest sentit, la labor de la Creu Roja en general, i específicament des del projecte, ha estat fonamental per combatre les situacions d'aïllament i de solitud no desitjada entre les persones grans, dependents, i les cuidadores.

El 2023, a les Illes Balears, vam atendre 1.583 persones grans en situació de solitud no desitjada (79% de dones enfront del 21% d'homes), amb les quals es dugueren a terme 19.760 intervencions. Les nostres activitats principals eren les d'acompanyament individual i grupal, amb més de 15.500 intervencions.

La clau del treball de la Creu Roja és en la participació del voluntariat, que constitueix el suport fonamental i majoritari a l'hora de dinamitzar les activitats i fomentar la connexió entre les persones, i ajuda a evitar-ne l'aïllament i propiciar-los un nexa amb la comunitat. Els voluntaris són una font d'escolta, de contacte humà i referents comunitaris de la intervenció.

3. La nostra estratègia

L'«Estratègia de la Creu Roja espanyola amb les persones grans» identifica el fenomen de la solitud i l'aïllament involuntari com a problemes de primera magnitud en la nostra societat en general i, especialment, entre la gent gran. Els canvis en l'estil de vida, així com els nous paràmetres i les prioritats de la nostra societat, fan que el sentiment de solitud sigui cada vegada més una tònica general entre les persones grans del nostre país.

Segons la nostra anàlisi, la pèrdua de xarxa social pot venir propiciada per dos pilars fonamentals:

- Es redueixen o empitjoren les relacions socials existents.
- Es redueix la participació activa en la societat.

La persona gran deixa de participar en activitats o recursos de la comunitat o no hi arriba a assistir.

L'aïllament i la participació tenen un perfil molt diferent en els contextos urbà i rural. D'aquesta manera, en l'entorn rural trobem menys oportunitats de participació i, encara que és més senzill mantenir les amistats de tota la vida, la persona pot sentir-se sola pel fet d'estar lluny de la seva xarxa social (per exemple, si els fills han deixat el poble). En l'entorn urbà, hi ha més oferta i possibilitats de participació, però l'aïllament és més gran, sobretot per les barreres arquitectòniques (especialment la falta d'ascensor en blocs de pisos) i per la falta de comunicació i sentiment de comunitat de les grans urbs.

L'aïllament social i la solitud no desitjada presenten impactes en la salut de la gent gran, especialment pel que fa als aspectes següents:

- Increment de problemes del son.
- Reducció en l'activitat física i la capacitat funcional, augment de l'obesitat.
- Alteracions del sistema immunitari.
- Alteracions del funcionament vascular i augment del risc d'accidents cerebrovasculars.
- Empitjorament cognitiu i risc de trastorns neurològics.
- Augment de taxes d'institucionalització i d'ingressos hospitalaris.

4. Objectiu general del nostre estudi

Prevenir i abordar situacions d'aïllament social i solitud no desitjada de la gent gran.

Objectius específics

- Conèixer les necessitats reals de les persones grans que pateixen solitud no desitjada i la bretxa digital.
- Afavorir l'adquisició de les competències digitals bàsiques en la gent gran que no en té coneixements.
- Afavorir el manteniment de l'autonomia personal i la independència en les relacions personals i la participació social de la gent gran en el seu procés d'envelliment.
- Generar espais de trobada per pal·liar la solitud no desitjada a través de dispositius electrònics com a eina per facilitar aquestes trobades.
- Crear grups focals i de treball en coordinació amb els destinataris per emprendre projectes participatius enfocats a les necessitats reals, que generin un impacte més gran i que siguin factibles i viables.
- Conscienciar la gent gran dels beneficis i les oportunitats que presenten les noves tecnologies de la informació quant a les relacions amb altres persones i la participació social.
- Facilitar la participació social de persones voluntàries desenvolupant aliances amb empreses que permetin dur a terme voluntariats corporatius i accedir a noves vies de finançament.

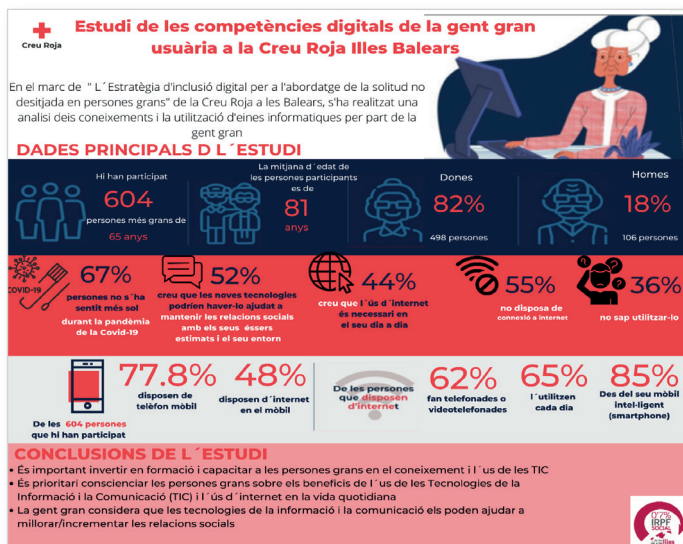
5. Estudi i anàlisi de les competències digitals de la gent gran usuària de la CRE a les Illes Balears

Dissenyàrem i preparàrem una agenda de telefonades autonòmica, que es va dur a terme en l'àmbit local a Palma, Eivissa i es Mercadal, per la qual telefonàrem a totes les persones més grans de seixanta-cinc anys participants en el projecte «Xarxa social per a persones grans: Enrédate» de la Creu Roja a les Illes Balears, per formular-los una bateria de preguntes de resposta fàcil (entre alfabetització digital i nivell de coneixements en l'ús de les TIC).

En el projecte hi van participar 604 persones. Es perseguien dos resultats principals:

1. Elaborar un mapa/imatge sobre la realitat de les persones més grans de seixanta-cinc anys usuàries de la Creu Roja espanyola a les Illes Balears pel que fa a la seva relació amb les TIC; es preveu publicar-ne els resultats principals.
2. Detectar les motivacions i necessitats principals de les persones grans usuàries de la Creu Roja espanyola a les Illes Balears amb vista a la seva inclusió digital (eliminació de la bretxa digital) com a eina per prevenir i abordar l'aïllament social i la solitud no desitjada.

6. Resultats



En aquest estudi hi participaren 604 usuaris del projecte «Xarxa social per a persones grans: Enrédate» de la Creu Roja a les Illes Balears, el 82% dels quals eren dones (498 persones), i el 18%, homes (106 persones), amb una mitjana d'edat de vuitanta-un anys.

Els resultats mostren que el 67% de les persones grans enquestades no se sentiren més soles durant la pandèmia de la COVID-19. Aquesta dada reveladora indica que les persones que sofreixen solitud no desitjada ja la mantien des de feia temps i no van notar una diferència entre el període de pandèmia i postpandèmia. Així mateix, el 52% dels enquestats creu que les noves tecnologies els podrien haver ajudat a mantenir més relacions socials amb els éssers estimats i l'entorn més pròxim.

D'altra banda, valorant l'ús de les TIC, el 44% creu que l'ús d'Internet és necessari en el dia a dia. Aquesta xifra coincideix amb la de persones que tenen internet.

La falta de coneixement sobre l'ús de les noves tecnologies és un problema de gran magnitud en relació amb la bretxa digital, ja que el 36% dels usuaris manifesta que no sap utilitzar internet en el dia a dia. De totes les persones que van participar en l'estudi, més del 77% tenien telèfon mòbil, i gairebé el 50% amb connexió a internet, malgrat no saber utilitzar-lo en alguns casos.

De totes les persones que tenen internet, el 62% l'utilitzen per comunicar-se a través de telefonades o videotelefonades, el 65% dels enquestats el fan servir cada dia i el 85% utilitzen internet des del telèfon mòbil, que és l'eina més utilitzada per la gent gran.

Com a conclusions d'aquest estudi, considerem que és important invertir en formació i capacitar les persones grans en el coneixement i l'ús de les noves tecnologies. Ha de ser prioritari conscienciar la gent gran sobre els beneficis del bon ús de les noves tecnologies i internet en el dia a dia. Les persones grans consideren que les noves tecnologies poden ajudar-les a millorar i incrementar les relacions socials i, per tant, a sentir-se menys soles.

7. Iniciatives dutes a terme sobre noves tecnologies

1. Iniciativa «Conéctate». 01/07/2021-31/05/2022

El projecte, pel seu caràcter nou, inicialment es va executar només als municipis de Palma, Marratxí i Sóller (illa de Mallorca) en el període 01/07/2021-31/05/2022 (onze mesos). El projecte fou finançat per Fundació "la Caixa". Aquesta iniciativa es va fer abans de l'estudi.

La coordinació es va dur a terme en les dependències de l'àrea de gent gran de la Creu Roja (c/ de Miquel Arcas, 6, 07010 Palma).

El projecte presentat cercava el contacte entre els usuaris i els familiars i amics o, en cas de no tenir-ne, amb altres usuaris en la seva mateixa situació, per ampliar la seva xarxa i fomentar la participació social, gràcies a l'eina de la tauleta.



Objectiu general

Millorar la qualitat de vida de la gent gran, amb discapacitat i de les seves cuidadores durant l'actual situació de crisi sanitària, facilitant-los els recursos tecnològics i humans necessaris per mantenir contacte en línia o remot amb els seus familiars i amistats.

Objectius específics

- Millorar la informació i els coneixements de les persones grans del projecte en relació amb les noves tecnologies i la manera com accedir-hi.
- Facilitar-los l'accés a dispositius tecnològics que afavoreixin la creació d'un contacte social digital.
- Facilitar l'empoderament de les persones grans del projecte.

Es van atendre 77 persones en 3 municipis: el 84% eren dones, i el 16%, homes.

- Es van dur a terme 625 intervencions d'informació i capacitatció a usuaris.
- Es van fer 35 préstecs de tauletes.
- Es van fer 548 intervencions de participació amb la tauleta i el mòbil.
- Es va dur a terme una activitat de sensibilització al carrer, amb la participació de 45 persones informades sobre el projecte i els beneficis de les TIC en les relacions socials.
- Es va dur a terme una videotelefonada grupal per celebrar l'aniversari de persones que complien 100 o més anys.
- Es va fer una activitat pràctica sobre l'ús de Google Maps al carrer i la presa de fotografies amb la tauleta.

2. Iniciativa «Enredad@s con el mentoring». (13/09/22-31/12/22)

Es tracta d'una iniciativa que persegueix reduir la bretxa digital de les persones més grans de seixanta-cinc anys a través del préstec o la donació de dispositius tecnològics accessibles i fàcils de manejar, així com d'un procés de mentoria personalitzada per a la familiarització i capacitatció a l'hora d'utilitzar-los.

S'afronta el repte de prevenir i abordar l'aïllament social i la solitud no desitjada de la gent gran a través de la inclusió digital mitjançant el desenvolupament de processos personalitzats de mentoria, concebant aquesta tècnica com un procés d'aprenentatge en el qual una persona que té experiència («mentor/a») transmet coneixements, informació i tècniques als altres («mentorat/ada»). Es tracta d'aprofitar l'oferiment de consells, d'informació o de guia d'una persona que té experiència i habilitats, en benefici del desenvolupament personal i professional d'una altra que no té coneixements en la matèria.

Aquesta iniciativa acostarà les noves tecnologies a la gent gran i afavorirà que es generin noves relacions que els motivin a sortir de casa seva, a fer activitats d'oci i a establir noves relacions personals en els seus contextos de proximitat i en entorns virtuals (familiars que viuen lluny, gestions amb l'Administració, relació amb serveis de salut, comerços, entitats bancàries, etc.).

Per posar en marxa i desenvolupar aquesta iniciativa, tancàrem acords amb l'Ajuntament de Palma, on vam poder dur a terme aquesta proposta entre els mesos d'agost i desembre de 2022, i gràcies a la figura del voluntariat vam posar a la disposició de 30 persones grans (21 dones i 9 homes) un equip de voluntaris i de tauletes.

Una vegada començat el projecte, s'ha treballat amb les persones voluntàries tot el material, amb el qual s'ha incidit especialment en **el bon tracte i la perspectiva de**

gènere. Ambdós temes formen part de les estratègies transversals de la Creu Roja. S'han treballat en grup els conceptes, el llenguatge inclusiu, els drets humans, etc.

Hem treballat l'edatisme i la possibilitat de donar eines a les persones mentorades per empoderar-les en aquest sentit. S'ha posat èmfasi en el fet que la falta de recursos TIC és un tema generacional i que les habilitats es poden adquirir.

— Respecte a l'objectiu general de millorar la qualitat de vida de la gent gran en situació d'aïllament social i de solitud no desitjada, l'indicador era el nombre d'habilitats en TIC reeixides: n'havíem previstes tres, i els resultats han estat satisfactoris al cent per cent. Totes les persones que han participat en el projecte han adquirit almenys tres habilitats en les TIC.

— Pel que fa als objectius específics:

- Establir aliances entre el mentor/a i el mentorat/ada. L'indicador era el nombre de coincidències (*matching*): 36. Els objectius s'han aconseguit al 100%. Tots els usuaris s'han mostrat molt participatius, i assolir coincidències no els ha costat gaire.
- Establir un consens en els continguts que cal abordar durant les sessions. L'indicador era el percentatge total del consens reeixit. Els objectius s'han assolit en el 85% dels casos. En el cas de la mentoria en grup, a vegades els usuaris volien treballar més d'una xarxa, i es va aconseguir fer activitats mixtes de diferents xarxes socials.
- Assolir el pla d'acció: activitats, tasques i exercicis de la sessió 1-3. L'indicador era el percentatge del pla d'acció superat durant les quatre sessions. Els objectius s'han aconseguit en el 93% dels casos. Algunes persones tenien dificultats per assolir totes les tasques.
- Aconseguir un producte final de creació de l'usuari que aquest pugui compartir a través de les xarxes. L'indicador ha estat la participació en el projecte final, que s'ha aconseguit en el 100% dels casos.
- Adoptar la perspectiva de gènere des del punt de vista transversal durant tot el projecte. L'indicador ha estat el nombre d'accions amb perspectiva de gènere dutes a ter-



me. El resultat previst era de 4 accions i se n'han fet 3, per la qual cosa hem assolit un 75% dels casos.

En general, hem identificat que costa introduir aquests temes de perspectiva de gènere; no obstant això, se n'han fet una sèrie de sessions informatives molt bàsiques per informar-los-en. No ha estat possible fer una de les sessions informatives a l'hospital a causa d'un brot de COVID-19.

Agraïments

M'agradaria agrair als usuaris, al personal voluntari de la Creu Roja, a les companyes d'Eivissa i es Mercadal i en especial a Gabriel Rul·lan Castañer, que no va poder veure el final d'aquest camí.

Referències bibliogràfiques

Bermejo Higuera, J. C. (2016). La soledad en los mayores. *ARS MEDICA Revista De Ciencias Médicas*, 32(2), 126–144. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v32i2.264>

Cruz Roja (2021). El impacto de la COVID-19 en la población atendida por Cruz Roja a través del Plan Responde. *Boletín sobre Vulnerabilidad Social*, 21.

Cruz Roja (2021). La vulnerabilidad social de las personas mayores atendidas por Cruz Roja en el contexto generado por la crisis del COVID-19. *Boletín sobre Vulnerabilidad Social*, 26.

Fundación FOESSA. *Evolución de la cohesión social y consecuencias de la COVID-19 en España (2021). Conclusiones*.

Iglesias de Ussel, J., López Doblas, J., Díaz Conde, M. P., Alemán Bracho, C., Trinidad Requena, A. i Castón Boyer, P. (2021). *La soledad en las personas mayores. Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

Malgesini Rey, G., Jiménez Laserna, N., Guntín Ubierno, R. i Llano Ortiz, J. C. (2021). *Determinantes de las desigualdades en materia de salud para mayores durante la crisis del COVID-19*. EAPN España.

Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P. i Ramiro Fariñas, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, *Informes Envejecimiento en Red*, (25), 39 p. <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>>

Autor

JUAN CARLOS BALLESTEROS NIELSEN

Palma, 1989. Diplomat en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears. Màster universitari en Direcció de Centres Sociosanitaris i Serveis Socials. Expert universitari en Atenció Geriàtrica i Gerontologia. És treballador social de la Creu Roja des de 2015 a l'àrea de persones grans.

**TECLEJAM,
ENS ACOSTAM I ESCOLTAM**

Teclejam, ens acostam i escoltam

Juan Lillo de la Fuente

Magdalena Ochogavía Mayol

Resum

En aquest capítol es contextualitza la importància de la tecnologia per a la gent gran amb baixa visió o ceguesa, no només com a eina per poder aconseguir més autonomia sinó també com a oportunitat indiscutible d'inclusió social. S'explica el pla individualitzat específic de l'Organització Nacional de Cecs Espanyols (ONCE) amb un enfocament integral, ecològic, sistèmic..., acostant les diferents àrees d'intervenció.

No només és important la feina conjunta de la persona i el professional sinó també la d'altres agents que hi participen, com familiars, voluntaris digitals i tecnològics, professionals referents de centres assistencials...; es tracta d'una intervenció amb els referents de la persona, perquè hi puguin donar suport, reforçar...

Es presenta, així mateix, un estudi de la població de més de cinquanta-cinc anys atesa durant 2023 a l'àrea d'accés a la informació de l'ONCE de les Illes Balears, que ofereix dades i una anàlisi de les variables estudiades, per acabar reflexionant sobre les potencialitats i les debilitats que avui es detecten en l'ús de les tecnologies per a la gent gran amb baixa visió o ceguesa.

Resumen

En este capítulo se contextualiza la importancia de la tecnología para las personas mayores con baja visión o ceguera, no tan solo como herramienta para poder conseguir una mayor autonomía sino también como una oportunidad indiscutible de inclusión social. Se explica el plan individualizado específico de la Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE) con un enfoque integral, ecológico, sistémico..., aunando las diferentes áreas de intervención.

No es solo importante el trabajo conjunto de la persona y el profesional sino también el de otros agentes que participan en el mismo, como familiares, voluntarios digitales y tecnológicos, profesionales referentes de centros asistenciales...; se trata de una intervención con los referentes de la persona, con el fin de que puedan dar apoyo o reforzar.

Se presenta asimismo un estudio de la población de más de cincuenta y cinco años atendida durante 2023 en el área de acceso a la información de la ONCE de las Islas Baleares, ofreciendo datos y un análisis de las variables estudiadas, para acabar reflexionando sobre las potencialidades y las debilidades que hoy se detectan en el uso de las tecnologías para la gente mayor con baja visión o ceguera.

1. Contextualització

Avui en dia és més que evident la importància de la utilització de la tecnologia per accedir a la informació i per estar connectats amb els altres. Les persones de més de cinquanta-cinc anys, en gran part, no han estat fins fa poc usuàries regularment de tecnologies.

Està més que dit i demostrat que l'ús de les tecnologies serveix per:

- Unir persones i minvar la solitud.
- Activar funcions cognitives.
- Autovigilar-se la salut (per exemple: rellotges intel·ligents).
- Propiciar i mantenir la comunicació familiar.
- Crear i conservar vincles socials.
- Donar seguretat.
- Accedir a activitats físiques, recreatives i educatives en línia.
- Fer ús de béns i serveis directes.
- Etc.

En aquest capítol volem donar a conèixer les oportunitats que suposa per a una persona amb ceguesa o deficiència visual greu l'ús de les tecnologies de la informació i comunicació. La tiflotècnia és un conjunt de tècniques, tecnologies, coneixements, adaptacions i recursos encaminats a proporcionar a les persones amb discapacitat visual l'accés a la tecnologia en general i a les noves tecnologies en particular.

2. El servei d'accés a la informació i comunicació, braille i sistemes alternatius

2.1. Part d'un tot més integral

L'ONCE atén persones que, d'ambdós ulls i amb un pronòstic de no millora visual, es troben almanco en una de les condicions següents:

- a) Agudesia visual igual o inferior a 0,1 obtinguda amb la millor correcció possible.
- b) Camp visual reduït a 10° o menys.

Un cop avaluada la situació, les necessitats, els interessos, les capacitats i l'entorn de cadascú, s'estableix un diagnòstic i es consensua amb la persona un Pla individualitzat d'atenció (PIA) que comprèn un o distints serveis d'atenció personal per donar resposta

a les necessitats específiques derivades de la ceguesa o discapacitat visual greu, i generar intervencions professionals que tenen com a finalitat propiciar els recursos d'un mateix i aprendre'n d'altres per poder augmentar l'autonomia i la qualitat de vida.

Els serveis que poden formar part d'un PIA, a més del servei d'accés a la informació, el braille i els sistemes alternatius de comunicació —dels quals parlarem a l'apartat 2.2, per ser l'objecte d'estudi de la investigació realitzada, com també la seva finalitat— són:

- **Suport al benestar social:** intervé en situacions de malestar o d'exclusió social, derivades de la discapacitat, i promou el benestar de les persones i en potencia les capacitats i les de la família, com també accedeix als recursos i prestacions socials que requereix per aconseguir-ho. Facilita la integració i normalització de les persones amb discapacitat visual dins els contextos en què interactua.
- **Suport psicosocial:** orienta la persona amb discapacitat visual i el seu entorn, si és necessari, amb l'anàlisi i la comprensió del malestar emocional i relacional derivat de la pèrdua de visió, i l'ajuda a trobar i aplicar solucions i estratègies per escometre els canvis i millorar el seu benestar.
- **Rehabilitació:** optimitza la percepció sensorial (visual, auditiva, hàptica, etc.) per potenciar-ne la utilització en els diferents contextos de la persona. Recomana i entrena en l'ús de productes de suport, òptics i no òptics, necessaris per a les tasques de la vida diària. També dona estratègies per poder dur a terme de manera segura i eficient les activitats habituals i els desplaçaments, i per aplicar els recursos adients a cada entorn on la persona es relaciona.
- **Oci i temps lliure:** proporciona a la persona amb discapacitat visual informació i assessorament sobre les diferents opcions i les possibilitats de recuperació, adaptació d'hàbits, interessos i activitats ajustats a la seva discapacitat, i l'acompanya en nous camins participant en activitats d'oci i temps lliure internes de l'ONCE i externes.
- **Suport a l'educació:** dona suport a la persona amb discapacitat visual perquè faci estudis reglats, i també al centre, i proporciona els recursos tècnics necessaris i personals per a un millor aprofitament acadèmic, desenvolupament personal i inclusió educativa.
- **Suport a la feina:** entre altres objectius, hi ha el de donar assessorament i suport a les persones que treballen i facilitar les adaptacions necessàries perquè puguin desenvolupar la feina amb la major eficàcia, eficiència i autonomia.

2.2. L'especificitat del servei d'accés a la informació

El servei de tecnologies de la informació i la comunicació té com a objectiu conèixer les eines d'accessibilitat que es requereixen en funció de les limitacions visuals, les necessitats i les motivacions.

Els seus objectius van des de facilitar el coneixement i l'ús de dispositius adaptats o de les aplicacions d'accessibilitat, a la tecnologia, que possibiliten la comunicació i l'accés a la informació a l'hora d'adquirir recursos, destreses, habilitats per emprar les tecnologies, aplicar el que s'aprèn a cada entorn o context de la vida quotidiana que ho hagi de menester, i millorar la vida diària i el desenvolupament personal procurant la inclusió social, laboral i educativa de la persona amb discapacitat visual.

L'àmbit d'actuació pot tractar des de la informació de les possibilitats que la tecnologia ens dona amb les adaptacions que calguin, adequar l'entorn i configurar-lo amb la tecnologia necessària, valorar el desenvolupament de la capacitat hàptica, d'exploració de la interfície i organització de la informació per a un ús correcte per part de l'usuari, també la instrucció en les aplicacions o els dispositius tiflotècnics, i els recursos d'accessibilitat d'aplicacions informàtiques necessaris per comunicar-se i accedir a la informació.

Es fan servir:

- Ajudes tècniques d'accés a la informació d'ordinadors i dispositius mòbils: magnificadors o lectors de pantalla (síntesi de la veu i braille).
- Ajudes tècniques per a la lectura de textos: convertidors, reconeixadors de caràcters i reproductors digitals.
- Recursos per al tractament de la informació: anotadors electrònics, convertidors, impressores braille i teclats.
- Recursos educatius específics.
- Sistematització en l'ús de la tecnologia i actualització de coneixements en els canvis que afectin l'evolució de la tecnologia.

El **braille** mereix una consideració diferenciada. El servei proporciona a les persones que ho demanen l'aprenentatge de codi de lectoescriptura braille com a sistema alternatiu de comunicació i d'accés a la informació, i la seva aplicació en els distints entorns on es desenvolupa la seva vida. El procés inclou la valoració i l'entrenament de les capacitats hàptiques necessàries en la instrucció (alfabet, signes de puntuació,

nombres, operacions i braille informatitzat) utilitzant des de pauta, regleta i màquina Perkins a línia o teclat braille.

Dins aquest servei no hem d'oblidar la finalitat de proporcionar a la persona amb sordceguesa i el seu entorn habitual una metodologia de comunicació mitjançant l'aprenentatge d'un sistema de comunicació alternatiu o l'adaptació a la seva situació sensorial del sistema que tenia, amb la finalitat de millorar la capacitat comunicativa.

El professional que s'encarrega de la intervenció en aquesta àrea és l'instructor en tiflotècnia i braille. Metodològicament, és important comprendre els interessos i necessitats de la persona, començar pel que és més bàsic i fàcil, tenir paciència, oferir el suport tècnic del professional, proporcionar recursos educatius, fomentar-ne l'ús regular, adaptar la tecnologia a les necessitats, reconèixer les fites que s'aconsegueixen, etc.

Per a l'equip tècnic, és clau la col·laboració dels familiars o de les persones de l'entorn. Les sessions a voltes es fan amb la persona amb discapacitat visual o ceguesa i un acompanyant referent que la pugui ajudar a casa si té dificultats; parlem de fills, nets, company d'habitatge, amics, professionals de centres assistencials, com ara residències o centres de dia. També és una oportunitat que ens donen els voluntaris de l'ONCE per accedir a la informació, els quals, entre altres tasques, duen a terme les de donar suport en el reforç de les competències adquirides, en la utilització d'eines informàtiques o tiflotècniques, o en la pràctica del codi de lectoescriptura en braille.

3. Estudi realitzat a les Illes Balears

3.1. Fonamentació

L'any 2020, amb la pandèmia, poguérem viure com l'eina de comunicació fonamental de les persones grans amb discapacitat visual, sobretot les que vivien totes soles, fou el telèfon. Constatàrem i evidenciàrem la vulnerabilitat d'aquesta gent, però també la seva gran capacitat de resiliència. Un exemple clar és el d'una dona cega de vuitanta-sis anys, ingressada i aïllada dins una habitació d'hospital en què l'única connexió amb l'exterior durant tres mesos fou el telèfon i l'ús del WhatsApp —per sort, havia après a manejar el dispositiu i aquestes funcions uns mesos abans. Durant els mesos crítics, es donà resposta a la situació amb voluntariat telefònic i amb una xarxa de suport entre persones amb discapacitat visual que donaven conversa almanco una vegada per setmana.

Tot això va fer que es potenciés l'ús de les tecnologies entre el col·lectiu de la gent gran, amb dues finalitats, el 2021:

- Donar resposta a les seves necessitats.
- Possibilitar fer accions grupals amb Zoom.

Des d'aleshores, les demandes han anat creixent i, a poc a poc, s'han ajustat ja a la nova normalitat.

3.2. Descripció

S'ha fet (entre març i maig de 2024) una anàlisi de tots els plans individuals d'atenció atesos durant 2023 a les Illes Balears que preveïen, com a àrea d'intervenció, accedir a informació, i que corresponen a persones amb discapacitat visual greu o ceguesa de més de cinquanta-cinc anys.

S'han considerat les **variables** que es detallen i s'expliquen a continuació:

Sexe: dona/home

Residència: Palma, Part Forana de Mallorca, Menorca, Eivissa i Formentera

Edat: 55-70, 70-80, >80

Intervenció realitzada:

Ordinador:

- **Lector de pantalla d'usuari bàsic:** programes de suport adreçats a persones amb ceguesa total o resta visual no aprofitable que recullen la informació existent a la pantalla del dispositiu i la posen a disposició de l'usuari cec utilitzant els canals accessibles i alternatius al visual: sistema de veu-oïda o línia braille-tacte.

L'usuari interactua amb el sistema emprant el teclat o la línia braille.

- **Magnificador de pantalla:** és un programari que permet visualitzar la pantalla mitjançant l'increment de la mida de la imatge —entre 1x i 60x—, segons les necessitats de l'usuari amb resta visual funcional.

La persona hi interactua amb teclat i ratolí.

- **Altres apps** —Teams, Zoom, etc. És un programari específic per a la comunicació amb altres usuaris.

Tauleta tàctil (*tablet*):

- **Lector de pantalla:** descrit anteriorment, si bé diferenciant que s'utilitza amb pantalla tàctil i l'usuari pot també interactuar-hi emprant el dit.

- **Magnificador:** cal afegir al que s'ha especificat a l'apartat d'ordinador que s'utilitza també amb pantalla tàtil i s'hi pot interactuar emprant el dit.
- **Apps de vida diària:** són aplicacions que faciliten l'autonomia personal en la vida quotidiana dels usuaris i ajuden a la integració social. En aquest ventall d'aplicacions, podem trobar des de reconeixadors de text o OCR, identificadors de color, reconeixedor d'objectes, lectors de prospectes de medicaments, banca en línia, lupes, transport públic, xarxes socials, sistema de posicionament global (GPS), etc.
- **Altres apps de comunicació:** són les que permeten escoltar música, escoltar la ràdio, Teams, Zoom, diaris digitals, jocs interactius, les que permeten fer gestions telemàtiques...

Telèfon mòbil:

- **Telèfon adaptat:** són dispositius amb teclat físic, adaptats a persones grans o amb discapacitat visual. Segons el model, podem trobar telèfons adaptats només amb lectors de pantalla i d'altres amb lectors de pantalla, lupes i apps de vida diària.
- **Lector de pantalla:** parlem del mateix que a la tauleta tàtil, però amb pantalla reduïda.
- **Magnificador:** ja descrit anteriorment a l'apartat d'ordinador i tauleta tàtil, si bé aquí la pantalla és més petita.
- **Apps de vida diària:** podem trobar el mateix ventall d'aplicacions que a la tauleta tàtil.
- **Altres apps de comunicació:** podem trobar el mateix ventall d'aplicacions que a la tauleta tàtil.

Club ONCE

Zona privada del web de l'ONCE a la qual tenen accés els usuaris de l'entitat i on es troba informació general, serveis que ofereixen, notícies, programari (*software*) especialitzat i serveis d'audiollibres i audiodescripció, així com pàgines web relacionades amb la discapacitat visual, tutorials, publicacions, normatives internes, activitats...

- **Audiollibres:** es pot accedir a una gran biblioteca d'audiollibres en molts d'idiomes (gràcies al Tractat de Marràqueix). L'ONCE té la seva pròpia aplicació que es diu Gestor ONCE de llibres digitals (GOLD).
- **Pel·lícules audiodescrites:** pel·lícules, sèries..., amb audiodescripció i subtitulades. L'ONCE té la seva pròpia aplicació, que es diu Apolo.
- **Altaveus intel·ligents:** hi ha aplicacions per escoltar els audiollibres i pel·lícules emprant els altaveus (Amazon Echo-Alexa).

Braille

Sistema de punts en relleu que dona la possibilitat a les persones amb ceguesa d'accedir a la lectura i escriptura emprant el tacte.

- **Inici:** aprenen l'alfabet i a escriure i llegir petits textos.
- **Consolidació:** pràctica de la lectura amb textos més complexos.

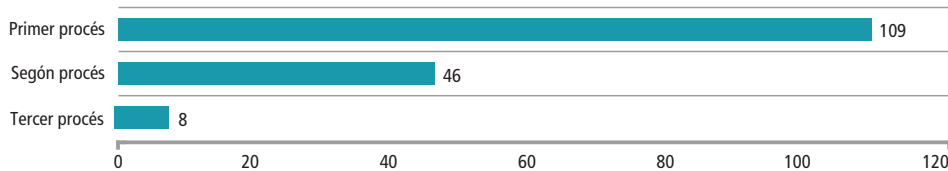
Altres: configuració i ús de rellotges intel·ligents i polseres esportives amb les adaptacions que necessiti l'usuari.

Abandonament / Procés no acabat

3.3. Resultats

La recerca ha permès saber que durant l'any 2023 s'han atès cent nou persones i s'han fet cent seixanta-tres processos d'intervenció, ja que algunes persones n'han demanat més d'un.

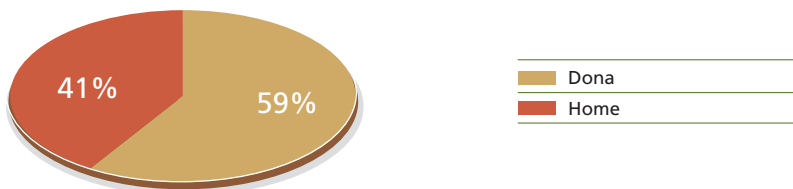
Gràfic 1 | *Processos d'intervenció realitzats*



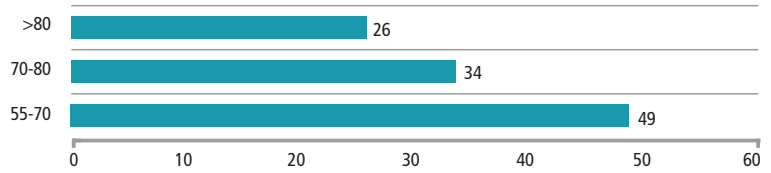
Font: elaboració pròpia a partir de SAP ONCE 2023

Seixanta-tres persones han demanat fer un únic procés d'intervenció. És significatiu que, al llarg de l'any, quaranta-sis hagin demanat un segon procés i, vuit, fins a un tercer.

Gràfic 2 | *Sexe de la població atesa*



Font: elaboració pròpia a partir de SAP ONCE 2023

Gràfic 3 | Edat de la població atesa

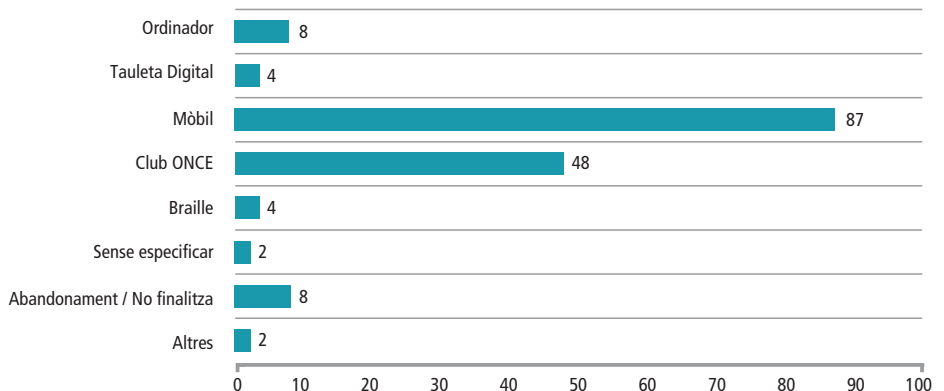
Font: elaboració pròpia a partir de SAP ONCE 2023

En el moment de dur a terme l'estudi de la població atesa, set dels més grans de vuitanta anys ja en tenen més de noranta.

També, el maig de 2024, cinc de les persones ateses ja havien mort.

Gràfic 4 | Residència de la població atesa

Font: elaboració pròpia a partir de SAP ONCE 2023

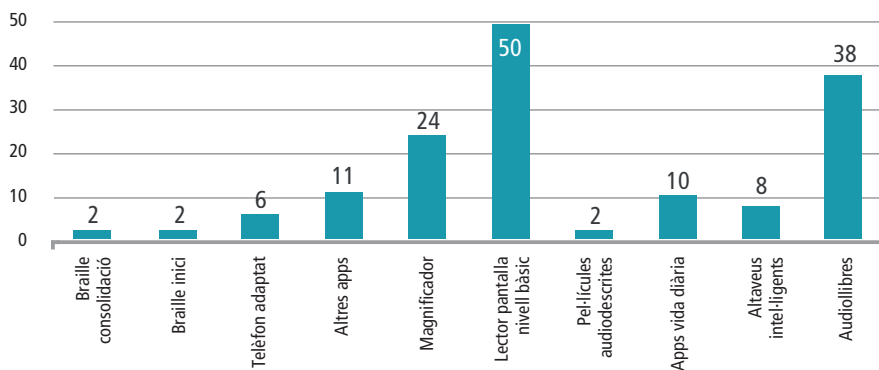
Gràfic 5 | Total d'intervencions realitzades 2023

Font: elaboració pròpia a partir de SAP ONCE 2023

L'ús del mòbil com a dispositiu és, de molt, el servei més sol·licitat. El fet de ser transportable, que no ocupi espai, que tingui moltes utilitats i que estigui normalitzat per a tota la població propicia la motivació per emprar-lo.

El Club ONCE permet vies d'entreteniment i accés a recursos culturals de manera fàcil i accessible.

Gràfic 6 | Àrees



Font: elaboració pròpia a partir de SAP ONCE 2023

Els lectors de pantalla i els magnificadors són adaptacions pròpies que la població gran utilitza segons la seva funcionalitat visual, l'audició o l'ampliació.

Que trenta-vuit persones demanin per aprendre a accedir als audiollibres, demostra que hi ha un interès important per la lectura i en volen continuar gaudint.

Ens sembla interessant assenyalar que una de les intervencions també fou l'adaptació d'un lloc d'estudi —concretament d'una lupa televisió en el domicili—, i a dues persones l'adaptació fou al seu lloc de treball, en ambdós casos una lupa de mà portàtil i a un altre també un monitor d'ordinador de més de 27".

4. Potencialitats i debilitats

4.1. Potencialitats

A més de les ja assenyalades al punt 1, el que sí que es constata és que les persones que aconsegueixen els objectius se senten millor i augmenten el benestar. Descriuen com s'in-

crementa la seva vida independent i social. També expliquen que s'estimula la seva curiositat i l'activitat cerebral, tenen més agilitat mental, millora el seu entreteniment, etc.

Les persones ateses recuperen majoritàriament l'oportunitat de tornar a accedir a la informació (lectura i escriptura).

També és significativa la satisfacció que senten de poder fer tràmits de manera autònoma, com ara les compres en línia.

«Si quieres ser feliz a lo largo de la vida, también en la vejez, nunca dejes de sorprenderte ni de seguir preguntando» (Bayés, 2016, p. 36).

4.2. Debilitats

Capacitat econòmica insuficient per adquirir el dispositiu.

Limitacions físiques que en dificulten l'ús, fins i tot amb adaptacions (sordceguesa, manca de sensibilitat tàtil en persones amb diabetis, dificultats motrius a les mans...).

Manca d'experiència prèvia en l'ús de dispositius mòbils i desconeixement de les funcions que tenen.

A vegades, pel seu nivell de complexitat, la interfície d'aplicacions o plataformes no és senzilla ni fàcil d'emprar, i les persones es desanimen i ho abandonen.

Manca de familiaritat amb el vocabulari tècnic i de la tecnologia, que fa que s'hagi d'adaptar molt al seu nivell de comprensió.

Avui en dia encara hi ha material digital (pàgines web, documents...) que no són accessibles per a persones amb ceguesa o baixa visió.

Referències bibliogràfiques

Bayés, R. (2016). *Olvida tu edad*. Plataforma Editorial.

Servicios de atención personal - PortalONCE

https://portal.once.es/empleado/iss/modelo-de-servicios-sociales/documentacion-tecnica/definicion-sap-adultos.docx/at_download/file

https://portal.once.es/empleado/iss/modelo-de-servicios-sociales/documentacion-tecnica/definicion-de-no-sap/at_download/file

Ilunion (10 d'octubre de 2023). *El uso de la tecnología en las personas mayores*. <https://www.ilunion.com/es/blog-puntoilunion/tecnologia-personas-mayores>

Autors

JUAN LILLO DE LA FUENTE

Enginyer informàtic per la UOC i Màster en tecnologies accessibles per la UNIR.
Instructor tiflotècnic i braille DT ONCE Illes Balears (2016-2024).

MAGDALENA OCHOGAVÍA MAYOL

Diplomada en Treball Social per la UIB i Màster Universitari en Tractament Educatiu de la Diversitat per la UNED. Treballadora Social DT ONCE Illes Balears (1985-2024).

USOS DE LES TECNOLOGIES EN PERSONES MAJORS: ÚLTIMS AVANÇOS I REPTES FUTURS

Usos de les tecnologies en persones majors: últims avanços i reptes futurs

María Valero de Vicente
Maria del Mar Gaia Gamundí

Resum

Les Tecnologies de la Informació i la Comunicació (TIC) estan transformant la vida de les persones majors i augmenta l'ús que se'n fa, especialment de telèfons mòbils i internet. Encara que s'observa un increment significatiu en l'adopció de les TIC, persisteix una bretxa digital, més pronunciada en els majors de 75 anys i aquells amb menor nivell educatiu. Les aplicacions tecnològiques en salut i benestar, així com les xarxes socials, han millorat la qualitat de vida dels majors, però és crucial continuar desenvolupant aplicacions específiques, millorar la formació digital i enfortir la seguretat en línia per a protegir la seva privacitat. El futur ha d'enfocar-se en la integració inclusiva i segura d'aquestes tecnologies a la vida quotidiana de les persones majors.

Resumen

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) están transformando la vida de las personas mayores, aumentando su uso, especialmente de teléfonos móviles e internet. Aunque se observa un incremento significativo en la adopción de las TICS, persiste una brecha digital, más pronunciada en los mayores de 75 años y aquellos con menor nivel educativo. Las aplicaciones tecnológicas en salud y bienestar, así como las redes sociales, han mejorado la calidad de vida de las personas mayores, pero es crucial continuar desarrollando aplicaciones específicas, mejorar la formación digital y fortalecer la seguridad en línea para proteger su privacidad. El futuro tiene que enfocarse en la integración inclusiva y segura de estas tecnologías en la vida cotidiana de las personas mayores.

1. Introducció

En les últimes dècades, les Tecnologies de la Comunicació i la Informació (TIC) han transformat pràcticament tots els aspectes de la nostra vida diària, revolucionant des dels sistemes de comunicació interpersonal passant per l'accés al coneixement i la informació, i les cures mèdiques. Aquest fet és especialment important en una societat que envelleix ràpidament. La tecnologia al servei de les persones pot oferir solucions i eines que ens ajudin a abordar problemes complexos, simplificar tasques quotidianes, eliminar barreres o desenvolupar aplicacions per a donar resposta a necessitats específiques. És per això que aquest capítol té com a objectiu principal explorar i abordar els avenços i desafiaments, així com les principals aportacions que actualment representen les TIC aplicades a la millora de la qualitat de vida i el benestar de les persones majors en diferents àmbits. Per això, en primer lloc, es presentarà una imatge sobre els usos que realitzen les persones majors de les TIC sobre la base

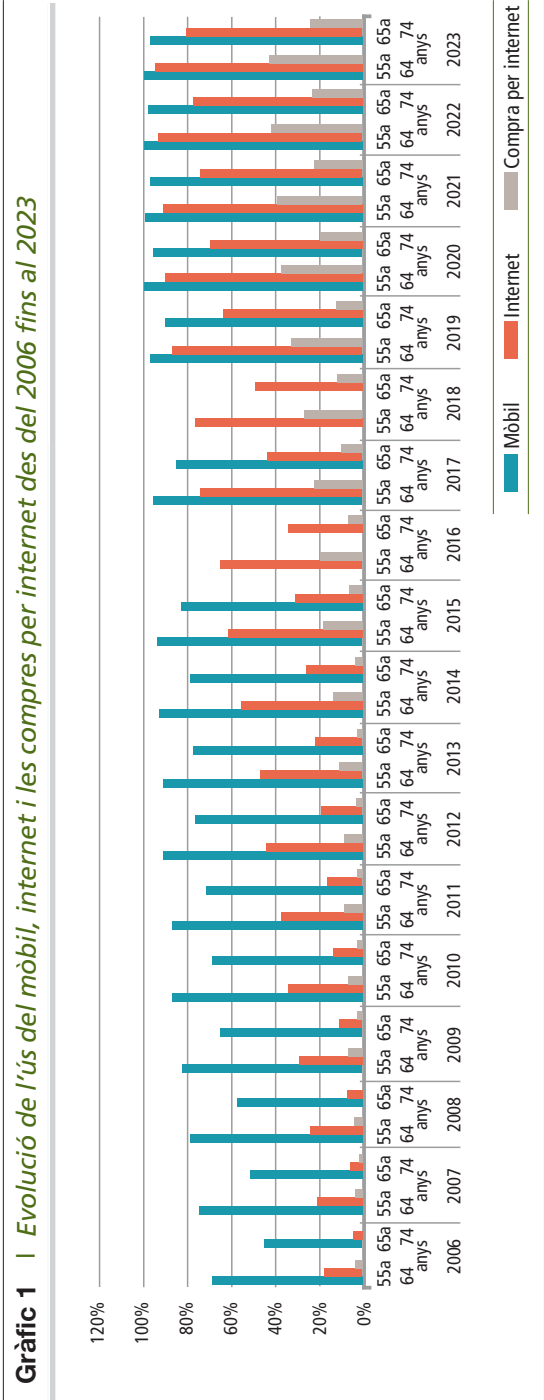
de dades sociodemogràfiques; en segon lloc, es presenten les principals aplicacions tecnològiques en diferents àmbits com: salut i el benestar, xarxes socials i comunicació, seguretat i privacitat en línia, fent especial esment sobre aquells recursos o projectes que les desenvolupen; i finalment, en tercer lloc, es presenten les conclusions i les futures línies d'actuació.

2. Ús de les TIC en persones majors

És innegable que els patrons d'ús de les TIC han canviat en els últims anys i en totes les franges d'edat. No obstant això, és especialment significatiu en el cas de les persones majors de 55 anys, ja que és en aquesta franja d'edat on més ha impactat el fenomen de la bretxa digital. Si fem una comparació sobre la base de les dades recollida per l'Institut Nacional d'Estadística (INE) durant l'última dècada (2014-2023) s'observa la tendència cap a un ús cada vegada més generalitzat en aquest segment de la població. En el gràfic 1, es mostra l'evolució en l'ús de tecnologies (telèfon mòbil, internet i compres per internet) en els últims tres mesos des de l'any 2006 (primer registre), en el 2014 i fins al 2023. En el cas de l'ús del telèfon mòbil, si consultem les primeres dades de l'any 2006, observem que només el 67,5% de la població d'entre 55 i 64 anys utilitzava el mòbil, mentre que el percentatge baixa fins al 45,1% en el cas dels que estaven entre els 65 i 74 anys.

Les dades més recents de 2023, informen d'un 99,2% per a la franja d'edat de 55 a 64 anys, i 96,3% dels 65 als 74 anys. Si atenem l'ús d'internet, les primeres dades de 2006 informen d'un 18,1% de persones entre 55 i 64 anys, mentre que entre els 65 i els 74 anys era del 5,1%. En el 2014, la xifra de persones entre 55 i 64 anys que havien usat internet en els últims tres mesos ascendeix al 55,4%, i del 26,2% en persones de 65 a 74 anys. És a dir, en tot just vuit anys, les xifres d'usuaris d'internet en aquestes franges d'edat es van triplicar. En el cas del comerç o la compra a través d'internet la tendència també és a l'alça (vegeu gràfic 1), no obstant això, s'observa que la propensió és bastant més moderada. Les dades de 2006 mostren que pràcticament la compra a través d'internet no és una opció per a les persones majors de 55 anys, però en les últimes dades registrades, s'observa un augment, fins al 42,6% entre els 55 i els 64 anys i del 24,8% en la franja d'edat dels 65 als 74 anys.

A partir dels 75 anys, segons les dades més recents de 2023 (vegeu taula 1), trobem que el 49,9% de les persones entre 75 i 84 anys ha usat internet en els últims tres mesos, mentre que el percentatge baixa fins al 16,6 en el cas de les persones majors de 85 anys. En el cas del comerç a través d'internet és encara molt residual entre les persones majors.



Taula 1 | *Percentatge d'ús d'internet i compres per internet a partir dels 55 anys*

	Internet	Compres per internet
55 a 64 anys	94,30%	42,60%
65 a 74 anys	80,10%	24,80%
75 a 84 anys	49,90%	10,10%
85 i més	16,60%	0,90%

Nota. Els usos es refereixen a almenys una vegada en els últims tres mesos.
Font. Institut Nacional d'Estadística (2023).

Si fem la comparació de les dades dels usuaris a les illes Balears, en relació amb el total nacional (vegeu taula 2), s'observa que no hi ha grans diferències, si bé els percentatges a les illes Balears són superiors en tots els usos i en les dues franges d'edat, amb excepció de les compres per internet en la franja dels 65 als 74 anys, que hi ha una diferència d'uns tres punts percentuals.

Taula 2 | *Ús del mòbil, internet i les compres per internet a nivell nacional i a les illes Balears*

	Nacional			Illes Balears		
	Mòbil	Internet	Compres per internet	Mòbil	Internet	Compres per internet
55 a 64 anys	99,20%	94,30%	42,60%	99,30%	97,00%	45,70%
65 a 74 anys	96,30%	80,10%	24,80%	98,60%	84,10%	21,20%

Nota. Els usos es refereixen a almenys una vegada en els últims tres mesos.
Font. Institut Nacional d'Estadística (2023).

En relació amb la digitalització del col·lectiu sènior segons l'estudi realitzat per Fernández-Palacios i Ortega-Cachón (2023) en col·laboració amb Google, assenyalen que el 2023 12 milions de persones majors de 55 anys està connectada a internet, la qual cosa suposa una mica més del 73% de les persones majors del nostre país. De fet, mantenen que es «consolida la tendència dels sèniors digitals que creixen a raó d'un milió cada any» (p. 37). Concretament, només el 22% de les persones majors es trobarien desconnectades del món digital, i la bretxa digital més pronunciada es troba entre els majors de 70 anys i aquells que no disposen d'estudis superiors. De fet, només el 8,6% dels majors de 85 anys utilitzen diàriament internet. Sobre l'ús de plataformes, xarxes socials o pàgines a través de mòbil o tauleta:

- 9,9 milions utilitzen Gmail.
- 9,3 milions utilitzen Google Maps.
- 11,8 milions utilitzen Youtube (la gran majoria a través del telèfon mòbil).
- 10,7 milions utilitzen Facebook.
- 7,7 milions utilitzen Instagram.
- 9,8 milions tenen sistema operatiu Android.
- 7,0 milions utilitzen Amazon.
- 1,4 milions utilitzen Pinterest.
- 5,8 milions recorren a Wikipedia.
- 3,7 milions planifiquen els viatges amb Tripadvisor.
- 0,6 milions escolten la música a Spotify.

Quant a les activitats que les persones majors realitzen a internet, destaca la lectura de premsa o mitjans digitals, la visualització de contingut multimèdia, la realització d'operacions bancàries, etc.

L'informe recent de l'Observatori Estatal de la Solitud No Desitjada (2024) ha realitzat una anàlisi sobre com la tecnologia pot disminuir el cost social de la solitud no desitjada, i fa especial esment a l'ús adequat de la tecnologia per a afavorir les relacions socials i ajudar les persones majors a sentir-se connectades i acompanyades. Aquest informe sosté que la meitat de la societat espanyola (50,1%) està d'acord o molt d'acord que la tecnologia serveix per a generar companyia, i sembla ser més favorable especialment en el cas de les persones majors, les dones, les persones que no sofreixen solitud no desitjada i aquelles amb un nivell educatiu baix. Quant als motius més valorats en el cas de les persones majors de 65 anys, són seguint aquest ordre: connectar amb els serveis locals que ofereixen ajuda (91,1%), tenir accés a informació de l'entorn de residència (86,0%), connectar amb persones de l'entorn de la residència (81,6%), comunicar-se amb familiars i amistats (79,3%) i relacionar-se amb gent nova (66,5%).

Quant a la utilitat referida a diferents aplicacions tecnològiques per a reduir la solitud, les persones majors de 65 anys (Solituds, 2024) sostenen que les més útils són les aplicacions (o comunitats virtuals) perquè les persones s'ajudin mútuament (78,5%), seguit d'aplicacions de missatgeria i videotelefonada (75,7%), aplicacions que connecten persones del mateix barri o entorn (74,7%) i aplicacions per a connectar amb persones que comparteixen els mateixos interessos (72,5%). No obstant això, les aplicacions considerades menys útils per a aquest fi serien els assistents virtuals i bots d'intel·ligència artificial (14%) i les comunitats de videojocs (14,3%).

3. La bretxa digital en dades

La bretxa digital és un fenomen important, lligat a l'estatus socioeconòmic, el nivell d'estudis, l'edat i les competències digitals. Concretament, existeixen dos tipus de bretxa digital, la primera associada a les dificultats per a accedir a les TIC, més dependent del nivell socioeconòmic, i la secundària, associada al nivell de competències digitals. Aquesta última és la bretxa digital existent entre les generacions de joves nadius de les TIC i les persones majors, que no han estat exposats a l'efecte de l'alfabetització digital (González i Martínez, 2017).

Alguns informes com l'elaborat per l'Observatori Nacional de Tecnologia i Societat (ONTSI) el 2022 sostenen que el nivell d'estudis és la variable que genera major nivell de bretxa digital, tan sols un 7% de les persones menys formades fan tasques informàtiques alguna vegada. Succeeix el mateix en relació amb l'edat, «només un 34% dels majors se'n desfà bé amb les aplicacions mòbils i l'ordinador, enfront d'un 92% dels joves» (ONTSI, 2022, p. 23). També es troba una bretxa, en aquest cas de gènere, en l'ús d'internet per part de persones majors de 74 anys. Del 27% de persones d'aquesta edat que utilitzen internet de forma regular, el 30% són homes i el 26% són dones, la qual cosa equivaldria a una diferència de 3,9 punts percentuals. A més, en aquesta franja d'edat, la bretxa deguda a nivell educatiu i nivell socioeconòmic és especialment notable. Per exemple, en persones de més de 74 anys amb estudis superiors els percentatges d'ús oscil·len entre el 80 i 93%, mentre que en persones sense estudis o amb estudis primaris serien el 6 i el 19%. En cas de les rendes més altes (2.500-3.000 €) l'usarien el 55%, mentre que en les llars de rendes més baixes (menys de 900 €) només el 14% (ONTSI, 2022).

Segons l'informe sobre bretxa digital elaborat per Unió Democràtica de Pensionistes i Jubilats d'Espanya (UDP) el 2021, un dels principals motius pel qual les persones majors no usa internet és la falta d'interès i/o el desconeixement, seguit de no tenir dispositius com ordinador o tauleta, o un telèfon mòbil amb accés a internet. Si atenem en funció de la convivència, destaca que de les persones que viuen soles, el 42,9% que no usen internet és perquè no tenen un mòbil amb accés a internet. Així mateix, en funció del gènere, s'observen percentatges majors de falta d'accés a dispositius amb accés a internet en el cas de les dones (UDP, 2021). Una altra de les qüestions que destaquen en aquest informe és que el 27,1% d'aquelles persones majors que no usen internet han tingut alguna dificultat per a fer gestions quotidianes des que va començar la pandèmia. Accions com demanar cites sanitàries, socials, obtenir informació via telefònica, gestions administratives o bancàries, etc., cosa que suggereix la importància de mantenir l'assistència presencial per a atendre aquestes persones. Quant a qui fa aquesta tasca d'ajuda o suport, l'informe destaca la presència principalment dels fills/as, seguit del cònjuge o la parella.

4. Aplicacions tecnològiques més utilitzades en diferents àmbits

Actualment en el mercat es troben multitud d'aplicacions per a la salut i el benestar de les persones majors, però l'evidència no és igual per a totes, així com els principis fonamentals sobre els quals són dissenyats. A continuació recollim algunes aportacions importants en diversos camps.

4.1. Aplicacions per a la salut i el benestar

En l'àmbit de la salut i el benestar podem trobar aplicacions dissenyades per a cobrir una àmplia gamma de necessitats relacionades amb la salut i el benestar, des de la nutrició i l'exercici físic fins al seguiment de la medicació o la rehabilitació. Utilitzar-les pot contribuir significativament a millorar la qualitat de vida i el benestar general de les persones majors. Per exemple, les aplicacions per al monitoratge de la salut estan dissenyades per a ajudar les persones a rastrejar i gestionar diversos aspectes de la seva salut física i mental. Aquestes aplicacions solen incloure una varietat de funcions que permeten als usuaris portar un registre de la seva activitat diària, controlar els seus paràmetres de salut, rebre recomanacions personalitzades i mantenir-se motivats en el seu camí cap a una vida més saludable.

Per exemple, quant al monitoratge de la salut, Gómez-Pellín et al. (2023) presenten l'aplicació **Ai3cord** que es constitueix com un dels models assistencials de tipus «hospital líquid», que promou la digitalització dels processos d'atenció als pacients eliminant les barreres físiques dels centres sanitaris. El telemonitoratge representa una oportunitat tecnològica per a adaptar el seguiment de la salut a l'entorn i les necessitats de les persones majors. L'objectiu d'aquesta aplicació és implementar algunes de les principals estratègies sanitàries i de recerca mitjançant una solució enfocada en el seguiment i la prevenció de la fragilitat i les malalties cròniques en persones majors. Es basa en una medicina personalitzada, preventiva i descentralitzada, amb l'objectiu de maximitzar el valor de l'atenció sanitària. Aquesta iniciativa ha ajuntat l'experiència mèdica amb la intel·ligència artificial (IA), el processament de dades massives (*big data*), els dispositius IoT (Internet de les Coses) per al monitoratge de l'activitat i el mesurament de signes vitals, i la implantació de sistemes 5G. D'aquesta manera és possible avaluar de manera remota diversos indicadors de l'estat de salut de les persones majors, detectar situacions de risc, etc. (Gómez-Pellín et al., 2023).

En relació amb els recordatoris de medicació, a l'estudi González et al. (2021) volien cercar les aplicacions mòbils d'alta qualitat en espanyol orientades a millorar el compliment farmacològic. En aquest estudi conclouen que són moltes les aplicacions disponibles, però només tres d'aquestes compleixen amb les característiques identificades com a desitjables (disponibilitat, gratuïtat, actualitzades, seguretat de les dades, etc.).

A partir de la revisió qualitativa de la informació seleccionaren aquelles aplicacions dirigides a donar suport a l'autogestió dels medicaments, capaces de generar recordatoris, en espanyol, actualitzades en els últims dos anys i gratuïtes; tan sols tres aplicacions de 708 (provinents de plataformes de distribució digital d'aplicacions mòbils Apple Apps Store i Google Play Store) es consideren de qualitat. Les aplicacions **Medisafe** i **Mytherapy** van presentar el 89% i el 78% de les característiques desitjables, respectivament. L'aplicació **Recordatorio de medicamentos** de Sergio Licea presentà el 56%. La valoració de la qualitat va coincidir amb la feta per les persones usuàries (De León et al., 2021).

Altres aplicacions de telemedicina com **Arrhythmial** (Mulet-Segura, 2017) tenen l'objectiu de detectar de manera precoç els principals factors de risc cardiovascular i les arrítmies cardíques. Es tracta d'una eina mòbil per a monitorar amb precisió la freqüència cardíaca amb una bona correlació quasi perfecta amb les mesures de l'electrocardiògraf de referència per a detectar la presència de bradicàrdia, taquicàrdia i de batecs irregulars incloent-hi la fibril·lació auricular. A més, els usuaris de la població de l'estudi (N=330) sostenen que és un instrument fàcil i intuïtiu d'utilitzar, i és valorat amb una qualificació «bona» sense diferències per edat o sexe. També ha estat útil com a eina per a educar i conscienciar el pacient sobre els seus factors de risc cardiovascular, i ha augmentat significativament els coneixements de nuls o bàsics a intermedis i avançats (Mulet-Segura, 2017).

En el cas de la telerehabilitació tenim una experiència pròxima, «Telerehabilitación en personas mayores», **Rehabitic** és un projecte dut a terme a les Illes Balears, sota la coordinació de la Fundació IBIT i la participació de diferents organismes i grups d'investigació (Ferriol et al., 2009). Aquest projecte consisteix en el desenvolupament d'una plataforma virtual de rehabilitació que permet el seguiment i suport de fisioteràpia de manera remota per al col·lectiu de persones majors i persones amb discapacitat, facilitant la comunicació amb el personal assistencial a través de les TIC. Aquesta aplicació es basa en dos components bàsics: per una part, el Sistema Central, que permet gestionar les teràpies de rehabilitació i la supervisió i comunicació amb els pacients, les seves principals funcions són la creació i gestió de teràpies personalitzades; la supervisió i gestió dels clients; la comunicació entre el personal sanitari i les persones cuidadores o usuàries. I per l'altra, el Kit del Pacient, que permet la realització dels exercicis i l'enviament de resultats, mantenint la comunicació amb el pacient.

En relació amb l'exercici i activitat física existeixen tendències en el món fitnes com l'«entrenament de força amb pesos lliures», «programes de fitnes per a adults majors», «entrenament amb el pes corporal» i «classes col·lectives (*group training*)», que es traslladen al camp de les tecnològiques. Aquesta tendència ha augmentat de manera considerable en els últims anys i es refereix a programes d'exercici dirigits a persones

per damunt de l'edat de jubilació, supervisats per professionals i adaptats a les característiques d'aquests usuaris. Atesa la rellevància que està adquirint i que els majors que fan exercici es constitueix com un grup cada vegada més nombrós i demandant, és fonamental oferir serveis ajustats a les seves necessitats (Veiga et al., 2023).

Un exemple de programa adaptat a una condició és **Vivifrail**. Buendía-Romero et al. (2021) determinaren els efectes d'un programa d'exercici multicomponent individualitzat per a treballar la fragilitat física i la discapacitat funcional en persones majors que viuen en residències. En l'estudi es va analitzar el rendiment de 14 voluntaris per a completar quatre setmanes del programa Vivifrail, cinc dies a la setmana ajustat al seu nivell inicial (A, discapacitat; B, fragilitat; C, prefragilitat, i D, robust). Aquests entrenaments estaven dirigits per professionals de l'educació físicoesportiva. Els resultats principals mostren una millora en la capacitat funcional i els tests: *up and go*, alçar-se de la cadira i velocitat de marxa 4 m i 6 m. Així mateix, també es van reduir significativament els efectes de la discapacitat i la sarcopènia. A més, els resultats positius van ser millors per a aquells amb nivells de base més baixos, fins i tot van revertir la situació en alguns casos que eren incapaços de realitzar les proves funcionals (*asseure's*, alçar-se i caminar). Aquests resultats posen de manifest una vegada més el potencial de l'exercici físic per a millorar la qualitat de vida de les persones majors i les seves condicions, i destaquen alguns elements clau en aquesta etapa com l'individualització del programa, freqüència diària i motivació de l'entrenament dirigit.

De fet, estudis com el de Soto-Bagaria et al. (2023) van revisar i avaluar 2.800 aplicacions mòbils, tan sols 39 de les quals possibilitaven l'ús en pacients majors o fràgils. Després de provar-les, en van excloure 22 i van quedar així disset aplicacions apropiades després de fer la revisió més exhaustiva. D'aquestes, només la aplicació Vivifrail tenia algun tipus de publicació/evidència científica sobre la seva eficàcia. Com ja hem comentat la tecnologia i les seves aplicacions poden ser un aliat per a la millora de l'adherència i la prescripció d'exercicis, no obstant això, poques aplicacions semblen útils a gran escala o les seves evidències són encara limitades. És fonamental invertir en la creació, l'adaptació i avaluació d'aplicacions per a aquest sector de la població.

Aquest àmbit segurament és un dels que més desenvolupaments està experimentant en els últims anys, i destaquem algunes experiències com: **Jizo**, una aplicació que sorgeix des de la recerca com una iniciativa de codisseny que tracta d'usar la ludificació com a estratègia de motivació cap al cicloturisme en persones majors (Ortet et al., 2019); **Strava**, una aplicació dissenyada per a persones que realitzen alguna activitat física i considerada una aplicació de fitnes social, especialment les seves característiques més importants són la possibilitat de connectar persones amb interessos similars i de proximitat residencial. Aquesta aplicació resulta ser un aliat per a augmentar la pràctica esportiva i socialitzar, millorant la satisfacció personal i reduint la solitud no desitjada

(SoledadEs, 2024; Zeng, 2022); o **Beprevent**, una eina emmarcada en la «internet de les coses» (IoT), amb la qual els dispositius «intel·ligents» poden generar informació en temps real i ser controlats a través de la xarxa, i la filosofia de vida quotidiana assistida per l'entorn (AAL; Sun et al., 2009). Aquesta aplicació pretén ajudar que les persones majors romanguin en les seves llars el major temps possible, mantenint la seva autonomia i permetent detectar situacions que suposen un risc en la llar, informant en tot moment familiars o professionals.

4.2. Xarxes socials i comunicació

Un altre dels grans camps d'ús tecnològic en l'actualitat són les xarxes socials i les eines per a la comunicació, precisament espais en els quals les persones majors estan destacant. Les plataformes de xarxes socials, les eines de comunicació i l'ús dels dispositius mòbils permeten millorar la qualitat de vida de la gent gran, reduint l'aïllament, millorant la inclusió digital i generant proximitat i sensació de connexió contínua amb familiars, amistats i altres persones de la comunitat (SoledadEs, 2024). Les més populars i emprades per les persones majors són WhatsApp i Facebook (Cárdenas et al., 2020).

Fernández-Martín i Garrido (2020) van trobar que la majoria de les persones majors de 60 anys que usen la tecnologia perceben una alta satisfacció personal, que augmenta en funció de com d'adaptats estan a l'ús de les tecnologies i les connexions que estableixen en les xarxes socials. Aquesta «connexió» repercuteix en el seu suport social independentment de les seves limitacions físiques i de context. Alhora la petita part que no usa la tecnologia presenta menor satisfacció personal i verbalitza més desitjos d'adquirir un dispositiu i participar en les comunicacions.

Algunes plataformes de xarxes socials populars són àmpliament utilitzades pel públic sènior, no obstant això, unes altres s'han desenvolupat específicament per a aquest col·lectiu. És el cas de **Senior Connect**, una plataforma destinada i dissenyada per a facilitar el retorn de persones majors de 50 anys al mercat laboral. Ofereix als candidats la possibilitat de trobar feines adequades a través d'una interfície fàcil d'usar i permet a les empreses accedir a una valuosa reserva d'experiència i coneixements. La plataforma promou la interacció intergeneracional i ajuda les organitzacions per a cobrir vacants amb professionals experimentats. Aquest projecte ha estat guardonat com a finalista dels Premis Fundació MAPFRE a la Innovació Social. En aquesta mateixa línia, la revista *Forbes* (2024), a la secció de salut, recentment ha publicat una llista de les «millors pàgines de cites per a persones majors». L'equip editorial reconeix haver analitzat 24 pàgines i ressaltar el valor de les nou millors opcions. Aquest fet posa de manifest la importància cada vegada major de pàgines especialitzades en aquest sector de la població.

En relació amb els grups de suport i comunitats en línia destaquem Nextdoor, MeetUp, i Vincles BCN. **Nextdoor** és una aplicació que connecta els veïns dins d'una comunitat local. Permet als usuaris compartir informació rellevant, com notícies dels veïnats, recomanacions de serveis, alertes de seguretat i esdeveniments comunitaris. Els membres poden crear publicacions, comentar-hi i col·laborar en projectes locals, fomentant un sentit de comunitat i suport mutu (Patton, 2019; Lambright). L'aplicació també permet la venda d'articles entre veïns i l'organització d'activitats conjuntes, promovent la interacció i cohesió social a nivell local. En el cas de **MeetUp** és una aplicació que facilita la creació i gestió de grups locals per a l'organització d'esdeveniments i reunions. A més permet als usuaris trobar i unir-se a grups d'interès que abasten una àmplia varietat de temes, com la tecnologia, esports, llibres, negocis i més. La plataforma promou la interacció cara a cara entre persones amb interessos similars, ajudant a construir comunitats i xarxes socials en la vida real. Els organitzadors poden planificar esdeveniments, enviar invitacions i gestionar l'assistència a través de l'aplicació. **Vincles BCN** és una aplicació desenvolupada per l'Ajuntament de Barcelona (2024) per a combatre la solitud entre les persones majors. La plataforma facilita la creació de xarxes de suport social, connectant els usuaris amb familiars, amics i serveis socials a través de dispositius digitals. Els usuaris poden intercanviar missatges, fotos i vídeos, així com participar en activitats comunitàries organitzades per l'Ajuntament. L'objectiu principal de Vincles BCN és millorar la qualitat de vida de les persones majors mitjançant l'enfortiment de les seves relacions socials.

4.3. Seguretat i privacitat en línia

L'ús de la tecnologia, internet, els telèfons mòbils i les aplicacions també porten associats altres «indesitjables» companys com són el *phishing*, *smishing* o *vishing*, entre d'altres. Per exemple, el *phishing* fa referència a una tècnica de ciberatac en la qual els delinqüents intenten enganyar les persones perquè revelin informació personal sensible, com contrasenyes, números de targetes de crèdit o informació de comptes bancaris. Aquest engany generalment es duu a terme a través de correus electrònics (*smishing*), missatges de text o llocs web falsos que semblen legítims (*web spoofing*), trucades telefòniques (*vishing*), etc. Totes aquestes formes d'engany presenten patrons comuns. En qualsevol cas, cerquen aconseguir dades personals o dades bancàries. Aquesta tècnica es coneix des dels anys vuitanta i, desgraciadament, no han parat de créixer les formes en què es presenta. Qualsevol de nosaltres estem exposats a caure en aquesta mena de pràctiques fraudulentess; no obstant això, és necessari considerar de manera especial la vulnerabilitat en el cas de les persones majors a sofrir estafes en línia, que parteix del prejudici que per ser persones majors desconeixen el funcionament i perills de les TIC (Banco de España, 2020a; Oficina de Seguridad del Internauta, 2024). Per tant, les estratègies d'alfabetització digital en aquest col·lectiu poden ser una eina fonamental per a prevenir les conseqüències negatives d'aquestes pràctiques.

Sobre les actuacions en protecció contra el frau i les estafes, el Banco de España (2020a) sosté que el sentit comú és clau per a prevenir aquest tipus d'actuacions delictives. Per exemple, cal recordar que els bancs no demanen mai per correu electrònic ni per SMS claus d'accés o dades de targetes de crèdit. També hem de desconfiar dels arxius adjunts que amb gran probabilitat seran un *malware* o programa maliciós. Sempre s'ha de verificar l'adreça del remitent, ara bé, s'ha de tenir present que els ciberdelinqüents poden ocultar la seva direcció real darrere d'una de falsa. S'ha de desconfiar també dels missatges amb enllaços, millor no clicar-hi ni descarregar arxius adjunts.

En cas de ser víctima d'alguna d'aquestes estafes, cal mantenir la calma i no facilitar mai la informació que es demani ni cap altra; marca-ho com «no desitjat» i, si és possible, denunciar la suplantació d'identitat o bloquejar el remitent per a evitar rebre correus i missatges d'aquest tipus en el futur. És aconsellable remetre-ho al banc perquè n'estigui al corrent i informi la resta de clients. Si han aconseguit l'engany és vital comunicar-ho a l'entitat al més aviat possible perquè bloquegi i reverteixi l'operació, si volen i «poden» fer-ho. Cal modificar també les contrasenyes d'accés. És important interposar denúncia davant la policia o al jutjat (Banco de España, 2020b), un pas imprescindible per fer la reclamació a l'entitat bancària.

Amb l'objectiu de prevenir i reduir les possibilitats de sofrir un engany, és necessari seguir alguns consells de ciberseguretat i estar informat de les noves formes de frau (Banco de España, 2020b):

- Crea i canvia amb regularitat contrasenyes complexes (combinacions de nombres i lletres, majúscules i minúscules, símbols...), evita utilitzar dades o informació personal.
- Aconsegueix un antivirus i actualitza els dispositius amb freqüència.
- No responguis a correus electrònics els quals et sol·licitin informació personal o confidencial, molt menys descarreguis fitxers associats.
- Presta especial atenció als falsos correus que simulen ser el teu banc en els quals et demanen dades confidencials i claus de seguretat per a realitzar operacions. No ho facis mai, recorda-ho: les claus són personals i no tens cap obligació de facilitar-les.
- En el dubte és millor que parlis amb el teu banc i confirmis l'origen d'aquests correus o missatges.
- Rebutja també els correus que diuen escriure en nom del Banc d'Espanya en els quals t'intenten convèncer que disposes d'un producte bancari, has rebut una transferència o s'ha depositat doblers de la loteria i per a cobrar-los has de fer un

pagament previ. Són falsos, perquè el Banc d'Espanya no envia ni sol·licita mai informació confidencial per correu electrònic als ciutadans.

- Desconfia també d'ofertes de finançament o d'inversió en condicions molt favorables d'entitats situades en països remots, de les quals no pots obtenir informació. Quasi sempre es tracta d'entitats fantasma que et demanaran que enviïs doblers que no recuperaràs. Desconfia si trobes ofertes de serveis bancaris en línia d'entitats que diuen estar autoritzades però la seva adreça està incompleta o no existeix, el contacte és a través de números de mòbil o el prefix no és espanyol. Solen ser pàgines web falses.

Un altre aspecte especialment important en l'ús de la tecnologia té a veure amb la configuració de privacitat en dispositius i aplicacions. Qualsevol persona pot sofrir suplantació d'identitat, sense necessitat de ser un personatge públic i pot ser víctima d'humiliacions, estafes, extorsions, etc. Però no solament pot ser un problema d'imatge personal, sinó que el problema pot ser encara més controvertit, i té a veure amb la privacitat i l'ús que els proveïdors de serveis tecnològics fan amb les dades que recullen sobre els nostres patrons d'ús a internet i a les aplicacions (Véliz, 2021).

Gómez-Barroso i Feijóo (2020) presenten un treball referent a la preocupació per la privacitat i el comportament de la societat espanyola respecte a la protecció de la privacitat en la seva activitat a internet. Els autors sostenen que la preocupació per la privacitat és un fenomen social, i una de les conclusions més importants té a veure amb ressaltar el paper de les experiències prèvies, com per exemple haver sofert algun incident en el passat com la responsable d'unes certes pràctiques que els usuaris segueixen per a garantir una major protecció. De fet, concreten el següent perfil de protecció elevada a internet:

Segueix un comportament que pot assegurar més eficaçment la protecció de les seves dades, es tracta d'un individu (home o dona) d'edat entre vint-i-cinc i cinquanta-quatre anys que ha tingut alguna mala experiència en el passat, que no està molt enganxat a internet encara que té telèfon des de fa anys, que és conscient dels usos potencialment perniciosos que es pot donar a la informació personal i que no dedica a internet tot el seu temps d'oci (Gómez-Barroso i Feijóo, 2020, p. 223).

4.4. Innovacions emergents

Les innovacions tecnològiques emergents per a majors estan transformant la forma en què aquesta població interactua amb el món. Aplicacions com les que ja hem comentat combaten la solitud mitjançant la creació de xarxes de suport social, mentre que dispositius de monitoratge de salut i benestar permeten un seguiment continu

de la salut física. Les plataformes de telemedicina faciliten l'accés a serveis mèdics sense sortir de casa, i els assistents virtuals com Alexa ajuden en tasques diàries i recordatoris (SoledadEs, 2024). Aquestes tecnologies estan dissenyades per a millorar la qualitat de vida, promovent la independència i la connexió social. Els projectes més innovadors estan utilitzant la intel·ligència artificial, la robòtica, la realitat virtual o augmentada.

Un exemple d'això són els assistents virtuals a casa (*Virtual Home Assistants*), que són dispositius intel·ligents que utilitzen intel·ligència artificial per a ajudar els usuaris a gestionar tasques domèstiques i millorar l'eficiència a la llar. Integrats en altaveus intel·ligents aquests assistents poden controlar dispositius de domòtica (llums, termòstats, panys), reproduir música, respondre preguntes, establir recordatoris, realitzar compres en línia, i molt més, utilitzant comandaments de veu. Faciliten l'automatització i el control centralitzat de diversos aspectes de la llar. L'Observatori Estatal de la Solitud No Desitjada (2024) informa sobre tecnologies i solitud no desitjada, mostren diferents projectes com el de Creu Roja (CREARED) i **Alexa**. CREARED és:

Un projecte pilot que busca reduir la solitud no desitjada i l'aïllament social de les persones majors a través de l'ús d'assistents de veu, en concret d'Alexa. Entre les claus del projecte hi ha la transparència per part d'Amazon Alexa i, especialment, la introducció del dispositiu per part de professionals d'una entitat social, com Creu Roja, la qual cosa aporta més confiança. En aquest sentit, explicar com funciona el dispositiu i que les persones usuàries tinguin el control sobre el funcionament, així com resoldre dubtes, ha resultat fonamental per a l'acceptació. Aquest acompanyament també els ajuda superar les barreres tecnològiques per al seu ús (SoledadEs, 2024, p. 51).

En aquesta mateixa línia, l'informe de SoledadEs (2024) també destaca el paper dels bots d'intel·ligència artificial conversacional com **Replika**, que actua com un company virtual. Aquest bot pot conversar sobre una àmplia gamma de temes, proporcionar suport emocional i ajudar els usuaris a reflexionar sobre els seus pensaments i sentiments. Utilitza aprenentatge automàtic per a millorar amb el temps, adaptant-se a la personalitat i preferències del seu usuari, amb l'objectiu de proporcionar una experiència de conversa més personalitzada i humana.

En el camp de la realitat virtual destaca la plataforma **Rendever**, que proporciona experiències immersives que permeten als usuaris explorar llocs nous, reviu records i participar en activitats socials, reduint així la sensació d'aïllament i millorant el seu benestar mental i emocional. Rendever està dissenyat específicament per a comunitats de persones majors, residències i centres de dia, facilitant connexions i experiències compartides entre els residents (SoledadEs, 2024).

5. Conclusions

En l'actualitat s'observa un creixent ús de les TIC per part de les persones majors, especialment significatiu en l'última dècada. Cada vegada estan més familiaritzats i adaptats a les tecnologies de la vida quotidiana, especialment en l'ús de telèfons mòbils i internet. Així mateix, el desenvolupament de les tecnològiques té cada vegada més present generar un impacte en la qualitat de vida, la salut i el benestar de les persones majors, promovent la independència i la connexió social. Malgrat el major ús, entre aquest sector de la població persisteix una bretxa digital significativa, especialment entre els majors de 75 anys i aquells amb menor nivell educatiu o socioeconòmic. Posar fi a la bretxa digital ha de ser un compromís polític i social, ja que s'associa a majors nivells d'aïllament social i informatiu, a més de la seva contribució a l'envel·liment actiu (Román-Graván et al., 2021). A més, les persones majors són més vulnerables a ciberatacs com *phishing*, *smishing* i *vishing*. Per la qual cosa és necessari millorar l'alfabetització digital per a prevenir aquests riscos.

Com a reptes i línies futures destaquem: a) el desenvolupament d'aplicacions específiques adaptades a les necessitats particulars dels majors, assegurant-ne la usabilitat i accessibilitat; b) apostar per una educació i formació digital, implementar programes de formació contínua per a millorar les competències digitals de les persones majors, reduint la bretxa digital; c) fomentar el desenvolupament d'iniciatives de telemedicina i monitoratge en remot, ampliar l'ús de telemedicina i dispositius de monitoratge remot per a proporcionar atenció mèdica personalitzada i preventiva; d) millorar la seguretat digital, enfortir les estratègies de ciberseguretat, oferint eines i recursos per a protegir la privacitat i les dades personals dels majors; i e) més recerca i avaluació, realitzar estudis continus per a avaluar l'eficàcia de les tecnologies emergents i el seu impacte en la vida de les persones majors, ajustant les solucions tecnològiques sobre la base de les evidències.

Aquestes conclusions i línies futures destaquen la importància d'integrar tecnologies avançades de manera inclusiva i segura, garantint que les persones majors puguin beneficiar-se plenament de les innovacions digitals.

Referències bibliogràfiques

Ajuntament de Barcelona (2024). *Vincles BCN*. Disponible a: <https://ajuntament.barcelona.cat/personesgrans/es/content/vincles-bcn-0>

Banco de España (5 de març de 2020a). ¿Qué es el phishing y cómo evitarlo? ¡No piques!. Disponible a: <https://clientebancario.bde.es/pcb/es/blog/que-es-el-phishing-ycomo-evitarlo.html?detailFormat=822>

Banco de España (5 de març de 2020b). Normas básicas para prevenir la ciberdelincuencia. Disponible a: <https://clientebancario.bde.es/pcb/es/blog/prevenirciberdelincuencia.html?detailFormat=822>

Buendía-Romero, Á., García-Conesa, S., Pallarés, J. G., i Courel-Ibáñez, J. (2020). Effects of a 4-week multicomponent exercise program (Vivifrail) on physical frailty and functional disability in older adults living in nursing homes. *Cuadernos de Psicología Del Deporte*, 20(3), 74–81. <https://doi-org.llull.uib.es/10.6018/cpd.420291>

Cárdenas, O., Armijos, J. L., Molina, J. R., i Portela, Y. (2020). Redes sociales en aplicaciones móviles: aspectos que dificultan el uso en adultos mayores. 3C TIC. *Cuadernos de desarrollo aplicados a las TIC*, 9(2), 59-81. <https://doi-org.llull.uib.es/10.17993/3ctic.2020.92.59-81>

Fernández-Palacios, J. i Ortega-Cachón, I. (dir.) (2023). *IV Barómetro del consumidor sénior. Economía plateada* (deseembre 2023). Madrid: Fundación MAPFRE, 2023.

Ferriol, P. M.; Batle, M. S.; Arrivi, E. M.; de Alarcón, P. S. i Farreny, M. B. (2009). TeleRHB: Telerehabilitación en personas mayores. *XXVII CASEIB*, 1.

Forbes Health (15 de juliol de 2024). Best Dating Sites For Seniors In 2024. Disponible a: <https://www.forbes.com/health/dating/best-senior-dating-sites-03722/>

Gómez-Barroso, J. L., i Feijóo, C. (2020). Un análisis del comportamiento de la sociedad española con respecto a la protección de la privacidad en internet. *Revista Española de Sociología*, 29(2), 213–232. <https://doi-org.llull.uib.es/10.22325/fes/res.2020.12>

Gómez-Pellín, A., Jiménez-Monferrer, S., Pedrero-Sánchez, J. F., López-Vicente, M. A., Garrido-Jaén, J. D., i Atienza-Vicente, C. (2023). AI3cord: dispositivos IoT e Inteligencia Artificial para monitorizar y prevenir la fragilidad en personas mayores. *Revista de Biomecánica*, 70, 65–75.

González, E. G., i Martínez, N. H. (2017). Personas mayores y TIC: oportunidades para estar conectados. *RES, Revista de Educación Social*, 24, 1129-1141.

González, B., León, B., Pino-Sedeño, T., Rodríguez-Álvarez, C., Bejarano-Quisoboni, D., i Trujillo-Martín, M. (2021). Aplicaciones móviles para mejorar la adherencia a la medicación: revisión y análisis de calidad = Mobile applications to improve drug adherence: Review and quality analysis. *Atención Primaria*, 53(9), 1-9. <https://doi.org/11ull.uib.es/10.1016/j.aprim.2021.102095>

Institut Nacional d'Estadística (2023). *Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares 2023*. Disponible a: https://www.ine.es/dyns/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ulti-Datos&idp=1254735976608

Lambright, K. (2019). Digital redlining: The Nextdoor app and the neighborhood of make-believe. *Cultural critique*, 103(1), 84-90. <https://doi.org/10.1353/cul.2019.0023>

Mulet-Segura, C. (2017). *Arritmias y riesgo cardiovascular: diseño, control e investigación de una aplicación para dispositivos móviles* [Tesi doctoral Universitat de València].

Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada (2024). *La tecnología como herramienta de conexión social*. Disponible a: www.soledades.es

Oficina de Seguridad del Internauta, OSI (2024). Experiencia sènior. Disponible a: <https://www.incibe.es/ciudadania/experiencia-senior#collapseOne>

Observatorio Nacional de Tecnología y Sociedad, ONTSI (2022). *Uso de tecnología en los hogares españoles. 2022*. Madrid. Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital.

Ortet, C. P., Costa, L. V., i Veloso, A. I. (2019, novembre). *Jizo: a gamified digital app for senior cyclo-tourism in the miOne community*. A International Conference on Videogame Sciences and Arts (pp. 195-207). Cham: Springer International Publishing.

Patton, E. A. (2019). *Knowing your neighbors: an analysis of the social media app "Nextdoor" and human interaction*. The University of Texas at Austin. <https://doi.org/10.26153/TSW/3256>

Román-Graván, P., Pérez-Hurtado, M., i Tadeu, P. (2021). Envejecimiento activo y uso de internet para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. Pixel-Bit. *Revista de Medios y Educación*, 60, 109-134. <https://doi.org/10.12795/pixelbit.76963>

Sun, H., De Florio, V., Gui, N., i Blondia, C. (2009). *Promises and Challenges of Ambient Assisted Living Systems*. Sixth International Conference on Information Technology: New Generations.

Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP) (2021). *Informe sobre brecha digital. Barómetro UDP*. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030.

Veiga, Ó. L., Valcarce-Torrente, M., i Romero-Caballero, A. (2023). Encuesta Nacional de Tendencias de Fitness en España para 2023. *Retos: Nuevas Perspectivas de Educación Física, Deporte y Recreación*, 47, 680–690. <https://doi-org.llull.uib.es/10.47197/retos.v47.96200>

Véliz, C. (2021). La privacidad como instrumento de resistencia colectiva. *Anuario Internacional CIDOB*, 2021, 21-27. Disponible a: <https://www.cidob.org/publicaciones/la-privacidad-como-instrumento-de-resistencia-colectiva>

Zeng, L. (2022). *Social Support on Fitness Behavior in an Online Fitness Community*. University of Washington.

Autores

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 i investigadora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre activa 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.

MARIA DEL MAR GAIÀ GAMUNDÍ

Graduada en Integració Social per l'IES Ramon Lull. Cursa actualment el darrer any d'Educació Social a la Universitat de les Illes Balears. Entre els seus interessos d'investigació es troba, en primer lloc, la intervenció i prevenció de la violència de gènere i, en segon, l'accessibilitat universal i el disseny per a tothom.

LA SOLEDAT I LA GENT GRAN A LES ILLES BALEARS: SITUACIÓ ACTUAL I PROJECCIÓ DE FUTUR

La soledat i la gent gran a les Illes Balears: situació actual i projecció de futur

Ferran Dídac Lluch i Dubon

Resum

Aquest article vol ser una aproximació a un tema que de cada cop interessa més a la comunitat científica i als poders públics: la soledat.

La soledat és un fenomen complex i multidimensional que pot afectar diferents àmbits de la vida d'una persona i que ha adquirit una gran rellevància social, per l'extensió i la tendència creixent que presenta. Per això, resulta imprescindible intentar definir amb precisió el terme i, en els casos en què se'n puguin derivar conseqüències negatives (solitud no desitjada), determinar-ne els trets i causes principals; valorar-ne l'impacte i establir-ne la prevalença a la nostra societat i, naturalment, determinar-ne l'evolució futura.

La solitud, encara que s'experimenta en totes les etapes de la vida, pren un especial protagonisme entre els grups de més edat de la població i afecta d'una manera especial les dones grans.

Hem estructurat l'article en quatre parts. La primera, en forma de preguntes i respostes, pretén, bàsicament, definir què és la solitud i presentar-ne alguns conceptes bàsics; conèixer quins factors n'expliquen el creixement actual; determinar la relació que existeix entre la soledat, l'edat i el sexe, i enumerar les conseqüències que pot provocar la soledat a qui en pateix. La segona constitueix una anàlisi de la població actual de les Illes Balears i els canvis demogràfics recents, particularment pel que fa a l'envelliment i la feminització de la gent gran, i l'estudi de la projecció futura de la població calculada per l'INE entre els anys 2022 i 2037. El tercer bloc, el dedicam a analitzar la prevalença de la soledat i l'aïllament social entre les persones grans i, a partir de les projeccions presentades, calculam l'important creixement previst de la població que patirà aquesta problemàtica a les nostres illes. Finalment, tancam l'article amb una sinopsi breu i les conclusions a què hem arribat. Esperam que aquest text serveixi de reflexió a les institucions, als serveis socials i a totes les entitats que fan feina amb la gent gran per afrontar amb èxit el repte de l'augment previst de la solitud.

Resumen

Este artículo quiere ser una aproximación a un tema que de cada vez interesa más a la comunidad científica y a los poderes públicos: la soledad.

La soledad es un fenómeno complejo y multidimensional que puede afectar a los diferentes ámbitos de la vida de una persona y ha adquirido una gran relevancia social, por la extensión y la tendencia creciente que presenta. Por ello, resulta imprescindible intentar definir con precisión el término y, en los casos en que se puedan derivar consecuencias negativas (soledad no deseada), determinar sus principales características y

causas; valorar su impacto y conocer la prevalencia en nuestra sociedad y, naturalmente, determinar su evolución futura.

La soledad, no obstante, se experimenta en todas las etapas de la vida, adquiere un especial protagonismo entre los grupos de más edad de la población y afecta de una manera especial a las mujeres mayores.

Hemos estructurado el artículo en cuatro partes. La primera, en forma de preguntas y respuestas, pretende, básicamente, definir qué es la soledad y presentar algunos conceptos básicos relacionados; conocer qué factores explican su crecimiento actual; determinar la relación que existe entre la soledad, la edad y el sexo, y enumerar las consecuencias que puede provocar la soledad en quien la padece. La segunda constituye un análisis de la población actual de las Illes Balears y sus cambios demográficos recientes, particularmente en lo que se refiere al envejecimiento y la feminización de la población mayor, y el estudio de la proyección futura de la población calculada por el INE entre los años 2022 y 2037. El tercer bloque lo dedicaremos a analizar la prevalencia de la soledad y el aislamiento social en las personas mayores y, a partir de las proyecciones presentadas, calcularemos el importante crecimiento previsto de la población que sufrirá este problema en nuestras islas. Finalmente, cerramos el artículo con una breve sinopsis y las principales conclusiones a las que hemos llegado. Esperemos que este texto sirva de reflexión a las instituciones, los servicios sociales y todas las entidades que trabajan con las personas mayores para afrontar con éxito el reto del crecimiento previsto de la soledad.

1. Algunes preguntes i respostes sobre la soledat

1.1. De què parlem quan parlem de soledat? Hi ha diferents tipus de soledat?

El *Diccionari de la llengua catalana* de l'Institut d'Estudis Catalans, en consultar-hi el terme *soledat* ens remet al de *solitud* i el defineix com «l'estat de qui és sol, de qui viu sol o gairebé sol». Per tant, en principi, és un terme que no té càrrega positiva o negativa, tot i que considerem que, generalment, la gent entén la soledat com a no volguda, és a dir, aquella que és involuntària, no desitjada i la que ens interessa conèixer i investigar per reduir-ne els efectes. Tot i amb això, cal distingir la soledat de l'aïllament social, ja que, tot i que es poden produir simultàniament, són fenòmens distints i requereixen tècniques de detecció i abordatge diferents.

L'aïllament social es caracteritza per la manca de relacions interpersonals o, en cas que n'hi hagi, aquestes relacions són molt limitades. L'aïllament social es mesura per

la densitat de la xarxa social, entesa com la quantitat de persones que la componen i la interrelació dels seus membres. L'aïllament social respon a una realitat objectiva i és mesurable. Ara bé, no hi ha consens en el que es considera una xifra òptima per a una xarxa social. N'hi ha que parlen exclusivament de persones i d'altres més aviat fan referència a la freqüència dels contactes. Sala-Mozos (2020) parla d'un òptim d'entre cinc i set persones, i D'Hombres et al. (2018) parla d'aïllament social quan una persona té un contacte o menys mensual. Lubben va establir una escala a partir de sis preguntes que permet graduar l'aïllament o el risc de patir-ne; en qualsevol cas, aquest autor considera que una persona està aïllada o pateix risc d'aïllament quan té menys de dues persones amb qui relacionar-se.

La soledat no desitjada, per contra, és una experiència subjectiva. Per tant, és una experiència absolutament personal i no depèn d'uns paràmetres objectivables, sinó de la manera com percep i viu una persona la seva situació vital. Es pot definir la soledat no desitjada tant des d'un punt de vista relacional com existencial. En el primer dels casos, es tractaria del sentiment negatiu d'una persona davant la vivència de les relacions que té i les que voldria tenir, ja sigui des d'un punt de vista qualitatiu com quantitatiu. En el segon, la soledat es lligaria a un buit interior, a una manca de sentit vital. Per això, la soledat no desitjada, tot i que pot tenir (i moltes vegades té) un component relacional, no només té a veure amb les interaccions socials.

Alguns autors, com Jong-Gierveld i Raadschelders (1982), diuen que els sentiments de soledat són subjectius i que depenen de la manera com és percebut i avaluat el propi aïllament social i la manca de comunicació amb la resta.

La soledat, en tot cas, no sempre és negativa, tot i que, quan és objecte d'investigació, sempre ho és en aquest sentit. Les llengües romàniques, però, en principi, no confereixen una càrrega negativa a aquest terme. En català i en castellà, el terme *soledat* pot tenir connotacions positives, negatives o neutres. Per això, sempre cal afegir l'adjectiu *desitjada* o *volguda* per indicar que és positiva, o *no desitjada* o *no volguda*, per indicar que és negativa. L'anglès, curiosament, que sempre havia pensat que era un llenguatge amb menys matisos, és molt més ric i disposa de tres paraules per definir la solitud. La paraula *solitude* té un sentit positiu. Seria aquella soledat positiva o de creixement personal, triada i gratificant. Els termes *aloneness* o el *being alone* tenen un sentit neutre i denoten també una solitud triada per la persona, i es tractaria d'una experiència conscient i controlable. Finalment, el terme *loneliness* fa referència a la soledat que implica una experiència personal negativa, no voluntària i incontrolable. Aquesta darrera seria la soledat no desitjada.

Hi ha distintes maneres de mesurar la soledat, que es poden dividir en dos grups: 1) mesures directes o autoinformades, i 2) mesures agregades o d'escalas. En el primer

cas, que és el que presentarem en aquest article, es troben les mesures directes, en què, mitjançant preguntes directes i úniques, es demana a la persona que qualifiqui el seu nivell de soledat. És una mesura simple, però que no ens permet aprofundir en els motius objectius i subjectius d'aquest sentiment negatiu. En el segon cas, es tracta de bateries de preguntes que permeten aprofundir molt més en el rerefons de la soledat i comprendre més bé a què és deguda. La més coneguda i utilitzada és l'escala de la soledat UCLA (que són les sigles de la Universitat de Califòrnia a Los Angeles), que en vint ítems analitza la percepció subjectiva de la soledat, el suport familiar i el social, i n'hi ha diferents adaptacions segons el grup al qual s'adreça; i l'escala de De Jong Gierveld (Holanda), que pretén mesurar la soledat en onze ítems, sis dels quals se centren en la soledat emocional i cinc, en la soledat social, tot i que aquests autors parlen de soledat en uns termes més unidimensionals que no bidimensionals.

En tot cas, sembla que tots els intents de mesurar quantitativament la solitud, atès que són processos subjectius i molt complexos, poden presentar certes mancances i convé complementar-los amb estudis qualitatius, com ara entrevistes en profunditat o grups focals.

1.2. Perquè es parla més ara de la solitud (no volguda) que abans? Hi ha més solitud actualment?

La soledat, tant l'individual com la social, ha experimentat un augment recent per diverses raons. A la segona meitat del segle XX i sobretot al XXI, s'han produït uns canvis socials marcats. Tant és així que Zigmunt Bauman ha definit aquest canvi afirmant que s'ha passat d'una societat sòlida a una modernitat líquida; a una societat amb canvis radicals i permanents, que es caracteritzarien per la inestabilitat, la falta de cohesió i la precarietat dels vincles. Aquests canvis tan radicals determinarien que la soledat passi de ser un tema exclusivament individual a un tema social, atès l'impacte que té sobre la salut i la qualitat de vida, i que, per tant, hagi de ser un centre important d'atenció de les polítiques públiques i l'acció social.

Algunes de les causes que poden explicar aquest fenomen són les següents:

1. Canvis en les estructures familiars. Les transformacions de les estructures familiars, la disminució de la convivència intergeneracional i l'augment de les llars unipersonals poden contribuir a fer que hi hagi més sentiment de solitud.

Tradicionalment, les famílies solien viure juntes i, per tant, membres de diverses generacions compartien un mateix espai. Aquesta convivència intergeneracional proporcionava suport emocional, social i pràctic, i reduïa la possibilitat de sentir-se tot sol. Amb la tendència actual, de llars més petites i famílies nuclears, la falta

de suport i companyia de persones de diferents edats pot contribuir a la solitud, especialment entre les persones grans.

Els models de relacions entre les persones han canviat radicalment i moltes relacions de parella que abans s'establien per a tota la vida, en un significatiu percentatge de casos, acaben en separacions i divorcis, i s'estableixen noves relacions o es decideix viure sense parella. Així mateix, també s'ha reduït de manera molt significativa la xifra de fills que es tenen, fins al punt que, en la nostra societat, moltes dones ja tenen únicament i exclusivament un fill. Aquesta situació s'explica per múltiples motius: inestabilitat de les relacions, dificultat d'accedir a un treball estable i ben retribuït, dificultat d'accés a l'habitatge, períodes més llargs de formació, canvi de prioritats vitals... I, a més, s'ha endarrerit i molt l'edat de tenir el primer fill, que de mitjana supera els 31 anys a les Illes Balears. Aquest retard també incideix en la reducció de la coexistència de múltiples generacions familiars. Unes generacions que, de vegades, conviuen sota el mateix sostre, però actualment és pràcticament impossible, pel model d'habitatges majoritari, a banda d'altres factors, com ara més mobilitat personal, que determinen que moltes famílies visquin sense possibilitat de tenir contacte presencial.

Així mateix, una característica important general de la nostra societat és l'augment de les llars unipersonals. Viure sol incrementa exponencialment la possibilitat d'experimentar situacions de solitud, ja que no hi ha altres persones amb qui compartir el dia a dia ni amb qui trobar suport i estabilitat. Aquesta situació pot ser més acusada en les persones grans que viuen soles i que poden experimentar més aïllament social i emocional.

L'increment de l'esperança de vida general, i encara més la femenina, fa que els contingents de gent gran, sobretot de dones, en els grups d'edat més longeus, siguin de cada vegada més nombrosos. Cal esperar, doncs, que en el futur es creïn moltes llars unipersonals, bona part de les quals correspondran a gent gran, particularment dones. Seran dones grans amb menys fills i amb una xarxa familiar molt més reduïda que no al segle XX, per la qual cosa es poden aguditzar els problemes de solitud.

La manca de la xarxa protectora de la família extensa és més evident en els casos de les persones immigrants. En una societat com la nostra, en què el percentatge de persones al·lòctones és tan elevat, no és una qüestió d'importància menor. En tot cas, és una circumstància que augmentarà en les societats occidentals.

En definitiva, les circumstàncies demogràfiques evidencien una evolució que tendeix a la reducció de les dimensions familiars, a la separació física i geogràfica, i a l'afebliment de les interaccions presencials. Així doncs, s'esdevindria un entorn propici a experimentar solitud amb més incidència.

2. Urbanització i mobilitat. L'augment de la urbanització i la mobilitat geogràfica pot provocar la separació de les xarxes socials tradicionals, dificultar la creació de nous vincles socials i augmentar, així, la solitud.

L'extensió dels processos d'urbanització i els preus assolits a molts indrets determinen el canvi de residència dels fills, fet que dificulta les interaccions familiars. Aquesta situació esdevé encara molt més palesa quan el que es produeix és una mobilitat geogràfica, que, en el cas de les Illes Balears, determina tot sovint canviar d'illa o, freqüentment, treballar a la Península o a l'estranger, per la qual cosa esdevé impossible mantenir una relació freqüent i fluïda amb el nucli familiar de provinença. Aquesta situació pot generar sentiments de solitud particularment intensos en els grups de més edat, en què els processos d'envelliment provoquen les crisis d'identitat, d'autonomia i de pertinença que poden potenciar aquesta percepció no desitjada.

3. Tecnologia i aïllament social. Tot i que les noves tecnologies poden connectar les persones, en alguns casos poden contribuir a l'aïllament social, si no s'utilitzen adequadament o si es produeix una bretxa digital que exclou determinats grups de la població.

La tecnologia és ambivalent. D'una banda, pot servir per unir i comunicar, però, per l'altra, pot determinar que la persona que no l'utilitza correctament romangui més aïllada, tant perquè no se sàpiga comunicar a través de les noves tecnologies com perquè en faci un mal ús, com ara substituir els contactes directes (molt més enriquidors i gratificants) per simples contactes virtuals, moltes vegades diferits o indirectes (a través de m'agrades, simples visualitzacions de fotos, missatges reproduïts...).

De cada vegada hi ha més persones de totes les edats que controlen, almenys a un nivell funcional bàsic, les tecnologies de comunicació, però això no vol dir que el mal ús o l'ús exclusiu de tecnologies per comunicar-se (molt freqüent entre gent jove) no pugui provocar més aïllament social real i més dificultats en les relacions directes amb altres persones (o simplement que no se'n mantinguin o les persones siguin incapaces de mantenir-ne), situacions que provoquen sentiments de solitud i malestar psíquic.

4. Canvis en els estils de vida. El ritme de vida actual, marcat per la immediatesa i la hiperconnectivitat, pot dificultar la creació de relacions significatives i duradores, la qual cosa farà augmentar la sensació de solitud.

Ja ho hem explicat anteriorment. Un dels problemes de les societats hipertecnològiques és la virtualització de les relacions. Unes relacions que moltes

vegades són exclusivament superficials i intranscendents, que no ofereixen estabilitat emocional a les persones i que poden provocar sentiments de buidor i solitud, malgrat que aparentment es pugui gaudir d'una xarxa extensa de contactes. Els seguidors no són amics. Les persones a qui segueixes, tampoc. No són persones físiques i reals amb qui puguis comptar en cas de necessitat. No obstant això, en determinats casos, es poden establir relacions d'amistat en línia (fins i tot, moltes parelles actuals deriven d'aquests contactes virtuals), però majoritàriament això no és així. Fins i tot, aquestes xarxes poden fer que hi hagi usuaris que se sentint traïts, ja que no valoren adequadament la relació digital, desconfien més de les relacions digitals i directes, i experimenten sentiments de frustració, solitud i malestar.

No solament volem incidir en les relacions tecnològiques. També hi ha un canvi en les relacions personals. Moltes vegades, les relacions entre persones majoritàriament entenc que haurien d'incloure un component emocional, però han passat a ser simplement utilitàries, no com a intercanvi entre persones sinó com a simple mitjà per satisfer els interessos d'una de les parts i sense empatia. Aquest individualisme egocèntric pot conduir al fet que moltes relacions siguin totalment inestables, poc significatives i curtes en el temps, i que es generin dinàmiques negatives i uns sentiments de desconfiança i de manca de suport real. Fins i tot, quan hi ha un component emocional i empàtic, moltes vegades es parteix de la premissa que tot acaba, que tot és fluid —utilitzant un dels adjectius de moda.

Aquesta fluïditat de les relacions, la inestabilitat i, de vegades, la manca de profunditat i empatia poden generar situacions en què les persones se sentin soles i mancades de suport, que no tinguin ningú a qui acudir quan necessiten compartir problemes o inquietuds.

5. Factors socioeconòmics. La inseguretat laboral, la pobresa i altres factors socioeconòmics (com ara, la immigració i la manca de xarxa familiar de suport) poden contribuir a la solitud, ja que poden afectar la capacitat de les persones per mantenir relacions socials i participar en activitats comunitàries.

Afrontar el fenomen de la solitud requereix abordar aquests factors des d'una perspectiva holística, implementant polítiques i programes que fomentin la inclusió social, la creació de comunitats cohesionades i el suport emocional i psicològic a les persones en situació de solitud.

No volem acabar aquest apartat sense esmentar un tema important: la solitud s'ha començat a incloure en l'agenda política. Un dels exemples més coneguts en l'àmbit internacional fou la creació d'un Ministeri de la Solitud, al Regne Unit, a iniciativa de Theresa May. Aquesta iniciativa inspirà països de l'entorn i, al nostre país, algunes

administracions per activar polítiques públiques en aquest sentit. Cal destacar que vivim un moment en què resulta evident que les administracions públiques són conscients que és imprescindible no solament atendre les necessitats bàsiques de la població sinó també el benestar emocional, perquè tingui bona qualitat de vida. El confinament i l'aïllament social forçats durant la pandèmia, units a altres factors de canvi dels quals hem parlat (canvis socials, impacte de les tecnologies, individualisme, crisi de valors, visió negativa del futur...), determinen que es detectin unes taxes de malestar social elevades en tots els grups d'edat, però que afecten sobretot la gent jove i els col·lectius amb causes endògenes o exògenes que poden accentuar aquesta problemàtica, com la gent gran. Les taxes elevades d'addiccions i de trastorns alimentaris, les autolesions, els problemes psicològics i psiquiàtrics creixents, i l'elevat consum d'ansiolítics i hipnòtics o les taxes de suïcidis, consumats o en grau de temptativa, són només alguns indicadors d'aquestes circumstàncies.

Per això, ja es reforcen els programes de detecció i intervenció en els grups d'edat més jove i caldrà que es posin o, si escau, es reforcin les actuacions adreçades a altres col·lectius, com ara els que experimenten o poden experimentar situacions de malestar emocional derivades de la solitud.

1.3. Hi ha cap relació entre solitud i gènere?

Hi ha elements de gènere que semblen incidir en el fet que les dones puguin experimentar amb més freqüència sentiments de soledat, com també hi ha elements de gènere que afavoreixen que les dones expressin de manera més oberta aquestes circumstàncies en els qüestionaris tancats directes. Caldria, però, fer algunes consideracions rellevants sobre la relació entre gènere i solitud:

1. Prevalença de la solitud. Hi ha estudis que assenyalen que les dones indiquen més freqüentment sentiments de soledat no desitjada en comparació amb els homes. Aquesta informació apareix corroborada per les estadístiques sobre els sentiments de solitud que aporta l'Institut Nacional d'Estadística en les enquestes sobre qualitat de vida que duu a terme. En bona mesura, pel que fa als grups de més edat, aquest sentiment es podria atribuir als factors com la viudetat, que afecta principalment les dones en les etapes més avançades de la vida. Hi ha altres estudis, però, que indiquen que té relació amb les expectatives personals i les relacions de gènere de les dones. Així, per exemple, algunes dones manifesten que després d'una vida de servei als altres (ascendents, fills, parella...), en arribar a grans, es troben que ningú no els atén amb la mateixa dedicació, i això els crea un sentiment de solitud important. A més a més, la vivència de la pèrdua de la parella depèn de la intensitat i del tipus de relació que hi tinguessin. En determinats casos, com el de dones maltractades —com ja indicàrem a l'article que dedicàrem a la violència

contra les dones—, en comptes de viure's com un fet dramàtic pot ser viscut com una alliberació. O, en altres circumstàncies, com la defunció després de llargues malalties o situacions de forta dependència, encara que suposi una pèrdua personal important, pot ser viscuda amb una certa ambivalència, per poder gaudir d'un temps i d'unes oportunitats de què abans no es disposava. Per això, és important valorar al detall totes les circumstàncies personals i de l'entorn per valorar-ne l'explicació, però és evident que, en termes generals, suposa una pèrdua important i, en casos en què l'única relació que es manté i l'únic centre d'atenció és la parella, sí que es pot produir una situació de sentiment real de solitud. En tot cas, una reflexió important és que tot depèn de les circumstàncies biogràfiques de les dones, una situació que ha canviat radicalment les darreres dècades. Les dones de fa una o dues generacions, majoritàriament centrades en l'atenció de la família i la llar, amb molt pocs estudis i moltes vegades sense cap experiència laboral i amb pocs o nuls contactes exteriors, tenen poc o res a veure amb les dones joves i adultes de la societat actual, que han gaudit d'una certa igualtat per accedir a l'estudi i al mercat de treball, que han mantingut una relació molt diferent amb els homes i que han exercit un rol familiar força diferent (malgrat que la igualtat real i les bretxes de gènere es mantinguin, però amb una intensitat més baixa). Per tant, cal esperar que en el futur també puguin canviar els biaixos de gènere en la solitud.

Un estudi fet a Madrid (2018) sobre la prevalença de la solitud entre la població de més de 65 anys mostrava que les taxes de solitud de les dones (11,5%) duplicava la dels homes (5,7%). Aquestes xifres s'explicarien, d'una banda, per la major longevitat de les dones, moltes de les quals viuen en llars unipersonals al final de la vida i amb menys xarxa de suport social. Alguns estudiosos ho han resumit dient que la solitud augmenta amb l'edat i, com que la vellesa és sobretot femenina, la solitud afecta més les dones.

L'estudi de Javier Yanguas per a la Fundació "la Caixa" (15.000 persones de més de 60 anys de l'Estat espanyol), a més de recollir que hi ha més prevalença de la solitud entre les dones, destaca que les dones també pateixen més solitud emocional que no social (ambdues són superiors, en tot cas, a les dels homes). I així, pel que fa a diferències qualitatives, sembla que els homes identifiquen més la soledat en termes de manca de connexions socials i de relació intensa, mentre que les dones presenten un matís de soledat més lligat a un sentiment de buidor interior.

2. Reconeixement de la solitud. Si, com hem vist anteriorment, hi ha més prevalença de la soledat femenina, no pot ser que derivi del fet de tenir més capacitat i ser més sinceres a l'hora de reconèixer que pateixen una situació de solitud? Alguns investigadors afirmen que la capacitat de reconèixer el sentiment de soledat pot variar segons el gènere. En una interrogació directa, a més, les dones poden

manifestar més solitud, però, en fer anàlisis més profundes o mitjançant tècniques indirectes, aquestes diferències potser no són tan significatives.

La meua opinió és que, malgrat que hi pugui haver determinats biaixos de gènere en el reconeixement i la manifestació de sentiments de solitud, l'existència d'uns paràmetres demogràfics clars, amb una esperança de vida més llarga per a les dones, fa que, principalment per al sector que ens ocupa, el de la població de més edat, es produeixin circumstàncies vitals socials i personals (viudetat, defunció de familiars i amics propers, pèrdues funcionals i cognitives...) que fan que les dones experimentin amb major prevalença i durada la solitud no volguda i les seves conseqüències.

3. Recursos per combatre la solitud. Evidentment, la vivència de la solitud depèn de mecanismes interns i externs que permetin afrontar o compensar les circumstàncies que ens poden conduir a experimentar sentiments negatius de solitud. Elements com ara l'existència d'una certa estructura familiar de suport, la dedicació a la llar (per omplir el temps i sentir-se útil) o la capacitat d'establir relacions de confiança poden influir en la manera com les persones, especialment les dones, gestionen la soledat i els recursos que tenen per combatre-la. De fet, hi ha estudis que indiquen que algunes dones vídues són més resilients i que s'adapten millor a la nova situació que alguns vidus. Estadísticament, però, aquesta situació es perllongarà durant un període de temps molt llarg en el cas de les dones.

En definitiva, estadísticament podem afirmar que les dones presenten un nivell més elevat de solitud no desitjada, potser en part perquè tenen més facilitat per reconèixer aquesta circumstància i informar que la pateixen, i perquè també la solitud femenina sembla que té, a banda d'un caire social, en bona mesura un caire intern, de buidor existencial. Els elements lligats a la major longevitat de les dones poden influir, especialment en el grup de dones d'edat avançada, en l'increment dels sentiments de solitud per fenòmens com ara la pèrdua de parella i el fet de viure totes soles (tot i que moltes dones desitgen viure en llars unipersonals, per raons d'independència), que s'acompanya moltes vegades de la pèrdua progressiva del cercle íntim d'amistats i processos lligats a l'envelliment (pèrdues funcionals i psíquiques), que actuen simultàniament. Evidentment, la gestió de tots aquests processos dependrà de la resiliència particular de cada dona i de la xarxa de suport (familiar, social o pública) de què disposi.

1.4. És un fenomen que només afecta la gent gran?

La solitud és inherent a la pròpia existència humana. Per això, en diferents graus i modalitats, es pot experimentar al llarg de tota la vida. És un concepte ambivalent (la solitud pot ser, de vegades, cercada i positiva), però el que centra la nostra atenció és fonamentalment quan és viscuda com a experiència negativa, com a situació no

volguda. Aquesta circumstància pot derivar de situacions d'aïllament social significatives o de tipus cognitiu, que, en darrer terme, fan que s'experimenti subjectivament un sentiment negatiu, una vivència no desitjada en què es valora que no es tenen suficients contactes amb altres persones o que no tenen la intensitat i la periodicitat adequades.

Només a tall d'exemple, comentarem un estudi impulsat per la doctora Antonia Pades, del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears, en què participaren 395 alumnes de primer dels graus d'Infermeria, Fisioteràpia, Treball Social, Bioquímica i Psicologia de la Universitat de les Illes Balears (UIB): 33 homes (8,3%) i 362 dones (91,7%), d'edats compreses entre 20 i 25 anys. En aquest estudi, fet al començament del curs posterior a l'aïllament pandèmic, els demanaven que parlassin de les seves pors. S'identificaren 1.644 pors, classificades en 18 categories, i destacaren en els primers llocs: les expectatives de futur no complertes (36,7%), la pèrdua (16,7%), la solitud (11,1%), la mort (5%), la no acceptació (4,8%) i el contagi del virus de la COVID (2,7%). Com podem veure, fins i tot la gent jove, un sector que molt erròniament s'identifica com a lliure de problemes i, per al cas que ens ocupa, lliure de solitud no desitjada, té entre les seves pors més marcades la solitud. Una por que mostren més de l'11% dels enquestats i que, ja de per si, ens hauria de fer plantejar que és un problema que afecta una part important de la població, sobre la qual s'ha d'intervenir.

S'ha de tenir en compte també que les dades de prevalença de solitud i aïllament social depenen del context cultural, de les condicions de vida i de les expectatives individuals. Així, sembla clara la diferència entre cultures col·lectivistes i altres de més individualistes, separació que es reflecteix geogràficament. A Europa, segons les enquestes fetes per l'European Social Survey, les taxes d'aïllament social són molt superiors a les de solitud. Mentre que un 7% de persones se sent tota sola, un 18% pateix aïllament social. Al nord d'Europa, es detecten uns sentiments de solitud inferiors que al sud i a l'est, circumstància que cal interpretar com un factor cultural, atès que les cultures mediterrànies i les més col·lectivistes esperen més de la família i de la xarxa social que altres de més individualistes. Que la solitud és fruit d'una interpretació subjectiva de la percepció de la realitat explicaria aquest fet.

La soledat ha estat objecte d'estudi en totes les etapes de la vida, però n'hi ha dues que han centrat principalment els estudis sobre la solitud no volguda: la vellesa (una quarta part d'estudis, aproximadament) i l'adolescència (una cinquena part). Èpoques vitals marcades per canvis importants en les relacions interpersonals i d'estrès intrapersonal, que de vegades no és resolt positivament i que pot originar, entre d'altres, sentiments de solitud, problemes psíquics i, fins i tot, físics, en determinats casos.

Tot i amb això, es pot afirmar que no hi ha una relació lineal o proporcional entre solitud no desitjada i edat. Alguns autors, com Piquart i Sörensen (2010), expliquen

que entre aquestes variables s'estableix una funció en forma de u, la qual cosa, per entendre'ns, significa que el sentiment de solitud és major entre adolescents i joves adults, disminueix entre la població adulta i torna a augmentar durant la vellesa. Així mateix, diversos estudis apunten que els sentiments de solitud no volguda més evidents es detecten entre la població de més de vuitanta anys. Aquest increment s'explicaria, en bona mesura, per les tres crisis de la vellesa de què parlen els gerontòlegs: la crisi d'identitat, la crisi d'autonomia i la crisi de pertinença. La crisi d'identitat fa referència als canvis que percebem del nostre rol, relacionats amb l'evolució de les potencialitats físiques i de la pròpia aparença, però sobretot en la pèrdua de la funció productiva i la capacitat de sentir-nos útils. La crisi d'autonomia està lligada a les pèrdues funcionals i sensorials que acompanyen el procés de senectut i que impossibiliten realitzar tasques i activitats que abans es duïen a terme. I, finalment, l'anomenada crisi de pertinença al·ludeix als canvis dels grups de persones i llocs amb els quals o als quals la persona estava lligada. Aquesta situació deriva del fet de perdre la parella, les amistats i els canvis socials que es produeixen (p. e., canviar de residència habitual perquè no està adaptada a les noves condicions de mobilitat; la necessitat de conviure amb cuidadors; haver d'ingressar en un centre residencial o assistir a un centre de dia; reduir la quantitat o qualitat de contactes amb familiars...) i, en tot cas, de la percepció de trobar-se en un entorn canviant, desconegut i, fins i tot, hostil.

Aquestes crisis es retroalimenten, són consubstancials al cicle vital i no es poden evitar. Ara bé, el que importa és com són gestionats aquests canvis. Els qui no els saben o no els poden gestionar adequadament és més probable que se sentin tots sols i que això accentui a llarg termini aquesta situació, ja que tindran més dificultats per trobar un sentit vital, mantenir noves relacions o cercar activitats adequades a les seves capacitats que els puguin interessar i estimular.

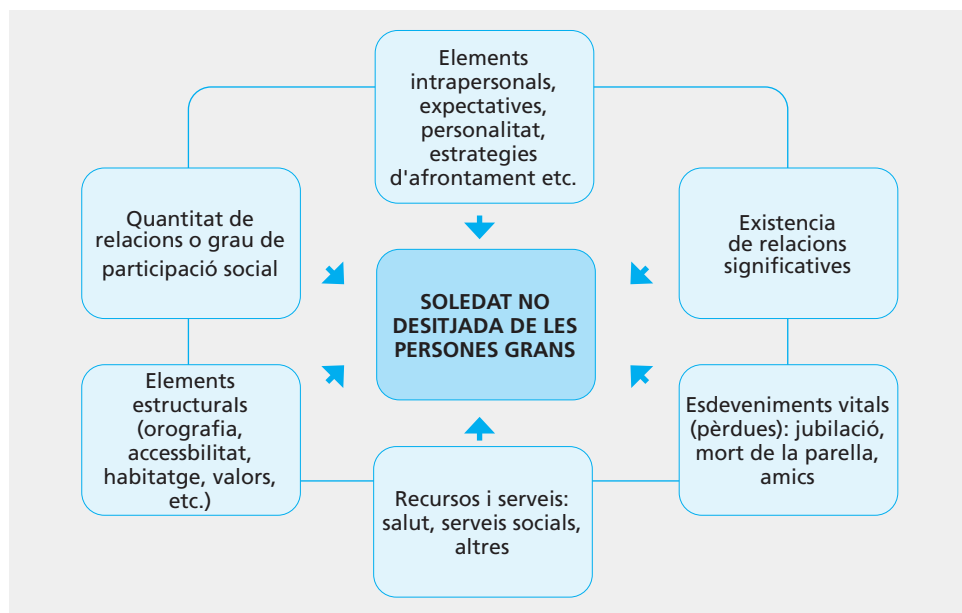
En definitiva, tot i que no és patrimoni exclusiu de la gent gran, hi conflueixen tot un seguit de circumstàncies que determinen que es pugui parlar d'un fenomen social que es pot aguditzar en aquest període, atès que es donen les condicions per reduir les relacions socials amb altra gent, perdre capacitats psicofísiques i tenir més dificultats per conèixer persones i iniciar relacions noves.

No obstant això, la relació entre envelliment i solitud depèn de multitud d'elements, tant intrapersonals (caràcter, expectatives, habilitats personals, estratègies d'afrontament...) com de caràcter social i de l'entorn.

Per això, si es vol analitzar la circumstància de la solitud no desitjada, a més dels elements intrapersonals, s'han d'estudiar els aspectes relacionals per valorar la participació social (activitats socials i freqüència) i el suport emocional que aquesta aporta a l'individu. No s'ha d'oblidar que la solitud depèn, al cap i a la fi, de la valoració

subjectiva de l'individu. Així mateix, s'han de tenir en compte aspectes de la biografia personal que van lligats al cicle vital i que poden condicionar aquesta percepció (mort de la parella, fills que viuen enfora, pèrdua d'amistats...), a més de factors estructurals i tecnològics que afavoririen la dificultat de relació i el sentiment de solitud (manca de transport públic, viure en un habitatge aïllat, manca de telecomunicacions o de destreses tecnològiques...). Finalment, la disponibilitat de serveis i recursos en l'entorn (generalment, públics) pot ajudar a reduir el sentiment de soledat.

Gràfic 1 | Factors que intervenen en la solitud no desitjada en les persones grans



Font: Diagrama creat per Sala-Mozos (2020) per a l'estudi sobre la solitud no desitjada durant la vellesa. Ajuda a entendre la complexitat dels factors que expliquen la solitud en les persones grans.

Conèixer els factors que intervenen en la percepció de la solitud ens permet, en darrer terme, plantejar intervencions encaminades a ajudar aquelles persones que no poden gestionar, de manera puntual o permanent, aquest sentiment negatiu.

1.5. Quins efectes té la solitud no volguda en la població i, en particular, en la gent gran?

La soledat pot tenir efectes significatius en la salut i el benestar de totes les persones i, en particular, en el col·lectiu de gent gran. Alguns dels efectes associats, organitzats per blocs, són els següents:

1. Salut física

- Augment de la pressió arterial i risc de patir malalties cardiovasculars.
- Increment de l'obesitat i deteriorament de la funció motora.
- Empitjorament del funcionament vascular i més probabilitat de patir un accident cerebrovascular.
- Alguns estudis, fins i tot, la relacionen amb el desenvolupament de càncer

2. Salut mental

- Augment de la prevalença d'emocions doloroses i problemes de son.
- Increment dels casos de depressió i ansietat.
- Empitjorament del funcionament cognitiu i més risc de desenvolupar Alzheimer.
- Augment de l'ansietat, canvis de personalitat i altres problemes psicològics.
- Problemes d'addiccions, que també afecten la salut física i poden deteriorar les relacions socials romanents.

3. Consum de recursos sanitaris i més consum de medicaments

- L'empitjorament de l'estat anímic i de determinades patologies somàtiques fa que la solitud repercuteixi en el cost dels serveis públics. Té una incidència important en l'increment de la demanda sanitària, principalment d'atenció primària, i en el consum de determinats medicaments per tractar tant les patologies físiques com els patiments psíquics derivats de la solitud no volguda.

4. Qualitat de vida

- La soledat no volguda repercuteix directament en la qualitat de vida de les persones, ja que els afecta no solament l'estat anímic i físic sinó també la percepció de la pròpia realitat i els canvis en la relació amb l'entorn, que originen, en definitiva, una pèrdua important de la qualitat de vida general de la persona afectada.
- En els grups de població activa, aquesta situació, a més, repercuteix en la pèrdua d'hores de treball i pot fer que la persona tingui problemes d'adaptació als entorns laborals o que no pugui trobar ocupacions estables.
- Evidentment, quan es parla de qualitat de vida de les persones, el que importa és el seu benestar físic, psíquic i social, però també s'han fet alguns intents d'avaluar la repercussió de la solitud sobre l'activitat econòmica. L'estudi publicat per l'Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada - Casal-Rodríguez, B., Rivera-Cas-tiñeira, B. i Rodríguez-Míguez, E. (2023) xifra l'efecte de la soledat a tot l'Estat, en concepte de pèrdues productives no associades a morts prematures l'any 2019, en una xifra que se situaria entre els 7.200 i els 8.400 milions d'euros. A aquesta xifra, es podrien afegir 190 milions per defuncions prematures i per imputació d'anys potencials productius d'aquests treballadors.

5. Més risc de mortalitat

- Els efectes sobre la salut física i psíquica no solament repercuteixen negativament en la qualitat de vida sinó que es manifesten en més risc de mortalitat, entre altres causes, per un increment de la prevalença de malalties de l'aparell circulatori o de càncer.
- Aquest impacte ha estat avaluat a l'estudi sobre el cost de la solitud no desitjada a Espanya, publicat per l'Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada, que estableix una xifra de 848 morts prematures atribuïbles a aquesta circumstància.

6. Impacte global

- La solitud, per tant, repercuteix sobre grups diversos de la nostra societat. Per això, cal dedicar accions de detecció i millora del coneixement d'aquesta problemàtica i, posteriorment, crear programes i destinar-hi recursos per fer-hi front.
- L'aïllament social i la soledat no desitjada augmenten de manera destacada entre la població gran de les societats occidentals, tant com a conseqüència dels canvis socials i tecnològics actuals com per la dinàmica demogràfica, que fa que el col·lectiu de gent gran, en especial el grup de més edat, creixi en una progressió gairebé geomètrica.

És important abordar la solitud en les persones grans des d'una perspectiva integral, tenint en compte tant els aspectes físics com els emocionals i socials. Promoure la interacció social, facilitar l'accés a serveis de suport emocional i fomentar la participació en activitats comunitàries poden ser estratègies clau per mitigar-ne els efectes negatius.

Abans de passar a analitzar la prevalença de la soledat i l'aïllament social detectats, dedicarem un apartat sencer de l'article a analitzar la situació demogràfica actual de les Illes Balears, especialment en relació amb la gent gran, i a conèixer les projeccions que s'han plantejat amb vista a l'any 2037. Amb aquestes dades, plantejarem un escenari de futur de la solitud a les Illes Balears, especialment centrat a determinar les necessitats que tindrà el nostre col·lectiu de la gent gran.

2. La població actual i els escenaris demogràfics de futur a les Illes Balears

2.1. Evolució demogràfica recent i pes actual de la gent gran a les Illes Balears

2.1.1. Evolució demogràfica recent de la població de les Illes Balears

Consideram necessari fer una introducció breu per indicar l'evolució recent i el moment demogràfic en què ens trobam, abans de presentar l'evolució prevista de futur i l'impacte aproximat sobre la solitud.

Sabem que ens trobam en una de les comunitats autònomes més dinàmiques demogràficament de l'Estat espanyol. Les Illes Balears, d'ençà de la dècada dels anys seixanta, han esdevingut una terra pròspera, amb una forta immigració i unes taxes de creixement elevades. Tot i amb això, la dinàmica actual és molt diferent de la del segle passat. El moviment natural (diferència entre els naixements i les defuncions) ja és negatiu, com a conseqüència de l'augment de les defuncions i el ràpid descens dels naixements, per la qual cosa el creixement de la població actual és una conseqüència exclusivament dels potents fluxos immigratoris.

Aquesta dinàmica tant forta es reflecteix en les xifres totals de població, que han passat dels poc més de 700.000 habitants de l'any 1991 a superar 1.200.000 habitants el 2023. La població ha crescut més d'un 70% en poc més de 30 anys, això és, 500.000 persones en valors absoluts en un període tan curt de temps. Per valorar la importància d'aquest creixement, cal recordar que la població total de Mallorca era, l'any 1991, de 568.000 persones, aproximadament.

Taula 1 | Població de les Illes Balears per sexe (anys 1991-2023)

Any	Homes	Dones	Total
1991	348.630	360.508	709.138
2001	417.314	424.355	841.669
2011	552.756	547.747	1.100.503
2023	602.649	607.257	1.209.906

Font: Censos de població dels anys 1991, 2001 i 2011 (IBESTAT) i cens de l'any 2023 (INE)

El ritme de creixement no ha estat uniforme i fou particularment intens els primers anys del segle XXI i fins a la crisi de 2008. L'arribada de nous fluxos migratoris internacionals, molts dels quals eren desconeguts o poc freqüents anteriorment, ha fet que puguem parlar d'una nova fase demogràfica multicultural, amb molta més variabilitat dels països de naixement i de la nacionalitat dels residents a les Illes Balears. Els creixements percentuals d'aquests períodes són: 18,69% el 2001 respecte de 1991, 30,75% el 2011 respecte de 2001, i 9,94% el 2023 respecte de 2011.

No volem, però, aprofundir en la dinàmica general de la població, sinó centrar-nos en l'estudi de la població que ens ocupa, la gent gran, encara que sigui també de manera molt general. Ens centrarem a assenyalar el pes que té en la nostra societat (el fenomen que es coneix com a «envelliment de la població»), en concret, la de més edat (sobreenvelliment de la població), i a destacar, de manera especial, el predomini de les dones en els sectors de més edat, un fenomen que és conegut com a «feminització de la vellesa», que té una importància particular en el tema de la solitud i el gènere.

2.1.2. Envel·liment i sobreenvelliment de la població

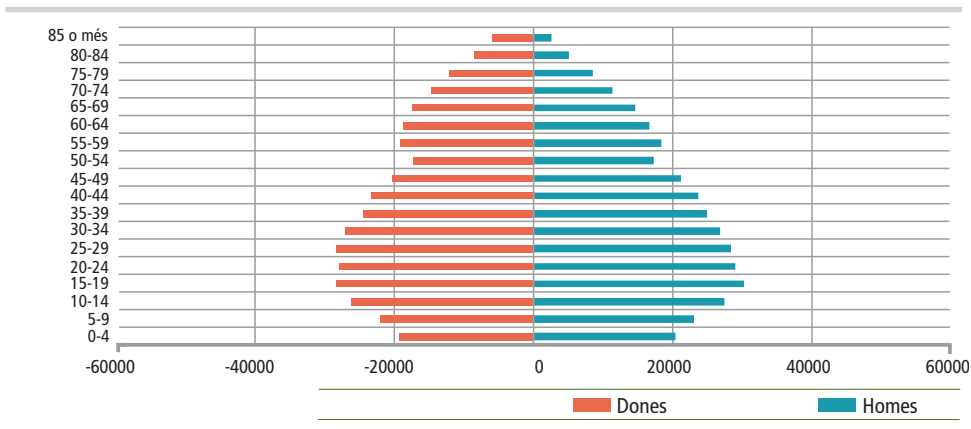
2.1.2.1. Què és l'envel·liment de la població?

L'envel·liment de la població és una de les característiques principals de la dinàmica demogràfica de les societats desenvolupades, de la qual no és aliè l'arxipèlag balear. L'envel·liment de la població suposa l'increment, en valors absoluts i en termes relatius, de la població gran al si de la nostra societat.

Aquest increment de la població de més edat, tot i que planteja reptes, requereix la voluntat política i l'anàlisi dels especialistes per afrontar-los amb èxit; suposa, en primer terme, un èxit social. L'increment de l'esperança de vida (sobretot l'esperança de vida amb bona salut) és un assoliment important de les societats del nostre entorn. Aquest fet, juntament amb la reducció del nombre de fills per dona, ha originat un canvi en l'estructura social significatiu, amb la progressiva acumulació d'efectius en els grups d'edat adulta i de cada cop més en els de gent gran, ja sigui gent gran més jove o més envellida. Entre aquest col·lectiu precisament es detecta un increment més significatiu de membres i el descens progressiu del grup de gent més jove, fruit del descens de naixements registrats.

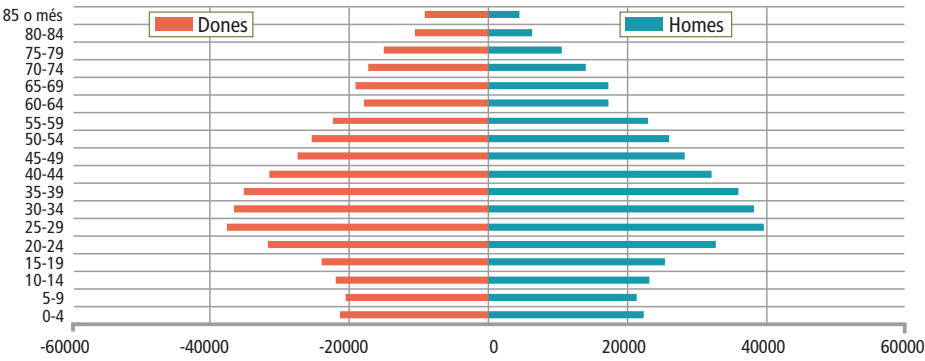
Il·lustrarem aquests canvis demogràfics estructurals generals amb les piràmides de població (distribució per grups quinquennals per edat i sexe) corresponents als quatre anys que hem pres com a referència per dur a terme l'anàlisi demogràfica d'aquest article, que són els censos de 1991, 2001 i 2011 publicats per l'IBESTAT i el cens de 2023 publicat per l'INE, dades que, a més, són les darreres oficials sobre la població que hi ha publicades.

Gràfic 2 | *Piràmide de població de les Illes Balears. Cens de l'any 1991*



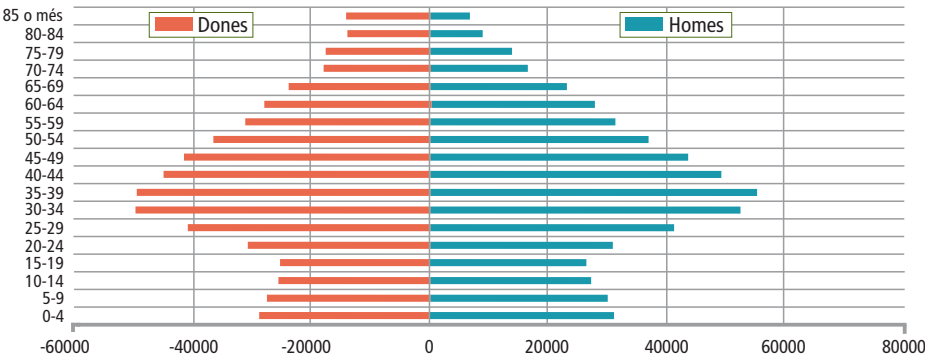
Font: Cens de l'any 1991 (IBESTAT)

Gràfic 3 | Piràmide de població de les Illes Balears. Cens de l'any 2001



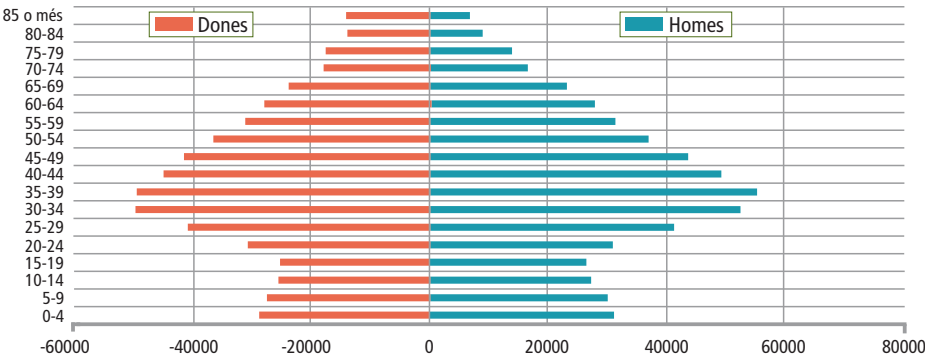
Font: Cens de l'any 2001 (IBESTAT)

Gràfic 4 | Piràmide de població de les Illes Balears. Cens de l'any 2011



Font: Cens de l'any 2011 (IBESTAT)

Gràfic 5 | Piràmide de població de les Illes Balears. Cens de l'any 2023



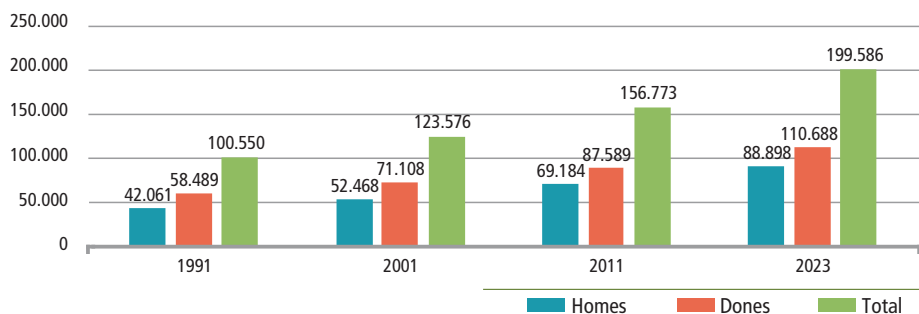
Font: Cens de l'any 2023 (IBESTAT)

En resum, podem veure l'impacte que ha tingut la immigració en el fort creixement dels grups adults i també la població que nasqué del boom dels anys seixanta i setanta; el progressiu creixement del col·lectiu de gent gran i una base piramidal estreta, resultat de la baixa taxa de fecunditat actual (les dones a les Illes Balears ja tenen poc més d'1,1 fills). I, si pensam en la projecció futura d'aquesta estructura, el que ens espera —com explicarem en un apartat posterior— és la intensificació del procés i, per tant, un creixement molt destacable de la població gran.

2.1.2.2. El creixement de la població de 65 anys i més a les Illes Balears (anys 1991-2023)

Ara ens centrarem a analitzar l'evolució de la població de 65 anys i més al llarg del període 1991-2023.

Gràfic 6 | *Evolució de la població de 65 anys i més, per sexe. Censos dels anys 1991-2023*



Font: Censos dels anys 1991, 2001 i 2011 (IBESTAT) i de 2023 (INE)

La població de 65 anys i més —actualment considerada gent gran— s'ha duplicat en aquest període de poc més de trenta anys. Hem passat d'una població gran d'unes 100.000 persones l'any 1991 a un col·lectiu de prop de 200.000, segons dades de 2023.

En termes percentuals, si l'any 1991 un 14,18% de la població de les Illes Balears tenia 65 anys o més, aquest percentatge ha augmentat fins a un 16,50% l'any 2023.

S'ha de tenir present que aquest increment no és lineal, tot el contrari: s'ha incrementat en el temps. Així, l'increment de la gent gran els primers vint anys de la sèrie (1991-2011) és comparable als poc més dels deu anys posteriors (2011-2023), evolució que suposa una acceleració important del procés.

Taula 2 | *Evolució de la població de 65 anys i més, per sexe i altres indicadors. Censos 1991-2023*

	Homes	Dones	Total	% Homes 65 i +/Total Homes	% Dones 65 i +/Total Dones	% Total població	% increment/ cens anterior
1991	42.061	58.489	100.550	12,06	16,22	14,18	
2001	52.468	71.108	123.576	12,57	16,76	14,68	22,9
2011	69.184	87.589	156.773	12,52	15,99	14,25	26,86
2023	88.898	110.688	199.586	14,75	18,23	16,5	27,31

Font: Censos de població dels anys 1991, 2001 i 2011 (IBESTAT) i de 2023 (INE)

Una altra característica que presenta la població gran, a la qual dedicarem un subapartat posterior, és que les dones tenen més pes en aquest col·lectiu. Així, com a conseqüència de l'esperança de vida més llarga de les dones, en el grup de gent gran i, particularment, en els de més edat, trobarem una xifra superior de dones. En el gràfic que mostra l'evolució de la població de 65 anys i més, per sexe, dels censos entre els anys 1991 i 2023, podem apreciar aquesta circumstància. L'any 2023 hi havia prop de 22.000 dones grans més que homes d'aquest mateix grup d'edat. Així, les dones constitueixen el 55,5% de la població gran de les Illes Balears l'any 2023 i un 18,23% del total de dones de l'arxipèlag. Podem dir, per tant, que prop d'una de cada cinc dones de les Illes Balears ja entra en el grup considerat com a població gran, cosa que posa en relleu la importància del col·lectiu.

2.1.2.3. El sobreenvelliment de la població

Juntament amb l'anàlisi general de l'envelliment de la població, sempre se sol dur a terme l'estudi del sobreenvelliment d'aquesta, que es calcula a partir del pes que suposa la població de 85 anys i més entre el col·lectiu de gent gran (65 anys i més). Es considera d'interès, ja que la població de 85 anys i més presenta un conjunt de problemes més marcats derivats de l'arribada a una edat tan avançada, ja siguin de tipus físic (increment i agreujament de les patologies o pluripatologies, accentuació de problemes de mobilitat, pèrdues de tipus sensorial —vista, oïda...—, de tipus psíquic —processos neurodegeneratius, demències...— i de caire social —pèrdua d'amics, parella...).

L'anàlisi que hem fet de l'evolució de la població de 85 anys i més, per sexe, dels censos el període 1991-2023 ens permet arribar a unes conclusions molt clares:

1. El sobreenvelliment de la població de les Illes Balears (i de la resta de societats desenvolupades, en general) és un fet especialment significatiu i més intens que el de l'envelliment general. Si hem dit que la població gran en el període 1991-2023 s'havia

duplicat, en relació amb la població de 85 anys i més, hem de dir que s’ha més que triplicat, ja que ha passat de poc més de 8.500 persones l’any 1991 a prop de 28.000 el 2023. És un creixement en valors relatius i absoluts que podem qualificar d’espectaculars, però que poden suposar un repte assistencial i de serveis, en molts de casos.

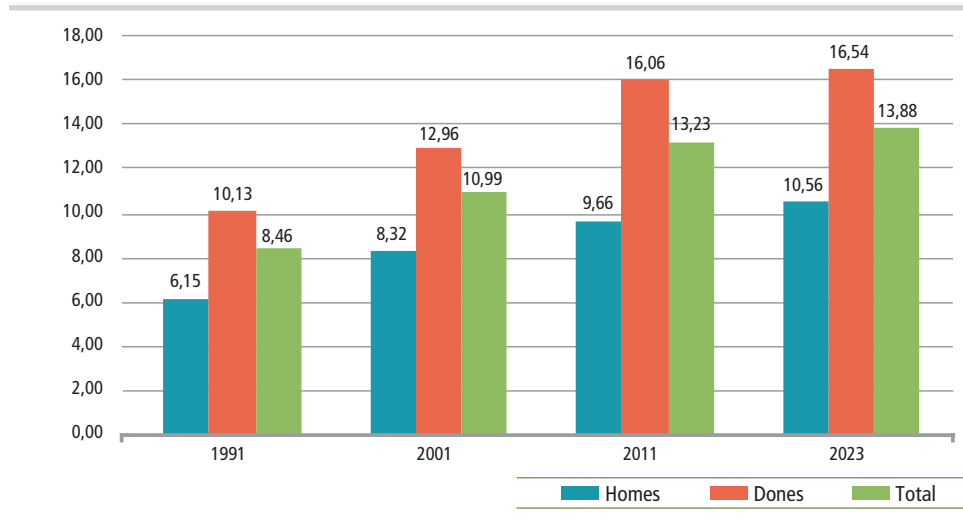
**Taula 3 | Evolució de la població de 85 anys i més, per sexe.
Censos 1991-2023**

Any	Homes	Dones	Total
1991	2.588	5.923	8.511
2001	4.365	9.214	13.579
2011	6.682	14.066	20.748
2023	9.386	18.308	27.694

Font: Censos de població dels anys 1991, 2001 i 2011 (IBESTAT) i de 2023 (INE)

2. En els grups d’edat més avançada, encara és més palès els procés d’increment del pes de les dones. Així, mentre que l’any 2023 hi havia a les Illes Balears 18.308 dones de 85 anys i més, els homes d’aquesta mateixa franja eren aproximadament la meitat (9.386), cosa que gairebé suposa que hi ha dues dones per cada home en els sectors d’edat més avançada.

**Gràfic 7 | Evolució de l’índex de sobreenvelliment. Percentatge de població de 85 anys i més entre la població de 65 anys i més.
Censos 1991-2023**



Font: Censos de població dels anys 1991, 2001 i 2011 (IBESTAT) i de 2023 (INE)

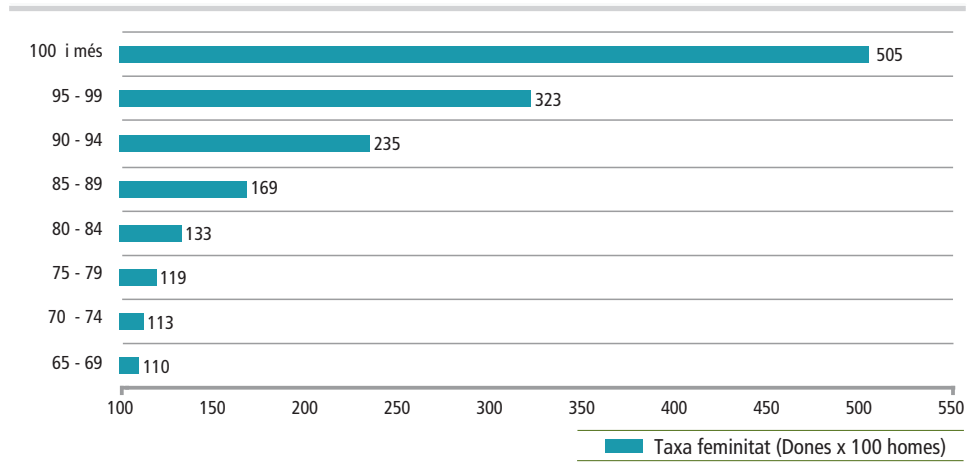
3. La taxa de sobreenvelliment (pes de la població de 85 anys i més sobre el total de 65 anys i més) mostra una evolució creixent. Així, si, segons dades del cens de 1991, la taxa de sobreenvelliment del total de la població era d'un 8,46%, aquesta xifra s'acosta a un 14% (13,88%) l'any 2023. Dit d'una altra manera: a la nostra societat, gairebé 14 de cada 100 persones grans ja tenen actualment 85 anys o més.

4. El sobreenvelliment també s'expressa de manera clarament femenina. És a dir, les taxes de sobreenvelliment, per la major longevitat mitjana de les dones, són més elevades entre les dones que entre els homes. Així, mentre que el 2023 aproximadament deu de cada cent homes grans (10,56%) tenien 85 anys o més, aquest percentatge era 6 punts percentuals més elevat en el cas de les dones, és a dir, prop de disset de cada cent dones grans (16,54%) tenien 85 anys o més.

2.1.2.4. La feminització de la vellesa

Ja hem posat en relleu, a l'apartat anterior, que les dones són el grup predominant entre el col·lectiu de gent gran i que, si això era visible entre la població de 65 anys i més, aquesta situació era encara més palesa en la població de 85 anys i més, quan hem fet l'anàlisi del sobreenvelliment de la població.

Gràfic 8 | *Taxa de feminitat (dones/100 homes) per grup quinquennal. De 65 anys fins a 100 anys i més. Illes Balears, any 2023*



Font: Elaboració pròpia. Cens de 2023 (INE)

Hem cregut oportú, però, fer-ho encara més visible a partir de l'anàlisi de la taxa de feminitat per grups d'edat quinquennal a partir de 65 anys i fins al grup de 100 anys i més. Podem afirmar que, malgrat que en tots els grups les dones tenen més pes, aquest

augmenta exponencialment a mesura que es puja en la piràmide d'edat. Així, en els primers grups quinquennals de gent gran la taxa de feminitat no és gaire elevada (110 dones per cada 100 homes en el grup entre 65 i 69 anys) i puja progressivament fins a les 133 dones per cada 100 homes en el grup que tenen entre 80 i 84 anys. És, però, a partir d'aquestes edats en què la progressió adquireix una tendència destacadíssima a favor de les dones. Així, entre els 90 i els 94 anys, hi ha més de dues dones per cada home; tres dones per cada home en el grup entre 95 i 99 anys, i més de cinc per cada home en el cas de les centenàries.

Aquest fet destaca que hi ha una gran quantitat de dones en els grups de més edat i que, per tant, no només es pot parlar d'una feminització de la vellesa sinó particularment d'una feminització del sobreenvelliment, és a dir, una gran acumulació d'efectius d'edats més avançades que requeriran un nivell d'atenció més intens i que poden patir, per aquesta circumstància demogràfica, amb més intensitat algunes de les situacions com la que analitzam en aquest article.

I quina és l'evolució futura del col·lectiu? Aquesta pregunta, la respondrem a l'apartat següent.

2.2. Projeccions de població: un gran creixement de la població gran, especialment dels grups de més edat, i l'aprofundiment de la feminització de la vellesa

Utilitzarem, en aquest apartat, les projeccions de població de l'Institut Nacional d'Estadística (INE) publicades el darrer trimestre de l'any 2022. Tot i que l'INE planteja projeccions estatals a llarg termini fins al 2072 (50 anys), ens centrarem, després de fer-ne una referència inicial general, en les que fa per a un període de 15 anys per a totes les comunitats autònomes, fins al 2037.

Les projeccions són els càlculs de l'evolució demogràfica futura basant-se en les tendències demogràfiques actuals i introduint-hi certes hipòtesis del comportament futur de determinats paràmetres demogràfics, segons el parer d'especialistes de reconegut prestigi de l'Estat.

2.2.1. Algunes dades generals de les projeccions plantejades per a l'Estat espanyol

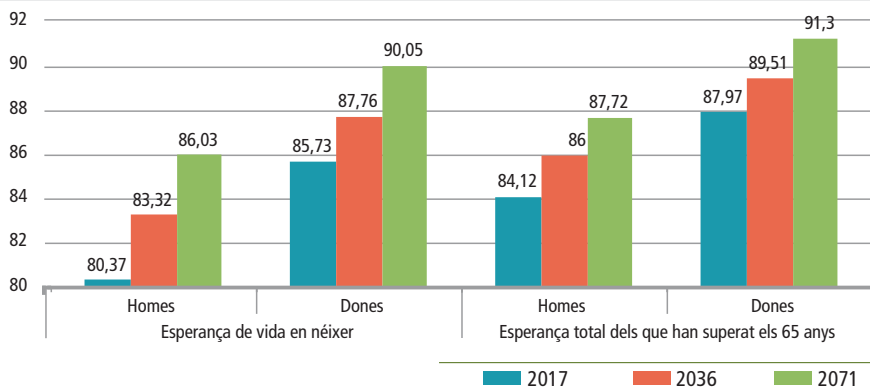
Les projeccions per a l'Estat espanyol indiquen que l'any 2037 la població superarà els 51 milions d'habitants, amb un increment superior als 4.200.000 persones des de l'inici de la sèrie projectada (2022) i un augment d'un 8,9%. La població continuaria augmentant fins a prop de 53 milions d'habitants el 2072.

Els paràmetres en què es basa aquesta projecció són els següents: un augment progressiu de les defuncions; en tot cas, sempre molt superiors als naixements i, per tant, un balanç

vegetatiu sempre negatiu al llarg de la sèrie. Aquest balanç es compensaria amb un balanç migratori (diferència entre l'emigració i la immigració) positiu, que produiria l'augment de la població al llarg de tota la sèrie considerada. L'augment de la població seria fruit de la migració internacional i això repercutiria en l'estructura de la població per lloc de naixement. La població nascuda a Espanya minvaria de manera significativa i, de prop del 85% actual, passaria a ser tan sols del 63,5% d'aquí a 50 anys.

No entrarem a analitzar tots els paràmetres plantejats, però sí que ens detindrem en la projecció de l'esperança de vida al naixement i a 65 anys, que s'ha considerat que potser és un dels temes que més ens interessin per la matèria que ens ocupa.

Gràfic 9 | *Evolució de l'esperança de vida a l'Estat espanyol. Anys 2017-2071 (INE)*



Les dades de 2017 són reals i les de 2036 i 2071 són projectades.

L'esperança dels qui han superat 65 anys és resultat de sumar 65 a l'esperança de vida a 65 anys, calculada per obtenir la longevitat mitjana esperable d'aquells que hagin complert 65 anys en la data considerada.

Font: Projeccions de població 2022-2072 (INE, 2023)

Les darreres dades provisionals registrades, de l'any 2021, que han estat utilitzades en la publicació de les projeccions, indicarien, per al conjunt de l'Estat espanyol, una esperança de vida superior a 80 anys per als homes i de gairebé 86 anys per a les dones. L'esperança de vida a 65 anys, en aquest mateix any, se situaria en 19 anys per als homes i en més de 23 anys per a les dones. És a dir, un home que arribi a 65 anys tindria una probabilitat mitjana de vida de 84 anys i una dona que arribi a 65 anys superaria la probabilitat de viure més de 88 anys.

L'escenari que es preveu és l'increment progressiu de l'esperança de vida.

El 2036, l'increment de l'esperança de vida al naixement superaria els 83,3 anys per als homes (3 anys més que a l'inici del període) i seria de prop dels 88 anys (87,76) per a les dones, amb un guany de dos anys. I, pel que fa a l'esperança de vida a 65 anys, se situaria en 21 anys per als homes i en 24,51 per a les dones, cosa que suposaria que un home de 65 anys arribaria de mitjana als 86 anys, i una dona, als 89,5.

Finalment, el 2071, darrer any de la projecció de l'esperança de vida publicat, situaria l'esperança de vida en néixer en 86 anys per als homes i en poc més de 90 anys per a les dones, amb un guany de 5,8 i de 4,2 anys, respectivament, d'ençà de l'inici de la sèrie. Així mateix, l'esperança de vida a 65 anys passaria a ser de prop de 23 anys per als homes (22,7, exactament; 3,7 més que a l'inici de la sèrie) i de 26,3 anys per a les dones (3,2 anys més). Això faria que un home de 65 anys al final del període visqués de mitjana fins a prop dels 88 anys i que una dona de 65 anys superés els 91 anys.

En qualsevol cas, aquestes projeccions ens indiquen que la tendència és que el pes de la població gran continuï augmentant i que augmenti, a més, el sector de gent més gran.

Les dades que ens ofereix l'INE en les seves projeccions no deixen cap dubte. Segons els seus càlculs, la població de 65 anys i més, que suposava un 19% del total de la població el 2017, podria arribar a representar una quarta part de la població cap al 2035 i mantenir-se entorn del 30% posteriorment. Els efectes de l'envelliment detectats són especialment intensos en els grups d'edats més avançades. Així, la població de 80 anys i més, que suposava un 6,1% el 2017, passaria a incloure el 7,5% de la població l'any 2025 i suposar entre el 12% i el 13% de la població al final de la projecció. En el grup de les persones centenàries, es passaria d'un 0,02% el 2017 a un 0,43% el 2025.

2.2.2. Projeccions del període 2022-2037 per a la població de les Illes Balears

L'Institut Nacional d'Estadística no només projecta les dades generals estatals, sinó també de les comunitats autònomes. En aquest escenari, a 15 anys (2022-2037), la comunitat autònoma de les Illes Balears presentaria el creixement relatiu més quantios de totes les comunitats autònomes, amb un 25%, gairebé deu punts percentuals més que les comunitats més dinàmiques, com Múrcia, les Illes Canàries i Madrid. Aquest creixement en valors absoluts significa que l'arxipèlag balear haurà de suportar un contingent de més de 300.000 persones afegit a l'actual, amb les tensions sobre els serveis, les infraestructures i els equipaments que això pot suposar.

I què cal esperar que passi amb el col·lectiu de la població més gran? Afortunadament, les projeccions es plantegen amb molt de detall (any a any d'edat), tot i que, per resumir-les, hem agrupat la població per grups d'edat quinquennals, i ens permeten arribar a conclusions importants.

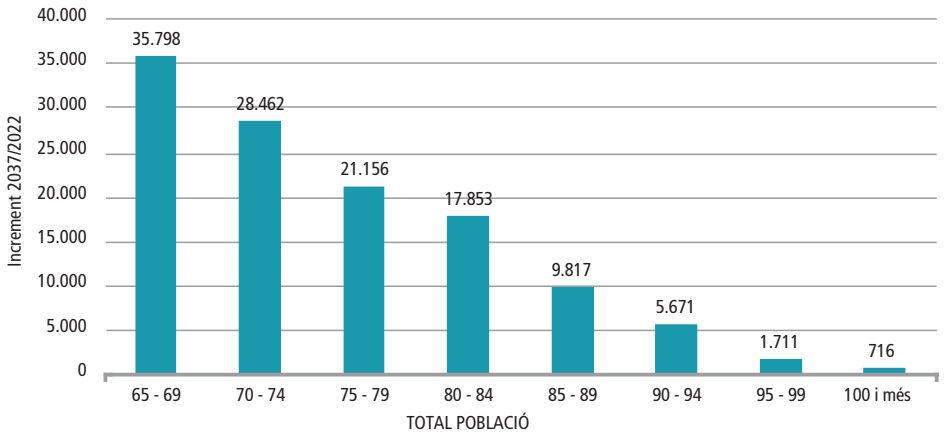
Taula 4 | *Projecció de la població de les Illes Balears durant el període 2022-2037*

Grup de Població	2022	2027	2032	2037	Increment 2037/2022	% Increment 2037/2022
TOTAL POBLACIÓ	1.223.961	1.347.498	1.454.180	1.530.103	306.142	25,01
65 - 69	58.816	70.402	83.189	94.614	35.798	60,86
70 - 74	50.155	56.016	66.846	78.618	28.462	56,75
75 - 79	39.783	45.456	50.997	60.939	21.156	53,18
80 - 84	25.305	33.100	38.137	43.158	17.853	70,55
85 - 89	18.210	17.914	23.962	28.028	9.817	53,91
90 - 94	8.113	9.720	9.939	13.784	5.671	69,91
95 - 99	2.236	2.861	3.663	3.947	1.711	76,49
100 I MÉS	215	447	663	931	716	332,87
Total gent gran	202.833	235.917	277.396	324.017	121.184	59,75
Pes percentual gent gran / Total	16,57	17,51	19,08	21,18		

Font: Projeccions de població per al període 2022-2072 (INE, 2023)

Així, els anys que venen, el creixement de la població gran serà especialment important. Recordem que grans contingents de població nascuda els anys seixanta i setanta (entre els quals em trob) ja arribaran, en el període considerat, a formar part d'aquest sector demogràfic. Si hem dit abans que el percentatge d'augment de la població de l'arxipèlag entre els anys 2022 i 2037 era d'un impressionant 25%, què hem de dir davant del prop del 60% que creixerà el col·lectiu de la població de l'arxipèlag més gran de 65 anys? Realment, un creixement impressionant que obligarà a atendre les necessitats d'un col·lectiu de població que veurà incrementat els seus efectius amb més de 120.000 persones (121.184). Un col·lectiu —no ho podem oblidar— que s'acostarà a les 325.000 persones, això és, una població equivalent a la que tenia tot el terme municipal de Palma l'any 2000! Aquest creixement és especialment important pel consum de recursos específics sanitaris i assistencials que necessita el col·lectiu, circumstància que de cap manera no es pot obviar, perquè parlem d'un futur a molt curt termini, especialment si es volen atendre amb èxit les necessitats plantejades. Si no s'equivoquen les projeccions (i en un període de temps tan curt això és més que improbable), d'aquí a 13 anys, dues de cada deu persones de les Illes Balears ja formaran part del grup de persones a les quals dedicam aquest anuari.

Gràfic 10 | Increment de la població gran per grup d'edat quinquennal. Illes Balears, període 2022-2037



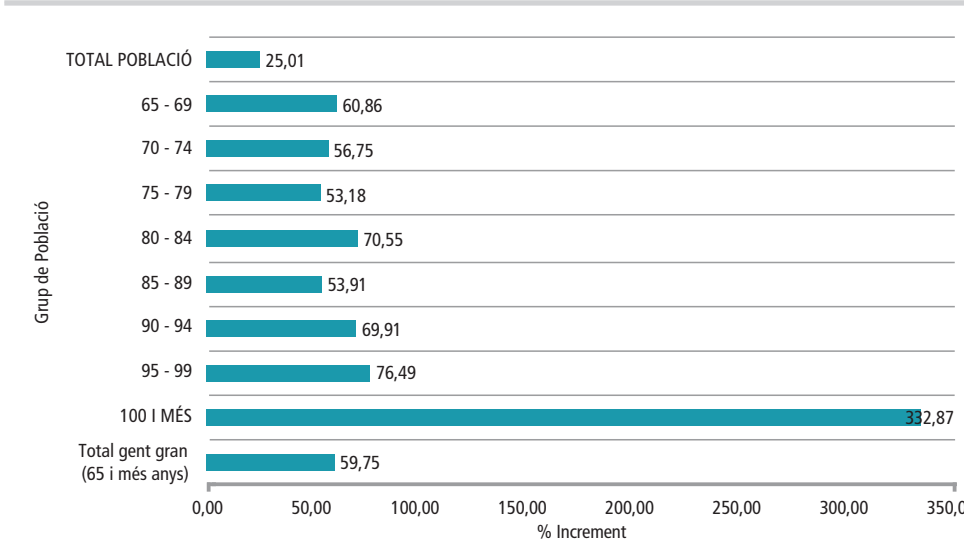
Font: Projeccions de població 2022-2072 (INE, 2023)

Els increments esperats de la població de la gent gran a curt termini són —torn a dir-ho— absolutament espectaculars, però no afecten tots els grups d'edat amb la mateixa intensitat absoluta i relativa. En valors absoluts —com és lògic, d'altra banda—, els creixements més significatius es produiran en els quinquennis inicials de la població gran. Aquests increments seran de diverses desenes de milers en els primers grups i baixaran progressivament a mesura que analitzem els grups de més edat, fins als poc més de 700 efectius que s'esperen entre les persones centenàries. Ara bé, en termes relatius, aquests creixements són molt diversos i molt més importants en els grups d'edats més avançades. Així, en algun grup quinquennal (per exemple, de 80 a 84 anys) i, principalment, a partir de 90 anys, se superarà la mitjana de creixement percentual per al conjunt de la gent gran (més del 60%) fins a assolir, en el grup de 100 anys i més, un creixement superior al 300%, la qual cosa significa que s'espera que la xifra de centenaris més que triplici la xifra actual. Aquest creixement tan significatiu dels grups de població d'edats més avançades de la gent gran determinarà un impacte significatiu sobre les demandes que, a curt termini, rebran els serveis que s'ocupen d'atendre les seves necessitats. Així, segons la projecció analitzada, cap al 2037, una data que no s'allunya tant del moment actual, a les Illes Balears, hi haurà prop de 47.000 habitants de 85 anys o més, i això vol dir afegir unes 18.000 persones d'aquest sector de població a les que ja s'atenen, si fa no fa, actualment.

Les projeccions, així mateix, també tenen en compte la variable del sexe i ens mostren, un cop més, el ja esmentat fenomen de la feminització entre la gent gran; això és, el

predomini de les persones de sexe femení en els grups de població més avançats, que és particularment més evident en els grups d'edat superior, sobretot a partir de 85 anys i de manera molt particular a partir de 95.

Gràfic 11 | *Creixement percentual de la gent gran per grups quinquennals. Illes Balears, període 2022-2037*



Font: Projeccions de població 2022-2072 (INE, 2023)

Tot seguit us oferim les dades per grups d'edat quinquennals de la gent gran projectats i la taxa de feminitat calculada per a l'any 2037.

Taula 5 | *Població per grups d'edat quinquennals i sexe, i taxa de feminitat. Illes Balears, període 2022-2037*

Grup de Població	2022			2037			Diferència entre dones i homes	Taxa feminitat 2037
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres		
TOTAL POBLACIÓ	1.223.961	611.360	612.601	1.530.103	762.157	767.945	5.788	100,76
65 - 69	58.816	28.346	30.470	94.614	46.676	47.938	1.262	102,7
70 - 74	50.155	23.590	26.565	78.618	37.475	41.143	3.668	109,79
75 - 79	39.783	18.294	21.489	60.939	27.852	33.087	5.234	118,79

continua

Grup de Població	2022			2037			Diferència entre dones i homes	Taxa feminitat 2037
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres		
80 - 84	25.305	10.840	14.465	43.158	18.764	24.394	5.630	130
85 - 89	18.210	6.889	11.321	28.028	11.369	16.659	5.290	146,53
90 - 94	8.113	2.495	5.617	13.784	5.095	8.689	3.594	170,55
95 - 99	2.236	645	1.591	3.947	1.250	2.697	1.447	215,73
100 I MÉS	215	53	162	931	229	702	473	307,17
Total gent gran	202.833	91.153	111.680	324.017	148.709	175.308	26.599	117,89

Font: Projeccions de població 2022-2072 (INE, 2023)

Aquest fenomen no solament es manté sinó que té una certa tendència a augmentar. Cal esperar que la diferència entre homes i dones en valors absoluts sigui superior en alguns milers d'efectius en el futur. Així, si, segons les dades considerades a la taula anterior, hi havia 20.527 dones més que homes entre la població de 65 anys i més a les Illes Balears, aquesta diferència s'acostarà a les 27.000 persones l'any 2037.

3. Prevalença de la solitud i l'aïllament social entre les persones grans

Els estudis existents poden aportar xifres diferents sobre la prevalença de la soledat i l'aïllament social entre les persones grans. No obstant això, se'n poden inferir algunes característiques generals:

- Les dades de solitud detectades són superiors entre les dones que entre els homes, de manera que podríem parlar de l'existència de diferències de gènere.
- Les dades de solitud són superiors en els grups d'edat més avançada. A més a més, segons l'estudi de la Caixa (2018), amb l'edat no només n'augmenta la prevalença, sinó que també se n'accentua la dimensió emocional.
- Pràcticament totes les persones que pateixen aïllament social viuen soles, però no totes les persones que viuen soles pateixen aïllament social. Tot i amb això, conèixer l'evolució de les llars unifamiliars, sobretot de la gent gran, pot ser un indicador a tenir en compte per avaluar el risc de la solitud.
- L'aïllament social i la solitud no desitjada augmenten de manera considerable entre la població gran en les societats occidentals. Hem de recordar que un increment de l'aïllament social augmenta el risc de patir soledat no desitjada.

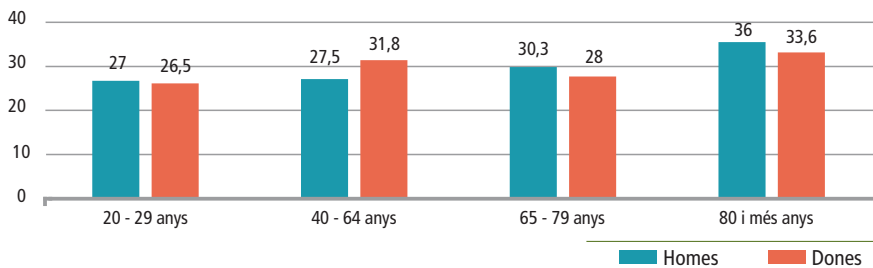
3.1. Dades de prevalença d'alguns estudis concrets

Segons l'informe de la Fundació la Caixa, titulat «La soledad en las personas mayores: prevalencia, características y estrategias de afrontamiento», fet a partir d'una enquesta en què participaren 14.000 persones grans, el 68% dels enquestats manifestaven experimentar sentiments de solitud no desitjada i un 14,8% dels casos experimentaven una solitud que podria considerar-se greu o molt greu.

Un altre estudi de l'Observatori Social de la Caixa, (Yanguas et al., 2019), fet a vuit municipis d'Espanya a partir d'una mostra de 1.688 persones de totes les edats, mostra que poc menys de la meitat de la població (43,6%) té un cert risc d'aïllament social o se sent sola i un 11,8% de la població pateix ambdues situacions.

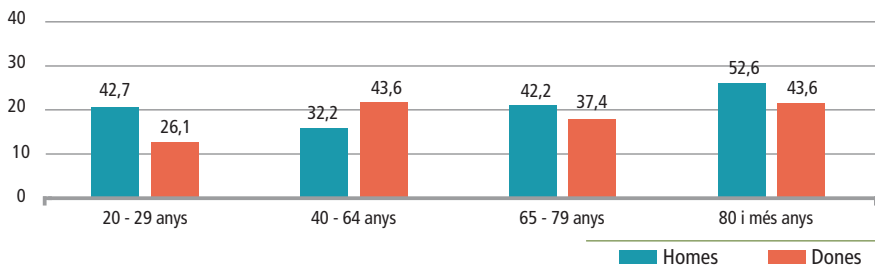
Aquest estudi indica que la soledat no desitjada impacta de manera molt important en totes les edats, tot i que hi ha un clar augment de la prevalença amb l'edat i que aquesta augmenta sobretot en la dimensió emocional.

Gràfic 12 | Persones amb solitud social per edat i sexe



Font: Enquesta de l'any 2018. Obra Social la Caixa

Gràfic 13 | Persones amb solitud emocional per edat i sexe



Font: Enquesta de l'any 2018. Obra Social la Caixa

Aquest augment de la prevalença de la soledat és evident entre els homes i dones de 65 anys i més, un 39,81% dels quals presenten soledat emocional, i un 29,14%, soledat social.

Les xifres són encara més altes en el grup de població de 80 anys i més, en què trobam que més d'un terç de la població pateix soledat social i un percentatge superior a un 43% presenta soledat emocional. Els percentatges són superiors entre els homes en el grup de gent gran i, en el cas de la soledat emocional de la població de més de 80 anys, aquesta afecta més del 52% dels enquestats.

Així mateix, pel que fa a l'aïllament social i a partir de l'ús de l'escala de Lubben, es va analitzar la xarxa familiar i la social, i s'arribà a una sèrie de conclusions interessants:

1. La xarxa familiar aporta un grau més elevat de protecció, per a ambdós gèneres i independentment de l'edat.
2. La xarxa d'amics comporta més risc d'aïllament. A partir de 65 anys, es comença a trencar (27,7%) i aquest trencament s'accentua a partir de 80 anys (45,5%), la qual cosa compromet el suport social i emocional de les persones grans.
3. Els risc d'aïllament social per pèrdua dels amics és superior entre els homes i es manifesta abans que en les dones (40 anys, en els homes; a partir de 65, en les dones).
4. El risc d'aïllament per reducció de la xarxa d'amics sembla molt més acusat en el cas de les persones amb un nivell socioeducatiu més baix. I aquesta situació sembla més evident entre els homes.
5. Les persones que viuen soles, respecte de les que viuen en parella o amb altres models de convivència, tenen menys freqüència de contactes, menys proximitat emocional i una confiança en la xarxa social més condicionada.
6. Les dones tenen una xarxa social més àmplia i de més qualitat (més proximitat emocional i més nivell de confiança) que els homes, i aquest fet s'intensifica entre la població gran (a partir de 65 anys).
7. Hi ha risc d'aïllament social en totes les edats, però s'intensifica a partir de 65 anys i és especialment important a partir de 80.

Pot ser interessant recollir les conclusions de l'estudi de Gené i altres (2020) fet a partir d'enquestes telefòniques, els quals establiren l'existència de dos perfils de solitud. Així, identificaren una solitud moderada (16,54%), associada als processos de l'envelliment

(dificultats de marxa, deteriorament cognitiu o barreres arquitectòniques), i una solitud important (prevalença d'un 18,71%), que vinculen sobretot al fet de conviure amb menys persones.

Aquest estudi estableix la correlació directa entre la solitud i l'aïllament social. El risc d'aïllament social (prevalença d'un 38,85%) s'associa principalment al factor edat i als problemes de salut.

Altres estudis, com el del cost de la soledat a Espanya (Casal-Rodríguez et al., 2023), ofereixen unes dades de prevalença ben distintes. A través d'una enquesta realitzada a poc més de 4.000 persones, es volia aprofundir en el coneixement dels efectes de la solitud sobre la població. Per això, es va fer un primer filtratge de la població i es demanava: «Independentment del major o menor contacte que tingueu amb altres persones en la vida diària, amb quina freqüència us sentiu sol/a? Amb «sentir-se sol» ens referim al fet que teniu menys relació de la que us agradaria amb altres persones, o les relacions que teniu no us ofereixen tot el suport que desitjau». I les respostes només podien ser: «1. Mai», «2. Gairebé mai», «3. Amb freqüència» i «4. Sempre». Es considerà que el grup de persones en solitud era que contestava «Amb freqüència» i «Sempre», i es va fer una enquesta en detall per arribar a una mostra de 400 persones, per edat i sexe, segons l'estructura poblacional de l'Estat espanyol.

Taula 6 Prevalença de la solitud no desitjada per sexe i edat					
Homes					
	Casos (n)	Prevalença (%)	Marge d'error (+%)	IC 95 % prevalença inferior (%)	IC 95 % prevalença superior (%)
16-24	221	19,1	6,6	13,9	24,2
25-34	268	18,5	6	13,8	23,1
35-44	359	10,5	5,2	7,3	13,7
45-54	383	11,1	5	7,9	14,2
55-64	313	10	5,5	6,7	13,3
65-74	219	8	6,6	4,4	11,6
75 i més	183	10,2	7,2	5,8	14,6
TOTAL	1.946	12,1	2,2	10,6	13,5
Dones					
	Casos (n)	Prevalença (%)	Marge d'error (+%)	IC 95 % prevalença inferior (%)	IC 95 % prevalença superior (%)
16-24	208	26,1	6,8	20,1	32
25-34	263	14,7	6	10,4	18,9

continua

Dones					
	Casos (n)	Prevalença (%)	Marge d'error (+%)	IC 95 % prevalença inferior (%)	IC 95 % prevalença superior (%)
35-44	355	16	5,2	12,1	19,8
45-54	379	13,1	5	9,7	16,5
55-64	328	14,5	5,4	10,7	18,3
65-74	247	7,6	6,2	4,3	10,9
75 i més	278	15,4	5,9	11,1	19,6
TOTAL	2.058	14,8	2,2	13,3	16,3
Total					
	Casos (n)	Prevalença (%)	Marge d'error (+%)	IC 95 % prevalença inferior (%)	IC 95 % prevalença superior (%)
16-24	429	21,9	4,7	18	25,9
25-34	531	16,5	4,3	13,4	19,7
35-44	714	13,2	3,7	10,7	15,7
45-54	762	12,1	3,6	9,8	14,5
55-64	641	12,4	3,9	9,8	14,9
65-74	466	7,8	4,5	5,4	10,2
75 i més	461	12,2	4,6	9,2	15,2
TOTAL	4.004	13,4	1,5	12,3	14,4

Font: Casal-Rodríguez et al., 2023

López-Doblas i Díaz-Conde (2018) han analitzat la repercussió de la viudetat i el fet de viure en llars unipersonals sobre el sentiment de la solitud de les persones grans. Han conclòs que el sentiment de solitud és un problema social que s'ha d'analitzar i que, atesa l'evolució demogràfica futura i els canvis sociològics actuals, cal esperar que encara tinguí més rellevància. Per això, tot seguit intentarem il·lustrar aquesta evolució analitzant la possible evolució de les llars unifamiliars i del contingent de gent gran.

3.2. Fonts estadístiques que ens permeten aportar una visió quantitativa sobre la qüestió de la solitud

3.2.1. Les llars unifamiliars i la gent gran

3.2.1.1. Les llars unifamiliars i les projeccions de l'INE

A més de fer projeccions sobre la població i algunes de les seves característiques principals (sexe, edat...), l'INE també realitza projeccions sobre els habitatges familiars i la seva estructura.

Sabem que hi ha una relació important entre les persones que viuen soles i les que experimenten, amb més o menys freqüència, solitud. Per això, hem cregut oportú presentar les dades de la projecció de les llars que fa l'INE i, en particular, destacar les llars familiars on viu només una persona.

Segons la projecció de llars feta també en l'interval 2022-2037, es planteja que la xifra de llars a l'Estat espanyol creixerà en 2,7 milions i passarà dels poc més de 18,9 milions a més de 21,6, un increment d'un 14,5%. Atès que sabem que en aquest període la població espanyola es calcula que augmentarà un 8,9% (més de 4.200.000 persones), es planteja una reducció general de la dimensió mitjana de les llars, que passarien de ser de 2,48 persones per llar a l'inici de la sèrie a ser de 2,36 al final del període considerat.

Les llars més freqüents l'any 2037 serien les de dues persones (32,3%), seguides per les d'una persona (29,8%) i, ja a bastanta distància, les de tres (18,5%), quatre persones (14,1%) i cinc o més (5,4%).

Particularment important és l'increment percentual de les persones que viuran en llars d'una única persona, és a dir, soles. Aquest creixement seria d'un 27,3% en el període analitzat i superaria els 6.450.000 llars a l'Estat espanyol.

Taula 7 | *Llars de persones residents en habitatges familiars. Habitatges totals i unipersonals a l'Estat espanyol i a l'es Illes Balears, període 2022-2037*

	Estat espanyol			Illes Balears		
	Total	1 persona	% de llars unipersonals	Total	1 persona	% de llars unipersonals
2022	18.916.118	5.066.940	26,79	465.982	115.343	24,75
2023	19.117.329	5.154.328	26,96	475.359	117.813	24,78
2024	19.338.587	5.254.096	27,17	485.108	120.484	24,84
2025	19.562.814	5.356.117	27,38	495.047	123.254	24,9
2026	19.784.201	5.458.111	27,59	504.897	125.980	24,95
2027	20.000.066	5.557.080	27,79	514.626	128.720	25,01
2028	20.211.617	5.657.115	27,99	524.142	131.468	25,08
2029	20.417.804	5.759.151	28,21	533.398	134.264	25,17

continua

	Estat espanyol			Illes Balears		
	Total	1 persona	% de llars unipersonals	Total	1 persona	% de llars unipersonals
2030	20.610.519	5.855.092	28,41	542.183	136.908	25,25
2031	20.790.469	5.946.095	28,6	550.502	139.458	25,33
2032	20.960.193	6.035.404	28,79	558.413	141.981	25,43
2033	21.120.315	6.124.437	29	565.945	144.498	25,53
2034	21.266.366	6.208.533	29,19	572.937	146.883	25,64
2035	21.403.417	6.290.834	29,39	579.544	149.246	25,75
2036	21.531.229	6.371.723	29,59	585.740	151.559	25,87
2037	21.651.673	6.450.937	29,79	591.656	153.825	26
Increment de llars 2037/2022	2.735.555	1.383.997	-	125.674	38.482	-
% increment 2037/2022	14,46	27,31	-	26,97	33,36	-

* Dades l'1 de gener

Font: Projectió de llars (INE)

Si aquestes són les dades principals pel que fa al conjunt de l'Estat, quines són les de l'arxipèlag Balear? Doncs que, com succeïa també amb les projeccions demogràfiques amb què estan íntimament relacionades, les taxes de creixement percentual de les llars són les més elevades de l'Estat, amb un augment d'un 27% els quinze anys considerats.

Així, de les 465.982 llars de 2022, les Illes Balears arribarien a les 591.656 el 2037, amb un augment absolut de 125.674. Quant a la dimensió mitjana de les llars de les Illes Balears, es passaria d'una dimensió mitjana de 2,61 a 2,57 i el pes de llars unifamiliars també experimentaria una pujada des del 24,8% del total de llars a l'inici de la sèrie al 26% el 2037.

Les llars unifamiliars a les Illes Balears passarien de les 115.343 el 2022 a les 153.825 el 2037, xifra que suposa un creixement de les llars unipersonals d'un 33,36%, superior al general de llars. Per tant, indica la tendència que el model de viure sense la companyia d'altres persones s'intensificarà en el futur, tant pel model sociològic actual d'inestabilitat de les relacions de parella com per una major tendència a viure sol de manera voluntària, així com pel procés d'envelliment de la població, que fa que siguin moltes les persones grans que viuen soles, en particular, les dones, que tenen, com sabem, una esperança de vida significativament més llarga que els homes.

3.2.1.2. Distribució de les llars unipersonals per edat i sexe a les Illes Balears: la gent gran que viu sola a les Illes Balears

Les projeccions de l'INE no ens ofereixen informació per edat i sexe de la població que viu en llars unipersonals. Per això, he hagut de recórrer a altres fonts. L'Institut Balear d'Estadística, mitjançant l'explotació del cens de 2021 publicada el 2023, ens permet accedir a aquesta informació.

Taula 8 | *Llars unipersonals per edat i sexe a les Illes Balears. Cens de 2021*

ILLES BALEARS	Total		Home		Dona		Taxa de feminitat (dones per cada 100 homes)
	Total	%	Total	%	Total	%	
Total	112.457	100,00	53.749	100,00	58.708	100,00	109,23
Menys de 30 anys	4.334	3,85	916	1,70	3.418	5,82	373,14
De 30 a 39 anys	22.248	19,78	10.723	19,95	11.524	19,63	107,47
De 40 a 49 anys	27.375	24,34	17.571	32,69	9.804	16,70	55,80
De 50 a 59 anys	16.360	14,55	10.478	19,49	5.883	10,02	56,15
De 60 a 69 anys	14.937	13,28	6.158	11,46	8.778	14,95	142,55
De 70 a 79 anys	15.102	13,43	4.916	9,15	10.186	17,35	207,20
80 anys o més	12.102	10,76	2.987	5,56	9.115	15,53	305,16
Població de 60 i més anys	42.141	37,47	14.061	26,17	28.079	47,83	199,69

Font: Institut d'Estadística de les Illes Balears. Cens de 2021 (INE)

De la taula anterior en podem treure algunes conclusions:

1. Els grups d'edat que concentren més llars unipersonals són els compresos entre els 40 i els 49 anys, i entre els 30 i els 39.
2. Un percentatge molt significatiu de llars unipersonals es concentra en el grup de població de 60 anys i més. De fet, més de 42.000 persones d'aquestes edats viuen en llars en què no hi ha cap altra persona.
3. Hi ha una xifra significativa de persones d'edat avançada que viuen en llars d'aquesta tipologia.
4. Hi ha una important bretxa o diferència de gènere en el fet de viure en llars unipersonals. Així, hi ha més dones que homes que viuen en llars unipersonals. Però es detecten diferències molt significatives, a més, per grup d'edat. Així, hi ha dos

grups en què la xifra de dones que viuen soles és especialment destacat en comparació amb la xifra d'homes: els grups de persones de menys de 30 anys i a partir dels 60, i, sobretot, a partir dels 70 anys, en què la ràtio de dones/homes que viuen sols augmenta d'una manera molt significativa. Poc menys del 80% de les llars unipersonals de persones de menys de 30 anys corresponen a dones que viuen soles. De la mateixa manera, prop del 67% de les llars totals de persones de més de 60 anys corresponen a llars ocupades per dones i encara són superiors els percentatges a partir dels 70 anys (67% de les llars de les persones entre 70 i 79 anys i 75% de les llars de les persones de 80 anys i més). Així, podem afirmar que, en bona mesura, el fet de viure en llars unipersonals és una característica que afecta les dones grans de manera molt particular.

Entre els 40 i els 60 anys, serien els únics grups de població en què trobam més llars unipersonals constituïdes per homes que per dones.

3.2.1.3. Gent gran que viurà sola en el futur, aplicant les projeccions de població i llars de l'INE

Hem dit que les projeccions de llars no detallen l'estructura per edat i sexe de la població. Per això, hem fet càlculs per poder determinar quina serà la gent gran que viurà sola (en llars unipersonals) al final del període projectat per l'INE, 2037, a fi que els planificadors i tècnics puguin avaluar les necessitats d'aquesta població i afrontar-ne les necessitats pel que fa a la solitud que se'n puguin derivar.

Taula 9 | Població per grups d'edat i sexe, i percentatge calculat que viu en llars unipersonals. Cens de 2021

	Població 2021			% de població que viu en llars unipersonals		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Total	1.183.415	590.990	592.425	9,50	9,09	9,91
Menys de 30 anys	367.329	188.260	179.069	1,18	0,49	1,91
De 30 a 39 anys	178.367	90.048	88.319	12,47	11,91	13,05
De 40 a 49 anys	209.384	108.533	100.851	13,07	16,19	9,72
De 50 a 59 anys	171.389	86.700	84.689	9,55	12,09	6,95
De 60 a 69 anys	122.553	59.557	62.996	12,19	10,34	13,93
De 70 a 79 anys	83.309	38.685	44.624	18,13	12,71	22,83
80 anys o més	51.084	19.207	31.877	23,69	15,55	28,59
Població de 60 i més anys	256.946	117.449	139.497	16,40	11,97	20,13

Font: Cens de 2021. Població i habitatges. Institut Nacional d'Estadística i elaboració personal

En primer lloc, a partir de les dades de solitud per grups d'edat i sexe que ens ofereix l'IBESTAT i que hem presentat a l'epígraf anterior, hem calculat els percentatges de persones que viuen en llars unipersonals sobre cada grup d'edat i sexe global. L'objectiu és utilitzar aquesta distribució percentual per aplicar-la a la projecció de població per al 2037 calculada per l'INE i, d'aquesta manera, poder oferir dades de distribució per edat i sexe de persones que viuen soles i, particularment, entre la gent gran.

Si a l'epígraf anterior analitzàvem les dades centrant-nos en el total de llars unipersonals, aquesta taula ens permet calcular la distribució de llars unipersonals sobre l'estructura global de la població. D'aquesta manera, coneixent la distribució de llars unipersonals per grup d'edat i sexe, podem aplicar-la sobre l'estructura per edat i sexe de 2037. Així obtindrem la xifra esperable de persones que en el futur viuran soles i, en particular, sabrem quin serà aquest volum entre les persones grans.

Abans, però, destacarem alguns dels trets principals de la distribució de llars unipersonals per edat i sexe, amb especial atenció al que succeeix entre les persones grans:

1. Hi ha més llars unipersonals constituïdes per dones. Aquesta circumstància és poc destacable, si ens fixam en el total de la població, però sí que és important en determinats grups d'edat. En els grups d'edat més joves considerats, especialment en el de menys de 30 anys, però també en el de 30 a 39 anys, hi ha més llars unipersonals constituïdes per dones.

2. Entre els 40 i els 60 anys, és el moment en què menys dones viuen en llars unipersonals i en què les xifres masculines superen les femenines.

3. Finalment, i pel que ens ocupa, malgrat que hem d'efectuar aquesta anàlisi a partir de 60 anys, per adaptar-nos als intervals facilitats per l'IBESTAT, ens centram en la gent gran:

3.1. El grup de població que té més tendència a viure en llars familiars sense ningú més és la gent gran.

3.2. Les persones que més viuen soles, segons el perfil per edat i sexe, són les dones de 70 anys i més.

3.3. La taxa de viure en llars unipersonals augmenta amb l'edat i és particularment significativa a partir de 80 anys, en què prop d'una quarta part de la població (23,69%) viuria sola. I aquestes xifres són més importants entre el col·lectiu femení, en què prop d'un terç (28,59%) viu sense la companyia d'altres persones.

Tot seguit oferirem els càlculs efectuats per obtenir, en valors absoluts, la xifra de població gran que, previsiblement i d'acord amb les projeccions de l'INE, viurà sola l'any 2037.

Taula 10 | *Persones que viuran en llars unifamiliars l'any 2037, d'acord amb la projecció de població i la distribució real de 2021 i la projecció de llars de l'INE*

	Aplicant la distribució percentuals de 2021			Ajustant el càlcul als habitatges calculats INE***		
	Total	Homes	Dones	Total	Homes	Dones
Total*	145.402	69.316	76.102	153.825	73.332	80.510
Menys de 30 anys	5.036	1.068	3.958	5.328	1.130	4.187
De 30 a 39 anys	27.662	13.556	14.083	29.264	14.341	14.899
De 40 a 49 anys	28.645	17.905	10.548	30.304	18.942	11.159
De 50 a 59 anys	21.700	13.715	7.909	22.957	14.509	8.367
De 60 a 69 anys	25.069	10.623	14.345	26.522	11.238	15.176
De 70 a 79 anys	25.298	8.302	16.944	26.764	8.783	17.925
De 80 anys o més	21.286	5.709	15.196	22.519	6.039	16.076
Població de 60 i més anys**	71.654	24.633	46.485	75.804	26.060	49.177

* Les sumes de les files i les columnes poden presentar petites diferències, atès que les xifres projectades de població i els percentatges aplicats presenten decimals. Quan es duen a terme operacions sobre aquestes xifres, poden presentar certes discrepàncies.

** Les dades de 60 anys i més s'han extret sumant els grups des de 60 fins a més de 80 anys, per columnes.

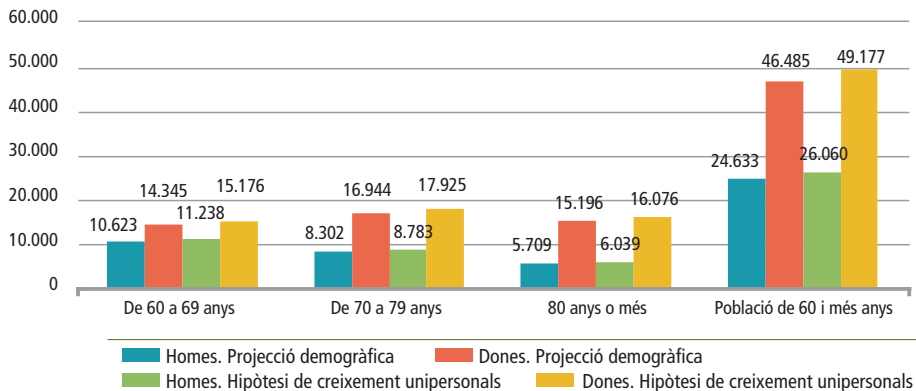
*** L'ajustament a les dades de l'INE s'ha fet distribuint la xifra total d'habitatges calculats per l'INE entre els valors que hem obtingut en el càlcul aplicant la distribució percentual de 2021. Per això, les xifres també presenten certes diferències: les sumes de files (total per sexe) i les sumes de columnes (agrupacions d'edat i total) no coincideixen exactament.

Font: Elaboració pròpia

Quan hem aplicat els percentatges de distribució de la població que vivia en llars unipersonals l'any 2021 a la projecció de població de l'INE per grups d'edat i sexe, hem obtingut unes primeres xifres, que són les que hem presentat en les primeres tres columnes de la taula anterior. Aquestes xifres correspondrien a una distribució directa a partir de paràmetres estrictament demogràfics, però aquesta xifra no tindria en compte la hipòtesi que planteja l'INE segons la qual el ritme de creixement del nombre de llars unipersonals serà major que el ritme de creixement demogràfic i, per tant, la xifra obtinguda en aquesta projecció directa, el total d'habitatges unipersonals, seria menor que el previst per l'Institut Nacional d'Estadística. Per això, hem elaborat un nou càlcul a partir de la distribució de llars unipersonals que hem projectat i la xifra de 153.825 que planteja com a hipòtesi de total d'habitatges unipersonals a les Illes Balears el 2037, i hem fet una nova distribució proporcional. D'aquesta manera, podem dir que plantejam dos escenaris: el primer, amb unes xifres més baixes, que seria el resultat de la projecció demogràfica directa a partir de la població que s'espera i els percentatges de distribució de llars unipersonals per edat i sexe del cens de 2021, i un segon escenari, obtingut a partir de les dades anteriors i adaptat a la xifra total d'unipersonals considerada per l'INE.

Val a dir, com hem indicat a les notes de peu de taula, que el fet d'aplicar les projeccions de població que impliquen decimals amb unes distribucions de llars unipersonals, que també s'han obtingut amb uns càlculs que tampoc no s'han afinat, més enllà d'alguns decimals, fa que la taula presenti una sèrie de petites discrepàncies, si comparam les dades parcials amb els totals per files o per columnes. Tanmateix, consideram que aquestes dades suposen, com a mínim, un bon intent d'aproximació al que cal esperar en l'estructura de les llars i, particularment, de les llars unipersonals del col·lectiu de la gent gran.

Gràfic 14 | Llars unipersonals de gent gran previstes per a 2037.
Escenari de projecció demogràfica directa i manteniment de la distribució del cens de 2021. Escenari d'augment de les llars unipersonals plantejades per l'INE



Font: Elaboració pròpia

Les conclusions generals que podem establir a partir dels càlculs que hem dut a terme són:

1. Cal esperar un fort increment a curt termini de les llars unipersonals de gent gran i, consegüentment, preparar-se per a aquest increment. La comparació entre els escenaris plantejats per a 2037 (projecció demogràfica directa i hipòtesi de l'INE sobre l'increment d'aquestes llars) fa que puguem parlar d'un increment, el període 2021-2037, d'entre el 70 i el 80% de les persones de 60 anys i més que viuran soles, en llars unipersonals.
2. Els creixements són molt intensos i significatius en tots els grups d'edat i en ambdós sexes.
3. En el període considerat, es detecta un ritme d'increment de persones més elevat entre els homes que viuran sols.

4. L'augment del nombre de llars unipersonals assoleix els màxims en els grups d'edat més avançada (80 anys i més). En el cas dels homes, en les hipòtesis plantejades, seria entre un 91 i un 102%, és a dir, cal esperar que gairebé hi hagi el doble d'homes que el 2021 que visquin sols. Pel que fa a les dones, es plantegen creixements del col·lectiu que viu sol entre el 67 i el 76% en aquest grup d'edat.

5. El predomini de les dones que viuen soles entre la gent gran continua de manera palesa en tots els grups d'edat considerats, amb una gran diferència respecte dels homes, com a conseqüència de les dinàmiques vitals i convivencials i una esperança de vida més llarga de les dones. En les dues hipòtesis plantejades, les dades calculades ens presenten un escenari en què, a les Illes Balears, l'any 2037 viuran entre 46.000 i poc més de 49.000 dones en llars unipersonals, això és, entre 22.000 i 23.000 més que homes que viuran sense ningú.

6. En definitiva, cal preparar-se per atendre les necessitats d'un col·lectiu de persones de més de 60 anys que viuran soles format per entre 71.000 i 75.000 persones, un 30% de les quals tindran més de 80 anys. Serà un col·lectiu especialment feminitzat, en què les dones representaran el 65% del total i adquiriran protagonisme en les edats més avançades, fins a ser aproximadament les tres quartes parts del grup d'individus de més de 80 anys.

3.2.2. Freqüència de sentir-se sol, per edat i sexe: població que pateix solitud actualment i escenaris de futur, segons les projeccions de l'INE

3.2.2.1. Població que pateix solitud, segons l'Enquesta de condicions de vida

A l'apartat anterior, hem analitzat les dades referides a la població que viu sola, especialment la situació del col·lectiu gran i les perspectives que indiquen un fort creixement en el col·lectiu que viurà sol en una projecció a curt termini. És important saber la gent que viu sola per valorar —encara que sigui indirectament— la potencialitat que una part pugui experimentar solitud i les conseqüències físiques i psíquiques que se'n derivin, però no tothom experimenta la situació de la mateixa manera. Per això, amb la finalitat de conèixer el percentatge de població que experimenta solitud, sobretot entre la gent gran, i valorar l'impacte de les projeccions demogràfiques de futur, us oferim les dades d'una enquesta realitzada l'any 2022 per l'Institut Nacional d'Estadística, que pretén incidir en aquesta qüestió.

Aquesta anàlisi s'introdueix en el mòdul de qualitat de vida, que forma part de l'Enquesta de condicions de vida duta a terme per l'INE. Aquesta pregunta està plantejada de manera tancada, i demana la freqüència en què la persona enquestada experimenta solitud, en una escala que va de «sempre» (solitud permanent) a «mai» (no experimenta aquest sentiment). Les escales intermèdies serien, de més a menys

solitud: «gairebé sempre», «algunes vegades» i «només algunes vegades». Els resultats globals se'ns ofereixen en una distribució per grans grups d'edat (de 16 a 29 anys; de 30 a 44, de 45 a 64, i de 65 cap endavant), pel conjunt de la població i per sexe.

Taula 11 | *Persones de 16 anys i més, segons la freqüència de sentir-se sol, per edat i sexe (any 2022)*

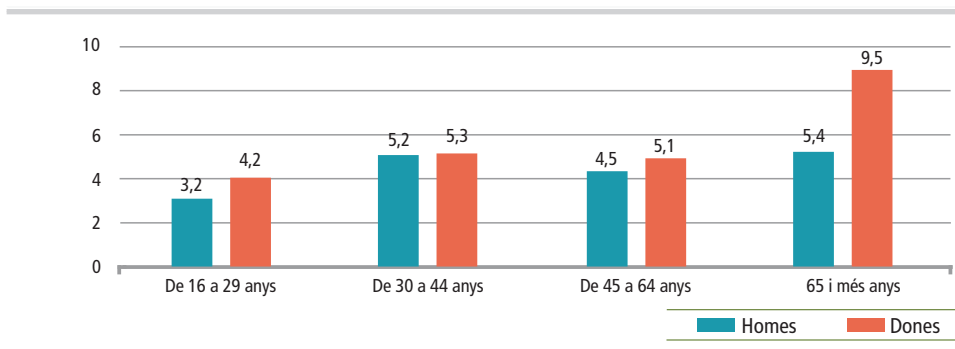
	Total	De 16 a 29 anys	De 30 a 44 anys	De 45 a 64 anys	65 i més anys
TOTAL					
Sempre	1,8	0,9	1,8	1,5	2,8
Gairebé sempre	3,6	2,8	3,4	3,3	4,9
Algunes vegades	20,2	20,2	19,3	19,4	22,5
Només alguna vegada	15,9	18,4	16,9	16,4	12,4
Mai	58,5	57,7	58,7	59,4	57,4
HOMES					
Sempre	1,6	0,9	1,8	1,5	2,2
Gairebé sempre	3	2,3	3,4	3	3,2
Algunes vegades	17,9	19,6	17,8	17,1	17,9
Només alguna vegada	15,2	17	15,7	16,3	11,2
Mai	62,2	60,1	61,2	62	65,5
DONES					
Sempre	1,9	0,9	1,8	1,5	3,3
Gairebé sempre	4,2	3,3	3,5	3,6	6,2
Algunes vegades	22,4	20,8	20,7	21,6	26,1
Només alguna vegada	16,6	19,8	18	16,5	13,3
Mai	55	55,2	56,1	56,8	51,1

Font: Mòdul de qualitat de vida (2022). Enquesta de condicions de vida. INE

Val a dir que no ens centrarem en les respostes positives de l'enquesta, sinó en les negatives, per intentar valorar quantitativament el grup persones de la nostra societat que pateixen aquest sentiment, el qual ha de ser atès, d'acord amb les possibilitats i els recursos disponibles o creant-ne d'específics, si es considera oportú.

Hem considerat que les persones que poden patir un grau important de solitud són aquelles que han declarat que se senten soles sempre i les que s'hi senten gairebé sempre. A partir d'aquestes dues categories, hem presentat els resultats en un gràfic de barres, que ens mostra aquesta vivència personal per grans grups d'edat i sexe.

Gràfic 15 | Percentatge de persones amb un grau important de solitud, per grans grups d'edat i sexe (any 2022)



Font: Mòdul de qualitat de vida (2022). Enquesta de condicions de vida (INE)

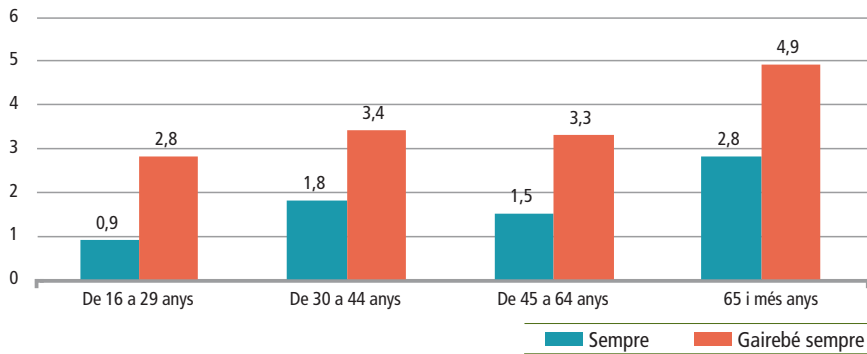
Algunes de les conclusions que podem plantejar són les següents:

1. Els sentiments de solitud es manifesten en totes les edats de manera prou significativa, i no només afecten el grup de persones més grans de la nostra societat.
2. El fenomen de la percepció de solitud és especialment intens entre la gent gran, tant pel fet que hi ha un percentatge de població més elevat que així ho declara com perquè els percentatges de gent que diu que sempre se sent sola adquireixen un protagonisme més destacat.
3. La percepció de solitud se centra de manera especial en les dones, que, en tots els grups d'edat analitzats, presenten percentatges més elevats. Així i tot, en el grup d'adults joves, aquest percentatge és molt similar en ambdós sexes.
4. La percepció de solitud és especialment important entre la gent gran, que mostra els percentatges més elevats de la sèrie. És especialment significativa entre les dones grans, ja que prop d'una de cada deu afirma que se sent sola sempre o gairebé sempre.

Ja hem dit que la l'experiència de la solitud s'accentua amb l'edat i que és particularment destacada entre la gent gran. Així, podem dir que, sobretot i pel que fa a sentir-se sempre sols, les taxes entre la gent de més de 65 anys tripliquen les de les persones que tenen entre 16 i 29 anys i pràcticament dupliquen les dels altres grans grups considerats. Així, un 2,2 % de la població masculina de 65 anys i més se sent sempre sol i un 3,3% de les dones de més de 65 anys experimenten aquesta sensació. La situació creix molt, si consideram, a més, el grup de població gran més nombrós, que se sent sol

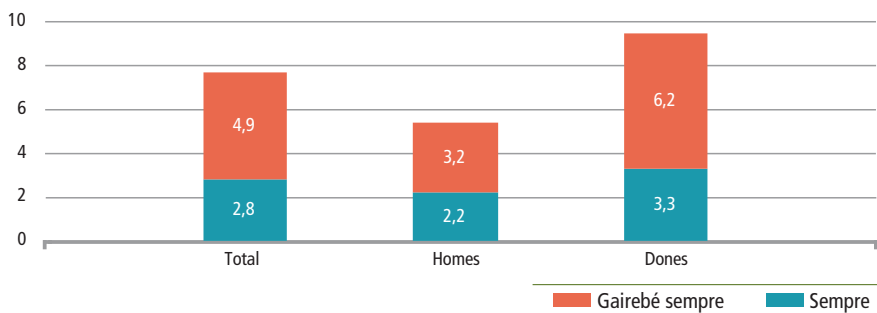
gairebé sempre (un 3,2% d'homes i un 6,2% de dones). Així, podem considerar que, patint solitud o en greu risc de patir-ne, trobaríem prop d'un 5,5% dels homes i un 9,5% de les dones.

Gràfic 16 | Percentatge de persones que se senten soles en les categories de «sempre» i «gairebé sempre», per grans grups d'edat (any 2022)



Font: Mòdul de qualitat de vida (2022). Enquesta de condicions de vida (INE)

Gràfic 17 | Població de 65 anys i més que se sent sola en les categories de «sempre» i «gairebé sempre», per sexe (any 2022)



Font: Mòdul de qualitat de vida (2022). Enquesta de condicions de vida (INE)

Consideram, però, que hem de traduir aquestes dades percentuals a valors absoluts, ja que ajudaran els interessats a comprendre millor l'abast d'aquest problema vivencial i la seva afectació sobre la població de les Illes Balears.

Taula 12 | *Població de 65 anys i més que experimenta un fort sentiment de solitud (any 2023)*

	TOTAL	HOMES	DONES
Total de població	199.586	88.898	110.688
Sempre se sent sola	5.608	1.956	3.653
Gairebé sempre se sent sola	9.707	2.845	6.863
Grau important de solitud	15.316	4.800	10.515

Font: Elaboració pròpia

Hem calculat la població que consideram que experimenta un fort sentiment de solitud (població que se sent sola sempre i aquella que s’hi sent gairebé sempre) a partir de la població censal de l’any 2023 facilitada per l’INE i dels percentatges d’aquestes categories per sexe, que hem obtingut de l’Enquesta de qualitat de vida, referida a la població de 65 anys i més. Hem sumat aquests resultats al total.

Quines són les conclusions principals que en podem extreure?:

1. Actualment, a la nostra comunitat autònoma hi ha més de 15.000 persones que experimenten sentiments permanents o gairebé permanents de solitud. És un col·lectiu ben significatiu i que requereix una atenció important.
2. Dues de cada tres persones que pateixen aquesta situació són dones, per la qual cosa cal parlar de feminització de la solitud en les edats avançades.
3. Una tercera part del col·lectiu analitzat està afectat pel nivell més elevat de solitud: sempre se senten sols. Així, més de 5.500 persones (5.608) se senten sempre soles i, d’aquestes, més del 65% són dones (3.653). Detectar les persones que pertanyen a aquesta categoria hauria de ser un element fonamental de la gestió i la intervenció públiques i d’aquelles organitzacions que donen suport al col·lectiu de la gent gran.

3.2.2.2 Gent gran i solitud: horitzó 2037

Per calcular l’impacte de la solitud sobre la gent gran en l’horitzó plantejat de l’any 2037, hem recorregut, lògicament, a les projeccions de l’INE per a les Illes Balears el dia 1 de gener d’aquell any. Igualment hem aplicat els percentatges obtinguts a l’Enquesta de condicions de vida i, concretament, a la part del Mòdul de qualitat de vida (2022), que dedica una part a analitzar la solitud percebuda a partir de l’autoavaluació en categories (des de «sempre» fins a «mai») que hem explicat anteriorment.

Hem calculat les dades per sexe de la gent gran (de 65 anys i més) que se sent «sempre» sola i que «gairebé sempre» se sent sola i, per agregació, hem obtingut el total de població d'aquestes categories i el total d'homes i dones que experimenten importants sentiments de solitud, a partir de l'agregació de les dades de les dues categories anteriors.

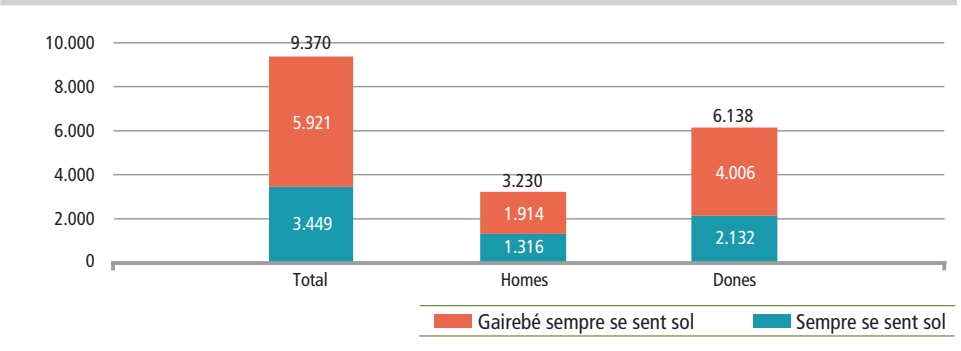
Taula 13 | Població de 65 anys i més que experimentarà un fort sentiment de solitud (any 2037)

	TOTAL	HOMES	DONES
Dades 2037			
Total de població de 65 i més anys	324.020	148.709	175.311
Sempre se sent sola	9.057	3.272	5.785
Gairebé sempre se sent sola	15.628	4.759	10.869
Grau important de solitud	24.685	8.031	16.654
Incrementos absoluts 2037/2023			
Total de població de 65 i més anys	124.434	59.811	64.623
Sempre se sent sola	3.449	1.316	2.132
Gairebé sempre se sent sola	5.921	1.914	4.006
Grau important de solitud	9.370	3.230	6.138

Font: Elaboració pròpia

Un cop realitzats aquests càlculs, hem determinat els increments i els valors absoluts que cal esperar en cada una d'aquestes categories.

Gràfic 18 | Increment esperat de la població de 65 anys i més que patirà un sentiment fort de solitud, per sexe, a les Illes Balears, entre els anys 2023 i 2037

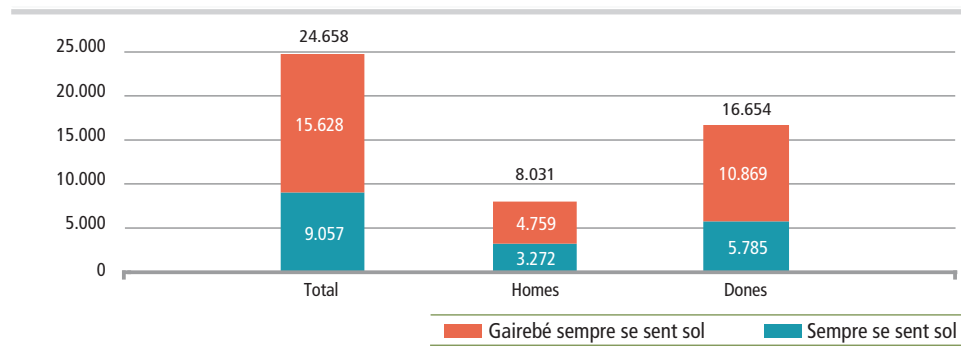


Font: Elaboració pròpia

Les conclusions generals que podem esmentar són:

1. Els increments que cal esperar, quant al volum de persones que pateixen solitud important, són en funció de l'increment demogràfic previst, atès que hem mantingut en el temps els percentatges de solitud percebuda autodeclarats per la població de 65 anys i més en l'Enquesta de qualitat de vida de 2022. Així, podem esperar un creixement global del 62%, alguns punts percentuals més entre els homes. Aquest augment de població que experimenta solitud és molt significatiu. Unes 9.500 persones més experimentaran un sentiment fort de solitud, de les quals aproximadament 3.500 viuran amb sensacions permanents de solitud i unes 6.000 experimentaran aquesta sensació sempre. Així mateix, l'increment de dones afectades pel sentiment fort de solitud, entre el 2023 i el 2037, serà, aproximadament, el doble que el d'homes (més de 6.000 vs. més de 3.000, respectivament). També l'augment de les persones que se senten sempre soles afectarà més les dones (més de 2.100, segons els nostres càlculs), però també el col·lectiu d'homes afectats per solitud extrema creixerà de manera important (1.316).
2. Prop de 25.000 persones, si els nostres càlculs són correctes, poden presentar un grau important de solitud, de les quals poc menys de 17.000 (unes dues tercers parts) seran dones.
3. Aproximadament, unes 9.000 persones grans (unes 3.500 més que el 2023) se sentiran sempre soles i, d'aquestes, més del 60% seran dones.
4. Poc menys de 16.000 persones grans se sentiran gairebé sempre soles, de les quals prop del 68% seran dones.

Gràfic 19 | Població de 65 anys i més que patirà un sentiment fort de solitud, per sexe, Illes Balears (any 2037)



Font: Elaboració pròpia

5. En definitiva, podem esperar un increment significatiu del nombre de persones que experimenten un sentiment fort de solitud i aquesta situació afectarà de manera especial les dones.

4. Sinopsi i conclusions

- La paraula *solitud*, tot i que en principi no té connotacions negatives, moltes vegades s'utilitza per referir-se a la solitud no volguda i implica tota una sèrie de conseqüències negatives per a qui la pateix.
- S'ha de distingir entre soledat i aïllament social. L'aïllament social és objectivable i suposa la manca de relacions interpersonals o, en cas que n'hi hagi, que siguin molt limitades. La solitud no desitjada és una experiència subjectiva i depèn de la percepció de les pròpies circumstàncies. La soledat no desitjada té un component relacional, però també existencial i no només depèn de les interaccions socials.
- Alguns estudis fets a Europa mostren que les taxes d'aïllament social són superiors a les de solitud. I, a més, al nord d'Europa les taxes de solitud són inferiors a les d'Europa del sud i de l'est. Això s'explica per un fet cultural, ja que es considera que les cultures mediterrànies i col·lectivistes esperen més de la família i de la xarxa social que altres de més individualistes. Així, el context cultural, les condicions de vida i les expectatives individuals condicionen aquestes percepcions.
- La soledat ha augmentat recentment com a conseqüència dels canvis socials que determinen inestabilitat, manca de cohesió i precarietat dels vincles. Aquests canvis tan radicals i l'impacte que tenen sobre la salut i la qualitat de vida de les persones, particularment de la gent gran, fan que la solitud hagi passat de ser un problema individual a ser un tema d'interès social, que ha de ser incorporat de manera preferent a les polítiques públiques i l'acció social.
- Hi ha una certa bretxa de gènere en la solitud. Es detecten valors més elevats de solitud viscuda i declarada per part de les dones. I també uns contingents més quantiosos de dones que pateixen problemes de solitud. En part, i pel que fa a la gent gran, s'explicaria perquè s'acumulen més efectius per l'esperança de vida més llarga de les dones i pels processos que acompanyen les persones quan tornen grans. Hi ha diferències de gènere en la percepció de la solitud: en el cas dels homes, estaria més lligada a la manca d'interaccions socials (ja sigui per freqüència o per intensitat) i, en les dones, sembla que estigui més vinculada a un sentiment existencial.

- La solitud no només afecta la gent gran. La trobam en tots els grups d'edat i, en particular, entre la gent jove i sobretot en la gent d'edat més avançada. Els percentatges més elevats de població que experimenta sentiments de solitud, particularment d'aquells que se senten sempre sols, es registren entre la gent gran (més de 65 anys). Alguns autors indiquen que aquesta circumstància és especialment palesa entre la població de 80 anys i més, i que és conseqüència de les crisis d'identitat, d'autonomia i de pertinença que acompanyen el procés de l'envelliment.
- La soledat no volguda té efectes importants sobre la salut i la qualitat de vida de les persones. Incideix negativament sobre la salut física (augmenta la pressió, l'obesitat, té relació amb el càncer...) i psíquica (depressió i ansietat, pitjor qualitat del son, pitjor funcionament cognitiu...), provoca un increment del consum de medicaments i recursos sanitaris, i més risc de mortalitat (més de 800 morts anuals, segons càlculs de l'any 2019). En la població activa, també suposa un factor de despesa per pèrdua d'hores laborals i anys potencials de vida.
- Les Illes Balears han experimentat, d'ençà els anys seixanta del segle XX, un importantíssim creixement demogràfic. Actualment, continuen sent una de les regions més dinàmiques de l'Estat, tot i que el creixement actual deriva dels fluxos migratoris, ja que hi ha més defuncions que naixements. Això implica que de cada vegada sigui més elevada la proporció de gent nascuda fora de l'arxipèlag. Estructuralment, com a conseqüència de l'increment diferencial per sexe de l'esperança de vida i el fort descens de la natalitat i la fecunditat total de les dones, s'accentua l'envelliment general de la població i l'acumulació cada cop més destacada de gent gran i, sobretot, de dones, especialment visible en els grups d'edat més avançada, que creixen de manera molt destacable. Així, la població de 65 anys i més, entre 1991 i 2023, s'ha duplicat a les Illes Balears (199.586 persones, de les quals 110.688 eren dones) (vegeu el gràfic 6). Mentrestant, la població de 85 anys i més s'ha multiplicat per 3,25 en el mateix període, fins a les 27.694 persones, de les quals dues de cada tres són dones (18.308 dones) (vegeu la taula 3). La feminització en els grups d'edat avançada és claríssima: entre els 90 i els 94 anys, hi ha més de dues dones per cada home; entre els 95 i els 99 anys, n'hi ha més de tres, i, en els centenaris, la proporció és superior a cinc (vegeu el gràfic 8).
- Les projeccions demogràfiques futures mostren un increment significatiu de l'esperança de vida (vegeu el gràfic 9), juntament amb baixa natalitat, circumstància que provocarà un increment del pes de la població gran en la nostra societat, particularment en les edats més avançades. Així, a les Illes Balears, el total de la població entre els anys 2022 i 2037 augmentarà un 25%, però es preveu que la gent de més de 65 anys dupliqui aquest creixement, fins a acostar-se a les 325.000 persones. Això és un augment de més de 120.000 persones. El 2037, una de cada cinc persones s'inclouria en el grup de gent gran. El creixement encara serà superior en les edats més

avançades, i la xifra de centenaris podria multiplicar-se més que per tres (vegeu la taula 4 i el gràfic 11). Així mateix, es manté la feminització dels grups de més edat i, en conjunt, s'espera que el 2037 entre la gent gran hi hagi 27.000 dones més que homes (175.308 dones i 148.709 homes) (vegeu la taula 5).

- Podem trobar estudis que aporten dades diverses sobre la prevalença de la soledat i l'aïllament social entre les persones grans. No obstant això, se'n poden inferir algunes característiques generals:
 - Les dades de solitud detectades són superiors entre les dones que entre els homes, de manera que podríem parlar de l'existència de diferències de gènere.
 - Les dades de solitud són superiors en els grups d'edat més avançada. A més a més, segons l'estudi de la Caixa (2020), no només n'augmenta la prevalença amb l'edat, sinó que se n'accentua la dimensió emocional.
 - Pràcticament la totalitat de les persones que pateixen aïllament social viuen soles, però no totes les persones que viuen soles pateixen aïllament social. Tot i amb això, conèixer l'evolució de les llars unifamiliars, sobretot de la gent gran, pot ser un indicador a tenir en compte per avaluar el risc de l'evolució de la solitud.
 - L'aïllament social i la soledat no desitjada creixen de manera considerable entre la població gran en les societats occidentals. Hem de recordar que un increment de l'aïllament social augmenta el risc de patir solitud no desitjada.
- Presentam, a continuació, algunes dades generals que ofereixen alguns dels estudis esmentats en aquest article. L'estudi de la Fundació la Caixa sobre la solitud entre la gent gran diu que el 68% de la població experimenta en algun grau solitud no desitjada i en un 14,8% dels casos aquesta solitud es podria considerar greu o molt greu. Un estudi de l'Observatori Social de la Caixa fet en vuit municipis afirma que poc menys de la meitat de la població té risc d'aïllament social o se sent sola i que un 11,8% pateix ambdues situacions. Altres anàlisis eleven aquests percentatges i pronostiquen que la solitud social afectaria una tercera part de la població entre la gent gran i que hi hauria afectacions superiors pel que fa a la solitud emocional, tot i que no n'estableix un índex de gravetat.
- Una de les aportacions que hem fet en aquest article és calcular el nombre de persones grans que viuran en llars unipersonals (soles) l'any 2037, d'acord amb les projeccions demogràfiques i de l'estructura de llars prevista de l'INE i les característiques per edat i sexe de la població resident en llars unipersonals de la darrera font disponible (cens de 2021). En presentam les conclusions principals:

- Tot i que no és determinant, hi ha relació entre viure sol i la possibilitat d'experimentar un sentiment més fort de solitud no volguda.
- Es calcula que el nombre de llars unipersonals augmentarà un 33,36% d'aquí a 2037 a les Illes Balears. Hem calculat que aquest creixement, en el cas de la gent gran, se situarà entre el 70 i el 80% i, tot i que afectarà ambdós sexes en els distints grups d'edat, serà més intens en el grup de més edat.
- Una xifra considerable de població de gent gran viu en llars unipersonals (més d'un 16% de la població de 60 anys i més, i una quarta part, aproximadament, de la població de 80 anys i més). Majoritàriament, aquestes llars són constituïdes per dones, principalment dels grups de més edat (prop d'un 29% de les dones de 80 anys i més viuen en llars unipersonals) (vegeu la taula 9).
- Cal esperar que l'any 2037 hi hagi unes 75.000 persones de més de 60 anys que visquin en llars unipersonals, de les quals unes 22.000 tindran 80 anys o més. I, com hem dit, la major part seran dones (més de 49.000 globalment i més de 16.000 en el grup de 80 anys i més) (vegeu el gràfic 14).
- Una altra aportació que hem fet en aquest article és establir una hipòtesi de les persones que patiran sentiments forts de solitud (no volguda) l'any 2037. Hem aplicat a les projeccions de població l'estudi de freqüència de sentir-se sols per edat i sexe de l'Enquesta de qualitat de vida de 2022 de l'INE.
 - Hem considerat com a sentiments importants de solitud els que experimenten les persones que afirmen que se senten soles «sempre» (grau més elevat de solitud) o «gairebé sempre».
 - Els sentiments de solitud s'experimenten en totes les edats, però aquest fenomen és més important entre la gent gran, tant perquè els percentatges són una mica més elevats, com pel fet que els percentatges dels que declaren sentir-se sempre sols destaquen més (vegeu els gràfics 15 i 16).
 - Els sentiments de solitud entre la gent gran afecten sobretot les dones del col·lectiu (vegeu el gràfic 17). Les xifres de solitud important percebuda entre les dones gairebé dupliquen les dels homes: un 9,5% enfront d'un 5,5%. També en la categoria dels qui sempre se senten sols (un 3,3% de les dones i un 2,2% dels homes).
 - Hem projectat aquests resultats d'acord amb els càlculs demogràfics futurs de l'INE i ens hem de preparar per a l'escenari següent, quant a l'afectació de la solitud en el col·lectiu de la gent gran:

- Cal esperar que, d'aquí a l'any 2037, s'incrementi un 62% la solitud important en aquest sector de població. Això, en valors absoluts, suposaria un augment de més de 9.000 persones, les dues tercers parts de les quals serien dones (vegeu el gràfic 18).
- En total, el 2037 i a les Illes Balears, prop de 25.000 persones (16.654 dones i 8.031 homes) patiran una important situació de solitud, de les quals se sentiran sempre sols 3.272 homes i 5.785 dones (vegeu el gràfic 19).
- Per acabar, volem destacar la importància que té la solitud no volguda sobre la salut i la qualitat de vida de les persones grans. Com hem vist, a les Illes Balears aquest col·lectiu creixerà d'una manera molt considerable a curt termini i, per tant, cal que ens preparem per abordar amb èxit aquest repte social que se'ns presenta.

Fer front al fenomen de la solitud, principalment entre la gent gran, requereix abordar el problema des d'una perspectiva holística, aportant instruments de detecció, a través de la coordinació de tots els serveis públics (sanitat, serveis socials...) de les administracions (GOIB, consells insulars, ajuntaments...) i les entitats privades que hi treballin. Els programes d'atenció integral centrats en les persones que impulsa l'IMAS o la creació de bases de dades d'accés compartit o registres únics poden ser un camí important per millorar l'atenció dels ciutadans i un sistema de detecció de situacions de solitud. Un cop feta la diagnosi, es podran implementar polítiques i programes que fomentin la inclusió social, la creació de comunitats cohesionades, i oferir el suport emocional i psicològic que necessitin les persones en situació de solitud. Aquesta tasca ha de comptar, a més, amb la implicació dels col·lectius afectats i la participació del tercer sector. No és l'objectiu d'aquest article proposar actuacions específiques, però, per si algú hi està interessat, en alguns dels documents consultats inclosos a l'apartat de fonts consultades es descriuen algunes d'aquestes experiències.

Referències bibliogràfiques

Ajuntament de Madrid – Salud: Informe sobre sentimiento de soledad en la ciudad de Madrid. Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2018

https://www.madrid.es/UnidadesDescentralizadas/Mayores/Especial%20informativo/Soledad/Estudio_SaludYSoledad_MadridSalud.pdf

Bizkai - Nagusi intelligence center (s.d.). *¿Cómo combatir la soledad no deseada en personas mayores?* https://www.bizkaia.eus/documents/9027320/11569571/04_Soledad_No_Deseada_ES.pdf

Casal-Rodríguez, B., Rivera-Castiñeira, B. i Rodríguez-Míguez, E. (2023). *El coste de la soledad no deseada en España*. Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada (SoledadES). <https://www.soledades.es/sites/default/files/contenidos/Estudio%20EI%20coste%20de%20la%20soledad%20no%20deseada%20en%20Espa%C3%B1a.pdf>

Cens de població de 1991. IBESTAT (Institut d'Estadística de les Illes Balears). <https://intranet.caib.es/ibestat-jaxi/menu.do?nodeId=391a8546-3995-41c0-8790-f03604bf-51d6&lang=ca>

Cens de població de 2001. IBESTAT (Institut d'Estadística de les Illes Balears). <https://intranet.caib.es/ibestat-jaxi/menu.do?nodeId=391a8546-3995-41c0-8790-f03604bf-51d6&lang=ca>

Cens de població de 2011. IBESTAT (Institut d'Estadística de les Illes Balears). <https://intranet.caib.es/ibestat-jaxi/menu.do?nodeId=391a8546-3995-41c0-8790-f03604bf-51d6&lang=ca>

Cens de població de 2023. INE (Institut Nacional d'Estadística). https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176992&menu=resultados&idp=1254735572981

Coll-Planas, L. (2017). *Solitud, suport social i participació de les persones grans des d'una perspectiva de salut*. Universitat Autònoma de Barcelona, tesi doctoral https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2017/hdl_10803_405325/lcip1de1.pdf

D'Hombres, B.Schnepf S.; Barjaková M.; Mendoza Teixeira F.; Loneliness – an unequally shared burden in Europe. Science for Policy Brief. European Union (2018) https://www.researchgate.net/publication/329802077_Loneliness-an_unequally_shared_burden_in_Europe

European Social Survey

<https://www.europeansocialsurvey.org/>

Gené-Badía, J., Comice, P., Belchín, A., Erdozain, M. Á., Cáliz, L., Torres, S., i Rodríguez, R. (2020). Perfiles de soledad y aislamiento social en población urbana. *Atención Primaria*, 52(4). <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.012>

Institut Nacional d'Estadística (INE). Mòdul de qualitat de vida (2022). Enquesta de condicions de vida. <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=9739>

Jong-Gierveld, D. J., i Raadschelders, J. (1982). Types of loneliness. A L.A. Peplau i D. Perlman (eds), *Loneliness. A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, pp. 105-119. Wiley & Sons.

López-Doblas, J., i Díaz-Conde, P. (2018). El sentimiento de soledad en la vejez. *Revista Internacional de Sociología*, 76(1), e085. <http://dx.doi.org/10.3989/ris.2018.76.1.16.164>

Lluch-Dubon, F. D. i Borràs-Rhodes, D. (2023). *Demografia de la memòria sobre l'economia, el treball i la societat de les Illes Balears*. Consell Econòmic i Social de les Illes Balears, 2023. https://www.caib.es/sites/ces/es/llmemoria_socioeconomica_laboral/

Lubben, James – Escala de Red Social-6 (LSNS-6)

<https://www.bc.edu/content/dam/bc1/schools/sw/lubben/LSNS6.pdf>

Pades, A. (s.d.). *Projecte d'innovació docent, finançat per l'IRIE, sobre la por post-COVID-19 en els estudiants de la UIB*. Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears.

<https://diari.uib.cat/Hemeroteca/La-por-de-lalumnat-universitari-quan-ha-tornat-a-cid684310>

Pinquart M., i Sorensen S. (2001). Influences on loneliness in Older Adults. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-256. https://doi.org/10.1207/S15324834BASP2304_2

Institut Nacional d'Estadística (2023). *Proyecciones de llars familiars 2022-2037*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&idp=1254735572981&-menu=ultiDatos&cid=1254736176954

Sala-Mozos, E. (2020). *La soledat no desitjada durant la vellesa, un fenomen social*. Debats Catalunya Social. Propostes des del Tercer Sector. www.tercersector.cat.

Yanguas, J., Cilveti, A., i Segura, C. (2019). *¿A quiénes afecta la soledad y el aislamiento?*

ento social? Programa de Personas Mayores de la Caixa <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/es/-/soledad-personas-mayores>

Yanguas, J. (dir.) (2020). *La soledad en las personas mayores: prevalencia, características y estrategias de afrontamiento*. Fundació "la Caixa". <https://fundacionlacaixa.org/documents/234043/558223/soledad-personas-mayores.pdf>

Autors

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó (1965). Geògraf. Funcionari del cos superior de l'escala humanística i de ciències socials, especialitat de geografia, del Govern de les Illes Balears. 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); *Geografia de les Illes Balears*, Lleonard Muntaner Editor (1997), i *Geografia de les Illes Balears. Física i ambiental*, Lleonard Muntaner Editor (2018, p. 548). Actualment, té en impremta el llibre *Premios Nobel y brecha de género. Mujeres Nobel (1901-2023)*. És coautor 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 —entre d'altres— els articles publicats a l'*Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*: «Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural» (Anuari 2010, pp. 17-74); «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears» (Anuari 2011, pp. 21-77); «La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística» (Anuari 2012, pp. 49-76); «Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears» (Anuari 2013, pp. 103-141); «Els impactes ocults de la crisi econòmica en la tercera edat» (Anuari 2014, pp. 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, pp. 25-62); «Un perfil aproximat de la població de la tercera edat a les Illes Balears. Indicadors estadístics bàsics» (Anuari 2016, pp. 31-94); «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 moment de morir» (Anuari 2019, pp. 431-461); «La primera onada de la COVID-19 a les Illes Balears: reflexions generals, anàlisi de dades i repercussions sobre la tercera edat» (Anuari 2020, pp. 33-91), «Violència de gènere i persones grans» (Anuari 2021, pp. 69-120), «Gent gran i esport» (Anuari 2022, pp. 355-407) i «La prevenció de la delinqüència que afecta la gent gran» (Anuari 2023, pp. 235-281). En el camp de la narrativa, ha publicat *Contes contemporanis (1.0)*, Lleonard Muntaner Editor (2015).

**EL COHABITATGE COOPERATIU.
UNA EINA PER A PREVENIR LA
SOLEDAT NO DESITJADA EN LES
PERSONES MAJORS**

El cohabitatge cooperatiu. Una eina per a prevenir la soledat no desitjada en les persones majors

Omar Lamin Abeidi

Malena Riudavets Suárez

Resum

Les comunitats són espais de pràctica quotidiana de la relació, el vincle, el treball en comú i el suport mutu. Constitueixen espais de connexió amb el sentit comunitari, d'unitat amb les persones, amb el grup i també amb el planeta Terra. Les comunitats cuiden; cuiden les persones, les relacions i els vincles amb l'entorn.

Entre totes les maneres d'entendre el que és una comunitat, tenim les comunitats de vida, *cohousing*, comunitats intencionals, o com es vulguin anomenar, com una forma comunitària amb una llarga tradició.

A les illes Balears, amb la bombolla immobiliària i l'augment dels preus del lloguer dels últims anys, les dificultats de la població per a accedir a un habitatge s'han incrementat. En aquest context, la població s'ha articulat per a buscar respostes creatives a la necessitat bàsica d'habitatge. Algunes entitats socials i cooperatives han impulsat projectes pilot en aquests temps per a donar cobertura a les necessitats d'habitatge de la població major.

Es necessiten estratègies col·lectives per a afrontar les adversitats d'un futur incert que posa de manifest els límits físics del planeta Terra. Afrontar els problemes del futur des de la individualitat no serveix. Per això es necessiten estratègies col·lectives i eines per a gestionar les dificultats que sorgeixin, és necessari treballar des de la col·lectivitat els reptes de l'envelliment de la societat i la solitud no desitjada de la població major d'aquesta terra.

Resumen

Las comunidades son espacios de práctica cotidiana de la relación, el vínculo, el trabajo en común y el apoyo mutuo. Constituyen espacios de conexión con el sentido comunitario, de unidad con las personas, el grupo y también con el planeta Tierra. Las comunidades cuidan; cuidan a las personas, las relaciones y los vínculos con el entorno.

Entre todas las maneras de entender lo que es una comunidad, tenemos las comunidades de vida, *cohousing*, comunidades intencionales, o como se quieran nombrar, como una forma comunitaria con una larga tradición.

En las Islas Baleares, con la burbuja inmobiliaria y el crecimiento de los precios del alquiler de los últimos años, las dificultades de la población para acceder a una vivienda han incrementado. En este contexto, la población se ha articulado para buscar respuestas creativas a la necesidad básica de vivienda. Algunas entidades sociales y cooperativas han impulsado proyectos piloto en estos tiempos para dar cobertura a las necesidades de vivienda de la población mayor.

Se necesitan estrategias colectivas para afrontar las adversidades de un futuro incierto que pone de manifiesto los límites físicos del planeta Tierra. Afrontar los problemas del futuro desde la individualidad no sirve. Por eso se necesitan estrategias colectivas y herramientas para gestionar las dificultades que surjan, es necesario trabajar desde la colectividad los retos del envejecimiento de la sociedad y la soledad no deseada de la población mayor de esta tierra.

1. Introducció

La pandèmia de la COVID-19 va causar 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 les persones adultes majors. Però no només n'han patit l'impacte directe, sinó que el confinament i la resta de mesures restrictives afectaren notablement aquest col·lectiu en les seves condicions de dependència, deteriorament cognitiu, salut mental i d'altres problemes de salut.

La pandèmia i les seves conseqüències van suposar un augment de limitacions que han afectat tots els col·lectius, però més especialment les persones adultes majors, qui n'han rebut un major impacte: nombre de defuncions, vulneració de drets, pèrdua de capacitats, pèrdua de xarxa social, pèrdua de rutina i de suports, tancaments d'espais necessaris i imprescindibles per a la rutina i el desenvolupament... Amb el resultat de major aïllament no només físic, sinó social, majors casos de soledat, pèrdua d'habilitats...

L'any 2030 gairebé una de cada tres persones habitants de les Illes Balears tindrà 60 anys o més, i la majoria seran dones. S'expressa així una de les dimensions del canvi demogràfic, entre d'altres.

La creixent tendència a l'envelliment demogràfic és una constant a Europa i s'estima que el 2050, gairebé més d'un 50% de la població europea tindrà més de 50 anys. És l'anomenada transició demogràfica. A Espanya, les baixes taxes de fertilitat i natalitat, així com l'alta esperança de vida, anuncien per a 2050 una ràtio de dependència de les persones adultes majors molt elevada. Les projeccions de població de l'Institut Nacional d'Estadística per a l'any 2031 indiquen un fort increment de les persones majors de 65 anys. En concret, per a aquesta data —de la qual tan sols ens separen nou anys— estima el seu nombre en 11.721.000 persones; tres milions (un 34,72%) més que en l'actualitat.

Les persones majors s'estan dividint en dos grups amb perfils diferenciats. Fins als 75/80 anys es tracta de persones, en general, relativament actives i saludables. A partir d'aquesta edat les situacions de dependència greu creixen exponencialment i més tenint en compte l'augment de l'esperança de vida. La meitat dels països de la Unió Europea se situen en percentatges de població major de 65 anys entre el 22% i el 18,5%; en aquest grup hi ha Espanya, al costat d'Itàlia, Grècia, França, Regne Unit o Bulgària, tots els països nòrdics i les Repúbliques Bàltiques.

L'esperança de vida a Balears s'allarga: el 2020 la de les dones és de 85,86 anys i la dels homes és de 81,05 anys, la nostra esperança és 83,46, superior a la mitjana de l'Estat, que se situa en 82,33. L'esperança de vida de l'Estat continuarà afavorint la dona per sobre de l'home, s'espera pel 2029 que l'esperança de vida de la dona sigui d'un 87,11 i la de l'home d'un 82,31, mentre que actualment és del 85,06 i 79,59, respectivament. D'altra banda, respecte de la importància de l'envelliment de la població resident a les Illes, cal dir que serà cada vegada més rellevant. La natalitat serà baixa i la immigració serà alta, però no tant com per suplir la manca de població adulta autòctona.

És evident que necessitem un conjunt de polítiques que es materialitzin en accions que impliquin totes les administracions públiques, del tercer sector, de la iniciativa privada i del conjunt de la societat per afrontar el procés d'envelliment de la ciutadania de les Illes. Per això hem d'identificar els reptes actuals i futurs, així com les iniciatives necessàries que haurem de posar en marxa per afrontar i convertir en oportunitats els reptes que ens planteja el fenomen. Els impactes múltiples de l'envelliment fan necessària una acció integral, tant en la dimensió intergeneracional com en la interterritorial.

Una visió compartida socialment és que el repte demogràfic i l'envelliment no són una qüestió únicament de les persones adultes majors, sinó que s'ha de plantejar com un repte del conjunt de la societat i que inclou tot el cicle vital. Si volem una Mallorca diversa i complexa, com planteja aquesta estratègia, la perspectiva intergeneracional n'és una condició necessària. La perspectiva de gènere és imprescindible per replantejar el model de cures i el mateix procés d'envelliment, entre d'altres temes. Les desigualtats socials que han patit les dones al llarg de la seva vida condicionen el seu procés d'envelliment, que es tradueix en pitjors condicions de salut, econòmiques i major probabilitat de viure en soledat. La situació de soledat no desitjada s'ha d'entendre com un sentiment subjectiu i poc desitjat, una percepció originada pels constructes socials de la societat i com a conseqüència de la falta o pèrdua de companyia, i es dona a partir d'un desajust entre la quantitat i la qualitat de les relacions socials que tenim i que voldríem. Les relacions socials i la seva cura són considerades un element important de suport social i emocional, que permet gaudir d'una xarxa social de qualitat. Quan aquestes relacions es trenquen, es debiliten o es perden, sorgeix una discrepància entre el jo social real

i el jo social ideal, creant un sentiment de soledat i de culpabilització. L'edatisme i el sexisme és una dualitat més present en les dones majors, que dificulta encara més la seva experiència i la reivindicació dels seus drets durant aquest període vital.

La majoria de persones ens sentirem soles en algun moment de les nostres vides, però la capacitat d'afrontar i superar aquesta soledat varia en funció de l'entorn i les relacions socials i de suport de les quals disposem. Quan el sentiment de soledat s'aguditza i perdura al llarg del temps, pot arribar a tenir un gran impacte sobre la persona, però també sobre el conjunt de la societat. Algunes de les fonts principals i comunes de la soledat en l'etapa més adulta són: canvi de residència o habitatge, pèrdua de la parella i relacions socials significatives, malalties o limitacions físiques, reducció d'activitats socials, violència masclista, jubilació, dol, entre d'altres.

Prioritzar la justícia social i de gènere suposa incorporar el reconeixement i el respecte en tots els cicles de vida, i superar així estereotips que segreguen i dificulten l'autonomia de les persones. Valorar l'aportació de les persones adultes majors des d'una perspectiva d'envelliment actiu també és una prioritat.

2. El repte de l'envelliment actiu de la població

Tal com recull la ponència «Envellir a les Illes Balears» del Parlament de les Illes Balears el més important és que cada vegada més persones arriben a edats avançades amb bona salut i actives. Segons els demògrafs, mentre només un 25% de les diferències en longevitat són degudes a la genètica, un 75% depèn de variables «ambientals». Cada individu és un agent actiu del seu propi envelliment. A més de les possibilitats de cada individu d'incorporar hàbits saludables (el que es fonamenta sobre els programes d'EpS), és important que les polítiques intervinguin de manera intersectorial en dits factors ambientals en el marc de les ciutats i zones rurals per a la millora de la qualitat de vida i la salut de les comunitats des de l'accés als recursos comunitaris i de prevenció, de l'urbanisme, el transport públic, espais públic segurs i zones verdes, etc. Les darreres investigacions sanitàries i socials han donat com a resultat tres grans conclusions sobre l'envelliment:

1. Existeix una millora progressiva a nivell biofísic en el comportament i en l'àmbit social al llarg de la història de l'espècie humana.
2. El procés d'envelliment és heterogeni.
3. Les persones tenen capacitat per al canvi i la plasticitat fins i tot en la vellesa.

3. L'allargament de l'esperança de vida i les necessitats de les persones més majors

Si bé la vellesa no implica dependència, diferents indicadors mostren que és especialment a partir dels 75 anys quan les limitacions en la vida diària i la necessitat d'ajuda s'incrementen any rere any, de manera més intensa entre les dones.

Ahora, les dones són qui continuen assumint un major rol de cures en l'entorn familiar. És en el grup d'edat de més de 84 anys on la majoria de la població (60%) ja presenta alguna discapacitat amb força limitació per dur a terme les activitats bàsiques de la vida quotidiana. Tanmateix, l'edat no és l'únic factor: les trajectòries vitals i les desigualtats socioeconòmiques incorporen una diversitat de situacions enorme entre les persones més majors.

A més, el rol assignat a la dona per la societat genera, sobretot en l'edat més adulta, una percepció i experiència de soledat no desitjada major que en els homes. Per això és important tenir en compte la perspectiva de gènere a l'hora de dissenyar projectes i programes dirigits a aquest col·lectiu. Viure més anys es tradueix en majors possibilitats de pèrdues, manca de llaços, manca de projecte o rol.

Tot i així, el procés d'envelliment no es tradueix en una pèrdua d'autonomia, de manera que les persones adultes majors han de seguir exercint els seus drets i deures en els diferents àmbits de la vida i de la societat.

D'aquí la necessitat de desenvolupar accions formatives, intergeneracionals i que introdueixin les persones majors als àmbits de la vida comunitària a través de la participació social, facilitant-ne l'accés i reconeixent la seva contribució a la societat. Així, l'edatisme com a discriminació quotidiana deriva en situacions de maltractament que afecten l'esperança de vida.

La seva relació amb l'ús de noves tecnologies haurà de créixer, encara que ara ja té un grau important d'implantació, la qual cosa evidencia també un grau d'inclusió social important.

Les relacions familiars també aniran canviant. En aquests moments els vincles familiars són encara forts, però en el futur seran més febles i, per tant, la situació de les persones majors estarà menys protegida per la família. Haurem de reforçar encara més el paper de la comunitat i dels suports professionals, reforçant el nombre i la diversitat de professionals dedicats a les cures de les persones amb dependència, suport a l'entorn familiar i, sobretot, seguir apostant pels programes i accions de prevenció comunitària i foment de l'autonomia de les persones adultes majors.

La permanència en la pròpia llar i en el propi entorn com a opció preferida. La majoria de persones adultes majors desitgen ser ateses a casa seva, amb bones condicions, prop del seu entorn ja conegut, amb la participació dels seus familiars i amb el suport dels professionals imprescindibles. L'Organització Mundial de la Salut remarca que el lloc on s'envelleix té impactes importants sobre la salut de les persones: fer-ho a casa augmenta els nivells de confiança, independència i autonomia. Per aquest motiu, és necessari treballar envers una estratègia que dissenyi i promogui sistemes i serveis d'atenció que incentivi l'ús de serveis de suport en el domicili i, així, oferir a les persones la possibilitat de poder romandre al seu domicili i entorn, amb el màxim d'independència durant el major temps possible. Al 2010, segons una enquesta de l'IMSERO el 87,3% de les persones adultes majors preferien viure a casa, independentment de si es trobaven acompanyats o no; el 65% de la població en general volia envellir a casa. Al 2017, segons una enquesta realitzada per l'Organització de Consumidors i Usuaris (OCU), el 82% de la població adulta major desitjava romandre al domicili el màxim temps possible.

La participació social i comunitària de les persones majors: actiu social i sentit vital. Estudis recents indiquen novament que una participació social activa és un dels factors més importants per al benestar de les persones en la vellesa. Les activitats socials, culturals i comunitàries, amb gent de la mateixa edat o amb d'altres generacions, impliquen sentir-se connectat amb la resta de persones i omplen de sentit la pròpia vida, a més de ser un recurs social de gran valor. Malgrat que les persones majors estan més associades que la resta de grups d'edat, encara queda molt camí per recórrer, especialment pel que fa a fomentar les activitats socials i comunitàries en entorn.

Les relacions socials són clau per al lliure exercici dels drets de ciutadania. D'altra banda, la confiança és la base per a la construcció d'un projecte de vida en societat, així com la base per avançar en la felicitat. La millor política serà aquella que generi una major felicitat. Durant molts anys, el model d'organització social ha tendit a donar resposta a la soledat des d'un punt de vista mèdic i individual, malgrat que el problema és del conjunt de la societat. Caldrà estudiar la patologització i la medicalització del fenomen de la soledat.

Cal despatologitzar la soledat i resoldre el problema de la soledat no desitjada des de les relacions socials i des del funcionament, pròpiament, de la societat. És la societat qui té un problema i la que genera persones soles, no són les persones soles les que tenen un problema. Es tracta, doncs, d'oferir recursos i alternatives a aquelles persones que estan patint una situació de soledat no desitjada de manera crònica, però, sobretot i més important, cal enfortir els vincles socials a la ciutat per prevenir la soledat de les persones de qualsevol edat, sexe, gènere i origen.

És necessari i important reconèixer la contribució de les persones majors, sobretot de la dona i el seu rol a les xarxes familiars i comunitàries, i comptar amb elles per al disseny de les polítiques i programes que tenen a veure amb l'envelliment i la participació en la comunitat. D'aquesta manera, reduir o minimitzar la soledat experimentada.

Les persones majors són posseïdores de drets civils i socials i se'ls ha de seguir implicant en la participació en la vida política i en la vida pública i, quan això suposi una dificultat, se'ls han de facilitar suports. L'exercici de drets i deures preserva la dignitat de les persones. La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, reconeix els drets de les persones a gaudir dels drets humans i llibertats fonamentals, amb ple respecte de la seva dignitat i intimitat, a rebre en termes comprensibles i accessibles informació completa i continuada, a participar en la formulació i aplicació de les polítiques que afectin el seu benestar, a decidir, a l'exercici ple dels seus drets, a la igualtat d'oportunitats, entre d'altres.

Amb tot l'exposat, es fa palesa la necessitat d'oferir suports necessaris i alternatives a les persones perquè participin en els diferents àmbits de la vida. En aquest aspecte es fa necessària la definició d'autonomia com a dret, que fa referència a la garantia que les persones puguin decidir i desenvolupar el seu projecte de vida basat en la seva identitat personal, independentment de les seves capacitats. Vol dir això que dependència no és antònim d'autonomia, sinó d'independència. Un entorn amigable facilitarà la participació de les persones adultes majors.

La participació plena en qualsevol àmbit de les persones majors és indispensable, entre d'altres coses per a dissenyar i impulsar serveis i recursos ajustats, de qualitat i no tant quantitat de serveis i recursos, constitueix l'eix en el desenvolupament, implementació i seguiment de polítiques adreçades a elles.

Entenem la participació com a font de benestar i activitat en la societat i com a exercici de drets democràtics i presa de decisions. Participació és implicació i compromís i suposa la visibilització de les persones adultes majors, de les seves necessitats i dels seus interessos i desitjos. I resulta un facilitador de l'envelliment saludable.

4. De la necessitat de repensar les polítiques de benestar per tal d'avançar cap a nous models de convivència intergeneracionals

En un món cada vegada més connectat, la solitud emergeix com una paradoxa esquinçadora. A Espanya, segons el Observatorio estatal de la soledad no deseada de la ONCE, un preocupant 13,4% de la població sofreix solitud no desitjada, un fenomen que s'estén silenciosament però amb efectes profunds i duradors. Encara que sovint

passada per alt, aquesta epidèmia invisible afecta més les dones, amb un 14,8% d'elles que reporten sentir-se soles, en comparació amb el 12,1% dels homes.

Més alarmant encara és que la solitud no distingeix edat: planeja sobre els joves i torna amb força en les persones majors de 75 anys, mostrant un cicle d'aïllament que es repeteix al llarg de la vida. Aquest estat persistent de solitud no és un simple malestar passatger; els qui la sofreixen l'experimenten durant una mitjana de sis anys.

La solitud no desitjada és un espectre que també pateixen grups particularment vulnerables com persones amb discapacitats, cuidadors i immigrants. La magnitud del seu impacte és tal que comporta un cost anual de 14.141 milions d'euros, equivalents a l'1,17% del PIB d'Espanya.

El progressiu envelliment de la població per l'increment de l'esperança de vida està conduint a un fort creixement de la franja de persones majors de seixanta-cinc anys. Segons dades de l'INE de l'any 2020, aquest grup representa el 19,58% de la població espanyola. Aquest fenomen, combinat amb el model de vida actual i la pèrdua de certs valors familiars, genera conseqüències greus com l'aïllament i la soledat de moltes persones grans. L'OMS ha definit la soledat com l'epidèmia del segle XXI que afecta un 9% de la població espanyola amb soledat no desitjada, social i emocional. Les formes convencionals d'habitatge sovint no preveuen les necessitats específiques d'aquesta etapa de la vida, destacant la necessitat d'habitatges personalitzats i espais amigables que afavoreixin la convivència i la qualitat de vida.

En aquest context d'un envelliment poblacional accelerat i d'un increment notable de la soledat no desitjada entre la gent gran, el cohabitatge cooperatiu emergeix com una alternativa prometedora i sostenible a les formes de vida tradicionals per aquest col·lectiu. A Espanya, on la proporció de persones grans és cada vegada més alta, models innovadors de convivència com el cohabitatge cooperatiu representen no només una solució habitacional, sinó una oportunitat per enfortir els vincles socials i comunitaris.

El cohabitatge cooperatiu, conegut també com a *cohousing*, és un model de convivència basat en la creació d'espais comunitaris on les decisions i la gestió del dia a dia són compartides entre tots els membres. Aquest model no només ofereix una alternativa econòmica i sostenible al problema dels alts costos de l'habitatge, sinó que també promou una vida comunitària activa, essencial per combatre la soledat i millorar la qualitat de vida de les persones grans.

El cohabitatge sènior ofereix una nova forma de vida més solidària, mitjançant models de veïnatge funcional que fomenten l'arrelament de les persones i del projecte

residencial a l'entorn. Les cooperatives en cessió d'ús són un exemple destacat dins del mercat social, permetent satisfer la necessitat d'habitatge basant-se en els principis de l'economia social i solidària (ESS). Com afirma l'arquitecte Charles Durrett, el cohabitatge té una capacitat única per crear entorns positius i relacions estables amb sentit. Així, el cohabitatge sènior es defineix com una comunitat de persones amb característiques d'autogestió, participació, respecte, model cooperatiu, disseny de l'espai i sostenibilitat.

A Europa, països com Suècia i Dinamarca ja han demostrat l'èxit d'aquestes iniciatives. Per exemple, a Suècia, les comunitats de cohabitatge per a gent gran, com Färdknäppen a Estocolm, han estat pioneres a proporcionar un entorn on la independència es combina amb el suport mutu. Aquests projectes no només permeten que les persones grans mantinguin un estil de vida actiu i involucrat, sinó que també ofereixen suports necessaris com serveis d'assistència a domicili.

A més de proporcionar un sostre, el cohabitatge fomenta una xarxa de suport emocional i social que és vital per a les persones grans. La convivència en aquests entorns disminueix els riscos associats amb l'envelliment aïllat, com la depressió i la deterioració cognitiva. El model cooperatiu també és una resposta a la necessitat d'una gestió més humana i personalitzada de l'envelliment, en contrast amb models més institucionalitzats que sovint poden ser percebuts com a impersonals i restrictius.

5. La situació actual del cohabitatge sènior

El cohabitatge sènior permet viure la tercera edat amb independència i autonomia, en un marc d'envelliment actiu on les persones són el centre de totes les decisions. Facilita també rebre les cures necessàries quan la situació física o psíquica ho requereix, gestionant l'espai de manera cooperativa i decidint conjuntament el més adequat per a la comunitat. Aquest model s'oposa al creixent individualisme, fomentant la cooperació i l'ajuda mútua. A més, permet compartir recursos i estalviar temps i costos, promovent alhora el respecte pel medi ambient.

Una modalitat econòmica destacada és la cooperativa en règim de cessió d'ús, que ofereix una alternativa a l'especulació immobiliària, permetent l'estabilitat i seguretat dels residents. Aquest sistema es basa en l'experiència del model Andel als països nòrdics, on la cooperativa és la propietària dels habitatges i els socis gaudeixen d'un dret d'ús mitjançant una aportació inicial i quotes mensuals més accessibles.

6. La importància de l'economia social i solidària en el cohabitatge sènior

L'ESS juga un paper clau en la gestió dels projectes de cohabitatge sènior. A través de la col·laboració entre administracions públiques, entitats socials i els mateixos residents, es crea un model de gestió sostenible i replicable a nivell nacional. Aquest enfocament fomenta la participació activa dels residents, assegurant que les decisions es prenguin de manera col·lectiva i consensuada.

Segons el «Mapa de gestió de projectes d'economia social i solidària» d'Anna Cercós i Verònica Ruiz, la replicabilitat del model és un dels objectius clau, permetent l'adaptació a diferents contextos i necessitats. La col·laboració públic-privada i el treball en xarxa amb altres entitats són elements essencials per garantir l'èxit del model. Aquesta col·laboració assegura recursos suficients i l'aplicació de bones pràctiques en la gestió dels projectes.

7. Propostes innovadores per combatre la soledat no desitjada

Un informe recent de la Fundació iSocial presenta diverses propostes innovadores per abordar la soledat no desitjada en la gent gran. Aquestes propostes inclouen:

1. Espais digitals de trobada. Activitats i esdeveniments col·lectius en línia per construir vincles amb persones amb interessos comuns, superant la bretxa digital i problemes de mobilitat.
2. Robots i assistents de veu. Ús de tecnologia com l'assistent robòtic intel·ligent (ARI) per acompanyar persones grans.
3. Teixits de suport a partir de noves tecnologies. Projectes com Vincles, que reuneixen informació territorial per detectar situacions de soledat.
4. Intercanvis intergeneracionals. Aplicacions com Kuvu, que connecten persones de diferents generacions per compartir pis, i iniciatives com Vollpension Generationen-café, on persones jubilades atenen cafeteries voluntàriament.
5. Eines de gestió emocional preventives. Projectes com Bakardadeak Eskola, que ajuden a gestionar emocionalment la soledat, canviant la percepció social sobre aquest fenomen.

8. Beneficis del cohabitatge sènior

Els beneficis del cohabitatge sènior són múltiples. A nivell individual, els residents gaudeixen d'una major qualitat de vida, sent part d'una comunitat que comparteix valors i objectius comuns. A nivell col·lectiu, es crea una xarxa de suport mutu que facilita l'envelliment actiu i la participació en la vida comunitària.

A més, el cohabitatge sènior contribueix a la sostenibilitat social i econòmica, reduint la demanda de recursos socio-sanitaris i promovent la reutilització i reciclatge de recursos. La gestió col·lectiva dels espais i serveis permet una millor utilització dels recursos, afavorint la sostenibilitat mediambiental.

El cohabitatge sènior és una solució innovadora i sostenible per afrontar els reptes de l'envelliment de la població. Mitjançant la col·laboració públic-privada i la implicació activa dels residents, es pot crear un model de gestió replicable i adaptable a diferents contextos. L'economia social i solidària ofereix el marc ideal per desenvolupar aquests projectes, assegurant la sostenibilitat social, econòmica i mediambiental. Els projectes existents demostren que és possible viure la vellesa amb qualitat de vida i en comunitat, oferint una alternativa real a l'individualisme i l'aïllament.

Perquè el cohabitatge cooperatiu sigui una solució real i efectiva, és essencial que les polítiques públiques ofereixin suport i facilitin la seva expansió. Això inclou l'assistència en la planificació i finançament dels projectes, així com la implementació de regulacions que promoguin aquest tipus de solucions habitacionals. A més, cal potenciar la participació comunitària i el treball en xarxa amb entitats locals per garantir que les necessitats de les persones grans siguin ateses adequadament.

Referències bibliogràfiques

Anuaris d'envelliment de les Illes Balears. <http://catedradependencia.uib.cat/anuaris/>

Celdrán, M. (2021). *Una mirada de gènere a l'envelliment. El cas de la soledat no desitjada*. Ajuntament de Barcelona.

Cercós, A. i Ruiz, V. (2017.). Mapa de gestión de projectes d'economia social i solidària. Postgrau en Economia Social i Solidària. Curs acadèmic 2017-18.

Comisión Europea. Propuesta para la celebración del Año Europeo de Envejecimiento Activo. Brussel·les: COM, 2010.

Freire, M. (2022). Cohabitatge Sènior. Viladecans Pint de Trobada, núm. 169. Octubre 2022.

Fundació iSocial, Propostes innovadores per combatre la soledat no desitjada en la gent gran. <https://isocial.cat/propostes-innovadores-combatre-soledat-no-desitjada-gent-gran/>

IMAS (2022). L'estratègia davant el repte demogràfic i d'envelliment actiu i saludable (2022-2030) Disponible a: <https://www.imasmallorca.net/ca/noticias/limas-presenta-lestrategia-davant-el-repte-demografic-i-denvelliment-actiu-i-saludable-amb-motiu-del-dia-internacional-de-la-gent-gran-2/>

International Longevity Centre Brazil Envejecimiento Activo: Un marco político ante la revolución de la longevidad. Primera edició. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2015. Disponible a: http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/Envejecimiento_Activo_2015_es.pdf

La soledat i la salut mental. Estratègia Municipal contra la Soledat. Ajuntament de Barcelona. Disponible en <https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/ca/barcelona-contra-la-soledat/estrat%C3%A8gia-municipal-contra-la-soledat>

La soledat i la salut mental: Una relació bidireccional on l'estigma, les habilitats d'autoregulació i l'estil de vida tenen un paper determinat. Victor Perez et al. [Http://ajuntament.barcelona.cat](http://ajuntament.barcelona.cat)

La Universitat Oberta de Majors. <http://uom.uib.cat>

Macías, L. i Vives, M. (2021). Edadisme: en una societat edatista tots hi estam implicats. A C. Orte (dir.) *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears 2021*. Universitat de les Illes Balears.

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2021). Informe de progreso 2021 y estrategia de desarrollo sostenible 2030. <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/informeprog21eds30r.pdf>

Observatorio contra la soledad no deseada. [Http://www.soledades.es/](http://www.soledades.es/)

Organització Mundial de la Salut (2020). Década de Envejecimiento Saludable 2020-2030. Disponible a: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
Sempre Acompanyats; Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores. Enquesta, Obra Social "la Caixa" (2018).

Observatori de les Persones Majors de Mallorca. <http://blogs.imasmallorca.net/mayores/>

Organización Mundial de la Salud. Ciudades Amigables con los mayores: Una guía. OMS, 2007. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf>

Organització Mundial de la Salut. «Diez datos sobre el envejecimiento y la salud». [En línea]. 2015.

Orte, C. i Fernández-de-Álava, M. (2017). Envel·lir en femení. A C. Orte (dir.) *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears 2017*. Universitat de les Illes Balears.

Ponència «Envel·lir a les Illes Balears Reptes de futur 2020-2030». Parlament de les Illes Balears

Programa suport a familiars. IMAS. <http://www.imasmallorca.net/es/unprograma/161>

Red de Regiones Europeas del Cambio Demográfico.
<https://www.lne.es/tags/red-de-regiones-europeas-por-el-cambio-demografico.html>

Zunzunegui, M.V. i Béland, F. (2010). Políticas intersectoriales para abordar el reto del envejecimiento activo. Informe SESPAS 2010. Gaceta Sanitaria, Vol. 24, Núm. S1, 68-73
Disponible a: <https://www.gacetasanitaria.org/es-politicas-intersectoriales-abordar-el-reto-articulo-50213911110002530>

Autors

OMAR LAMIN ABEIDI

CRS de Tindouf, Algèria (1988). Treballador social. Postgrau en Direcció i Gestió Estratègica d'Entitats. Expert universitari en Intervenció Social en Situacions de Tràfic de Persones i Prostitució.

MALENA RIUDAVETS SUÁREZ

Palma (1969). Enginyera tècnica industrial per la Universitat Politècnica de Catalunya. Màster en Relacions Laborals. Experta universitària en Gestió d'Equips i Persones per la Universitat Mondragon. Experta en cooperativisme i economia social.

**DIFERÈNCIA ENTRE GÈNERES
DEL DETERIORAMENT COGNITIU
RELACIONAT AMB L'EDAT. FACTORS
DE RISC I PROTECTORS**

Diferència entre gèneres del deteriorament cognitiu relacionat amb l'edat. Factors de risc i protectors

María José Hernández Ortiz

Resum

L'envelliment de la població és un fenomen global amb conseqüències com el càncer o la demència que tenen implicacions personals, familiars i socials. La deterioració cognitiva relacionada amb l'edat (DCRE) és un fenomen intermedi entre l'envelliment normal i la demència. Les dones tenen un major risc de desenvolupar la malaltia d'Alzheimer, i la incidència de deterioració cognitiva en dones supera la dels homes. Les possibles explicacions inclouen factors biològics com canvis hormonaals, però també factors socioculturals com rols de gènere i nivells d'educació. El present estudi té com a objectiu explorar les diferències entre gèneres en la DCRE, identificar els factors de risc i els factors protectors associats, i examinar com aquests aspectes poden influir en la salut cognitiva d'homes i dones majors. Es va dur a terme una revisió sistemàtica de la literatura científica per a identificar estudis rellevants que abordessin el tema de la DCRE i les diferències de gènere. Els resultats van indicar que les dones poden tenir una major incidència de deterioració cognitiva lleu i demència. Es van identificar factors protectors comuns, com el nivell educatiu, l'activitat cognitiva i l'activitat física regular, que poden ajudar a preservar la salut cognitiva en tots dos gèneres. La reserva cognitiva, adquirida al llarg de la vida a través d'experiències educatives, ocupacionals i socials, pot actuar com un amortidor contra la deterioració cognitiva. L'activitat física regular s'ha demostrat beneficiosa per a la salut cerebral i pot reduir el risc de deterioració cognitiva. A més, l'aprenentatge continu i la participació en activitats mentalment estimulants poden mantenir el cervell actiu i saludable.

En conclusió, comprendre les diferències de gènere en la deterioració cognitiva i reconèixer els factors de risc i protectors són passos crucials per a abordar aquest problema de salut pública en una població cada vegada més envellida. Els esforços preventius, com promoure estils de vida saludables i l'activitat física, així com fomentar l'aprenentatge continu poden ajudar a mitigar l'impacte de la deterioració cognitiva relacionada amb l'edat.

Resumen

El envejecimiento de la población es un fenómeno global con consecuencias como el cáncer o la demencia que tienen implicaciones personales, familiares y sociales. El Deterioro Cognitivo Relacionado con la Edad (DCRE) es un fenómeno intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia. Las mujeres tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer, y la incidencia de deterioro cognitivo en mujeres supera a la de los hombres. Las posibles explicaciones incluyen factores biológicos como cambios hormonales, pero también factores socioculturales como roles de género y niveles de educación. El presente estudio tiene como objetivo explorar las diferencias entre géneros en el DCRE, identificar los factores de riesgo y los factores protectores

asociados, y examinar cómo estos aspectos pueden influir en la salud cognitiva de hombres y mujeres mayores. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura científica para identificar estudios relevantes que abordaran el tema del DCRE y las diferencias de género. Los resultados indicaron que las mujeres pueden tener una mayor incidencia de deterioro cognitivo leve y demencia. Se identificaron factores protectores comunes, como el nivel educativo, la actividad cognitiva y la actividad física regular, que pueden ayudar a preservar la salud cognitiva en ambos géneros. La reserva cognitiva, adquirida a lo largo de la vida a través de experiencias educativas, ocupacionales y sociales, puede actuar como un amortiguador contra el deterioro cognitivo. La actividad física regular se ha demostrado beneficiosa para la salud cerebral y puede reducir el riesgo de deterioro cognitivo. Además, el aprendizaje continuo y la participación en actividades mentalmente estimulantes pueden mantener el cerebro activo y saludable.

En conclusión, comprender las diferencias de género en el deterioro cognitivo y reconocer los factores de riesgo y protectores son pasos cruciales para abordar este problema de salud pública en una población cada vez más envejecida. Los esfuerzos preventivos, como promover estilos de vida saludables y la actividad física, así como fomentar el aprendizaje continuo pueden ayudar a mitigar el impacto del deterioro cognitivo relacionado con la edad.

1. Introducció

En una població mundial cada vegada més envellida els reptes principals els constitueixen el càncer i la demència. La demència és un grup de trastorns consistents en una disminució del nivell cognitiu previ que arriba a afectar les activitats de la vida diària (AVD) i el funcionament social, i representa un dels majors problemes mundials de salut en aquest segle, amb una enorme càrrega sanitària i social. La demència augmenta la seva incidència exponencialment amb l'edat i representa una de les causes principals de discapacitat i dependència en les persones majors arreu del món, amb repercussions significatives no només en les persones afectades sinó també en cuidadors, famílies, comunitats i la societat sencera.

L'any 2015, segons l'OMS (2020), la demència va afectar 50 milions de persones arreu del món, és a dir, aproximadament un 5% de la població mundial de majors de 60 anys. Es preveu que el nombre de persones amb demència augmenti a 82 milions el 2030 i arribi a 152 milions el 2050, i s'estima que la demència en algun moment afectarà entre un 5% i un 8% de la població de més de 60 anys.

A Espanya diversos estudis realitzats descriuen una prevalença de la demència en majors de 65 anys entre el 14,5% i el 17,6%, que augmenta a mesura que s'incrementa

l'edat de tal manera que mentre la prevalença d'aquesta malaltia ronda el 0,05% entre les persones de 40 a 65 anys; 1,07% entre els 65-69 anys; 3,4% en els 70-74 anys; 6,9% en els 75-79 anys; 12,1% en els 80-84 anys; 20,1% en els 85-89 anys; i 39,2% entre els majors de 90 anys. Prenent les dades poblacionals de l'INE i aplicant aquestes xifres de prevalença, el nombre de persones afectades a Espanya supera les 700.000 entre els majors de 40 anys. El 2050 el nombre de malalts s'haurà duplicat i s'aproparà als dos milions de persones (Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social, 2019).

La forma més freqüent de demència és l'anomenada malaltia d'Alzheimer. La demència sol anar precedida per un període més o menys llarg de deteriorament cognitiu. Després d'un diagnòstic de deteriorament cognitiu lleu (DCL) entre un 8-15% d'aquests casos evolucionen a demència (Vega et al., 2018). Quan ocorre un deteriorament en la funció i aquesta pèrdua és accelerada, el risc de demència està augmentat. Per aquest motiu, la detecció precoç del DCL en certs grups d'edat, és a dir, abans que evolucioni a demència, és especialment important ja que existeixen cada vegada més proves dels beneficis del tractament precoç, que podria alterar la història natural de la demència.

2. Definició de deterioració cognitiva relacionada amb l'edat (DCRE)

El terme deterioració cognitiva relacionada amb l'edat (DCRE) es refereix a un fenomen que afecta moltes persones a mesura que envelleixen. Es refereix a l'ocurrència de canvis en la funció cognitiva que van més enllà del que s'espera com a conseqüència de l'edat, però que no compleixen amb els criteris diagnòstics per a la demència. És considerat un estat intermedi entre la normalitat i la demència (Jongsiriyanyong i Limpawattana, 2018).

3. Definicions rellevants

Es considera l'existència de graus dins de la pèrdua de capacitats cognitives relacionades amb l'edat de tal manera que es té en compte un espectre que va des d'una cognició normal, el declinar cognitiu, la deterioració cognitiva lleu i la deterioració cognitiva greu.

3.1. Espectre de possibles estats cognitius en l'envelliment

- Cognició normal
- Declinar cognitiu normal de l'edat
- Deterioració cognitiva subjectiva
- Deterioració cognitiva lleu
- Deterioració cognitiva greu: demència

3.1.1. Envel·lir és sempre equivalent a deterioració cognitiva?: declinar cognitiu de l'edat

La DCRE implica canvis cognitius més enllà de l'esperat per a l'envel·liment normal. Per tant l'envel·liment no sempre condueix a una deterioració cognitiva i moltes persones majors mantenen una funció cognitiva sòlida. Els canvis que poden produir-se es donen en les activitats que impliquen atenció dividida, sent menor la velocitat de processament i d'aprenentatge, mentre que la resta de les funcions es mantenen permetent a aquestes persones majors una vida independent, que participen activament en la societat i gaudeixen de la vida. En resum, l'envel·liment normal pot implicar canvis cognitius que podem considerar com un declinar, però que no representen una deterioració cognitiva substancial.

3.2. Deterioració cognitiva lleu

La deterioració cognitiva lleu (DCL) és un terme que descriu un estat intermedi entre l'envel·liment normal i la demència. Les persones amb DCL experimenten un rendiment baix en alguns dominis cognitius o sofreixen uns certs problemes cognitius que van més enllà de l'esperat per a la seva edat, però no prou greus com per a complir amb els criteris de diagnòstic de la demència.

El fet de ser considerat un estat intermedi entre la normalitat i la demència no significa que tota DCL progressi a demència encara que existeix un risc nou vegades major en comparació amb la població general (Mitchell i Shiri-Feshki, 2009). En el cas de la DCL l'evolució d'aquesta deterioració pot incloure volta a la normalitat, l'estabilització dels símptomes sense progressió o una progressió a la demència, depenent de les causes. Els casos de DCL que tornen a la normalitat solen estar associats a causes potencialment reversibles com la depressió o l'hospitalització per cirurgia, disfunció metabòlica o efectes adversos de fàrmacs, com a exemple, per tant es consideren casos de DCL aguda no degenerativa. L'avaluació acurada per part de professionals de la salut és crucial per a determinar la naturalesa i la gravetat de la DCL.

3.3. Deterioració cognitiva d'origen vascular

Pot aparèixer després d'un infart cerebral o no. Cursa amb dèficit executiu/atenció, memòria, llenguatge i funcions visuoespacials. En cas d'infart cerebral s'associen també símptomes motors com a alteracions en la marxa, parkinsonisme, apatia, depressió, incontinència, espasticitat hiperreflexia, que li confereixen unes característiques clíniques diferencials. No obstant això en la majoria dels pacients es detecta una mescla de demència vascular i Alzheimer.

3.4. Deterioració cognitiva subjectiva (DCS)

La deterioració cognitiva subjectiva (DCS) es refereix a les queixes subjectives sobre pèrdua d'eficiència de la memòria o de funcions cognitives, sense que hi hagi repercussió sobre les AVD i a pesar que les proves diagnòstiques no mostrin una deterioració significativa. És a dir, les persones amb DCS senten que alguna cosa no està bé en termes de la seva capacitat cognitiva, però aquestes preocupacions subjectives no es reflecteixen necessàriament en proves neuropsicològiques. Segons els estudis científics hi ha major prevalença i severitat de la DCS en situacions socioculturals que comporten una reserva cognitiva baixa condicionada pel nivell d'educació. També pot estar associada a l'envelliment normal, a factors emocionals com l'estrès o ansietat, o fins i tot amb un inici de DCL. L'evolució cognitiva en persones amb DCS és altament variable i depèn de factors individuals i contextuals. Ara com ara sabem que les persones amb DCS tenen doble possibilitat de desenvolupar DCL o demència (Mitchell i Shiri-Feshki, 2009)

3.5. Deterioració cognitiva de la menopausa

Els estrògens, igual que la progesterona i la testosterona, tenen una funció en el cervell, que en el cas dels estrògens està relacionada amb la memòria de treball, la velocitat de processament, la memòria verbal i l'atenció. En la perimenopausa fins a un 40-60% de les dones refereixen deterioració cognitiva subjectiva (Nebel et al., 2018). Amb molta freqüència les queixes de les dones en aquest període de la seva vida estan relacionades amb boira cerebral, dèficit d'atenció, velocitat de processament i memòria, és a dir, se senten oblidadisses, amb el pensament més lent i amb dificultat per a concentrar-se. Ocasionalment també s'hi associa depressió i intolerància a l'estrès. No obstant això, segons estudis, només en el 4,5% de les dones amb aquests símptomes es pot demostrar DCL en les proves (Sochocka et al., 2023).

Segons autors la causa d'aquesta sensació de deterioració cognitiva són les fluctuacions i disminucions en els nivells hormonals, especialment d'estrògens, en la transició menopàusica, la qual cosa també és responsabilitat de la ciència mèdica del risc augmentat de les dones a sofrir malaltia d'Alzheimer. No obstant això els estudis coincideixen que aquestes queixes durant la transició menopàusica tenen una subseqüent millora en el període postmenopàusic (Marques et al., 2021). En general des del punt de vista neurològic és un declinar cognitiu transitori lleu probablement associat als canvis adaptatius de la menopausa.

3.6. Deterioració cognitiva funcional (DCF)

Es tracta d'una deterioració de tipus subjectiu que s'associa a fibromiàlgia, fatiga crònica, depressió, ansietat, alteració del somni i alteracions psiquiàtriques com TOC, anorèxia, etc. i que no té correlació amb una deterioració real objectivable en la

persona. La DCF no és una disfunció estable perquè és característic que la persona sofreixi problemes variats, per exemple, sensació de bloquejos, desorientació o petits obllits (Arias et al., 2023).

3.7. Causes de la DCL i DCS no neurodegenerativa

Entre els factors de risc de demència no modificables figuren els polimorfismes genètics, l'edat, el sexe, la raça o etnicitat i els antecedents familiars. Les causes modificables inclouen fàrmacs com: antidepressius, benzodiazepines, gabapentina i pregabalina. I també malalties com l'esclerosi múltiple, la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica i la covid persistent.

4. Prevalença de la DCL

En majors de 60 anys hi ha una prevalença de DCL entre 6,7% i 25,2% segons estudis (Nebel et al., 2018). La variada prevalença es deu als diferents criteris diagnòstics utilitzats. Aquesta disfunció augmenta amb l'edat i disminueix amb un major nivell educatiu.

És crucial destacar que la distinció precisa entre la DCL i la demència inicial sovint requereix una avaluació exhaustiva per part de professionals de neurologia, psicologia i geriatria. L'observació de patrons de canvi al llarg del temps i la comprensió de la història clínica de l'individu són essencials per a un diagnòstic precís i la planificació d'intervencions adequades.

5. Síntomes en la deterioració cognitiva lleu

Dificultats en la memòria. És sovint una de les àrees més afectades, especialment la memòria episòdica. Les persones majors poden experimentar dificultats per a recordar detalls específics, com noms o llocs.

Reducció en la velocitat de processament. En general el processament de la informació és més lent en comparació amb individus més joves de tal manera que es produeixen retards en l'execució de tasques, com la resolució de problemes o la presa de decisions.

Canvis en l'atenció i concentració. La capacitat per a enfocar-se en una tasca específica i filtrar distraccions pot disminuir amb l'edat. Les persones majors poden tenir més dificultats per a mantenir la concentració i l'atenció en entorns complexos o quan s'enfronten a múltiples estímuls on es posa de manifest una atenció selectiva reduïda.

Desafiaments en les funcions executives. Les funcions executives, que inclouen habilitats com la planificació, l'organització i la presa de decisions, poden experimentar una certa deterioració amb l'edat i és més marcat en la DCL.

6. Diferències de gènere en la incidència de la DCL

Estudis clínics i preclínics mostren que ser dona comporta un risc augmentat de desenvolupar malaltia d'Alzheimer (MA) en comparació amb homes, fins i tot quan es corregeix la major esperança de vida de les dones: dos terços dels casos de MA es donen entre dones. A més es demostra també major velocitat de declinar i major deterioració de la cognició que en homes. En l'estat de la ciència actual fins i tot desconeixem les causes d'aquesta diferència (Li i Singh, 2014), no obstant això hi ha evidències que el sexe té influència en el desenvolupament de demència la qual cosa explicaria, almenys en part, la major incidència de deterioració cognitiva entre dones. Tanmateix els autors coincideixen que això no sols és degut a factors biològics, sinó també a factors relacionats amb el gènere, és a dir, factors socioculturals com la cura, els estudis, els rols de gènere i alguns estats mentals.

En nombrosos estudis des del Japó (Okamoto et al., 2021) a Holanda (Nooyens et al., 2022), les dones superen als homes en algunes habilitats cognitives com la velocitat de processament i la memòria verbal al llarg de la mitjana edat i, malgrat això, es comprova que amb els anys i en entrar en l'etapa de la vellesa les diferències entre homes i dones es van igualant fins que els homes sobrepassen les dones en aquestes habilitats cognitives en la tercera edat. És a dir, es confirma que les dones declinen més i a major velocitat que els homes.

6.1. Possibles explicacions biològiques de la major incidència de DCRE en dones

6.1.1. Factors de risc específics per a dones. Es consideren factors de risc de DCRE haver sofert trastorns hipertensius com la preeclàmpsia, eclàmpsia i hipertensió durant els embarassos. També la menopausa precoç i primerenca (Nebel et al., 2018).

6.1.2. Longevidat. L'edat és un dels factors no modificables en la incidència de deterioració cognitiva: a major edat major incidència. Atès que les dones tendeixen a viure més temps que els homes, estan més exposades als riscos associats amb l'envelliment cerebral. Es considera, per això, que la longevidat és un factor contribuent a la major prevalença observada en dones.

6.1.3. Hormones. Els esteroides sexuals, estrògens, progesterona i andrògens juguen un paper en els mecanismes relacionats amb el declinar cognitiu i la demència.

Algunes recerques suggereixen que les hormones sexuals, com els estrògens, podrien ser neuroprotectors enfront del dany cerebral i, per tant, tenen un impacte en la salut cerebral. La disminució dels nivells d'estrógen durant la menopausa en les dones ha estat objecte d'atenció en relació amb el risc de DCRE. No obstant això, crida l'atenció d'algunes autores el fet de la profusió d'estudis en relació amb els estrògens i l'escassetat dels mateixos quant a l'efecte de la reducció de la progesterona i dels andrògens (Li i Signh, 2014).

6.1.4. Diferències sexuals en el risc per a altres malalties. La malaltia cardiovascular és un factor de risc independent per a DCL no amnèsica en dones (Mitchell i Shiri-Feshki, 2009).

- Diabetis i obesitat: el 55% dels casos de diabetis es donen en dones. La diabetis és així mateix un factor de risc de DCL i MA.
- Depressió i ansietat: la depressió és un factor de risc de demència. Les dones sofreixen més depressió al llarg de la vida que els homes: per exemple en la meitat de la vida la depressió entre les dones duplica la dels homes (Nebel et al., 2018).

6.1.5. Somni i disrupció dels ritmes circadianis. Tant la mala qualitat, la poca durada o el somni fragmentat, redueixen la depuració dels pèptids ABeta que es dipositen en el cervell en la demència. Per aquest motiu els trastorns del son i els treballs de torns que produeixen disrupció dels ritmes circadianis són factors de risc de deterioració cognitiva i de demència. El mateix ocorre amb els trastorns relacionats amb l'apnea del son. Les queixes associades al trastorn de somni són dues vegades més comunes en dones.

6.1.6. Respostes a l'estrès. Les respostes a l'estrès poden variar entre sexes, i l'estrès crònic s'ha associat amb el risc de desenvolupar DCRE. Les dones poden experimentar l'estrès de manera diferent i tenir diferents estratègies d'afrontament, la qual cosa podria influir en la presentació de la DCL. L'estrès associat amb la posició socioeconòmica pot influir en la incidència de la DCRE i no podem oblidar que les dones majors són un dels estrats socials més vulnerables des del punt de vista econòmic.

6.2. Factors socioeconòmics i culturals implicats

6.2.1. Accés a l'educació i nivell d'ocupació. Les dones que actualment viuen l'etapa considerada la vellesa van tenir una clara asimetria en l'accés a l'educació i en l'acompliment de funcions en relació amb els homes. Aquestes diferències en el nivell educatiu podrien influir en la incidència major de DCL en dones atès que la major educació s'associa amb major reserva cognitiva. De fet, es constata

una reducció en la incidència de MA entre dones als EUA que els autors relacionen amb el canvi en les últimes dècades en el nivell d'educació i l'estatus laboral entre dones (Nebel et al., 2018).

6.2.2. Rols de gènere i activitat cognitiva. Hi ha un consens creixent sobre el fet que les activitats d'oci basades en l'activitat física i altres activitats cognitivament estimulants contribueixen a la prevenció de la demència. No obstant això les expectatives culturals i els rols de gènere han fet que les dones estiguessin limitades a activitats que no es consideren gens estimulants cognitivament, com el treball de la llar i de la cura (Hassing, 2020).

6.2.3. Xarxes socials de suport. L'aïllament social i la solitud poden contribuir substancialment a la deterioració de les persones majors. A causa de la major longitud de la vida de les dones és més freqüent trobar dones majors soles que homes.

6.2.4. Altres factors. L'evolució cognitiva en persones amb DCL també pot estar influenciada per factors externs, com la salut general, l'estil de vida, la presència de condicions mèdiques, l'estrès i altres factors ambientals.

Les diferències en les experiències de vida i l'accés a l'educació i l'atenció mèdica també poden tenir una influència rellevant. L'estatus marital només demostra increment en la incidència de demència en solters i vidus (Nebel et al., 2018). D'altra banda s'investiga si les persones cuidadores, en la majoria dones, per diferents circumstàncies associades a la cura, podrien tenir major risc de demència.

6.3. Evolució

Atès que els tractaments farmacològics de la demència no són gens eficaços sinó que tenen efectes més aviat modestos, que l'administració d'estrògens sols o amb progesterona en l'etapa postmenopàusica incrementen el risc de DCL i MA, que existeixen poques evidències sobre l'efecte de vitamines i altres suplementes, es proposa actuar en la DCL (World Health Organization, 2017) per a retardar l'aparició de la demència.

7. Factors protectors de la cognició

7.1. La reserva cognitiva (RC)

Una observació de la ciència que es repeteix amb freqüència és que no hi ha una correlació directa entre el grau de mal o deterioració cerebral i les manifestacions clíniques relacionades amb aquest mal. És a dir, es poden observar comportaments perfecta-

ment normals en persones amb cervells que mostren canvis de malaltia d'Alzheimer evolucionat. El mateix s'ha observat en persones que han sofert ictus, en els quals un mateix nivell de mal no es manifesta amb la mateixa gravetat de símptomes clínics. D'aquest fet constatat repetidament s'ha extret el concepte de reserva cognitiva.

La reserva cognitiva reflecteix la capacitat del cervell per a mantenir un funcionament normal malgrat la presència de patologia; és a dir, la capacitat per a compensar els efectes negatius de l'envelliment, de lesions cerebrals o de malalties neurodegeneratives i per això és clau en l'evolució de la deterioració cognitiva. Les persones amb una reserva cognitiva més sòlida poden ser més resistents a la progressió de la deterioració cognitiva.

Hi ha una correlació positiva tant en dones com en homes entre el nivell d'educació i ocupació i un major metabolisme cerebral en àrees que s'associen amb l'envelliment saludable, cosa que indica la importància de l'educació en el bon envelliment cerebral (Sochoka et al., 2023).

La definició exacta pot variar lleugerament entre diferents estudis i investigadors, però, en general, la reserva cognitiva s'entén com: la capacitat que s'adquireix en acumular al llarg de la vida experiències educatives, ocupacionals, socials i cognitives que poden influir en la forma en què el cervell respon al mal o la malaltia.

Existeixen dos models teòrics que expliquen el fenomen de la reserva cognitiva (Stern, 2002). En primer lloc es postula un model passiu és a dir, la reserva cognitiva es visualitza com un llindar que és el mal que un cervell pot sustentar abans de travessar el llindar de l'expressió clínica. Com més gran sigui la capacitat de reserva cognitiva més protecció enfront de la deterioració. Per exemple, l'evolució de la MA i les seves manifestacions clíniques no són lineals sinó que es creu que la MA comença molts anys abans que apareguin els símptomes. Només quan hi ha una depleció de sinapsi més enllà d'un cert llindar o punt crític és quan poden començar a manifestar-se els símptomes. Segons aquesta teoria la reserva funcional és una medidora entre la patologia i les seves manifestacions. No obstant això sembla que aquest model probablement no explica tota la influència de la reserva cognitiva.

El segon model considerat actiu proposa que el cervell activament intenta compensar el dany cerebral. En aquest cas la reserva cognitiva és la capacitat d'utilitzar mitjans alternatius per a resoldre un problema que no pot ser resolt per les vies habituals. Això explica la troballa que nivells alts d'intel·ligència, educació o assoliments professionals són bons predictors de quant dany cerebral pot suportar un pacient sense manifestar símptomes; és a dir, són cervells que processen les tasques de forma més eficaç. En aquest model no hi ha un llindar a partir del qual es manifesten els símptomes perquè no se centra tant en el que s'ha perdut sinó en com funciona el que queda.

La vida en la qual s'han socialitzat les dones tradicionalment era pobra en estímuls cognitius, socials i físics. No es va fomentar l'estudi i l'acompliment professional fins fa relativament poc temps, la qual cosa unida a com de poc estimulants cognitivament és el treball en la llar, com molts autors conclouen (Li i Singh, 2014), pot haver contribuït al fet de la major prevalença de DCL i demència entre les dones.

7.2. Beneficis d'exercici en la salut cerebral

Molts factors impacten en la salut mental inclòs l'estil de vida. El comportament sedentari és sens dubte un factor de risc conegut de depressió i se sap que l'exercici físic millora l'estat i la salut mental en casos de depressió i ansietat, per aquest motiu es recomana una activitat de moderada a vigorosa per a millorar-la i evitar l'aparició de trastorns depressius majors. L'activitat física regular, com caminar, córrer, nedar o practicar ioga, ha demostrat millorar la salut cerebral, perquè augmenta el flux sanguini i promou el creixement de noves cèl·lules cerebrals, entre altres beneficis. S'ha demostrat que l'exercici físic és un factor protector per a tots dos sexes, encara que fins fa molt poc les dones a penes s'involucraven en activitats esportives o activitats a l'aire lliure.

Una de les conseqüències del sedentarisme tan prevalent en els grups de major edat de la nostra societat és que afavoreix la pèrdua de múscul, és a dir, la sarcopènia. Segons estudis, la pobra funció muscular, mesurada per la força d'agafada i velocitat de la marxa i no pel volum de múscul, és el que associa la sarcopènia amb la deterioració cognitiva. La deterioració de la funció motora pot precedir i predi la deterioració cognitiva de tal manera que hi ha evidències que la sarcopènia s'associa amb incidència augmentada de MA i DCL i major taxa de deterioració cognitiva (Beeri et al., 2021).

7.2.1. Exercici i cognició. L'efecte beneficiós de l'exercici físic sobre l'organisme és fins i tot major amb l'edat. Es reconeix que l'exercici és un dels factors modificables amb major impacte i realitza una contribució clau per a l'envel·liment saludable, amb beneficis tant en la funció física com cognitiva. L'impacte en la cognició s'exemplifica amb aquestes dades: 4,13 milions de casos de malaltia d'Alzheimer (MA) en el món estan relacionats amb la inactivitat. Una reducció del 25% en la prevalença d'inactivitat podria evitar un milió de casos en el món (World Health Organization, 2017).

Es postula que la cognició i el moviment mantenen una relació estreta i que tots dos comparteixen mecanismes fisiopatològics comuns (Schirizzi et al., 2020). En l'envel·liment normal es pot observar que totes dues funcions sofreixen una deterioració paral·lela i són les malalties neurodegeneratives les que ens mostren els mecanismes fisiopatològics compartits per totes dues funcions. És una realitat que les malalties

neurodegeneratives rarament són purament motores o cognitives, sinó que tots dos trastorns s'associen en la majoria d'aquests, sobretot en els trastorns més comuns com la MA i la malaltia de Parkinson (MP). Les malalties neurodegeneratives pel que sembla comencen amb un mal en la sinapsi (sinaptopatia). Es pensa avui dia que el mal sinàptic és un dels primers canvis, per tant aquestes sinaptopaties, o malaltia de la sinapsi, són el substrat de les malalties neurodegeneratives. És d'extraordinari interès saber que aquesta disfunció sinàptica que ocorre en els estadis inicials de la malaltia neurodegenerativa en realitat és un problema funcional que podria ser reversible amb les intervencions neuroprotectores adequades, com és la pràctica d'exercici.

La sinapticitat i el moviment tenen una relació bidireccional. Exercitar el sistema motor inicia una sèrie de processos que directament o indirectament té un efecte neuroprotector que dona suport a la «salut» sinàptica del cervell. En models experimentals de ratolins amb MA i MP s'ha demostrat el benefici de l'exercici físic a l'hora de retardar l'aparició de símptomes de neurodegeneració. També l'experiència clínica amb pacients amb malaltia neurodegenerativa en estadis inicials ha demostrat el paper protector de l'exercici. En Alzheimer es demostra alentiment del declinar cognitiu, millora de la capacitat funcional, millora de la memòria amb reducció de l'atròfia de l'hipocamp i millora de les activitats de la vida diària. Com més aviat es comenci amb l'exercici, més avantatges i més duradors.

De tot allò observat en malalties neurodegeneratives, fàcilment podríem també extrapolar els efectes protectors beneficiosos que l'exercici aporta al cervell sa prevenint o minorant el declinar cognitiu associat a l'edat. Sens dubte el moviment té una influència directa en la nostra funció cognitiva, estat d'ànim i funcionament en general del cervell.

7.2.2. Quant exercici és necessari? Quant exercici és suficient? La mínima quantitat d'exercici per a tenir beneficis importants en salut segons guies de l'OMS (World Health Organization, 2017) és de 2 hores i 30 minuts a la setmana (130 minuts) d'exercici aeròbic moderat, com és una caminada enèrgica de 45 minuts tres dies per setmana, juntament amb rutines d'enfortiment dos dies per setmana. A partir d'aquest lllindar qualsevol augment de temps d'exercici té beneficis addicionals.

7.3. Aprenentatge per a tota la vida

L'adquisició de noves habilitats o l'aprenentatge de coses noves, ja sigui a través de l'educació formal o l'aprenentatge auto dirigit, pot mantenir el cervell actiu. Continuar l'aprenentatge per a tota la vida i involucrar-se periòdicament en activitats que impliquin estudi intensiu, com cursos presencials o formació en línia, és extraordinàriament estimulant per a la cognició.

7.4. Mantenir activitats mentalment estimulants

Com activitats cognitives del tipus exercicis mentals, com mots encreuats, trencaclosques i jocs de memòria, poden estimular l'activitat cerebral i enfortir les connexions neuronals incrementant la reserva cognitiva.

7.5. Estratègies cognitives

El compromís en activitats que estimulin cognitivament el cervell, com la participació en jocs mentals, aprenentatge de noves habilitats o participació en activitats socials, pot ajudar a mantenir i millorar les funcions cognitives.

7.6. Estil de vida. Adoptar un estil de vida saludable

Que inclogui una dieta equilibrada, exercici regular, gestió de l'estrès i son adequat, pot tenir impactes positius en la salut cognitiva. Aquestes pràctiques poden contribuir a la plasticitat cerebral i millorar la funció cognitiva.

Pel que fa a l'alimentació, el consum d'una ració al dia de vegetals de fulla verda i menjar amb alt contingut en filoquinona, luteïna, nitrat, folat i alfa tocoferol tenen una relació lineal entre el declinar cognitiu i el consum de vegetals verds; aquest poden ajudar a alentir la DCRE (Morris et al., 2018).

També és ben sabut l'efecte sobre la salut cerebral del consum d'aliments rics en àcids grassos essencials omega 3, com peix gras (salmó, truita), nous i llavors de xia. Els antioxidants de les fruites i verdures acolorides, com nabius, espinacs i bròquil poden protegir el cervell de l'estrès oxidatiu.

7.7. Manteniment de la salut cardiovascular

Condicions que afecten la salut del cor, com hipertensió i diabetis, també poden influir en la salut cerebral. Mantenir una pressió arterial i nivells de sucre en sang saludables és beneficiós per al cervell. L'exercici i la dieta són de nou una activitat clau en el control d'aquestes condicions.

7.8. Son adequat

El son és essencial per a la consolidació de la memòria i la funció cognitiva. És necessari mantenir una higiene de son regular i assegurar-se d'obtenir la quantitat adequada de descans.

7.9. Maneig de l'estrès

L'estrès crònic pot tenir efectes negatius en la salut cerebral. Practicar tècniques de maneig de l'estrès, com la meditació, la respiració profunda o el ioga, pot ajudar a mantenir l'equilibri mental.

7.10. Socialització

Mantenir connexions socials i participar en activitats socials pot ser beneficiós per a la salut cerebral. La interacció social estimula el cervell i pot ajudar a prevenir l'aïllament, que pot contribuir a la deterioració cognitiva.

Tots aquests comportaments es complementen entre si, i adoptar un enfocament integral cap a la salut general és crucial. A més, és important consultar amb professionals de la salut per a obtenir orientació personalitzada i consells específics segons les necessitats individuals.

Referències bibliogràfiques

Arias, S., Íñiguez, C., i Láinez, J. M. (2023). *Neurología y mujer*. Sociedad Española de Neurología. Disponible a: https://www.sen.es/pdf/2023/NEUROLOGIA_Y_MUJER_2023.pdf

Beeri, M. S., Leugrants, S. E., Delbono, O., Bennett, D. A., i Buchman, A. S. (2021). Sarcopenia is associated with incident Alzheimer's dementia, mild cognitive impairment, and cognitive decline. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69(7), 1826-1835. <https://doi.org/10.1111/jgs.17206>.

Hassing, L. B. (2020). Gender differences in the association between leisure activity in adulthood and cognitive function in old age: a prospective longitudinal population-based study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 75(1), 11-20. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx170>

Jongsiriyanyong, S., i Limpawattana, P. (2018). «Mild cognitive impairment in clinical practice: a review article». *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 33(8), 500-507. <https://doi.org/10.1177/1533317518791401>

Li, R., i Singh, M. (2014). Sex differences in cognitive impairment and Alzheimer's disease. *Frontiers in neuroendocrinology*, 35(3), 385-403. <https://dx.doi.org/10.1016/j.yfrne.2014.01.002>.

Marques, D. C., Carmignani, V. R., Valadares, A. L. R., Mella, L. F. B., Orcesi, A. P. i Costa-Paiva, L. (2021). Menopause and cognitive impairment: A narrative review of current knowledge. *World J Psychiatr*, 11(8), 412-428. <https://dx.doi.org/10.5498/wjp.v11.i8.412>

Ministeri de Sanitat, Consum i Benestar Social (2019). *Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)*. Grupo Estatal de Demencias.

Mitchell, A. J., i Shiri-Feshki, M. (2009). Rate of progression of mild cognitive impairment to dementia—meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta psychiatrica scandinavica*, 119(4), 252-265. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01326.x>

Morris, M. C., Wang, Y., Barnes, L. L., Bennett, D. A., Dawson-Hughes, B., i Booth, S. L. (2018). Nutrients and bioactives in green leafy vegetables and cognitive decline: Prospective study. *Neurology*, 90(3), e214-e222. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004815>

Nebel, R. A., Aggarwal, N. T., Barnes, L. L., Gallagher, A., Goldstein, J. M., Kantarci, K., ... i Mielke, M. M. (2018). Understanding the impact of sex and gender in Alzheimer's disease: a call to action. *Alzheimer's & Dementia*, 14(9), 1171-1183. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.04.008>

Nooyens, A. C., Wijnhoven, H. A., Schaap, L. S., Sialino, L. D., Kok, A. A., Visser, M., ... i Van Oostrom, S. H. (2022). Sex differences in cognitive functioning with aging in the Netherlands. *Gerontology*, 68(9), 999-1009. <https://doi.org/10.1159/000520318>

Okamoto, S., Kobayashi, E., Murayama, H., Liang, J., Fukaya, T., i Shinkai, S. (2021). Decomposition of gender differences in cognitive functioning: National Survey of the Japanese elderly. *BMC geriatrics*, 21, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01990-1>

Organització Mundial de la Salut (2020). *Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia*. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2020. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK583455/>

Schirinzi, T., Canevelli, M., Suppa, A., Bologna, M., i Marsili, L. (2020). The continuum between neurodegeneration, brain plasticity, and movement: a critical appraisal. *Reviews in the Neurosciences*, 31(7), 723-742. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2020-0011>

Sochocka, M., Karska, J., Pszczołowska, M., Ochnik, M., Fułek, M., Fułek, K., ... i Leszek, J. (2023). «Cognitive decline in early and premature menopause». *International Journal of Molecular Sciences*, 24(7), 6566. <https://doi.org/10.3390/ijms24076566>

Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Journal of the international neuropsychological society*, 8(3), 448-460. <https://doi.org/10.1017/S1355617702813248>

Vega, T. A., Miralles, M., Mangas, J. M., Castrillejo, D., Rivas, A. I., Gil, M., López, A., Arrieta, E., Lozaon, J. E., i Fragua, M. (2018). «Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias». *Neurología*, 33, 491-498. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.10.002>

World Health Organization (2017). *Integrated care for older people. WHO Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity*. World Health Organization.

Autora

MARÍA JOSÉ HERNÁNDEZ ORTIZ

Nascuda a Jaén, es va llicenciar en medicina el 1982 a la Universitat Autònoma de Madrid. El 1992 va presentar la tesi doctoral titulada «Estudi morfològic de la funció dels aminoàcids excitotòxics en la còclea de la rata», un estudi experimental per la qual va obtenir la qualificació d'apte cum laude i va obtenir el títol de doctora en Medicina. És especialista en Anatomia Patològica i va treballar com a patòloga en diversos hospitals de la xarxa pública des de l'any 1986 fins a l'any 2002. Durant aquest temps va publicar una desena d'articles científics i clínics relacionats amb l'anatomia patològica. El 2002 va obtenir una beca per a cursar la carrera de Doctor of Chiropractic a Hayward (San Francisco, Califòrnia, EUA) on va estudiar durant 10 trimestres i es va graduar com a quiropràctica el 2005. Des de llavors exerceix com a metgessa general i quiropràctica en el Centre Sanitari QuiroVida a Palma. Des de 2005 pertany i presideix l'associació ADIBS-*DonaSana, una associació sense ànim de lucre dedicada a fomentar la salut de les dones amb perspectiva de gènere. És, a més, membre de la RedCAPS (Xarxa de dones sanitàries de l'Estat espanyol) des dels seus orígens. Col·labora activament amb articles a la revista *MYS* i és membre del comitè editorial de la revista. És estudiosa del procés d'envelliment havent realitzat tallers sobre aquest tema, denominats «Envellir en femení» per tota la geografia de Mallorca des de 2017 fins a l'any 2023 dins del programa Genèrica del Consell de Mallorca.

MIENTRAS SIGAS SIENDO TÚ.
**ÚS DEL CINEMA DOCUMENTAL
PER A LA SENSIBILITZACIÓ/FORMACIÓ
EN MALALTIA D'ALZHEIMER
(DETERIORAMENT COGNITIU LLEU)**

Mientras sigas siendo tú. Ús del cinema documental per a la sensibilització/ formació en malaltia d'Alzheimer (deteriorament cognitiu lleu)

Sacramento Pinazo Hernandis

Resum

Durant el procés d'envelliment, un dels aspectes que més preocupen són les patologies cognitives associades. Entre aquestes hi ha les demències en general i el deteriorament cognitiu lleuger en concret, un trastorn comú i una de les síndromes que més interès desperta en la neurociència per la seva possible evolució a demència. Cal continuar investigant sobre el deteriorament cognitiu lleuger i com ajudar les persones a afrontar la malaltia i continuar vivint com ho desitgen.

El cinema ajuda a pensar i sentir, consolida coneixements i genera actituds, despertant el sentit crític, la creativitat i la capacitat d'anàlisi de la vida quotidiana i promovent un tipus d'aprenentatge integrat i multisensorial. Dels gèneres cinematogràfics que més s'han utilitzat amb finalitats educatives, el documental és un recurs cinematogràfic didàctic.

En aquest treball s'analitza el documental *Mientras sigas siendo tú*, els temes i els subtemes que tracta i la utilitat que té aquest recurs en diferents contextos: per a la formació de professionals, de les persones cuidadores familiars i de la societat en general. Es volen mostrar les possibilitats didàctiques que té el documental per sensibilitzar, informar i formar sobre l'Alzheimer.

Resumen

Durante el proceso de envejecimiento, uno de los aspectos que más preocupan son las patologías cognitivas asociadas. Entre ellas se encuentran las demencias en general y el deterioro cognitivo leve en concreto, un trastorno común y uno de los síndromes que más interés despierta en la neurociencia por su posible evolución a demencia. Se necesita seguir investigando sobre el deterioro cognitivo leve y cómo ayudar a las personas a afrontar la enfermedad y seguir viviendo como lo desean.

El cine ayuda a pensar y sentir, consolida conocimientos y genera actitudes, despertando el sentido crítico, la creatividad y la capacidad de análisis de la vida cotidiana y promoviendo un tipo de aprendizaje integrado y multisensorial. De los géneros cinematográficos que más se han utilizado con fines educativos, el documental es un recurso cinematográfico didáctico.

En este trabajo se analiza el documental *Mientras sigas siendo tú*, los temas y subtemas que trata y la utilidad de este recurso en diferentes contextos: para la formación de profesionales, de las personas cuidadoras familiares y de la sociedad en general. Se pretende mostrar las posibilidades didácticas que tiene el documental para sensibilizar, informar y formar sobre el Alzheimer.

1. Introducció

1.1. Les demències i l'Alzheimer

Durant el procés d'envelliment, un dels aspectes que més preocupen són les patologies cognitives associades. Entre aquestes hi ha el deteriorament cognitiu lleu, un trastorn comú i una de les síndromes que més interès desperta en la neurociència per la seva possible evolució a demència. Les malalties neurodegeneratives suposen una greu amenaça per a la salut humana.

La demència és un dany cognitiu o un deteriorament cognitiu progressiu que afecta la funcionalitat normal a nivell social i ocupacional i interfereix en les activitats diàries. El *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals* (American Psychological Association, 2022) defineix la demència com un trastorn neurocognitiu més gran, caracteritzat per un deteriorament cognitiu i funcional de l'individu en relació amb nivells previs, afectant de manera significativa un o diversos dominis cognitius: la memòria, el llenguatge, l'atenció, les funcions executives, el pensament abstracte, l'orientació i l'aprenentatge. Aquests dèficits interfereixen en la funcionalitat i l'autonomia de la persona en les activitats de la seua vida diària (Wisinger, 2023).

Les principals hipòtesis apunten que la malaltia d'Alzheimer (MA) es relaciona amb l'acumulació anormal de plaques amiloides i cabdells de proteïna tau que comporten una pèrdua progressiva de cèl·lules nervioses i connexions neuronals (Santos et al., 2023). La demència no és una part natural de l'envelliment. Es produeix quan el cervell es veu afectat per una malaltia. Es coneixen més de 100 tipus de demència, però les més comunes són la malaltia d'Alzheimer (entre el 60-70% dels casos), seguida de la demència vascular, la demència amb cossos de Lewy i la demència frontotemporal.

Aquesta malaltia neurològica, crònica i progressiva afecta actualment aproximadament 55 milions de persones a tot el món, i s'espera que pugi a 78 milions el 2030 i 139 milions l'any 2050 (OMS, 2021; Shin, 2022). A nivell europeu s'espera que per a l'any 2050 hi hagi més de 14 milions de casos de demència (Lillo-Crespo et al., 2018). I a Espanya, la prevalença de demència és de 5-14,9% per a persones de 65 anys, i de 9-17,2% per a persones de 70 anys o més (Soler et al., 2019).

En termes de prevalença global, la demència és una preocupació creixent. A Europa, s'estima que hi ha al voltant de 10 milions de persones amb demència i aquesta xifra continua augmentant. A Espanya, segons dades de la Societat Espanyola de Neurologia, es calcula que hi ha aproximadament 800-900.000 persones amb demència i en un 75% dels casos seria a causa de la MA i la xifra es podria duplicar en les properes dues dècades a causa de l'envelliment de la població (SEN, 2021; Fundació Pasqual Maragall, 2020).

La demència és una síndrome que es caracteritza pel deteriorament de la memòria, el pensament, el comportament i la capacitat per fer activitats quotidianes. No és normal de l'envelliment, però sí que és cert que afecta principalment les persones grans.

És una malaltia progressiva, en què es diferencien cinc etapes: MA preclínica, deteriorament cognitiu lleu per MA, demència lleu per MA, demència moderada per MA i demència greu per MA (Rodríguez, 2022). Es considera deteriorament cognitiu lleuger (DCL) si no hi ha interferències en les activitats de la vida diària però sí que necessiten ajuda o utilitzar estratègies compensatòries per realitzar-les (Wisinger, 2023); moderat, si hi ha dificultats a les activitats instrumentals (per exemple, gestionar diners o realitzar tasques domèstiques); i greu, si els dèficits ocorren en la realització de les activitats bàsiques (per exemple, menjar, vestir-se, endreçar-se) i la persona és totalment dependent (APA, 2022). El DCL o fase prodròmica és, per tant, una etapa intermèdia entre l'envelliment normal i la demència. Les persones amb DCL experimenten una disminució notable en una o més àrees cognitives (memòria, llenguatge, pensament, judici), però aquestes disminucions no són greus i no interfereixen significativament en les activitats diàries i la vida independent.

La prevalença del DCL varia segons els estudis, però s'estima que afecta aproximadament el 15-20% de les persones de més de 65 anys (Petersen et al., 2018). A Espanya s'estima que el DCL afecta al voltant del 5-15% de les persones de 65 anys o més, cosa que representa un important desafiament de salut pública. El DCL pot ser estable però la major part de les persones amb DCL progressen a demència.

Les persones amb diagnòstic de DCL i demència deuen i volen seguir implicades en la societat. A més, és sabut que la participació i la implicació socials són factors protectors: el suport social familiar, d'amistat, tenir un propòsit de vida, no sentir-se exclosa de converses, de trobades, mantenir la identitat: continuar sent. La detecció precoç i el maneig adequat del DCL i la demència són crucials per millorar la qualitat de vida dels pacients. Les persones grans amb deteriorament cognitiu solen presentar alteracions emocionals i símptomes depressius, ja que aquestes malalties són progressives i incrementen la dependència. Actualment, s'estan desenvolupant línies d'investigació per identificar biomarcadors i tractaments efectius que retardin la progressió d'aquestes condicions. A més, s'estan implementant programes de sensibilització i educació per a la població i els professionals de la salut per millorar el reconeixement i la gestió d'aquests trastorns. La inversió en sistemes de suport i recerca per l'administració i les empreses és essencial per afrontar el desafiament creixent del DCL i la demència.

Acceptar el diagnòstic d'una malaltia neurodegenerativa no ha de ser fàcil; i dir públicament que es té demència, tampoc. Cada any hi ha més de 10 milions de nous casos diagnosticats al món. Segurament molts més encara no han rebut un diagnòstic,

però la malaltia ja ha començat a avançar. Els experts diuen que el diagnòstic de la MA sol arribar uns 20 anys després que la malaltia ha començat (Long et al., 2023). Sol començar de manera insidiosa: petits detalls, una cosa rara passa. Després d'anys de dany cerebral, comencen a veure's els primers símptomes com fallades de memòria o alteracions en les funcions executives i l'aprenentatge, si bé és cert que segons avanci la malaltia els símptomes cada cop seran més variats, estenent-se la mort neuronal a altres àrees cerebrals involucrades en altres aspectes cognitius com l'orientació i el llenguatge, entre d'altres.

L'impacte social i econòmic de la demència és molt gran. Segons l'OMS (2021) el cost global de la demència (sumant les despeses mèdiques directes, costos indirectes relacionats amb la pèrdua de productivitat i les cures informals proporcionades per familiars) es va estimar al voltant d'un bilió de dòlars, xifra que s'espera que augmenti a 2 bilions de dòlars el 2030. A Espanya, els costos associats a la demència s'estimen al voltant de 24.000 milions d'euros anuals (Cochrane, 2020).

La demència és una malaltia sobre la qual hi ha molts conceptes erronis (Alzheimer's Disease International, 2012). Encara hi ha un gran estigma associat a la malaltia i això fa que no es parli de l'Alzheimer i que, quan arriba el diagnòstic, costi assimilar-lo i més, o encara, fer-lo públic entre familiars, amics i coneguts (Anderson et al., 2009; Burgener et al., 2015). Per això cal també pensar en la representació social de la demència a la societat en general i als professionals sociosanitaris i les famílies cuidadores. L'estudi de la Fundació Pasqual Maragall (2020), *Actituds i percepció de la població espanyola davant l'Alzheimer* parlava justament de la necessitat de canviar la manera com la societat veu la MA, la manera com es parla de la malaltia per reduir l'estigma associat.

Per això són necessaris programes de sensibilització que ajudin a canviar la percepció que es té de la malaltia. Una manera d'arribar a la població general és a través del cinema i els documentals. Si, a més, aquestes pel·lícules s'utilitzen en un programa psicoeducatiu, poden ajudar a canviar la idea que tenim de la demència.

1.2. Cinema i gent gran. Cinema i demència

El cinema ajuda a pensar i sentir, consolida coneixements i genera actituds, despertant el sentit crític, la creativitat i la capacitat d'anàlisi i intervenció en la vida quotidiana i promovent un tipus d'aprenentatge integrat i multisensorial tan potent com els entorns virtuals. Dels gèneres cinematogràfics que més s'han utilitzat amb finalitats educatives, el documental és un recurs cinematogràfic didàctic.

El cinema és un mitjà poderós per formar i influir en les opinions i actituds del públic. Les pel·lícules de ficció i els documentals que mostren el progrés de la malaltia sobretot

poden tenir un gran efecte en l'espectador. Una representació imprecisa i inadequada de les malalties menys conegudes (trastorns mentals, malalties neurodegeneratives...) en els mitjans visuals pot contribuir a percepcions errònies, incomprensió i més estigmatització.

Però en línies generals les persones grans al cinema estan molt poc representades. Sovint a les pel·lícules es mostra l'estereotip de la vellesa: la persona gran fràgil, o no se li dona un paper protagonista i només apareixen en un paper coral. Menys encara les dones grans (Nuñez i Pinazo-Hernandis, 2019). Aquí hi ha la persona gran, de fons, però no és a l'eix de la trama. En el cas de la demència, sovint es mostra el deteriorament, la càrrega que pot suposar la cura a les persones cuidadores familiars (dones gairebé sempre), sense diferenciar entre tipus o graus de severitat de la demència. Sol representar-se la MA més que cap altra, i aspectes com les pèrdues de memòria, espacials, llenguatge... Majoritàriament són dones les que apareixen a les pel·lícules amb MA.

Per conèixer quines pel·lícules hi ha sobre MA es van buscar pel·lícules de ficció a Internet Movie Database (IMDb, base de dades comercial en línia que conté més de 2 milions de pel·lícules des de 1888 fins ara). Es van posar paraules clau: *demència*, *malaltia d'Alzheimer*, *deteriorament cognitiu lleuger* i es van cercar títols de pel·lícules. Es van trobar pel·lícules on la demència d'algú s'esmenta a la pel·lícula, o bé és el tema principal. Diverses pel·lícules han parlat de MA i han abordat temes, incloses les creences errònies (Gerritsen et al., 2014; Graham, 2016). Algunes des del punt de vista de la persona cuidadora familiar, siguin fills, nets o parella: *El hijo de la novia* (J. J. Campanella, 2001); *Lejos de ella* (S. Polley, 2007); *La familia Savages* (T. Jenkins, 2008); *Amanecer de un sueño* (F. Mas, 2008); *Amour* (M. Haneke, 2013); *La caja de Pandora* (Y. Ustaoglu, 2008); *Loli tormenta* (A. Villaronga, 2023); *Supernova* (H. MacQueen, 2020). O la vida en una residència, *Arrugas* (I. Ferreras, 2011); *La fuga* (T. Fernández, 2023).

La majoria de les pel·lícules mostren símptomes cognitius, principalment problemes de memòria i desorientació (persona, temps, lloc i/o espai), problemes de llenguatge (cerca de paraules, comprensió, escriptura, lectura), fluctuacions de la consciència, manca d'iniciativa (Cap, 2012; Segers, 2007). També hi ha característiques com un comportament desconnectat (apatia, estar en un món propi, manca d'expressió facial, ira, frustració, sentiments depressius i desconcert). Les històries a la majoria de les pel·lícules tracten sobre l'impacte de la demència en la relació entre la persona amb demència i els seus familiars, amb la parella cuidadora de vegades representada com a protagonista principal: *El padre* (F. Zeller, 2020); *Paris 70* (D. Feixas, 2023), per exemple. Sovint es representen els personatges amb demència com a incapaços de completar les activitats de la vida diària sense ajuda, amb els cuidadors portant la càrrega de la cura: cuidadors realitzant tasques domèstiques, proporcionant ajuda física per banyar-se, menjar i anar al bany, i vigilant constantment el que passa.

Alguns estudis s'han centrat en la representació de la demència en general o l'Alzheimer en particular a les pel·lícules (Zeilig, 2015; Anderson, 2010; Medina, 2013), aspecte molt important per la influència en les opinions i actituds segons la imatge presentada. Representar fidelment a les pel·lícules les condicions de salut mental, o les malalties neurodegeneratives com la demència, té efectes constructius: la societat en general es pot familiaritzar més amb aquestes malalties i poden millorar les seves actituds cap a les persones amb aquestes malalties (Klin i Lemish, 2008; Cohen-Shalev i Marcus, 2012). Per aquest motiu, la indústria cinematogràfica hauria de treballar conjuntament amb especialistes i pacients per tal de representar de manera precisa el desenvolupament de les malalties i l'experiència de viure-les. Encara persisteix un estigma cultural envers la demència, que inclou la por pública cap a aquesta condició. Aquest estigma contribueix a retardar la recerca d'ajuda, les dificultats per a obtenir un diagnòstic de demència i fins i tot la vulneració dels drets humans de les persones amb MA (infantilització, pèrdua de drets). Com a resultat, les persones amb demència sovint se senten marginades i ignorades, la qual cosa es relaciona amb la depressió, l'ansietat, la baixa autoestima, la pèrdua de la sensació de control personal i una menor participació en activitats (Devoy i Simpson, 2017; Herrman et al., 2018; Low i Purwaningrum, 2020).

La representació de la demència s'associa amb imatges i sentiments negatius, amb distància social entre les persones amb demència i els qui no la pateixen, fins i tot amb la idea que «la persona ja no hi és», «és com un zombi habitant el cos», «un mort abans de morir», «un no-ésser», «vegetal», «no hi ha ningú» (Behuniak, 2010).

Si les històries foren explicades des del punt de vista de la persona amb MA, augmentaria la capacitat de l'espectador de relacionar-se amb la vivència del malalt i tenir compassió i, fins i tot, l'acceptació de la mateixa demència si és el cas. En poques pel·lícules el protagonista és la persona amb MA. Si dediquem un temps al visionat de pel·lícules on es tracta la MA, ens adonarem que *Sempre Alice* (R. Glatzer, 2014) és de les poques que mostra la vivència personalíssima de la demència contada en primera persona. Poc sabem com les persones afronten la malaltia des del primer moment de rebre el diagnòstic i com s'enfronten a la pèrdua contínua però gradual i irreversible que produeix la MA. El documental *Mientras sigas siendo tú* és un magnífic exemple contat amb afecte i mostrant la vivència subjectiva i personal. El documental s'acompanya del llibre *Cuando ya no sea yo*, de Carme Elías, i per això en aquest capítol els analitzarem tots dos, al·ludint a escenes del documental i a pàgines del llibre.

L'objectiu és ajudar les persones a entendre la MA, reduir la doble discriminació —per tenir Alzheimer, per edat— o triple —i a més ser dona gran—, ajudar les persones que treballen/viuen amb algú amb MA i en concret amb DCL a entendre que darrere de la malaltia segueix estant la persona, fins a l'últim moment de la vida.

En aquest capítol es pretén mostrar les possibilitats didàctiques que té el documental *Mientras sigas siendo tú*, els temes i subtemes que tracta i com es pot utilitzar aquest recurs en diferents contextos: per a la formació de professionals, de les persones cuidadores familiars i la sensibilització social. Es vol mostrar les possibilitats didàctiques que té el documental per sensibilitzar, informar i formar sobre la MA en general i el DCL en particular (Lee, 2012).

Entre els documentals sobre una persona coneguda públicament (pel seu perfil polític, professional, etc.), en trobem quatre: *Bucarest* (A. Solé, 2008), *Bicicleta, cuchara, manzana* (C. Bosch, 2010), *Iris* (R. Eyre, 2011) i, recentment, *La memoria infinita* (M. Alberdi, 2023).

El procés de creació d'un documental és diferent del d'una pel·lícula i també els elements que l'integren. Hi ha una primera fase de preproducció o preparatius del documental, que comença amb el desenvolupament de la idea i la narració. A més, el documental pot recollir entrevistes d'història o trossos de vida. La idea és dotar la història de veracitat, generar compassió o empatia entre persona entrevistada i espectadors. És una fase delicada ja que cal gravar les entrevistes amb sensibilitat, però no caure en la sensibleria o el melodramatisme. La compenetració entre entrevistador i persona entrevistada és el fa que un documental sigui de més qualitat. El rodatge de guions oberts és difícil, sobretot si no es compta amb un pla de rodatge detallat per seqüències concretes, com passa a les pel·lícules. Això exigeix una molt bona capacitat de reacció i d'agilitat en les decisions que ha de prendre el director del documental.

Aquest capítol pretén presentar la demència subratllant la importància de la persona que viu amb la malaltia com a subjecte del qual la condició de persona i l'agència no es redueixen, a més vol posar en valor el treball de direcció del documental que s'ha fet des del respecte, en una relació de complicitat, empatia i afecte mutu.

2. Mètode

S'analitza el documental *Mientras sigas siendo tú* (C. Pinto, 2023). Millor pel·lícula dels 38ens premis Goya, nominada a Premios Feroz, premiada en XVI Premis Gaudí de 2023.

Sinopsi: es tracta d'un documental rodat al llarg de més de 10 anys on es narra l'avenç de la malaltia de Carme Elías. S'hi barregen escenes de la vida de l'actriu i els seus èxits en teatre i cinema. Es tracta d'un cant d'amor, generositat, valentia, un llegat generatiu que mostra Carme Elías, actriu, i l'avenç de la seua malaltia: DCL.

2.1. Procediment

Tres experts independents han visionat diverses vegades el documental, van veure’l de manera independent i van seleccionar escenes rellevants. Van assenyalar els temes emergents i els van dividir en seqüències (o unitats d’anàlisi) mitjançant codificació oberta, en un procés iteratiu de codificació, anàlisi i discussió. Es van transcriure els diàlegs de les escenes. Després, els experts van discutir les seves valoracions, que es van perfeccionar i especificar durant les reunions de consens per a realitzar una validació interjutges i fins a arribar als temes valorats en comú com a més rellevants i destacables.

2.2. Anàlisi

El programa d’anàlisi qualitativa Atlas-ti ha servit per fer l’anàlisi temàtica del documental i extreure relacions entre temes i subtemes.

3. Resultats

3.1. Temes

Els temes valorats com a més rellevants i destacables són 10 i es mostren a la Taula 1. A més, seguidament es mostren exemples de cada tema i la seva ubicació al minutatge del documental [minuts] o en el llibre de Carme Elías, *Cuando ya no sea yo* [pàgines].

Taula 1 Temes que emergeixen de l'anàlisi	
Temes	Subtemes
Tema 1. Adonar-se'n	Els primers símptomes: la por; prendre consciència de la malaltia, rebre el diagnòstic, fer públic el diagnòstic: poder amagar-ho / deure explicar-ho.
Tema 2. La malaltia	Els canvis associats a la malaltia; els avenços de la malaltia, els símptomes, els canvis que produeix.
Tema 3. Identitat	La persona primer. Importància de la història de vida, necessitat de mantenir la identitat.
Tema 4. Drets	Dret a continuar prenent decisions.
Tema 5. Cures, suport i aferrament	Suport familiar; suport d'amistat.
Tema 6. La soledat i l'aïllament	Desitj d'aïllar-se, la seguretat de ser a casa; sensació de control a l'espai conegut.
Tema 7. Ageing in place	Inclusió, ser part de la comunitat, pertinença.

continua

Temes	Subtemes
Tema 8. Ocupació	Mantenir-se activa, generativa i productiva: la vida segueix.
Tema 9. Confort i intimitat	Dret a una vida digna; continuar tenint control de la vida fins al final; dret a la mort digna.
Tema 10. Acceptació i compromís	Pèrdua de capacitats i adaptació a les pèrdues; <i>Carpe diem</i> , gaudir aquí i ara, importància de l'aquí i ara; viure amb serenitat; mostrar gratitud.

3.2. Selecció d'escenes: *Mientras siga siendo yo*

El documental comença i en la primera escena ens avisa del que succeirà més endavant. Carme Elías (CE) és entrevistada durant els primers anys d'actriu. S'hi observa l'escena gravada. Mostra una Carme Elías als anys vuitanta més o menys, segura, tranquil·la davant la càmera.

[1.14]

Periodista: Què és el pitjor que t'ha passat?

CE: El pitjor ha estat quedar-me en blanc. Oblidar-me completament el text i no saber què passa en aquell moment. Quedar-te fora del temps i del lloc. Aleshores, si tens la sort de tenir un company que li va bé el cap no passa res. Però si no tens aquesta sort, són uns moments terrorífics on creus que et mors. És una experiència terrible.

- Tema 1. Adonar-se'n

Començar a notar canvis, badades, no trobar la paraula adequada, quedar-te en blanc. De vegades es confon amb una depressió, un estat de baix ànim. Poca iniciativa per començar projectes o continuar amb tasques.

[3:05]

Veu en off de Claudia Pinto (CP), directora del documental.

Apareixen els primers símptomes de la malaltia. Quedar-se en blanc és una de les pitjors coses que poden passar a les actrius. Sobretot a les actrius de teatre. Al cinema, és possible tornar a gravar l'escena. Al teatre, no. Quan algú es queda amb la ment en blanc és una sensació d'inseguretat i de por combinats.

Rodant escenes d'una pel·lícula, Carme oblida el diàleg.

CE: Perdona, deixa de gravar.

CP: Anava bé?

CE: No, no.

Repeteixen l'escena. Es queda amb la ment en blanc. No sap continuar.

CE: Perdona, perdona... Algú em pot llegir el text? Em sap greu, no estic.

Veu en off de Claudia Pinto.

Era la segona pel·lícula que gravàvem juntes (Les conseqüències). Totes dues sabíem que el que passava aquell dia era molt més greu que quedar-se en blanc. Poc després del rodatge va arribar el diagnòstic d'una malaltia que vam trigar a dir pel seu nom. CE: (plora) Només tinc por.

El moment de rebre el diagnòstic és dur, l'acceptació també (Low et al., 2019; Jutel i Jutel, 2017; Fletcher, 2019).

[4:35]

CE: Un dia em captura una cosa. Un altre dia una altra. És molt pervers. I després, moltes que no m'adono i dic: Ai va! Això també, i això i això... O que em diuen: No t'has adonat que t'acaba de passar això? I tu dius: No. És un desconcert. (Ulls plorosos) És l'aquí i ara més present que mai, però és enganyós. És mentida. No és voluntari; és involuntari. Jo no trio ni el meu aquí ni el meu ara ni res.

Setembre de 2019. Carme té consciència de la malaltia, s'adona a cada tasca que emprèn. Està intentat aprendre a conviure amb la malaltia però no és gens fàcil.

[6:01]

Carme llegeix un document escrit a l'ordinador.

M'acompanya cada segon. No ho pots arraconar, deixar-ho per després. Està amb mi constantment. No ho pots enfrontar. Només rendir-te. No puc lluitar contra això. És impossible perquè d'una manera o altra és a mi. M'acompanya cada moment. Tinc molta consciència. De moment... Fins quan?

[18:41]

Al neuròleg, fent test de memòria.

Neuròleg: A quina estació de l'any estem?

CE: Primavera

N: Quin dia del mes?

CE (Queda una estona pensant i no contesta): Aquest matí ho sabia.

No ho sé.

(Arrufa les celles intentant recordar): Mes... imagino... abril. 16 o 17, no ho sé.

N: I el dia de la setmana?

CE: Ostres! A veure un moment... Jo diria que dimecres.

N: Ara resta des de 100 de 7 a 7.

CE: Ostres! Això és molt difícil. 90... 90... (Arrufa les celles. Tanca els ulls per recordar.) 90... uffff. 94, 93, 92, 91, 90...89. És increïble.

Cada dia m'acosta més a aquest moment i soc molt conscient del que em passa. És com si el meu present es fes petit. És dur. [Cuando ya no sea yo, p. 182].

El meu dia a dia és còmic i molt dramàtic. Tinc llistes per a quasi tot. [op. cit., p. 112].

- Tema 2. La malaltia. Els canvis associats a la malaltia; els avenços de la malaltia, els símptomes, els canvis que produeix. El no voler ni dir el seu nom: Alzheimer

L'okupa de la meua ment [p. 115, 185].

El meu amic Al [op. cit., p. 186].

[4:35]

Escena 4. A València, a l'estiu posterior al diagnòstic. Reflexionant sobre els canvis que produeix la malaltia.

L'avenç de la malaltia és sinuós. De vegades pot adonar-se dels obllits però altres vegades no s'adona dels canvis, dels lapsus. Són les persones del voltant les que criden l'atenció sobre el que ha passat.

Carme escriu una carta al seu amic Al: *M'estàs arrabassant el meu pensar, el meu sentir i el meu ésser. Ho has fet molt abans que fos conscient de la teva presència a la meua vida. Ho has fet sigil·losament, passant inadverit al principi, disfressant-te d'altres personatges i amagant-te en el cansament, la depressió, l'estrès o la por. De mica en mica et vaig coneixent. Sé que no hi ha res ni ningú que et pugui aturar. Ets tossut i insisteixes a estar sempre present: cada dia, cada hora, cada minut, cada segon... Sé com actues* [op. cit., p. 192].

El més dur és saber que la malaltia no deixa d'avançar [op. cit., p. 181].

Quan el meu esquelet desaparegui el que s'ha après, alhora que la meua ment es fon amb Al portant el timó, amo del que serà mi ja no jo [p. 186].

L'Alzheimer és perversament subtil. Quasi ni te n'adones. És aterrador. [op. cit., p. 117].

Puc oblidar moltes coses però mai oblidó que tinc Alzheimer. M'adono que me n'adono [op. cit., p. 115].

- Tema 3. Identitat

La necessitat de mantenir la identitat és bàsic. La persona primer. Importància de la història de vida: «Segueixo sent jo, soc actriu»; deixar constància de les preferències i desitjos. No deixar que la malaltia «contamini i ompli» tot l'ésser. Protegir i mantenir la dignitat.

[31:00]

No vull estar en aquest món sense estar... / ... No vull viure com una ameba.

Part de la meua personalitat és la que l'Alzheimer va esborrant del meu cervell [op. cit., p. 176].

He tingut moltes pors, però ara només em domina la por per la pèrdua de la identitat a mesura que la malaltia avança. Si reflexiono, m'espanta cada cop més. Per això és tan important persistir (una altra vegada), estar activa i no tancar-me tant a casa

[op. cit., p. 181].

Aquesta confusió en què de vegades em moc. Així em sento, indecisa com una pobra dona perduda, com dient-me a mi mateixa: I tu qui ets? [op. cit., p. 185].

Quin sentit tindrà viure quan Al m'hagi engolit el cervell del tot i jo deixi d'estar capacitada per cuidar-me o de comprendre el que m'envolta? Cap... I ... Quan el meu cervell estigui no se sap on, ni aquí ni ara. No voldré anar més enllà d'aquest moment. No vull viure indignament [op. cit., p. 186].

M'aniré convertint en un ésser sense ésser, sense parla, amb llenguatge gairebé incompreensible. On és la paraula dignitat, en què tant ens recreem tots? Vida digna! Mort digna! [op. cit., p. 187].

M'agradaria deixar constància de qui sóc per quan ja no sigui jo [op. cit., p. 118].

Quan ja no sigui jo, espero poder llegir el que escric o que m'ho llegeixin per intentar recordar-me'n [op. cit., p. 194].

- Tema 4. Dret a continuar prenent decisions

L'autonomia es defineix tant com un dret com una capacitat. Com a capacitat, es refereix al conjunt d'habilitats que permeten a una persona fer les seves pròpies eleccions, prendre decisions i responsabilitzar-se de les conseqüències. Com a dret, implica la garantia que les persones, independentment de les seves capacitats, puguin desenvolupar un projecte de vida basat en la seva identitat personal i mantenir-ne el control. Per a les persones amb greus afectacions, l'exercici del dret a l'autonomia sol ser indirecte, mediat per altres persones i amb els suports necessaris.

En el cas de les persones amb deteriorament cognitiu, la possibilitat d'exercir l'autonomia és més difícil, ja que depèn de les competències i capacitats preservades. La capacitat d'actuar i decidir també està influenciada pel risc associat a una situació o tasca determinada i pels suports disponibles en l'entorn. Així, les persones amb deteriorament cognitiu han de tenir oportunitats i suports per continuar prenent decisions. Quan la capacitat decisional està molt reduïda, han de ser representades per altres i, en aquests casos, l'exercici de l'autonomia és indirecte i es realitza a través de tercers, que poden ser familiars o professionals.

Sé que és cansat tractar amb mi, perquè tinc opinió encara i també segueixo sent tossuda [op. cit., p. 120].

- Tema 5. Cures, suport i aferrament

Arriba un moment de la malaltia en què la persona requereix assistència per part d'altres persones per a la presa de medicació, el control de l'alimentació, la supervisió i l'acompanyament.

[18:30]

Videotrucada per Zoom en plena pandèmia per COVID-19, Carme Elías amb Claudia Pinto i un amic actor.

La necessitat de suport de les persones properes i estimades és molt important davant la inseguretat que genera la malaltia.

[4:05]

Al metro, traient un tiquet.

Veu en off: Petites coses del dia a dia que ja no pot fer sola. Saber que cal ajuda i deixar-se ajudar.

CE: Veus? Això ja no ho puc fer.

A la meua imaginació hi ha un soterrani fosc. Però és la meua imaginació que ha guarnit la tragèdia.

- Tema 6. Soledat i aïllament

En altres pel·lícules apareix la càrrega del cuidador, l'aïllament i la solitud de les dones en aquest paper, però ací apareix la por d'estar sola i el possible aïllament de la persona amb DCL. Però també, l'aïllament de quedar-se a l'habitació, a casa seua per evitar possibles perills que aguaiten allà fora. I tot això per la sensació d'inseguretat i inseguretat quan està sola perquè no sap si en sortir es pot perdre i no saber com tornar o trobar-se de nou a casa o amb la gent coneguda. La soledat també es manifesta quan la persona no rep prou suport o comprensió per part de les altres persones al seu voltant.

[30:05]

Al Festival de Màlaga.

CE: És que no sé on vaig, com em dic i on vaig. A la meua habitació (de l'hotel) sí? Quan arribo, bé. Però ara ja m'adono que quan em quedo sola puc fer servir l'ascensor, però he de demanar ajuda a una noia perquè m'ajudi a baixar a no sé on... Pensar. Els trobaré? Sort que us he trobat de seguida. Però si no... és quedar-me a l'habitació i no fer res perquè tota l'estona he de buscar.

- Tema 7. Ageing in place. Inclusió, ser part de la comunitat, pertinença, seguir present

Viure a casa és la capacitat de viure a la pròpia llar i comunitat de forma segura, independent i còmoda. En el cas de persones amb DCL, proporciona connexió amb l'entorn conegut, sensació de control i autoeficàcia. La llar com a lloc de protecció, seguretat davant del món.

Tractar d'aturar els pensaments sobre la malaltia que estan tota l'estona presents i no deixar-los espai perquè s'apoderin absolutament de la meua ment... / ... estar activa creativament [op. cit., p. 177].

Persistir, estar activa i no tancar-me a casa [op. cit., p. 181].

- Tema 8. Ocupació. Projectes vitals. Sentit de vida

Tenir un projecte que permeti a la persona pensar en avui i demà, que doni un significat a la vida sempre és necessari. L'ocupació es un mitjà per a créixer.

[11:15]

CE: Crec que oblidó l'actriu. No ho oblidó... és estrany això. O s'hi ha unit.

Cada dia quan ho penso dic: Quin embolic és això? Jo és que estic cap allà. Cada cop més (riu). Què farem?

Amiclactor: Potser la inspiració són textos o autors que has interpretat.

CE: No sabeu què m'ajuda això. Fins on arribi. Fem el que fem. Vosaltres sou aquí amb mi i hi ha un projecte.

[12:44]

CE: A mi em sosté això una mica. La meva vocació ja no la puc exercitar.

Amiclactor: Ara sí que ho estàs fent.

CE: Ara sí. Amb tots vosaltres. Però perquè ens hem bolcat a fer-ho i entre tots fem una fortalesa.

[21:58]

Encara tinc projectes pendents i ganes de fer-los.

- Tema 9. Confort i intimitat

El dret a una vida digna; a continuar tenint control de la vida fins al final; el dret a poder decidir fins al final, el dret a la mort digna; però també preparar-se per al final i comunicar allò que es desitja, per exemple amb el document de voluntats anticipades i el testament vital; aprofitar per a deixar arreglades les coses, acomiadar-se d'objectes, dir-los adeu; pensar i preparar en el després, quan ja no siguis aquí.

Quan el meu jo es dilueixi en una confusió incomprensible, que sens dubte serà visible per a l'espectador; quan el llenguatge deixi de ser llenguatge per esdevenir una sonoritat incompressible; quan les cares volgudes es fonguin. I es confonguin en la meua memòria i jo deixi de reconèixer-les, tant se val que surti un indicatiu de reconeixement que desapareixerà al moment, o una mica més tard, llavors vull una mort digna. L'exigeixo [op. cit., p. 182].

- Tema 10. Acceptació i compromís

Davant de la pèrdua de capacitats és necessària una bona i adequada adaptació a les pèrdues; *Carpe diem*, gaudir aquí i ara, posar importància a l'aquí i ara; viure

amb serenitat; i també mostrar gratitud a la vida, a les persones que ens han acompanyat.

El meu amic Al és fulminant. No hi ha cap lluita possible. Cal assimilar-ho tal qual. És clar que fàcil no és... I que estrany és tot. Estic a prop i lluny de mi. Tot ahora [op. cit., p. 112].

I encara que la meua situació és força complicada, intento no deixar-me vendre per les temptacions a què estic sotmesa: plorar, menjar, compadir-me, enfadar-me, donar pas a la por i abocar-me a l'abisme. No sé com ho faig, però ho acostumo a parar [op. cit., p. 183].

...però també acceptar la pena [op. cit., p. 176].

3.3. Ús didàctic del documental *Mientras sigas siendo tú* i el llibre *Cuando ya no sea yo*

El documental i el llibre poden ser excel·lents aliats en la sensibilització i formació sobre el DCL. Tots dos junts són un recorregut des dels primers símptomes de la malaltia fins a la situació actual en la qual viu Carme, esquitxat de *flashbacks*, mostrant com la protagonista s'enfronta als canvis i desplega eines per adaptar-se, acceptant el que va arribant.

Els temes que han sorgit a l'anàlisi són una mostra d'extractes que ens poden portar a la reflexió sobre aspectes vinculats a la vida amb DCL. En aquest apartat s'exposa una sèrie d'idees clau per poder utilitzar aquest recurs amb finalitats didàctiques en la formació de professionals, amb cuidadors familiars, amb persones amb DCL i per a la societat en general. La necessitat de posar la persona davant de la malaltia, com indica el model d'atenció integral i centrat en la persona, és l'eix del documental, i ha de ser també l'eix de les cures. La persona té dret a triar com vol continuar vivint i les persones cuidadores han de convertir-se en facilitadors. Per un altre costat, les necessitats bàsiques que van ser enumerades per Tom Kitwood i el seu grup de la Universitat de Bradford apareixen clarament al documental: identitat, ocupació, inclusió, confort i aferrament. La necessitat que té la persona amb DCL de seguir mantenint la seva identitat és un aspecte central.

A més, la protagonista va descrivint els canvis que produeixen l'avanç del deteriorament cognitiu: problemes de llenguatge i comunicació; necessitat d'anotar les coses per no oblidar-se'n, i la por i la inseguretat. La demència engloba una sèrie de canvis que poden incloure pèrdua de memòria, dificultats amb el pensament, la resolució de problemes o el llenguatge, i sovint canvis a l'estat d'ànim, la percepció o el comportament. Aquests canvis solen ser petits al principi, però per a una persona amb demència s'han agreujat prou per afectar la seva vida quotidiana. Com diu Carme en un dels capítols del seu llibre, «No em parlis diferent, parla'm millor». La fase més primerenca de l'Alzheimer, DCL, ens permet portar una vida gairebé normal durant anys.

Una persona amb demència pot tenir problemes amb la memòria quotidiana (per exemple, dificultat per recordar fets ocorreguts recentment); concentració, planificació o organització —per exemple, dificultats per prendre decisions, resoldre problemes o dur a terme una seqüència de tasques (com cuinar un àpat)—; llenguatge: per exemple, dificultats per seguir una conversa o trobar la paraula adequada per a alguna cosa; habilitats visuoespacials: per exemple, problemes per calcular distàncies (com a les escales); orientació: per exemple, perdre la noció del dia o la data, o confondre's sobre el lloc on es troba. Però una persona amb demència també experimentarà canvis en el seu estat d'ànim: frustració, irritació, apatia, o retraïment, ansietat, és fàcilment alterable o inusualment trist.

Una qüestió que mereix una reflexió profunda és la manera com es poden acceptar els canvis i com adaptar-se bé als canvis associats a la progressió de les malalties neurodegeneratives. Aquest procés d'adaptació implica un conjunt de mecanismes cognitius i emocionals que permeten a les persones ajustar-se a noves limitacions funcionals i canvis en la seva identitat personal. La investigació científica ha demostrat que l'acceptació activa dels canvis, combinada amb estratègies d'afrontament eficaces i el suport social, pot contribuir significativament al benestar psicològic i a la qualitat de vida dels pacients. Així mateix, és fonamental desenvolupar intervencions terapèutiques que promoguin la resiliència i la capacitat d'adaptació de les persones afectades per aquestes condicions.

Tot i que la demència afecta més de 30 milions de persones a tot el món, la malaltia continua sent desconeguda i els estereotips negatius sobre les seves conseqüències continuen sent comuns. Dues de cada tres persones manifesten tenir o haver tingut al seu voltant una persona afectada, un familiar de primera línia en el 28% dels casos (Fundació Pasqual Maragall, 2020). Les investigacions mostren que els coneixements, les creences i les actituds de la societat en general sobre la demència indiquen estereotips i infantilització de les persones amb demència i necessiten ser millorats. Cal saber més i millor com viuen les persones que tenen DCL i de quina manera afronten les pèrdues i els primers canvis. Cal continuar investigant sobre el DCL i com ajudar les persones a afrontar la malaltia i continuar vivint com ho desitgen.

Tenint en compte l'impacte econòmic, social, familiar i individual, són necessàries polítiques de salut pública i social efectives i de suport a les persones afectades per la malaltia i a les persones cuidadores, diagnòstics primerencs, i millors intervencions i recursos.

Un altre aspecte crucial és el paper de les persones cuidadores i les característiques d'una cura òptima. Des del model d'atenció integral i centrada en la persona justament es parla de la necessitat de posar al centre la persona (i no la patologia) i tractar-la com

a ésser únic amb necessitats i preferències individuals que han de ser respectades. Una bona cura hauria de promoure l'autonomia personal del pacient, tot atenent les seves necessitats de manera equilibrada per evitar la sobreprotecció que podria conduir a sentiments d'inutilitat.

Les persones cuidadores han de fomentar la participació activa de les persones amb DCL en les activitats diàries, respectant el seu ritme i capacitats, i proporcionar suport emocional i pràctic quan sigui necessari. La investigació suggereix que aquesta combinació de suport i autonomia millora la qualitat de vida i redueix l'estrès associat tant per a les persones amb DCL com per als cuidadors. Desenvolupar programes de formació específics per a cuidadors pot ser clau per assegurar una cura eficaç i empàtica, però també la sensibilització social: ciutats cuidadores, ciutats amigues de la demència.

4. Conclusions

Al voltant del documental *Mientras sigas siendo tú*, hem parlat de la demència, de la MA en general i del DCL en particular, de la seva prevalença i els canvis que produeix a la vida de les persones. I també de la necessitat de conèixer com viuen les persones el diagnòstic, com afronten els canvis i com la societat pot ajudar-los a viure amb benestar.

Hem vist la necessitat de formar els professionals que tenen cura des del model d'atenció centrat en la persona.

El cinema documental pot ser utilitzat com a eina de suport en la formació de professionals de la cura, la sensibilització de la societat en general i també de les persones amb DCL.

El documental i el llibre *Cuando ya no sea yo* són dos recursos molt adequats per sensibilitzar, informar i formar.

Referències bibliogràfiques

American Psychological Association (2022). *Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals*. APA.

Anderson, D. (2010). Love and hate in dementia: The depressive position in the film *Iris*. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91, 1289–1297. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2010.00324.x>

Anderson, L. A., Day, K. L., Beard, R. L., Reed P. S., i Wu, B. (2009). The public's perceptions about cognitive health and Alzheimer's disease among the U.S. population: A national review. *The Gerontologist*, 49, 3–11. <https://doi.org/10.1093/geront/gnp088>

Behuniak, S. M. (2011). The living dead? The construction of people with Alzheimer's disease as zombies. *Ageing & Soc*, 31(1), 70–92. <https://doi.org/10.1017/S0144686X10000693>.

Burgener, S. C., Buckwalter, K., Perkhounkova, Y., i Liu, M. F. (2015). The effects of perceived stigma on quality of life outcomes in persons with early-stage dementia: longitudinal findings: part 2. *Dementia*, 14(5), 609–632. <https://doi.org/10.1177/1471301213504202>

Capp, R. (2012). Alzheimer's at the movies: a look at how dementia is portrayed in film and video. *Gerontologist*, 53(1), 172–177. <https://doi.org/10.1093/geront/gns156>

Cochrane (2020). The Economic Impact of Dementia in Spain.

Cohen-Shalev, A., i Marcus, E.L. (2012). An insider's view of Alzheimer: cinematic portrayals of the struggle for personhood. *Int J Ageing Later Life*, 7(2), 73–96. <https://doi.org/10.3384/ijal.1652-8670.1272a4>

Devoy, S. I., i Simpson, E. E. A. (2017). Help-seeking intentions for early dementia diagnosis in a sample of Irish adults. *Aging Ment Health*, 21(8), 870–878. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1179262>

Elias, C. (2023). *Cuando ya no sea yo*. Planeta.

Fletcher, J. R. (2019). Destigmatising dementia: the dangers of felt stigma and benevolent othering. *Dementia*, 20(2). <https://doi.org/10.1177/1471301219884821>.

Fundació Pasqual Maragall (2020). *Actituds i percepció de la població espanyola davant l'Alzheimer*.

Gerritsen, D. L., Kuin, Y., i Nijboer, J. (2014). Dementia in the movies: the clinical picture». *Aging and Mental Health*, 18(3), 276–280. <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2013.837150>

Graham, M. E. (2016). The voices of Iris: cinematic representations of the aged woman and Alzheimer's disease in Iris. *Dementia*, 15(5), 1171–1183. <https://doi.org/10.1177/1471301214556133>

Herrmann, L. K., Welter, E., Leverenz, J., Lerner, A. J., Udelson, N., Kanetsky, C., i Sajatovic, M. A. (2018). Systematic review of dementia-related stigma research: can we move the stigma dial?. *Am J Geriatr Psychiatry*, 26(3), 316–331. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.09.006>

Jutel, T., i Jutel, A. (2017). 'Deal with It. Name It' : the diagnostic moment in film. *Med Humanit*, 43(3), 185. <https://doi.org/10.1136/medhum-2016-011138>.

Lee, T. (2012). Getting to Know You: Using Documentary Video-Making to Challenge Ageist Stereotypes. *Gerontology & Geriatrics Education*, 33(3), 272-286, <https://doi.org/10.1080/02701960.2012.661810>

Lillo-Crespo M., Riquelme, J., Macrae, R., De Abreu, W., Hanson, E., Holmerova, I., ... Tolson, D. (2018). Experiences of advanced dementia care in seven European countries: implications for educating the workforce. *Glob Health Action*, 11(1), 1478686. <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1478686>

Long, S., Benoist, C., i Weidner, W. (2023). *World Alzheimer Report. Reducing dementia risk. Never too early, never too late*. Alzheimer's Disease International.

Low, L. F., i Purwaningrum, F. (2020). Negative stereotypes, fear and social distance: a systematic review of depictions of dementia in popular culture in the context of stigma. *BMC Geriatr*, 20(1), 477. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01754-x>

Low, L. F., McGrath, M., Swaffer, K., i Brodaty, H. (2019). Communicating a diagnosis of dementia: a systematic mixed studies review of attitudes and practices of health practitioners. *Dementia*, 18(7-8), 2856-2905. <https://doi.org/10.1177/1471301218761911>.

Medina, R. (2013). Alzheimer's disease, a shifting paradigm in Spanish film: ¿Y tú quién eres? and Amanecer de un sueño. *Hisp Res J*, 14(4), 356–372. <https://doi.org/10.1179/1468273713Z.000000000054>

Medina, R. (2018). *Cinematic representations of Alzheimer's disease*. Palgrave/Macmillan.

Nuñez, T., i Pinazo-Hernandis, S. (2018). ¿Al cine le gustan las mujeres mayores?». A M. Cruz i Ivan Gisbert (coord.), *Formas de alteralidad en la cultura contemporánea: la ruptura de límites y fronteras*, pp. 159-178. Ed. Peter Lang.

Organització Mundial de la Salut (2021). *Global status report on the public health response to dementia*.

Petersen, R. C., Lopez, O., Armstrong, M. J., Getchius, T. S., Ganguli, M., Gloss, D., ... Rae-Grant, A. (2018). Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. *Neurology*, 90(3), 126-135. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000004826>

Santos, A. C., Willumsen, J., Meheus, F., Ilbawi, A., i Bull, F. C. (2023). The cost of inaction on physical inactivity to public health-care systems: a population-attributable fraction analysis. *Lancet Glob Health*, 11(1), e32-e39. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00464-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00464-8)

Segers, K. (2007). Degenerative dementias and their medical care in the movies. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 21(1), 55-59. <https://doi.org/10.1097/WAD.0b013e31802f2460>

Sociedad Española de Neurología (2021). *Datos epidemiológicos sobre la demencia en España*. Recuperat de <https://www.sen.es>

Shin, J. H. (2022). Dementia Epidemiology Fact Sheet 2022. *Ann Rehabil Med*, 46(2), 53-59. <https://doi.org/10.5535/arm.22027>

Zeilig, H. (2015). What do we mean when we talk about dementia? Exploring cultural representations of dementia. *Working Older People*, 19(1), 12-20. <https://doi.org/10.1108/WWOP-10-2014-0032>

Filmografia

Amanecer de un sueño (F. Mas, 2008)

Amour (M. Haneke, 2013)

Arrugas (I. Ferreras, 2011)

Bicicleta, cuchara, manzana (C. Bosch, 2010)

Bucarest (A. Solé, 2008)

El hijo de la novia (J. J. Campanella, 2001)

El padre (F. Zeller, 2020)

Iris (R. Eyre, 2011)

La caja de Pandora (Y. Ustaoglu, 2011)

La familia Savages (T. Jenkins, 2008)

La fuga (T. Fernández, 2023)

La memoria infinita (M. Alberdi, 2023)

Lejos de ella (S. Polley, 2007)

Loli tormenta (A. Villaronga, 2023)

Mientras sigas siendo tú (C. Pinto, 2023)

Paris 70 (D. Feixas, 2023)

Siempre Alice (R. Glatzer, 2014)

Supernova (H MacQueen, 2020)

Autora

SACRAMENTO PINAZO HERNANDIS

València. Doctora en Psicologia, Màster en Psicologia Comunitària i Llicenciada en Pedagogia. Profesora titular del Departament de Psicologia Social i membre de l'Institut Interuniversitari de Desenvolupament Local de la Universitat de València. És coordinadora del Grup d'Investigació d'Intervenció psicosocial als envelliments i cures al llarg del cicle vital de la Universitat de València. Patrona de Fundació Pilares, presidenta del Comité de Soledat de la Plataforma de Majors i Pensionistes, Coordinadora del Comité d'Innovació front a la soledat no desitjada de l'Agència Valenciana d'Innovació, Presidenta de la Societat Valenciana de Geriatria i Gerontologia (2015-) i ha sigut Vicepresidenta de la Societat Española de Geriatria i Gerontologia (2015-2018) i Coordinadora de la Universitat dels Majors de la Universitat de València durant 20 anys.

L'ESTIGMA ASSOCIAT A LA MALALTIA DE PARKINSON: COM SE SENTEN ELS PACIENTS?

L'estigma associat a la malaltia de Parkinson: com se senten els pacients?

Pilar Andrés Benito

Antònia Siquier Perelló

Dia Soilemezi

Resum

Aquest treball analitza l'estigma associat a la malaltia de Parkinson (MP) i el seu impacte en la qualitat de vida. A través d'una revisió sistemàtica d'estudis qualitatis, s'identifiquen tres tipus principals d'estigma: públic, autoestigma i estructural. L'estigma públic es manifesta en prejudicis i estereotips socials. L'autoestigma implica la interiorització d'actituds negatives que disminueixen l'autoestima i fomenten l'aïllament, i l'estigma estructural reflecteix algunes pràctiques institucionals i laborals que poden resultar discriminatòries. Aquest treball subratlla la necessitat d'educació pública, suport institucional i intervencions específiques per mitigar l'impacte de l'estigma i millorar la qualitat de vida dels pacients amb MP.

Resumen

Este trabajo analiza el estigma asociado a la enfermedad de Parkinson (EP) y su impacto en la calidad de vida. A través de una revisión sistemática de estudios cualitativos, se identifican tres tipos principales de estigma: público, autoestigma y estructural. El estigma público se manifiesta en prejuicios y estereotipos sociales. El autoestigma implica la interiorización de actitudes negativas que disminuyen la autoestima y fomentan el aislamiento, y el estigma estructural refleja algunas políticas y prácticas institucionales y laborales que pueden resultar discriminatorias. Este trabajo subraya la necesidad de educación pública, apoyo institucional e intervenciones específicas para mitigar el impacto del estigma y mejorar la calidad de vida de los pacientes con EP.

1. Introducció

L'estigma en salut, especialment en salut mental, és una qüestió psicosocial fonamental que pot augmentar el patiment que les persones malaltes poden experimentar. Es pot definir com un fenomen psicosocial consistent en la desvalorització, discriminació i desaprovació d'una persona o grup basat en característiques particulars que són percebudes com a negatives o desviades de les normes culturals predominants. Aquestes característiques poden ser de naturalesa física, mental, social, econòmica, ètnica o de qualsevol altra índole.

L'estigma es pot manifestar de diverses maneres, incloent prejudicis, estereotips, actituds negatives i comportaments discriminatoris. Pot tenir conseqüències significatives per a les persones estigmatitzades, afectant-ne l'autoestima, la salut mental i la qualitat de vida, així com limitant-ne les oportunitats i els drets en diverses àrees, com l'ocupació, l'educació i la interacció social.

En termes generals, l'estigma es pot dividir en tres tipus principals: a) l'estigma públic, que fa referència a la discriminació i els prejudicis que una comunitat o societat en general té cap a un grup específic; b) l'autoestigma o internalització de les actituds negatives per part de la persona estigmatitzada, cosa que pot portar a una disminució de l'autoestima i l'autoeficàcia; i c) l'estigma estructural, que fa referència a les polítiques, normes i pràctiques institucionals que de manera explícita o implícita perpetuen la discriminació i les desigualtats envers certs grups.

Les persones amb malaltia de Parkinson (MP) poden ser víctimes de situacions d'estigma. Aquesta malaltia emergeix com el trastorn neurològic de més ràpid creixement a nivell mundial, situant-se com la segona malaltia neurodegenerativa més prevalent després de la malaltia d'Alzheimer (Feigin et al., 2019; Organització Mundial de la Salut, 2022), amb més de 10 milions de persones afectades arreu del món. Es tracta d'un trastorn neurològic crònic i progressiu caracteritzat per la neurodegeneració en les principals fonts de dopamina implicades en el control dels moviments, la substància negra i l'àrea tegmental ventral, juntament amb l'acumulació anòmla d'una proteïna coneguda com a alfa-sinucleïna, formant unes agregacions conegudes com a cossos de Lewy, que afecta el cervell. Aquests processos fisiopatològics donen lloc a la marcada lentitud dels moviments (bradicinèsia), acompanyada de rigidesa, inestabilitat postural o tremolor en repòs. Són els clàssics símptomes parkinsonians, essencials per a un primer diagnòstic. Però, més enllà dels dèficits dopaminèrgics, moltes altres alteracions a diferents sistemes també conformen aquesta malaltia. Parlem d'alteracions en l'estat d'ànim (depressió, ansietat, apatia), problemes cognitius, alteracions de la son, disfuncions autonòmiques o dificultats de la parla, entre molts altres (Bloem et al., 2021). Aquests, tot i ser molt freqüents i contribuir en gran mesura a la disminució de la qualitat de vida, sovint passen desapercebuts (Gupta i Shukla, 2021). Per tant, molts pacients pateixen en silenci mentre els seus metges se centren en símptomes més visibles com la tremolor o la lentitud. De fet, és possible que molts metges no especialitzats no siguin conscients de la complexitat de la MP i de la important càrrega no motora que representa en el seu dia a dia.

Un dels principals obstacles per millorar aquest estat és la manca de coneixement. La representació que la població i molts professionals de la salut no especialitzats tenen del pacient «típic» de la MP —i la que es dibuixa en molts llibres de text de medicina— pot estar desfasada, ja que molts poden representar una imatge d'homes ancians geperuts, en una cadira de rodes o usant un caminador, bavejant i tremolant. A causa d'això, la nostra percepció de la MP està inherentment esbiaixada cap als casos més greument afectats i amb major grau de discapacitat, cosa que perpetua la imatge negativa i l'estigma de la malaltia, propagant reaccions negatives cap a aquells que no encaixen en l'estereotip. Això contrasta amb la varietat molt més àmplia de persones amb MP, incloses les dones i les persones més joves amb una presentació clínica multifacètica. En aquest sentit, la falta d'una educació específica sobre els símptomes i el seu impacte

en el transcurs de la malaltia pot derivar en l'estigmatització i actituds discriminatòries. Tot i que la MP és coneguda des de fa segles, la consciència de l'estigma que l'envolta ha guanyat recentment més atenció en el context de debats més amplis sobre salut mental, malalties cròniques i drets de la discapacitat.

De fet, la MP és una de les malalties més estigmatitzades. Les persones que la pateixen s'enfronten a prejudicis públics i interns que poden tenir repercussions socials i emocionals. Com veurem en aquest capítol, les percepcions errònies poden alimentar sentiments de vergonya, culpa i afectar la salut mental i física dels afectats. L'estigma pot portar a un deteriorament de la qualitat de vida, disminució de l'esperança, autoestima i autoeficàcia. A més, els judicis públics i erronis poden conduir a retraïment social, ansietat i aïllament, reticència a buscar atenció mèdica, solitud, depressió o estrès, especialment en pacients més joves amb MP i en dones amb MP (vegeu McDaniel et al., 2023 per a una revisió).

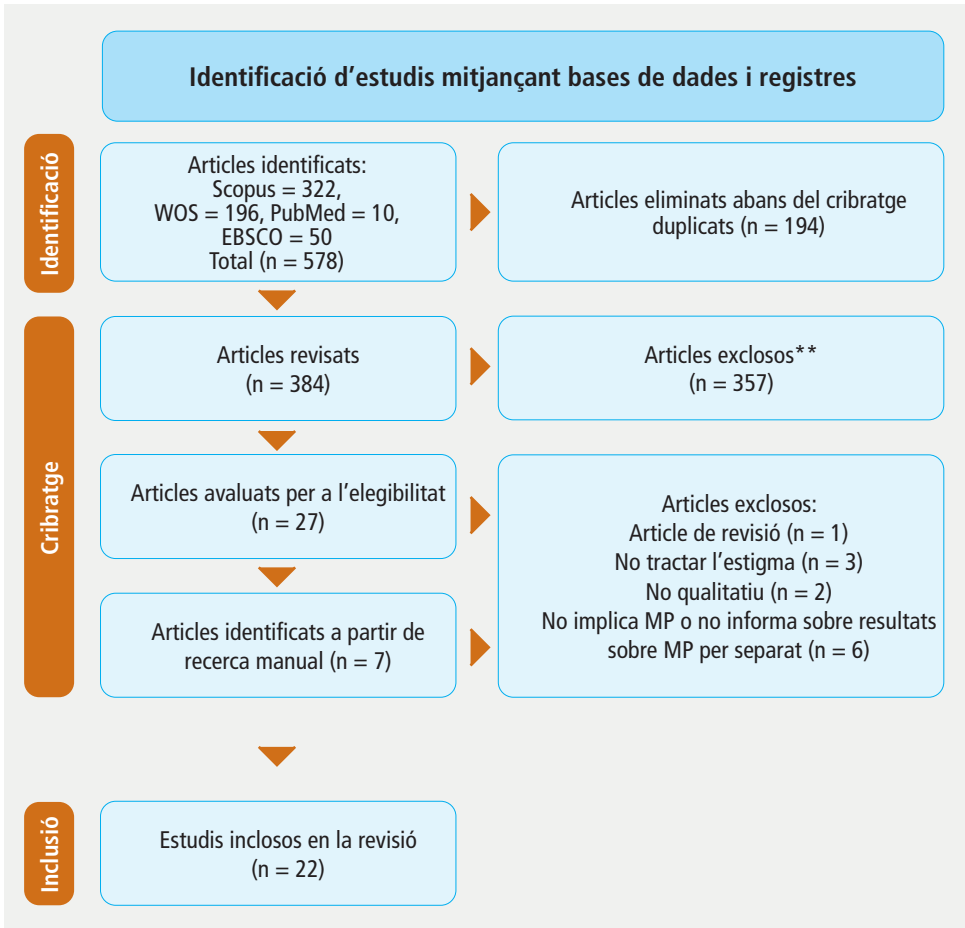
L'objectiu d'aquest treball de revisió sistemàtica és analitzar amb rigor l'estigma associat a la MP i explorar l'impacte de l'estigma en la qualitat de vida de les persones amb MP.

2. Metodologia

En aquest treball hem realitzat una revisió sistemàtica dels estudis que han utilitzat una metodologia qualitativa i que han considerat l'estigma en els pacients diagnosticats de MP o en els cuidadors. Els criteris d'inclusió dels articles van ser els següents: que els treballs investiguessin qualsevol tipus d'estigma relacionat amb la MP i que utilitzessin una metodologia qualitativa. Els entrevistats havien de ser els pacients amb MP o els seus familiars i els estudis havien d'haver estat publicats els darrers vint anys (data de publicació màxima 2024). Com es veu a la Figura 1, seguint la metodologia PRISMA, les nostres recerques van identificar 578 articles (inclosos 194 de duplicats). D'aquests, vam llegir 384 títols i resums, per seleccionar-ne 34 per a una lectura completa. Finalment es van incloure vint-i-dos articles (21 estudis) que cobrien tots els criteris d'inclusió d'aquesta revisió.

Els estudis representen dades de set països: la majoria (n = 9) eren dels EUA (Carolan, 2023; Chiong-Rivero, 2011; Dennin, 2019; Goering et al., 2022; Hermanns, 2013; Stanley-Hermanns i Engebretson, 2010; Hodgson et al., 2004; Vann-Ward et al., 2017), seguit d'estudis (n = 4) realitzats al Regne Unit (Miller et al., 2006; Renouf et al., 2018; Shah et al., 2022; Warren et al., 2017), Suècia (n = 2; Thangavel et al., 2024; Thordardottir et al., 2014), Israel (AboJabel et al., 2021), Kenya (Fothergill-Mishbah, 2023), Tanzània (Mshana et al., 2021), Canadà (MacCOsham et al., 2021), Itàlia (Maffoni et al., 2019), Jordània (Nazzal i Khalil, 2016) i Brasil (Valcarenghi et al., 2018).

Gràfic 1 | *Diagrama de flux PRISMA il·lustrant la recerca bibliogràfica per a la revisió sistemàtica*



La majoria dels estudis (n = 17) van informar que la recollida de dades es va fer mitjançant entrevistes semiestructurades o *en profunditat* (Carolan, 2023; Fothergill-Mishbah, 2023; Goering et al., 2022; Hermanns, 2013; MacCosham et al., 2019; Nazzal et al., 2008; 2018; Shah et al., 2022; Stanley-Hermanns i Engebretson, 2010; Vann-Ward et al., 2017). Dos estudis van utilitzar grups focals (AboJabel et al., 2021; Thordardottir et al., 2014) com a mètode de recollida de dades i quatre van utilitzar tant entrevistes com grups focals (Chiong-Rivero, 2011; Dennin, 2019; Mshana et al., 2021; Thangavel et al., 2024).

Els termes d'estigma inclosos als estudis revisats es referien a una multitud de tipus d'estigma: familiar (AboJabel et al., 2021; Mshana et al., 2021), social/públic (AboJabel

et al, 2021; Chiong-Rivero, 2011; MacCosham et al., 2021; Maffoni et al., 2019; Mshana et al., 2021; Nazzal i Khalil, 2016; Oehlberg et al., 2008; Shah et al., 2022; Thangavel et al., 2024; Thordardottir et al., 2014; Valcarengi et al., 2018; Warren et al., 2017), autoestigma (AboJabel et al., 2021; Fothergill-Mishbah, 2023; Hodgson et al., 2004; Nazzal i Khalil, 2016; Valcarengi et al., 2018; Vann-Ward et al., 2017; Warren et al., 2017), estructural (AboJabel et al., 2021; Fothergill-Mishbah, 2023), interioritzat (Carolan, 2023; Fothergill-Mishbah, 2023), percebut (Dennin, 2019; Hermanns et al., 2021; Miller et al., 2006; Thangavel et al., 2024), encarnat (Fothergill-Mishbah, 2023; Goering et al., 2022), promulgat (Fothergill-Mishbah, 2023), secundari (associatiu) (Fothergill-Mishbah, 2023), (in)visible (Stanley-Hermanns i Engebretson, 2010; Hermanns, 2013), anticipat (Carolan, 2023; Fothergill-Mishbah, 2023), relacionat amb la discapacitat (AboJabel et al., 2021; Carolan, 2023), el treball (Carolan, 2023; Chiong-Rivero, 2011) i del cuidador (Thangavel et al., 2014).

Atès que els estudis han investigat diversos aspectes de la vida de les persones (per exemple, diagnòstic, ocupació, interaccions socials, vida de parella, etc.) i l'estigma, hem categoritzat l'anàlisi en tres grans àmbits: estigma públic, autoestigma i estigma laboral o estructural.

3. L'estigma públic

3.1. MP i estigma relacionat amb l'edat

Un primer tema que apareix a la nostra revisió sistemàtica és l'atribució automàtica de certes característiques a la malaltia: «la MP és de persones grans» (AboJabel et al, 2021; Hermanns, 2013), «blanques» o «ancianes» (Fothergill-Mishbah, 2023; Mshana et al., 2011). Alguns estudis (AboJabel et al., 2021; Fothergill-Mishbah, 2023; Nazzal i Khalil, 2016; Shan et al., 2022) mencionen la manca de coneixement sobre que la MP pot ocórrer especialment en persones joves.

Aquests estudis mostren que la percepció que la MP és una malaltia de la vellesa «normal». Aquesta falsa creença, a part de retardar que els pacients més joves rebin una atenció oportuna i adequada (Mshana et al., 2011), pot provocar més experiències d'estigma sever, com a resultat de ser percebut com a «no normal». Per una altra banda, se sol esperar que la gent gran tingui algun tipus de disfunció i això es percep com a propi de l'envelliment. Això implica que els que són més joves i els que han estat diagnosticats més recentment tinguin més probabilitats d'experimentar conductes estigmatitzants enfront dels pacients majors que portin algun temps vivint amb la malaltia (Nazzal i Khalil, 2016). Alguns pacients més joves consideren que pateixen una malaltia de «gent gran» quan haurien d'haver estat en els seus «anys de joventut», sent produc-

tius i «útils» (Fothergill-Mishbah, 2023), sovint rebent comentaris negatius (Hermanns, 2013) i programes terapèutics no adequats a les seves necessitats (Valcarenghi et al., 2018). Un estudi inclús assenyala que els metges van acomiadar els pacients més joves (Warren et al., 2017).

3.2. Els estereotips relacionats amb la MP i la salut mental

Com hem mencionat prèviament, la major part de la població associa la MP amb símptomes físics, com ara els tremolors. Aquesta percepció «estreta» i reduccionista de la MP, centrada en els aspectes físics, exclou els símptomes psicològics que són molt comuns en la MP i ignora les conseqüències que poden afectar l'estat d'ànim, provocant ansietat, tristesa i depressió (Varcarenghi et al., 2018). Els estudis revisats mostren que la depressió i l'ansietat davant el diagnòstic i els símptomes físics (Nazzal i Khalil, 2016; Oehlberg et al., 2008) i/o les al·lucinacions (Renouf et al., 2018) poden augmentar l'efecte de l'estigma. Les persones amaguen els seus símptomes (Fothergill-Mishbah, 2023) i això pot ser més evident en ambients «exigents», com pot ser en el cas dels veterans de guerra, ja que la cultura militar contribueix a l'estigma pel que fa a la salut mental i el malestar per ser retratats com a «febles» (Dennin, 2019).

Parlar dels tractaments per la simptomatologia emocional / estat d'ànim també pot generar encara més estigma (Dennin, 2019; Oehlberg et al., 2008). Finalment, Renouf et al. (2018) observen que sentir-se «anormal» impedeix que les persones amb MP parlin i busquin suport per les al·lucinacions que poden patir.

3.3. El coneixement limitat/fals del públic de la MP

Una de les principals fonts de l'estigma és el coneixement limitat o erroni del públic en general sobre la MP. Per exemple, algunes persones creuen que la MP és una malaltia contagiosa (AboJabel et al., 2021; Fothergill-Mishbah, 2023; Goering et al., 2022; Vann-Ward et al., 2017), cosa que demostra la manca de consciència o sensibilitat envers les complexitats de la malaltia. Això és especialment cert quan els símptomes no són visibles, com la manca de tremolors, fet que contribueix a augmentar l'estigma (Shah et al., 2022; Thangavel et al., 2024). Alguns estudis també han trobat crítiques dures, opinions burlesques i negatives sobre la malaltia (Goering et al., 2022; Hermanns, 2013; Stanley-Hermanns i Engebretson, 2010).

La població en general pensa que els tremolors són el principal i fins i tot l'únic símptoma. Aquest èmfasi exagerat en els tremolors es pot explicar per la seva visibilitat o atribuir-se al fet que la gent els percep com un patiment significatiu (AboJabel et al., 2021; Fothergill-Mishbah, 2023), tot i que els pacients manifesten que el tremolor no és el que més influeix en la seva vida (AboJabel et al., 2021).

En alguns països africans (per exemple, Kenya, Tanzània), la poca consciència sobre la MP a la població general, combinada amb la manca de polítiques de salut i la capacitat clínica limitada, fan augmentar l'estigma, les idees errònies i les creences sobrenaturals (malediccions, bruixeria) per explicar la malaltia (Fothergill-Mishbah, 2023; Mshana et al., 2011). Els pacients més joves poden qüestionar la causa de la seva malaltia més que altres, creient que poden haver estat embruixats o maleïts (Mshana et al., 2011). En un estudi es va pensar que la MP va ser causada pel fred i que és una malaltia relacionada amb els ossos, tal com es manifesta pels símptomes que experimentaven (Mshana et al., 2011). Els cuidadors familiars també van reconèixer la seva manca de coneixement sobre els símptomes de la MP i com oferir suport als familiars fent-los sentir desesperats (Mshana et al., 2011).

Un estudi realitzat als Estats Units (Hodgson et al., 2004) també va revelar que alguns participants atribueixen la seva malaltia a raons espirituals. Un altre estudi a Jordània (Nazza i Khalil, 2016) va mostrar que la malaltia pot ser vista com una prova de Déu, fet que pot apropar els pacients a la fe i proporcionar-los consol. Com a resultat, algunes persones opten per utilitzar teràpies alternatives i curanderos tradicionals (Fothergill-Mishbah, 2023; Mshana et al., 2011) en lloc de seguir la medicació prescrita. Finalment, un estudi (Shah et al., 2022) revela que les persones d'origen ètnic asiàtic amb MP poden experimentar estigma a causa de les seves normes culturals, preferint mantenir en privat el seu diagnòstic.

3.4. El distanciament social

L'estigma sovint es manifesta com a distanciament social (AboJabel et al., 2021; Fothergill-Mishbah, 2023; Thangavel et al., 2024; Vann-Ward et al., 2017). Això significa que tant desconeguts com familiars i amics (i, en alguns casos, fins i tot familiars immediats) poden evitar les persones amb MP, excloent-les dels seus cercles i comunitats socials. Les persones amb MP solen comprendre i perdonar l'estigma familiar, com el distanciament dels nets, però són menys comprensives amb el comportament dels seus amics (AboJabel et al., 2021). Això sovint condueix a interaccions passives o no interactives durant les trobades socials (AboJabel et al., 2021; Valcarenghi et al., 2018), possiblement degut a sentiments de xoc i aclaparament (Vann-Ward et al., 2017).

3.5. Sentir-se ignorat o menyspreat

Alguns estudis han observat que les persones amb MP poden ser ignorades o sentir-se desacreditades a causa de la seva condició, símptomes o tractaments (AboJabel et al., 2021; Thangavel et al., 2024; Thordardottir et al., 2014). En situacions clíniques, s'ha mencionat la manca de formació dels metges, que poden fer

diagnòstics de manera insensible, evitar la comunicació directa amb el pacient, i comunicar-se només amb el fill o cònjuge del pacient (Valcarengi et al., 2018; AboJabel et al., 2021). Aquesta exclusió de les converses sovint és deguda a una comprensió limitada dels professionals de la salut, però també es pot observar en situacions socials (Fothergill-Misbah et al., 2023). Un altre estudi (Oehlberg et al., 2018) descriu que les persones amb MP que experimenten al·lucinacions visuals són considerades «boges» i «no normals», i sovint no són cregudes ni per la família ni pels professionals de la salut.

3.6. L'estigma familiar

Diversos estudis (AboJabel et al., 2021; Chiong-Rivero, 2011; Fothergill-Misbah et al., 2023; Hodgson et al., 2004; Thangavel et al., 2024; Thordardottir et al., 2014; Vann-Ward et al., 2014; 2017) han observat que els membres de la família sovint no comprenen la MP, experimenten malestar o mantenen una certa distància amb la persona afectada. La pèrdua d'expressió facial és una de les característiques visibles que sovint causa aquest distanciament (Hermanns, 2013). Això pot manifestar-se com una distància física, com ara els nets que no entenen els tremolors i la «cara de màscara», o familiars que no volen acompanyar-los en situacions socials, així com un distanciament emocional.

Els estudis també mostren que algunes persones amb MP temen ser abandonades pels seus familiars (cònjuges o fills) a mesura que la malaltia avança i les seves capacitats mentals i físiques disminueixen (Vann-Ward et al., 2017; Fothergill-Misbah, 2023). En alguns casos, aquesta dependència de la família s'ha descrit com una forma d'autoestigma (Fothergill-Misbah, 2023).

4. L'autoestigma

4.1. Amagar (parcialment) el diagnòstic/síntomes

Una observació freqüent en els estudis revisats és que alguns pacients intenten ocultar el diagnòstic a les persones del seu entorn laboral i, fins i tot, als seus familiars més propers (AboJabel et al., 2021; Fothergill-Misbah, 2023; Nazzal i Khalil, 2016). Aquest comportament és especialment comú en les primeres etapes de la malaltia, quan els símptomes encara no són visibles (AboJabel et al., 2021; Fothergill-Misbah, 2023) o quan el pacient experimenta al·lucinacions visuals (Oehlberg et al., 2018). Aquest comportament s'ha explicat com una forma d'autoprotecció (Goering et al., 2022) o una necessitat d'ajustar-se a les normes socials (Warren et al., 2017).

A més de l'ocultació del diagnòstic, alguns estudis (Carolan, 2023; Fothergill-Mishbah, 2023; Hermanns, 2013; Valcarenghi et al., 2018) han trobat que les persones amb MP intenten dissimular o excusar els seus canvis físics o mentals (Dennin, 2019; Renouf et al., 2018), utilitzant diverses estratègies com ara agafar objectes per amagar el tremolor o mantenir les mans ocultes (Hermanns, 2013; Valcarenghi et al., 2018). Més endavant, quan els símptomes físics i els efectes de la medicació es fan més visibles, els pacients comencen a compartir el diagnòstic amb cercles més amplis (AboJabel et al., 2021; Chiong-Rivero, 2011; Hodgson et al., 2004). Alguns estudis també mostren que l'ocultació no sempre és acordada mútuament entre la persona amb MP i els seus cuidadors principals, i es creu que es deu a la por a reaccions estigmatitzadores envers la seva malaltia (AboJabel et al., 2021; Chiong-Rivero, 2011).

4.2. Sentir-se inferior i vulnerable

Diversos estudis (Carolan, 2023; Chiong-Rivero, 2011; Dennin, 2019; Goering et al., 2021; Maffoni et al., 2019) indiquen que els pacients amb MP poden sentir vergonya, «inadequació» (Oehlberg et al., 2008; Vann-Ward et al., 2017) i «inferioritat» (Carolan, 2023; Valcarenghi et al., 2018) a causa de la seva incapacitat per realitzar tasques físiques o per la percepció que els altres poden sentir llàstima o vergonya per la seva malaltia i/o dependència. A més, aquestes persones poden sentir-se avergonyides o exposades quan parlen d'experiències personals o de salut mental, i sovint tenen dificultats per demanar ajuda (Dennin, 2019; Vann-Ward et al., 2017). Aferrar-se als passamans es percep com un senyal de fragilitat i por a la dependència (Vann-Ward et al., 2017). Aquest sentiment d'estigma és experimentat per les persones amb MP en un grau més gran que pels seus cuidadors (Chiong-Rivero, 2011).

A més de la càrrega física, molts estudis (Fothergill-Mishbah, 2023; Thangavel et al., 2024; Vann-Ward et al., 2017; Warren et al., 2017) mostren que les persones amb MP se senten una càrrega per a les seves famílies, i perceben que ja no «encaixen». Sovint són vistos com a *cyborgs* (Goering et al., 2022), zombis (Hermanns, 2013), robots (Maffoni et al., 2019), «col·locats» (Hodgson et al., 2004), estúpids (Vann-Ward et al., 2017) o estranys i fora de lloc (Thordardottir et al., 2014). Els cuidadors familiars també parlen de la càrrega psicològica i la dependència derivades de l'aturada de les seves activitats laborals (Mshana et al., 2011).

Alguns estudis expliquen com les persones amb MP creuen que els seus símptomes visibles (per exemple, tremolors, bavejar) atrauen l'atenció dels altres en entorns públics, fent-los sentir exposats i vulnerables (Chiong-Rivero et al., 2011; Goering et al., 2021; MacCosham et al., 2021; Maffoni et al., 2019; Miller et al., 2006; Thangavel et al., 2024; Thordardottir et al., 2014). Aquestes persones experimenten l'estigma a

través de les mirades o els comentaris malintencionats dels altres, la qual cosa sovint provoca sentiments de vergonya.

4.3. La retirada de la vida social

Com a resultat de la vergonya i l'estigma, algunes persones amb MP opten per limitar la seva vida social (Chiong-Rivero, 2011; Fothergill-Mishbah, 2023; Hermanns, 2013; Stanley-Hermanns i Engebretson, 2010; Nazzal i Khalil, 2016; Thangavel et al., 2024). Aquesta decisió depèn del seu estat (*on/off*) (AboJabel et al., 2021) i de les seves preocupacions o vergonya pels seus símptomes, com ara vessar menjar, alteracions de l'equilibri, bavejar, alentir la parla, incontinència o estat d'ànim baix (Fothergill-Mishbah, 2023; Hermanns, 2013; Miller et al., 2006; Shah et al., 2022; Thordardottir et al., 2014; Valcarenghi et al., 2018). Aquesta retirada es fa sovint per protegir la pròpia imatge o evitar comportaments estigmatitzadors, així com per evitar preguntes sobre la seva condició. Els cuidadors també esmenten l'aïllament social (Fothergill-Mishbah, 2023). Nazzal i Khalil (2016) mencionen que especialment les dones restringeixen les seves activitats socials a esdeveniments molt importants. Un altre estudi (Thordardottir et al., 2014) descriu que les persones amb MP moderada experimenten més estigma que aquelles amb MP lleu o greu, presumiblement perquè les persones amb MP lleu criden menys atenció, mentre que les que tenen MP greu han après a gestionar la major atenció que reben.

L'estigma relacionat amb els símptomes mèdics i de salut mental pot provocar que algunes persones amb MP evitin altres situacions socials com la participació en la investigació (Dennin, 2019) o la pràctica d'activitat física (per exemple, caminar pel carrer) per evitar que els altres notin els seus símptomes (MacCosham et al., 2021; Shah et al., 2022). Els cuidadors familiars també troben que la tasca de cura pot provocar un aïllament social, ja que no poden assistir a activitats comunitàries (per exemple, a l'església) o visitar amics i familiars (Mshana et al., 2011).

4.4. Qualificació del seu estatus i decisions

Un altre aspecte de l'estigma que apareix en la literatura científica és que les persones amb MP i estigma interioritzat han de negociar constantment les percepcions d'altres persones sobre la seva condició i capacitat. Així, han d'explicar que no utilitzen la seva condició com a excusa per a la peresa, o aconseguir un tracte especial (Carolan, 2023; Fothergill-Mishbah, 2023). Algunes persones amb MP senten la necessitat de justificar les seves decisions (per exemple, consultar un advocat) per evitar ser etiquetada com aquell que utilitza la discapacitat com a excusa per obtenir recompenses immerescudes (Carolan, 2023). A més, els pacients descriuen com les fluctuacions en els símptomes (*on i off*) poden causar informes contradictoris de l'estat de la persona, cosa que pot

contribuir encara més a la creença que la persona fingeix o evita el treball (Fothergill-Mishbah, 2023; Maffoni et al., 2019).

5. L'estigma estructural i laboral

Per acabar, diversos estudis han observat que el pacient o cuidador poden tenir una sensació d'estigma quan han d'interactuar en entorns socials i/o en el lloc de treball, però no a la intimitat de la llar (Carolan, 2023; Chiong-Rivero, 2011) o en grups de suport (Fothergill-Misbah et al., 2023; Hermanns, 2013).

Pel que fa a l'entorn laboral, algunes persones amb MP es poden sentir vulnerables i vigilants anticipant-se a la discriminació. Alguns estudis han descrit casos de persones amb MP que havien estat acomiadades o empeses a dimitir o jubilar-se anticipadament (Carolan, 2023; Valcarenghi et al., 2018; Vann-Ward et al., 2017). Els estudis també han descrit que l'estigma relacionat amb la discapacitat pot ser una barrera laboral que afecta les experiències laborals i les expectatives respecte a les opcions laborals actuals i futures (Carolan, 2023; Hodgson et al., 2004). Altres decideixen ocultar el seu diagnòstic per por de perdre la feina o per l'estigma vinculat a la MP (Hodgson et al., 2004; Shah et al., 2022; Vann-Ward et al., 2017). Revelar la informació personal amb els companys de feina no se sol considerar útil, especialment per a les persones que continuen treballant, de manera que mantenir la privacitat és una estratègia utilitzada per alguns. A més, les persones amb MP temen una pèrdua de respecte i ser considerades com a menys competents i més vulnerables per continuar amb la seva feina.

Quan es parla de l'estigma experimentat en la seva feina, alguns estudis (Carolan, 2023) descriuen que les persones amb MP han de saber lidiar tant amb els prejudicis entorn de l'edat i també l'incapacitat, ja que, com hem comentat abans, el diagnòstic de la MP i els símptomes associats solen estar relacionats amb l'edat avançada, afectant així greument les seves experiències laborals i potencialment la seva salut mental. Treballar és una part important de la vida i moltes persones amb MP volen continuar fent-ho, mostrant un sentiment d'estigma associat a no treballar o no poder treballar i en relació amb les malalties físiques i l'atur (Warren et al., 2017).

Alguns dels estudis revisats parlen de l'estigma estructural, és a dir, del tracte injust i desigual que reben les persones amb MP per part d'organismes governamentals. Això pot derivar en un accés desigual als recursos per part de les persones amb MP o que els seus cuidadors puguin exercir els seus drets legals (AboJabel et al., 2021; Nazzal i Khalil, 2016; Shah et al., 2022). La manca de suport social i governamental els pot afectar emocionalment i econòmicament. Molts pacients reuneixen informació general disponible a internet o als fullets de la clínica, però de vegades pot ser massa genèrica,

inconsistent o aclaparadora (Shah et al., 2022; Vann-Ward et al., 2017). La manca d'informació durant el diagnòstic, la manca de suport dels metges i de comunicació sobre la naturalesa i el maneig de la MP, i la manca de recursos d'informació vàlida causen estrès addicional i fan més difícil fer front al xoc psicològic de ser diagnosticat i viure amb MP (Shah et al., 2022; Vann-Ward et al., 2017).

6. Conclusions

Aquesta revisió sistemàtica ha posat de manifest la complexitat i la profunditat de l'estigma associat a la MP, il·lustrant com aquest fenomen pot impactar de manera significativa en múltiples aspectes de la vida d'aquell que viu amb Parkinson i qui els acompanya. L'estigma públic, l'autoestigma i l'estigma estructural emergeixen com a factors clau que contribueixen a la desvalorització, la discriminació i la marginació d'aquests pacients.

Hem observat que l'estigma públic es manifesta en forma de prejudicis i estereotips arrelats en la societat, sovint relacionats amb una percepció limitada i errònia dels símptomes i les capacitats de les persones amb MP. Aquest tipus d'estigma té un impacte directe en la qualitat de vida dels afectats, limitant les seves oportunitats laborals, socials i educatives.

L'autoestigma, o la interiorització de les actituds negatives, porta a una disminució de l'autoestima i l'autoeficàcia, i pot resultar en aïllament social, ansietat i depressió. Aquesta autoestigmatització és especialment perjudicial perquè impedeix que els individus busquin ajuda i suport mèdic o emocional, exacerbant així la seva condició.

L'estigma estructural, per la seva banda, es reflecteix en les polítiques i pràctiques institucionals que perpetuen les desigualtats i la discriminació. La manca de suport institucional adequat i la incomprensió de la malaltia per part dels professionals de la salut afegixen una càrrega addicional als pacients i les seves famílies. El lloc de feina també pot donar a situacions estigmatitzants.

En conclusió, per abordar eficaçment l'estigma associat a la MP és essencial implementar programes educatius dirigits tant al públic en general com als professionals de la salut, fomentar polítiques inclusives i de suport, i promoure la investigació per desenvolupar intervencions específiques que millorin la qualitat de vida de les persones amb MP. Només així podrem reduir l'impacte negatiu de l'estigma i crear una societat més comprensiva i inclusiva.

Referències bibliogràfiques

AboJabel, H., Argavan, E., Hassin-Baer, S., Inzelberg, R., i Werner, P. (2021). Exploring the perceptions and stigmatizing experiences of Israeli family caregivers of people with Parkinson's disease. *Journal of Aging Studies*, 56. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2020.100910>

Bloem, B. R., Okun, M. S., i Klein, C. (2021). Parkinson's disease. *The Lancet*, 397(10291), 2284-2303. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00218-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00218-X)

Carolan, K. (2023). "It just makes you more vulnerable as an employee": Understanding the effects of disability stigma on employment in Parkinson's disease. *Chronic Illness*. <https://doi.org/10.1177/17423953231185386>

Chen, S. C., Bluhm, R., Achtyes, E. D., McCright, A. M., i Cabrera, L. Y. (2023). Looking through the lens of stigma: Understanding and anticipating concerns about the responsible development and use of psychiatric electroceutical interventions (PEIs). *SSM-Mental Health*, 4. <https://doi.org/10.1016/j.ssmmh.2023.100261>

Chiong-Rivero, H., Ryan, G. W., Flippen, C., Bordelon, Y., Szumski, N. R., Zesiewicz, T. A., ... Vickrey, B. G. (2011). Patients' and caregivers' experiences of the impact of Parkinson's disease on health status. *Patient related outcome measures*, 2, 57-70. <https://doi.org/10.2147/PROM.S15986>

Feigin, V. L., Nichols, E., Alam, T., Bannick, M. S., Beghi, E., Blake, N., ... Vos, T. (2019). Global, regional, and national burden of neurological disorders, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Neurology*, 18(5), 459-480. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(18\)30499-X](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(18)30499-X)

Fothergill-Misbah, N. (2023). The lived experience of stigma and parkinson's disease in Kenya: a public health challenge. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-15278-7>

Goering, S., Wexler, A., i Klein, E. (2021). Trading Vulnerabilities: Living with Parkinson's Disease before and after Deep Brain Stimulation. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 30(4), 623-630. <https://doi.org/10.1017/S0963180121000098>

Gupta, S., i Shukla, S. (2021). Non-motor symptoms in Parkinson's disease: opening new avenues in treatment. *Current Research in Behavioral Sciences*, 2, 100049. <https://doi.org/10.1016/j.crbeha.2021.100049>

Hanff, A.-M., Leist, A. K., Fritz, J. V., Pauly, C., Krüger, R., i Halek, M. (2022). Determinants of Self-Stigma in People with Parkinson's Disease: A Mixed Methods Scoping Review. *Journal of Parkinson's Disease*, 12(2), 509–522. <https://doi.org/10.3233/JPD-212869>

Hemmesch, A. R. (2011). The stigmatizing effects of facial masking and abnormal bodily movement on older adults' first impressions of individuals with Parkinson's disease [ProQuest Information & Learning]. *A Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 72(4-B). <http://0-search.ebscohost.com.llull.uib.es/login.aspx%3fdirect%3dtrue%26AuthType%3dcookie%2cip%2cuid%26db%3dpsych%26AN%3d2011-99200-201%26lang%3des%26site%3dehost-live>

Hermanns, M. (2013). The invisible and visible stigmatization of Parkinson's disease. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(10), 563–566. <https://doi.org/10.1111/1745-7599.12008>

Link, B. G., i Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363–385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

McDaniels, B., Pontone, G. M., Mathur, S., i Subramanian, I. (2023). Staying hidden: The burden of stigma in PD. *Parkinsonism & related disorders*, 116, 105838. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2023.105838>

MacCosham, B., Webb, E., Hamidi, W., Oey, J., i Gravelle, F. (2021). A Qualitative Exploration of Factors Influencing Physical Activity Behaviour for Individuals with Parkinson's Disease Using the Social Ecological Model. *European Journal of Adapted Physical Activity*, 14(1), 1–17. <https://doi.org/10.5507/euj.2020.012>

Miller, N., Noble, E., Jones, D., i Burn, D. (2006). Hard to swallow: Dysphagia in Parkinson's disease. *Age and Ageing*, 35(6), 614–618. <https://doi.org/10.1093/ageing/afl105>

Mshana, G., Dotchin, C. L., i Walker, R. W. (2011). "We call it the shaking illness": Perceptions and experiences of Parkinson's disease in rural northern Tanzania. *BMC Public Health*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-219>

Nazzal, M. S., i Khalil, H. (2017). Living with Parkinson's disease: A Jordanian perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(1), 74–82. <https://doi.org/10.1080/1038128.2016.1234643>

Norstedt, M. (2019). Work and invisible disabilities: Practices, experiences and understandings of (non)disclosure. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 21(1), 14–24. <https://doi.org/10.16993/sjdr.550>

Oehlberg, K., Barg, F. K., Brown, G. K., Taraborelli, D., Stern, M. B., i Weintraub, D. (2008). Attitudes regarding the etiology and treatment of depression in Parkinson's disease: A qualitative study. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21(2), 123–132. <https://doi.org/10.1177/0891988708316862>

Renouf, S., Ffytche, D., Pinto, R., Murray, J., i Lawrence, V. (2018). Visual hallucinations in dementia and Parkinson's disease: A qualitative exploration of patient and caregiver experiences. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(10), 1327–1334. <https://doi.org/10.1002/gps.4929>

Shah, R., Read, J., Davies, N., Nimmons, D., Pigott, J., Schrag, A., Walters, K., i Armstrong, M. (2022). People with Parkinson's perspectives and experiences of self-management: Qualitative findings from a UK study. *PLoS ONE*, 17(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273428>

Singh, R. L., Bush, E. J., Mary Jo Cooley, H., Phillips Carrico, C., i Sundin, S. (2020). Considering health care needs in a rural parkinson disease community. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 14(1), 15–28. <https://doi.org/10.1353/cpr.2020.0005>

Thangavel, G., Memedi, M., i Hedström, K. (2024). Information and Communication Technology for Managing Social Isolation and Loneliness Among People Living With Parkinson Disease: Qualitative Study of Barriers and Facilitators. *Journal of Medical Internet Research*, 26(1). <https://doi.org/10.2196/48175>

Thomson, C., Segrave, R., Gardner, J., i Carter, A. (2018). Patients' Weighing of the Long-Term Risks and Consequences Associated With Deep Brain Stimulation in Treatment-Resistant Depression. *AJOB Neuroscience*, 9(4), 243–245. <https://doi.org/10.1080/21507740.2018.1561542>

Tickle-Degnen, L., Zebrowitz, L. A., i Ma, H. I. (2011). Culture, gender and health care stigma: Practitioners' response to facial masking experienced by people with Parkinson's disease. *Social Science & Medicine*, 73(1), 95–102. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.008>

Valcarenghi, R. V., Alvarez, A. M., Siewert, J. S., Tomasi, A. V. R., Costa Santos, S. S., i Lopes Nunes, S. F. (2018). The daily lives of people with Parkinson's disease. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), 272–279. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0577>

Vescovelli, F., Minotti, S., i Ruini, C. (2021). Exploring Post-traumatic Growth in Parkinson's Disease: A Mixed Method Study. *Journal of Clinical Psychology in Medical*

Settings, 28(2), 267–278. <https://doi.org/10.1007/s10880-020-09713-9>

Warren, E., Eccles, F., Travers, V., i Simpson, J. (2016). The experience of being diagnosed with Parkinson's disease. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 12(6), 288–296. <https://doi.org/10.12968/bjnn.2016.12.6.288>

Wiblin, L., Durcan, R., Lee, M., i Brittain, K. (2017). The Importance of Connection to Others in QoL in MSA and PSP. *Parkinson's Disease*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/5283259>

Autores

PILAR ANDRÉS BENITO

Catedràtica de Psicologia i responsable del grup de recerca en Neuropsicologia i Cognició (NeuroCog, www.neurocog-uib.com) de la Universitat de les Illes Balears (UIB). També va fundar el grup de treball de neuropsicologia del Col·legi Oficial de Psicòlegs de les Illes Balears. Formada a les universitats de Barcelona, Lieja (Bèlgica) i Plymouth (Regne Unit). En acabar el doctorat fou nomenada neuropsicòloga responsable de l'obertura del primer Centre de Dia de la Memòria creat a la part francòfona de Bèlgica, a l'Hospital Universitari de Lieja, l'objectiu del qual era establir un diagnòstic precoç i programes de rehabilitació cognitiva individualitzats en pacients amb malaltia d'Alzheimer. El 1999 va obtenir un lloc d'investigadora postdoctoral a la Facultat de Psicologia de la Universitat de Cardiff, Regne Unit, per obtenir a continuació la plaça de professora titular (Senior Lecturer) de Psicologia a la Universitat de Plymouth (2000), que va ocupar durant vuit anys abans d'integrar-se a la Universitat de les Illes Balears el 2008. Un dels seus interessos de recerca des de llavors s'ha centrat en l'estudi de les funcions cognitives en envelliment i la demència des d'una perspectiva neuropsicològica.

ANTÒNIA SIQUIER PERELLÓ

La Dra. Antònia Siquier està especialitzada en neuropsicologia del Parkinson. És psicòloga general sanitària i membre del grup d'investigació de Neuropsicologia i Cognició del Departament de Psicologia de la Universitat de les Illes Balears. Les seves línies de recerca principals són: neuropsicologia clínica, Parkinson, deteriorament cognitiu, demència.

DIA SOILEMEZI

La Dra. Dia Soilemezi treballa actualment com a assessora de recerca sènior i investigadora al Departament de Psicologia de la Universitat de Portsmouth (Regne Unit). És psicòloga investigadora i metodòloga qualitativa i porta més de deu anys en recerca en salut i atenció social. Els seus principals interessos de recerca són: demència, Parkinson, atenció domiciliària, suport a cuidadors familiars, entorns favorables a l'envelliment. Ha estat professora visitant al grup de recerca de Neuropsicologia i Cognició l'any 2024.

**HISTÒRIES DE VIDA: TRAJECTÒRIES
DE CONSUM DE DROGUES I
REHABILITACIÓ EN PERSONES MAJORS
DE 55 ANYS**

Històries de vida: trajectòries de consum de drogues i rehabilitació en persones majors de 55 anys

Francisco José Fernández Romero

María Valero de Vicente

Sergi Canal Montiel

Albert Moratinos Jaume

Resum

En el present capítol s'exposa una recerca en profunditat sobre les trajectòries vitals de persones majors de 55 anys que estan en procés de rehabilitació per consum de drogues. Els protagonistes d'aquestes històries són quatre persones, dos homes i dues dones, que es troben en diferents moments vitals i que estan en tractament, o l'han acabat, per consum de drogues a Projecte Home Balears. Les històries s'han elaborat sobre la base d'entrevistes semiestructurades, recollint aspectes del passat, present i futur. Els elements més significatius relacionats amb el desenvolupament de la problemàtica tenen a veure amb la normalització del consum de substàncies per part del context familiar, social i laboral, l'inici primerenc durant l'adolescència, la influència de la pressió social i l'acceptació. A més, els esdeveniments personals traumàtics i els problemes laborals exacerben el consum i les condicions per al seu manteniment, així com les percepcions errònies de normalitat els han portat a retardar el reconeixement del problema i la cerca d'ajuda. Finalment, malgrat presentar processos de recuperació tardans, insisteixen i ressalten que no hauria estat possible mantenir-se allunyats del consum sense el suport professional, personal i familiar.

Resumen

En el presente capítulo se expone una investigación en profundidad sobre las trayectorias vitales de personas mayores de 55 años que están en proceso de rehabilitación por consumo de drogas. Los protagonistas de estas historias son cuatro personas, dos hombres y dos mujeres, que se encuentran en diferentes momentos vitales, y que están en tratamiento, o lo han terminado, por consumo de drogas en Proyecto Hombre Baleares. Las historias se han elaborado en base a entrevistas semiestructuradas, recogiendo aspectos del pasado, presente y futuro. Los elementos más significativos relacionados con el desarrollo de la problemática tienen que ver con la normalización del consumo de sustancias por parte del contexto familiar, social y laboral, el inicio temprano durante la adolescencia, la influencia de la presión social y la aceptación. Además, los eventos personales traumáticos y los problemas laborales exacerban el consumo y las condiciones para su mantenimiento, así como las percepciones erróneas de normalidad les han llevado a retrasar el reconocimiento del problema y la búsqueda de ayuda. Finalmente, a pesar de presentar procesos de recuperación tardíos, insisten y resaltan que no hubiera sido posible mantenerse alejados del consumo sin el apoyo profesional, personal y familiar.

1. Introducció

El consum de drogues és un fenomen social complex i multifactorial que afecta persones i comunitats a tot el món. Conforme es produeix un envelliment de la població també s'origina un augment de les persones majors que són ateses per problemes de consum de drogues o altres addiccions comportamentals (Quesada et al., 2022), per la qual cosa és fonamental considerar els desafiaments singulars als quals s'enfronten. I no sols les persones que consumeixen, sinó també altres aspectes i agents involucrats en les cures professionals i familiars, o dels serveis assistencials i terapèutics.

En aquesta línia treballem a l'*Anuari de l'Envel·liment*, el 2022 amb una anàlisi de les persones majors en tractament per consum de drogues i addiccions comportamentals a les Illes Balears (Quesada et al., 2022), i el 2023 amb una revisió sobre els tractaments aplicats a l'addicció als opiacis i l'envelliment a les Illes Balears (Moratinos et al., 2023). Enguany, el capítol va dedicat a recollir les històries de vida i les experiències de les persones que s'han enfrontat a problemes d'addicció durant la seva adultesa, i que ara, amb més de 55 anys, han iniciat un procés de rehabilitació i tractament. A través de les narratives recollides, es tracta de donar veu a les seves reflexions personals, buscar, explorar i analitzar els contextos socials, familiars i personals que envolten aquestes persones, amb la finalitat de detectar elements comuns que puguin haver influït en el seu recorregut cap a l'addicció i el tractament. Aquest enfocament no sols ens ajuda a entendre millor les circumstàncies que porten al consum, sinó que també subratlla la importància d'escollar i aprendre de les vivències d'aquells que han estat directament afectats, des d'un enfocament respectuós i conscient.

A continuació, es presenta el marc teòric sobre el qual es fonamenta i estructura l'estudi, els objectius de la recerca, així com els principals resultats i conclusions. Cal assenyalar que el present capítol ha estat elaborat gràcies al treball final del Grau d'Educació Social en línia de la Universitat de les Illes Balears de l'alumne Francisco Fernández (2024) i la col·laboració de l'entitat Projecte Home Balears, com també a les persones usuàries per prestar-se a realitzar les entrevistes.

2. Marc teòric

L'envelliment de la població porta associats tota una sèrie de reptes que com a societat hem d'afrontar. En el camp del consum de substàncies i el tractament terapèutic-assistència, un dels grans desafiaments té a veure amb atendre les necessitats singulars de la població que o bé envelleix sent consumidora de drogues o que desenvolupa durant la vellesa un problema d'addicció. En qualsevol dels casos, es necessita un abordatge individualitzat, que tingui en compte les característiques personals i els

factors que han contribuït al desenvolupament i manteniment de la problemàtica, amb l'objectiu de desenvolupar enfocaments de tractament i de prevenció que siguin efectius per a aquest grup d'edat.

El consum de drogues en persones majors de 55 anys està creixent a nivell mundial, i amb això les demandes d'atenció especialitzada. Són conegudes algunes de les condicions associades com la polifarmàcia, la patologia dual, les comorbiditats, les reccions adverses o el deteriorament a conseqüència de llargues trajectòries d'abús de substàncies (Choi i DiNitto, 2020; Dauber et al., 2018). No obstant això, s'ha evidenciat com existeixen dificultats d'accés a aquests serveis, a causa de l'escassetat d'aquests, falta de vinculació a l'atenció primària, o dificultats d'aquesta per a identificar i detectar les problemàtiques i derivar a serveis especialitzats (Choi et al., 2022; Dauber et al., 2018). A més, hi ha altres factors que necessiten atenció especial, com l'estigma social que sovint obstaculitza la cerca d'ajuda i l'accés als recursos adequats (Pascual i Pacual, 2017). Per exemple, autors com Pacheco et al. (2022) assenyalen que les persones adultes que lluiten contra l'addicció poden sentir-se marginades i jutjades, la qual cosa obstaculitza encara més el seu procés de recuperació. És fonamental que es promogui un entorn sensible, comprensiu i lliure de prejudicis, on aquells que breguen contra l'addicció se sentin secundats i encoratjats a buscar ajuda sense por de l'estigma. En el context actual, com assenyalen Porcel-Gálvez et al. (2021), marcat per la crisi de salut pública com la pandèmia de covid-19, els desafiaments per a les persones adultes amb problemes d'addicció s'han incrementat. Per la qual cosa és necessari cridar l'atenció sobre factors com l'aïllament social, els problemes econòmics, la pèrdua d'ocupació o l'accés limitat a serveis de salut mental, ja que han contribuït a un augment en el consum de drogues i una disminució en la cerca d'ajuda.

A nivell internacional, el National Institute on Drug Abuse (NIDA, 2010) sosté que és essencial reconèixer que la recuperació de l'addicció és un procés continu i multifactorial que requereix enfocaments d'acció integral. Com a conseqüència, autors com Vanegas (2009) ja assenyalaven que això implica no sols el tractament de l'addicció en si mateixa, sinó també l'atenció a les necessitats de salut mental, la reconstrucció de relacions interpersonals i el desenvolupament d'habilitats per a la vida quotidiana. En aquest sentit, l'abordatge de l'addicció de manera individualitzada pot oferir una via cap a la recuperació que sigui efectiva i significativa per a cada persona.

És per això que, com destaquen Almanza i Gómez (2020), comprendre les experiències individuals de les persones amb addiccions és crucial per a millorar els enfocaments de tractament i prevenció de manera efectiva. En aquest sentit, com afirmen Sánchez-Hervás et al. (2004), l'abordatge de les addiccions va més enllà de simplement tractar els símptomes físics o psicològics de la dependència, sinó que requereix una comprensió profunda dels factors subjacents que contribueixen al desenvolupament

i manteniment dels patrons de consum de substàncies. L'abordatge de l'addicció de manera individualitzada permet la identificació de factors de risc i protecció de manera específica (Martínez et al., 2018), així com també promou l'adopció d'un rol actiu de participació i col·laboració en el seu propi procés de tractament i recuperació (Bonilla, 2021). El reconeixement i la validació de les experiències empoderen i motiven a involucrar-se de manera activa en la presa de decisions sobre la seva salut i benestar.

3. Objectius

L'objectiu principal d'aquest capítol és estudiar les trajectòries vitals de persones majors de 55 anys que estan en un procés terapèutic per problemes de consum de drogues o l'han finalitzat.

Els objectius específics són conèixer en profunditat els aspectes següents:

- Context familiar i social: explorant elements com la normalització del consum, la supervisió parental, agents rellevants en la cerca d'ajuda, etc.
- Moment d'inici del consum: edat d'inici, relació amb la severitat en l'addicció en l'adulthood, història de consums, pressió social, necessitat d'adaptació, etc.
- Factors psicològics i emocionals: esdeveniments traumàtics, estressants o significatius com a detonants de l'inici, el manteniment o l'empitjorament, percepció personal sobre el consum, inseguretat personal, afectació emocional, etc.
- Factors socials i de salut: impacte sobre les relacions interpersonals, laborals, familiars i socials en general, aïllament social, estigma, salut física, etc.
- Procés de cerca d'ajuda i rehabilitació: reconeixement de la problemàtica, suport social rebut, suport professional, efectivitat i manteniment de l'abstinència, etc.

4. Mètode

4.1. Disseny

El disseny del present estudi és de tall qualitatiu interessat en la comprensió profunda de la complexitat de l'experiència personal a través de narratives individuals i la reconstrucció d'aquestes, a través de la tècnica d'història de vida. L'instrument principal de recollida d'informació és el guió de l'entrevista semiestructurada.

4.2. Participants

Les històries de vida s’han elaborat a partir de la participació de quatre persones que estan o han estat en tractament a la Fundació de Projecte Home Balears. Els criteris per a la seva selecció han estat tenir 55 o més anys i trobar-se en les últimes fases del tractament per consum de drogues. Concretament, han estat dos homes i dues dones, als quals se’ls ha canviat el nom per a garantir-ne l’anonimat i intimitat (vegeu taula 1).

Taula 1 Característiques dels participants en l'estudi			
Nom fictici	Sexe	Edat	Temps en tractament
Ana	Dona	74	1 any
María	Dona	63	1 any i 8 mesos
Juan	Home	65	1 any i 20 dies
Pedro	Home	57	11 mesos i 9 dies

4.3. Instrument

L’instrument principal per a l’elaboració de les històries de vida ha estat l’entrevista en profunditat de tipus semiestructurada i aplicada de manera individual per a cada participant. Les entrevistes s’han dut a terme en un ambient segur i confidencial, tenint en compte les consideracions ètiques, mitjançant el consentiment informat, la garantia de la confidencialitat i la protecció de les dades recollides.

El guió de l’entrevista està organitzat en tres blocs principals segons una seqüència temporal que inclou elements del passat, el present i el futur. Els temes destacats sobre els quals s’ha preguntat han estat:

- Antecedents familiars i socials.
- Inici i evolució del consum de drogues.
- Factors que van influir en el consum de drogues.
- Experiències durant el període d’addicció.
- Procés de cerca d’ajuda i recuperació.
- Estratègies i recursos utilitzats en el procés de recuperació.
- Impacte del consum de drogues en diferents aspectes de la vida (salut, relacions personals, laborals, etc.).

- Reflexions sobre el procés de recuperació i perspectives de futur.

4.4. Procediment

L'estudi s'ha desenvolupat durant l'any 2024 en diferents etapes i va començar amb una reunió inicial entre els autors el mes de març per a establir la línia d'estudi. Posteriorment es va fer una revisió de la literatura per a la fonamentació teòrica i es van enunciar els objectius. En una segona fase, durant el mes d'abril es va dissenyar una proposta d'entrevista que va ser revisada i modificada per tots els membres de l'equip. Una vegada establerta la versió definitiva, durant la primera part del mes de maig es van fer les entrevistes, que es van enregistrar mitjançant gravadora. Acabades les entrevistes, es van transcriure, codificar per posteriorment analitzar i interpretar les dades.

5. Resultats

A continuació, es presenten els principals resultats i l'elaboració de les històries de vida a partir de les entrevistes realitzades. Concretament es presenten quatre històries de vida que tracten de recompondre la trajectòria de les persones entrevistades seguint l'estructura de cronologia del passat, present i futur que s'ha tractat de recollir sobre la base del guió de les entrevistes.

- **La història de vida d'Ana**

Ana descriu una infància i adolescència marcades per la pobresa i el treball en el camp. Nascuda el 1940, a penes va assistir a l'escola i es va dedicar a cuidar dels seus germans i treballar al costat dels seus pares i tres germans en l'agricultura. Als 16 anys, se'n va anar a França amb la seva germana, on va treballar sense assegurança per mor de la seva minoria d'edat, i va tornar a Espanya als 18. A Granada, va començar a treballar en hotels i va conèixer el pare dels seus fills, amb qui va tenir una relació infeliç i marcada pel maltractament físic i emocional:

«Los padres de él estaban aquí y nos vinimos [...] nos pusimos a trabajar. Y aquí es donde [...] empezaron los maltratos, los miedos que yo le tenía, ... mucho miedo. Ahora reconozco que yo lo hacía para olvidarme [...], no he sido de estar, digamos, de ir a un bar ni borracha ni nada. En casa, entraba el vino y entonces esa hora o dos horas que me duraba me olvidaba de lo que me venía después».

Sobre el paper que ha jugat l'alcohol en la seva vida, sosté que a causa de la situació de maltractament que viu des dels 23 anys, beure s'ha convertit en una vàlvula

d'escapament, que també a poc a poc va anar generalitzant en el seu dia a dia, «he trabajado toda la vida, y yo me emborrachaba para ir a trabajar», però es va pronunciar encara més:

«[...] cuando me jubilé. Ya mis hijos me lo notaban. Se enfadaban conmigo y, mamá y... ellos ya se fueron cada uno a sus casas y ya me quedé yo sola pero no dejaba de tener muchos problemas [...], me encerraba en casa y, bueno, con el alcohol».

Actualment, Ana porta més d'un any sense consumir alcohol. Atribueix la seva recuperació al seu ingrés en la Fundació Projecte Home, una decisió influenciada pels seus fills: «...mi salvación. Yo lo tuve super claro y sin pensar. Yo desde el primer momento dije esto, de esto, de aquí salgo yo limpia. Con todas las herramientas para no volver a caer». Descriu una transformació personal significativa des que va abandonar el consum, recuperant la seva autoestima i el seu desig de participar en activitats socials: «soy una persona diferente pero desde el día que abandoné el consumo. Y yo le pido a Dios que me dé muchos ánimo para seguir haciendo cosas. Quiero hacer actividades».

Quant a les estratègies per a mantenir-se sobria, en el present, utilitza eines apreses en la Fundació per a evitar situacions de risc, com allunyar-se de persones que consumeixen alcohol. Es recolza en la seva família i amics, i es manté ocupada amb activitats que li interessin, com el ball i el voluntariat. L'alcoholisme ha tingut un paper destructiu en la seva vida i ha afectat greument la seva salut física i emocional, així com la de les seves relacions familiars. Reconeix que el consum d'alcohol va ser una manera d'escapar dels problemes, especialment del maltractament que sofria per part del seu marit. Sobre la relació amb els seus fills, comenta que ha estat complicada a causa del seu consum, però que va millorar notablement després de la seva decisió de buscar ajuda i deixar de beure. Els seus fills l'han secundat portant-la a PHB, la qual cosa va ser un punt d'inflexió en la seva recuperació.

Sobre el futur, Ana es mostra optimista i té plans d'involucrar-se en activitats com el ball, la gimnàstica i el voluntariat. També desitja recuperar amistats i compartir la seva experiència de recuperació. Quant a les recomanacions per a uns altres, aconsella a les persones en situacions similars que no dubtin a buscar ajuda, destacant la importància de la motivació personal per a superar el consum. Considera que obligar algú a buscar tractament pot no ser efectiu; ha de ser una decisió personal.

• La història de vida de Maria

Maria va tenir una infància i adolescència marcades per l'adversitat. Va néixer a Cadis, en un petit poble anomenat Jerez de la Frontera. No va conèixer mai el seu pare biològic, qui va abandonar la seva mare quan ella va quedar embarassada. La seva

mare treballava fent labors domèstiques per a famílies riques del poble, però els seus ingressos eren insuficients. Eventualment, la mare va decidir mudar-se a Mallorca a la recerca de millors oportunitats i la va deixar amb els seus avis materns. Aquesta etapa va ser particularment dura, ja que va sofrir abusos per part del seu avi i va començar a autolesionar-se, fumar i beure des d'edat primerenca: «Lo típico de cogerle tabaco a tu padre o una botella de lo que fuese, aunque bueno, realmente, podíamos ir a donde sea a comprar tabaco, pero bueno, como no teníamos dinero pues se lo robaban a sus pedres». Als 15 anys es va traslladar a Mallorca amb la seva mare, però la relació entre elles es va deteriorar ràpidament: «la culpaba de lo que había ocurrido con mi abuelo». Maria va deixar d'estudiar i va començar a treballar en un bar, es va involucrar en un estil de vida d'excessos i relacions promíscues.

Durant aquests anys, va conèixer un home amb qui es va casar, però la seva incapacitat per a tenir fills va generar conflictes que la van portar al divorci. Posteriorment, va descobrir que el seu problema de fertilitat es devia a una malaltia en els ovaris i que el seu veritable pare era el seu avi, qui també va abusar de la seva mare. Aquesta revelació va enfortir temporalment la relació amb la seva mare, però el dolor i la confusió van persistir. Posteriorment, després de la seva separació, Maria va caure en la prostitució i el consum de cocaïna per a suportar la seva vida:

«[...] ahí pues ya me di a la mala vida, como se dice. Ejercí la prostitución mientras trabajaba en los hoteles, en el bar de las discotecas. Me acostaba con clientes después del trabajo por dinero y ahí fue cuando empecé con la cocaína y todo lo que se me pasaba por delante.

[...]

Y al final, es que es una mierda porque entras en un círculo que no sabes cómo salir y tampoco sabes a quién tienes que pedir ayuda porque tampoco sabes si la quieres».

Maria reconeix que el consum de drogues, especialment l'alcohol i les cocaïna, han estat una constant en la seva vida adulta. Inicialment, el consum d'alcohol i cocaïna l'ajudava a suportar els seus traumes i la vida difícil que portava. Amb el temps, també va desenvolupar una addicció a les pastilles per a dormir a causa de problemes d'insomni. No va buscar mai activament ajuda per a les seves addiccions, ja que no les veia com un problema, sinó com una manera d'escapar de la seva realitat. No obstant això, el seu consum excessiu va afectar la seva salut física i mental, i encara que la seva relació amb la seva mare era pròxima, ambdues compartien una relació codependent amb l'alcohol.

Al llarg dels anys, les relacions amb els seus amics de la infància es van refredar, i encara que manté contacte esporàdic amb algun d'ells, no hi ha una connexió profunda.

La mort de la seva mare fa uns anys la va deixar completament sola, reforçant el seu sentiment de solitud i aïllament. La seva única font de suport recent ha estat una veïna, qui va jugar un paper crucial en salvar-li la vida durant un intent de suïcidi:

«[...] fue entonces cuando la vecina llamó a una ambulancia y no recuerdo más. Me llevo muy bien con mi vecina y también conocía a mi madre. Somos vecinas de toda la vida y ya me desperté en el hospital. [...] mi vecina pues está siendo ahora mismo una persona muy importante. Es la que me saca de vez en cuando, la que se está preocupando por mí, la que habla con los de aquí para salir un poco».

Aquest intent de suïcidi va ser el punt d'inflexió que va portar Maria a buscar ajuda i entrar en un centre de rehabilitació, on porta un any i vuit mesos sense consumir drogues, excepte tabac. La presència de terapeutes i companys en el centre li ha proporcionat un ambient de suport i comprensió, una cosa que no va tenir mai abans. Aquest entorn li ha permès començar a treballar en els seus traumes i mantenir la sobrietat.

Actualment, Maria es troba en un estat de sobrietat i treballa activament per a millorar la seva vida, si bé encara té por de recaure i d'enfrontar-se al món exterior, se sent motivada per a continuar en el camí de la recuperació. La relació amb la seva veïna continua sent un pilar fonamental en la seva vida i l'ajuda a mantenir-se connectada i secundada.

Sobre el futur, Maria té diversos objectius. Desitja jubilar-se, ja que el treball físic en hotels li ha deteriorat la salut. Planeja també participar en activitats que sempre va voler fer, com classes de teatre i ball, amb l'esperança de trobar una nova passió i propòsit en la vida. Malgrat la por de la recaiguda, està determinada a mantenir-se sobria i construir una vida més satisfactòria i plena.

En reflexionar sobre el que ha estat la seva vida, Maria emfatitza la importància de no culpar-se per les adversitats viscudes. Recomana als qui lluiten contra les addiccions que busquin ajuda i s'enfrontin als seus problemes:

«[...] tengo esperanzas a que todo vaya bien y tengo ganas de aprender a vivir con mis traumas. Yo con mi cuerpo pues bueno, sé que tengo una enfermedad en el hígado, eso sé que no puedo curarlo, pero sí sé qué tengo que hacer para tener una mejor vida, ¿no?».

Creu fermament que un punt d'inflexió, encara que dolorós, és necessari per a començar a reconstruir la vida. El seu missatge és un de perseverança i autoacceptació, encoratjant altres a prendre el control de les seves vides i buscar el suport que necessiten.

• La història de vida de Juan

La infància i l'adolescència de Juan van estar marcades per les aventures i l'estabilitat familiar. Va créixer en un entorn on predominava l'amistat i la diversió. Era un apassionat del futbol i passava llargues hores jugant al carrer amb els seus amics, explorant i creant eines amb pals per a excavar en parcs. A més, gaudia llegint llibres de Julio Verne i còmics de Mortadelo i Filemó. Mantenien una relació estreta amb el seu pare, a qui admirava profundament, i sentia un gran amor per la seva mare. La família era econòmicament estable, amb accés a tecnologia avançada per a l'època, com a televisió, vídeo i tocadiscs. Els seus germans i ell formaven un equip inseparable, sovint fent sortir de polleguera la seva mare amb les seves entremaliadures. En l'àmbit acadèmic, va destacar per les seves bones qualificacions i el gust per l'estudi. Amb el temps, els seus amics van començar a treballar i a establir-se, la qual cosa va marcar la fi d'una etapa despreocupada i feliç de la seva vida.

No té record d'experiències negatives significatives. Les reprimendes de la seva mare amb la sabatilla eren més motiu de riure que de mal:

«[...] cuando eso pasaba mis hermanos y yo correteábamos por toda la casa huyendo de mi madre y claro, es que no nos pillaba casi nunca. Pero yo recuerdo reírme. Qué vida le dimos a mi madre. Es que, como para no sacarla. Yo lo pienso ahora y... buf. Quina feinada».

No obstant això, va experimentar decepcions típiques de la vida, com desamors, problemes amb amics i familiars. Les decepcions amoroses van ser una constant a causa de la seva tendència a enamorar-se ràpidament i lliurar-se per complet.

El primer contacte amb l'alcohol va ser esporàdic, i el tabac va arribar quan va començar a treballar. La mort prematura del seu pare, als 45 anys, va tenir un impacte profund en la seva vida. Amb només 21 anys, es va veure obligat a deixar els estudis de Dret i assumir responsabilitats laborals per a mantenir a la família, treballant com a taxista. Va ser en aquest ambient on va començar a consumir drogues, inicialment per a aguantar llargues jornades de treball: «empiezas a conocer a otros taxistas y empiezas a ver que la droga para aguantar era lo normal y un día, pues, lo probé y claro, ves que eres tan capaz de aguantar tantas y tantas horas que, al final pues sigues».

L'accessibilitat i la normalització del consum entre els seus companys de feina van contribuir a la seva addicció. Les addiccions es van convertir en una part central de la seva vida i li van afectar la salut física i mental, així com les relacions familiars i professionals. Encara que la seva carrera en el sector de la construcció va ser reeixida, l'addicció a la cocaïna va causar estralls i el va dur a agafar diners de l'empresa i allunyar-

se de la seva família. L'addicció li provocava vergonya i una sensació d'autodestrucció, arruïnant la seva capacitat per a gaudir de la vida i mantenir relacions saludables: «lo peor es la vergüenza de estar haciendo algo que está mal hecho y que es que yo sabía que no estaba bien, pero empecé a necesitarlo y empecé a no saber hacer mi vida sin la cocaína».

Malgrat els problemes, la seva família no el va abandonar mai. Els seus germans i la seva mare van ser la seva principal font de suport, fins i tot quan les mentides i les baralles van amenaçar de trencar els llaços. La intervenció de la seva família va ser crucial per al seu ingrés en un centre de rehabilitació i va marcar un punt d'inflexió en la seva vida. En termes d'amistats, es va distanciar dels seus amics, els qui sabien del seu problema a través dels seus germans. Abans d'ingressar al centre de rehabilitació, Juan no va fer esforços seriosos per a deixar de consumir, sumit en un autoengany constant. No obstant això, un episodi greu en el qual la seva mare el va trobar en estat crític el va portar a acceptar l'ajuda de la seva família. Aquest esdeveniment, juntament amb el sofriment evident de la seva mare, el va impulsar a buscar una solució definitiva: «el punto de saber que ya había cruzado la línea fue ver cómo me suplicaba mi madre. Que cambiase, que ya no podía seguir viéndome así, que se quería morir, que ya no podía sufrir de esta manera».

Actualment, Juan porta un any i vint dies sense consumir drogues. El centre de rehabilitació i el suport continu de la seva família han estat fonamentals en el seu procés de recuperació. Escriure i reflexionar sobre les seves experiències li ha permès entendre els orígens de la seva addicció i manejar les seves emocions de forma més saludable. A més, se sent cada vegada més fort i capaç de mantenir la sobrietat, encara que reconeix que el camí no ha estat fàcil:

«[...] Mantenerme también al margen de todo el mundo de drogas, que bueno, de eso la verdad es que ya lo he hecho aquí. De eso estoy muy contento porque bueno, no es que te obliguen, pero te hacen ver con quién te relacionabas antes y lo importante que es borrar contactos del teléfono y revisar los contactos de las redes sociales. Y sobre todo, repetirme cada día que puedo hacerlo y hacerme valer».

Per al futur, el principal objectiu de Juan és mantenir-se sobri i viure una vida «normal». Somia tornar a estudiar Dret i treballar novament amb els seus germans en l'empresa familiar. També aspira a independitzar-se de la casa de la seva mare i establir una relació amorosa saludable. Encara que tem recaure, se sent preparat per a buscar ajuda si ho necessita i està compromès amb la seva recuperació. Recomana que les persones aprenguin a escoltar el seu cos i les seves emocions, i que reconeixin que l'addicció és una malaltia que requereix tractament i suport constant.

• La història de vida de Pedro

Pedro relata una infància activa i despreocupada, en la qual passava molt de temps al carrer amb amics. La seva educació formal va acabar als 13 anys quan va començar a treballar amb el seu pare en el sector hotelier. Més tard, va aconseguir ocupació en un bar de Cala Major, on va començar a guanyar diners i beure alcohol. El seu pare li va inculcar la idea que treballar era més important que estudiar. La iniciació en el consum de substàncies, principalment alcohol, va començar en la seva adolescència a causa de la influència de l'entorn laboral i social:

«Yo a beber, pues bueno, sí, empecé con eso, 15 o 16 que empecé a trabajar en el bar. Yo era el más pequeño y todo el mundo bebía después y me empezaban a invitar. Yo, al principio, pues era más tímido y les decía que no, pero después sí, después me empezaba a quedar y empecé a fumar también.

[...]un día para el otro te emborrachas y vuelves a casa borracho y claro, a mi madre no le hacía mucha gracia, pero tampoco me echaba la bronca. [...] recuerdo a mi padre decirle a mi madre que eso hacían los hombres y que yo ya no era un crío, que eso lo hacían todos los hombres después del trabajo y que era normal así que no lo empecé a ver como algo malo sino como algo que podía hacer».

L'addicció ha estat una constant en la seva vida, influenciada per un ambient on el consum d'alcohol i tabac estava totalment normalitzat. Malgrat la ingesta regular d'alcohol, Pedro no ho va percebre mai com un problema degut a la cultura de consum del seu entorn. Al llarg de la seva vida, l'addicció ha afectat les seves relacions personals i familiars, encara que ell no ho ha reconegut com un problema fins molt de temps després. El seu matrimoni també va estar marcat pel consum d'alcohol, tant el seu propi com el de la seva esposa, qui va morir fa ara dos anys:

«Ella bebía también. Al principio bueno, lo típico, pero después ella casi bebía más que yo. Yo le tenía que decir "para cariño" pero ella seguía y claro, ¿cómo le voy a decir que pare si yo también seguía bebiendo?»

L'addicció i el consum excessiu d'alcohol van provocar un distanciament amb amics i familiars. Pedro no va intentar deixar el consum de substàncies fins que un esdeveniment significatiu, un coma etílic, el va portar a buscar ajuda. Aquest succés, juntament amb la pèrdua de la seva esposa i altres problemes personals i laborals, van resultar ser un punt d'inflexió. A partir d'aquí, va començar a rebre tractament i a participar en programes d'ajuda per a la recuperació.

Actualment, Pedro porta 11 mesos i 9 dies sense consumir substàncies. Ha trobat suport en el programa de rehabilitació i ha après a organitzar la seva vida de manera més estructurada, la qual cosa li ha ajudat a mantenir la sobrietat:

«[...] una cosa que me ha ido muy bien es la organización y es que, parecerá una tontería, pero saber qué es lo que tengo que hacer por las mañanas, las horas y todo me... me gusta. Es como no ir perdido en la vida. A ver, que intento hacerlo todo bien ¿sabes?»

Valora especialment la tranquil·litat de no dependre de substàncies i l'honestetat amb els seus fills. Ha reprès activitats com el ciclisme i gaudeix del temps de qualitat amb la seva família.

Destaca la importància dels recursos i el suport rebut en la seva recuperació, emfatitzant la necessitat d'organització i la importància de demanar ajuda. Ha après a manejar les temptacions i evitar els vells hàbits, destacant la importància de mantenir-se allunyat de persones i situacions que puguin desencadenar una recaiguda. Se sent motivat i té esperances sobre el futur. Aspira a una vida tranquil·la i sense preocupacions, valorant el temps que li queda. Encara que se sent cansat pels seus anys de treball, està centrat a gaudir de la vida i mantenir la sobrietat. Reconeix la dificultat de viure en una societat on l'alcohol és omnipresent, però està decidit a no tornar a caure en l'addicció.

6. Conclusions

A partir de les entrevistes i les històries de vida dels protagonistes, s'han pogut identificar diversos factors comuns que han influït en les seves trajectòries tant des de l'inici com en el desenvolupament i desenllaç fins a sol·licitar o acudir a tractament. A continuació, tractarem de recollir les idees principals.

Sobre l'entorn familiar i social es posa de manifest a través dels seus testimoniatges que exerceix un paper fonamental tant en l'inici com en el manteniment, així com també en el compromís de recuperació. La normalització del consum per part d'amics, pares i companys de treball, que no sols ho permetien, sinó que sovint fomentaven aquestes conductes. També s'hi fa referència en alguns casos, falta de supervisió parental o l'absència de control adequat, que els ha permès accedir a drogues des d'edats primerenques. De fet, aquest és un altre dels factors rellevants. L'inici dels consums es dona durant l'adolescència o en els primers anys de l'adulthood, i sovint associat a esdeveniments traumàtics i acompanyats d'un context laboral altament demandant.

En relació amb els factors psicològics i emocionals destaquen la pressió social, l'acceptació, la falta de consciència sobre el consum problemàtic (autoengany), però també sentiments de por davant les possibles recaigudes, vergonya i culpabilitat pel

sofriment generat als seus éssers estimats. A més, la regulació emocional disfuncional davant determinats esdeveniments vitals ha mantingut o exacerbat els problemes de consum, en convertir-se en vàlvules d'escapament per a regular emocionals i evitar prendre contacte amb realitats socioafectives que estaven generant molt sofriment.

Un altre dels aspectes assenyalats té a veure amb la deterioració de les relacions personals i la salut. D'una banda, l'aïllament social, la pèrdua d'amistats i la deterioració de relacions familiars i, per una altra, els problemes de salut, on clarament reporten com a conseqüència haver sofert deterioració física, malalties relacionades amb el consum i problemes de salut mental com la depressió o l'insomni.

Quant a la cerca d'ajuda i el procés de recuperació, sobre la base de les seves històries, ells van trigar a reconèixer la seva addicció com un problema seriós. Aquest reconeixement sovint va venir després d'una crisi important; la negació i la percepció errònia de normalitat van contribuir a aquest reconeixement tardà. Com a element imprescindible en aquest procés tots destaquen, en major o menor mesura, la importància del suport, tant professional com familiar i social. La importància de tenir una xarxa de suport, tant professional com personal, ha estat clau per a mantenir la sobrietat. Els protagonistes van destacar l'efectivitat dels programes de rehabilitació i la necessitat d'un entorn de suport per a aconseguir una recuperació sostinguda.

L'entorn familiar i social influeix de manera directa en les persones que han desenvolupat una dependència a les drogues. Això es deu a la normalització del consum i a la manca de supervisió. La cultura del consum, acceptada o minimitzada per l'entorn proper, juga un paper crucial en la percepció i la permissivitat cap a l'ús de substàncies. A causa d'aquesta influència, les edats d'inici en el consum de drogues entre els entrevistats són notablement primerenques. Aquest inici precoç es veu afavorit per un entorn que no estableix límits clars ni ofereix models de conducta alternatius al consum.

Existeixen diversos factors psicològics i emocionals que faciliten l'inici i manteniment del consum de drogues. Els entrevistats relaten que els seus primers consums van estar motivats per la pressió social en el context laboral i la cerca d'acceptació per part d'un grup. Aquests factors, que inclouen des de la necessitat de pertinença fins a la gestió inadequada de l'estrès, són determinants en la predisposició al consum.

A més, és significatiu assenyalar que tots els entrevistats compartien una percepció distorsionada del consum. Inicialment, tenien una visió del consum com a quelcom normal i socialment acceptable. No obstant, amb el temps s'adonen de l'error d'aquesta percepció i reconeixen les greus conseqüències del consum sostingut.

És important destacar que cada persona entrevistada ha experimentat esdeveniments significatius que han precipitat la seva caiguda en el consum o han exacerbat la seva situació de dependència. Aquests esdeveniments inclouen experiències traumàtiques i, en el cas de les dones, una excessiva càrrega laboral i familiar. Aquests factors estressants actuen com a catalitzadors del consum i agreugen la dependència.

Com a conseqüència d'una situació de dependència severa, s'observa un deteriorament significatiu en les relacions socials i en la salut dels individus. A mesura que la dependència progressa, les persones tendeixen a aïllar-se socialment dels seus familiars i amics, i experimenten problemes de salut tant físics com psicològics. L'aïllament social i els problemes de salut es retroalimenten i empitjoren la situació de dependència.

Finalment, es conclou que el reconeixement del problema del consum sol ser tardà, generalment emergint en situacions crítiques. Tots els entrevistats subratllen la importància del suport professional i familiar per afrontar el problema de manera efectiva. La intervenció primerenca i el suport constant són crucials per a la recuperació i el benestar de les persones afectades per la dependència a les drogues.

Quant a les principals limitacions de l'estudi, són les inherents a la mateixa metodologia emprada. D'una banda, la subjectivitat de les interpretacions, tant de les persones protagonistes, com la de les persones que desenvolupen les històries de vida a través dels relats. Es tracta, doncs, de tècniques que recullen vivències profundament personals i estan intrínsecament vinculades als sistemes de creences i les experiències individuals tant de qui les explica com de qui les escolta i les elabora. Aquesta subjectivitat pot esbiaixar i no necessàriament representar les experiències d'una població més àmplia. No obstant això, també ofereix una profunditat i singularitat incalculables, permetent una comprensió detallada de com una persona ha viscut un procés en particular. Aquest enfocament pot revelar aspectes únics i personals de l'experiència educativa i social que altres mètodes quantitativs poden passar per alt.

D'altra banda, el procés d'utilitzar històries de vida en la recerca és considerablement costós en termes de recursos i temps. Requereix realitzar entrevistes detallades, transcriure-les, revisar-les i després dur a terme una anàlisi minuciosa de la informació recopilada. Aquest esforç intens pot ser una dificultat per a desenvolupar projectes de recerca, especialment aquells amb recursos limitats.

Quant a les línies de futur, se n'exposen quatre principalment. D'una banda, les que tenen a veure amb explorar i millorar la comprensió sobre les desigualtats i desafiaments als quals s'enfronten diferents col·lectius. Per exemple, estudiar si hi ha diferències en funció del sexe, el gènere o la pertinença al col·lectiu LGTBIQ+; i altres relacionades amb l'àmbit laboral i la càrrega de treball que existeixen en zones

turísticament tensionades com és el cas de les Illes Balears. Finalment, una altra de les línies de recerca futura té a veure amb la percepció dels professionals que treballen amb persones majors de 55 anys que presenten problemes de consum de drogues, amb l'objectiu d'identificar factors de risc i protecció, així com necessitats assistencials o de suport.

Referencias bibliogràfiques

Almanza, A. M. A., i Gómez, A. H. S. (2020). Narrativas sobre el proceso de recuperación ante la adicción: la perspectiva de familiares que asisten a servicios de atención. *Salud colectiva*, 16, e2523. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2523>

Bonilla, R. (2021). «Proyecto de intervención en adicción a sustancias estupefacientes, juego y tecnología» [Treball final de màster]. Universidad de Valladolid.

Choi, N. G., DiNitto, D. M., Marti, C. N., i Choi, B. Y. (2022). US older adults' heroin and psychostimulant use treatment admissions, 2012–2019: Sociodemographic and clinical characteristics. *Drug and alcohol dependence*, 231, 109256. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109256>

Choi, N. G., i DiNitto, D. M. (2020). Characteristics of Mental Health and Substance Use Service Facilities for Older Adults: Findings from U. S. National Surveys. *Clinical Gerontologist*, 45(2), 338-350. <https://doi.org/10.1080/07317115.2020.1862381>

Dauber, H., Pogarell, O., Kraus, L., i Braun, B. (2018). Older adults in treatment for alcohol use disorders: service utilisation, patient characteristics and treatment outcomes. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13(1), 1-10.

Fernández, F. J. R. (2024). «La historia de vida como técnica para el estudio en profundidad de las trayectorias de consumo y rehabilitación en personas mayores de 55 años» [Treball final de grau]. Universitat de les Illes Balears.

Martínez, Y., Vicencio, T., i Cruz, E. (2018). Factores de riesgo y de protección determinantes para la atención social en la prevención de adicciones. *Revista Salud Y Bienestar Social*, 2(1), 35-42.

Moratinos, A., Canal, S., Valero, M., i Quesada, V. (2023). Addiccions als opiacis, tractament i envelliment a les Illes Balears. A C. Orte (Dir.). *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2023*. Universitat de les Illes Balears

National Institute on Drug Abuse (2010). *Principios de tratamientos para la drogadicción*. Estados Unidos: NIH Publicación.

Pascual, M., i Pascual, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226.

Porcel-Gálvez, A. M., Badanta, B., Barrientos-Trigo, S., i Lima-Serrano, M. (2021). Personas mayores, dependencia y vulnerabilidad en la pandemia por coronavirus: emergencia de una integración social y sanitaria. *Enfermería clínica*, 31, S18-S23.

Quesada, V., Valero, M., Moratinos, A., Canal, S., i Bonet, X. (2022). Persones grans en tractament per consum de droga i addiccions comportamentals a les Illes Balears. A C. Orte (Dir.). *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2022*. Universitat de les Illes Balears

Sánchez-Hervás, E., Gradolí, V. T., i Gallús, E. M. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, 6(3), 159-166.

Vanegas, M. A. Z. (2009). La familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *CES Psicología*, 2(2), 86-94.

Autors

FRANCISCO JOSÉ FERNÁNDEZ ROMERO

Palma (1995). Tècnic en Integració Social i graduat en Educació Social. Actualment exerceix funcions en el centre de protecció de menors Es Caliu (Projecte Home Balears) enfocat en la deshabituació del consum de substàncies i de conductes addictives en adolescents. Entre els seus interessos destaca la intervenció amb menors i el treball amb famílies.

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 i investigadora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre activa 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.

SERGI CANAL MONTIEL

Barcelona (1972). Llicenciat en Pedagogia Terapèutica. En l'actualitat, és director terapèutic de Projecte Home Balears, on fa feina des de 1995. Participa com a docent al curs Expert Universitari en Tractament d'Addiccions de la UIB. Entre els seus interessos destaca la història del model d'atenció basat en la comunitat terapèutica i la intervenció en addiccions.

ALBERT MORATINOS JAUME

Palma (1973). Llicenciat en Psicologia, especialista en Psicologia Clínica, màster en Prevenció i Tractament en Drogodependències. Ha treballat com a psicòleg al Servei Municipal de Drogodependències de l'Ajuntament de Palma, a les Unitats de Conductes Addictives de l'Institut Mallorquí d'Afers i Drets Socials, al Centre Municipal de Serveis Socials de l'Ajuntament de Palma, a la secció de prevenció comunitària de l'Institut Mallorquí d'Afers i Drets Socials, i com a cap de secció de la secció terapèutica d'infància i família de l'IMAS. Des de l'any 2001 és professor associat del Departament de

Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears, i imparteix l'assignatura Intervenció Socioeducativa en Drogodependències. Participa com a docent al curs Expert Universitari en Tractament d'Addiccions de la UIB. Actualment, és el cap de la secció d'atenció a les drogodependències del Servei d'Inclusió de l'Institut Mallorquí d'Afers i Drets Socials (IMAS).

**EL SUÏCIDI EN PERSONES GRANS:
UNA ANÀLISI DES D'UNA PERSPECTIVA
PEDAGÒGICA**

El suïcidi en persones grans: una anàlisi des d'una perspectiva pedagògica

Natalia Irles Gámez¹

1. Capítol basat en el treball de fi de grau de Pedagogia defensat el curs 2023-2024 i tutoritzat per la doctora Marga Vives Barceló.

Resum

El suïcidi en gent gran és un problema seriós i en augment. L'any 2019, segons l'Institut Nacional d'Estadística (2024) 1.157 persones grans es van suïcidar a nivell estatal, 95 persones a nivell autonòmic. La taxa de suïcidi és particularment alta entre els més grans de 70 anys, a causa de factors com l'envelliment, la solitud, la pèrdua d'éssers estimats i l'aïllament social. La consciència de la mortalitat i les dificultats de comunicació entre generacions també tenen un paper en aquest fenomen. A Espanya, s'ha registrat un increment del 8,8% en els suïcidis de gent gran en els darrers anys. L'objectiu d'aquest capítol és fer una aproximació teòrica a aquest fenomen, incorporant la percepció social del suïcidi en persones grans a la nostra comunitat autònoma.

S'ha realitzat una revisió de la literatura científica dels darrers cinc anys, complementàriament s'ha consultat tres experts que treballen a nivell autonòmic en associacions especialitzades en suïcidi i s'ha realitzat una enquesta a 116 persones de Balears.

Els resultats obtinguts per part dels experts assenyalen que cal treballar sobre la soledat de les persones grans, la manca de xarxa social i relacions familiars de les persones grans i el sentiment de càrrega que provoca patir una malaltia. També són factors sobre els quals hem de treballar el silenci social i l'estigma del suïcidi generalitzat i els recursos mèdics dels quals ens servim. A partir de l'enquesta, s'extreu que, generalment, la societat no comprèn la problemàtica del suïcidi en persones grans i la urgència de considerar-lo un aspecte sobre el qual posar el focus.

En conclusió, es destaca la necessitat de potenciar intervencions específiques per tal de minvar els factors de risc i potenciar factors com el suport social i emocional en persones grans. Al mateix temps, es posa en relleu la necessitat de fer visible aquesta realitat per augmentar la conscienciació pública, erradicar el silenci i els mites i potenciar polítiques públiques i intervencions professionals específiques.

Resumen

El suicidio en personas mayores es un problema serio y en aumento. En 2019, según el Instituto Nacional de Estadística (2024) 1.157 personas mayores se suicidaron a nivel estatal, 95 personas a nivel autonómico. La tasa de suicidio es particularmente alta entre los mayores de 70 años, debido a factores como el envejecimiento, la soledad, la pérdida de seres queridos y el aislamiento social. La conciencia de la mortalidad y las dificultades de comunicación entre generaciones también desempeñan un papel en este fenómeno. En España, se ha registrado un incremento del 8,8% en los suicidios de mayores en los últimos años. El objetivo de este capítulo es realizar una aproximación teórica a este fenómeno, incorporando la percepción social del suicidio en personas mayores en nuestra comunidad autónoma.

Se ha realizado una revisión de la literatura científica de los últimos 5 años, complementariamente se ha consultado a 3 expertos que trabajan a nivel autonómico en asociaciones especializadas en suicidio y se ha realizado una encuesta a 116 personas de Baleares.

Los resultados obtenidos por parte de los expertos señalan que es necesario trabajar sobre la soledad de las personas mayores, la falta de red social y relaciones familiares de las personas mayores y el sentimiento de carga que provoca padecer una enfermedad. También son factores sobre los que debemos trabajar el silencio social y el estigma del suicidio generalizado y los recursos médicos de los que nos servimos. A partir de la encuesta, se extrae que, por lo general, la sociedad no comprende la problemática del suicidio en personas mayores y la urgencia de considerarlo un aspecto sobre el que poner el foco.

En conclusión, se destaca la necesidad de potenciar intervenciones específicas para mermar los factores de riesgo y potenciar factores como el apoyo social y emocional en personas mayores. Al mismo tiempo, se pone de relieve la necesidad de visibilizar esta realidad para aumentar la concienciación pública, erradicar el silencio y los mitos y potenciar políticas públicas e intervenciones profesionales específicas.

1. Introducció

El suïcidi en persones grans és un fenomen que sovint s'ignora o es descuida, malgrat el seu impacte significatiu en la societat, per tant, investigar aquest tema permet comprendre'n millor les causes, identificar factors de risc i desenvolupar estratègies efectives de prevenció. No hem d'oblidar que a nivell mundial, el suïcidi provoca al voltant d'un total de 800.000 morts, més que no pas les guerres i els homicidis junts (OMS, sf).

La pèrdua progressiva de reforços socials, culturals, familiars que pateixen les persones grans, així com l'aparició de possibles patologies o el deteriorament de les habilitats cognitives que afecten el dia a dia de les persones grans pot generar, entre d'altres, sentiments intensos de solitud no desitjada que, d'una forma o una altra, pot conduir a ideació o conductes suïcides (Nizama, 2011).

L'objectiu general de la investigació és fer una aproximació a la percepció social del suïcidi en persones grans des d'una perspectiva pedagògica.

Sobre la metodologia, es fa una feina seguint la modalitat de revisió de la literatura en què s'analitzaran les dades recollides en els darrers anys. A més, es realitzaran qüestionaris amb preguntes obertes a associacions expertes en el camp, professionals

que treballin i tractin directament amb persones grans amb ideació i/o amenaça suïcida anterior, respectant els límits de la confidencialitat i es distribuirà una enquesta a través de Formularis de Google de manera aleatòria a persones de diferent gènere i rangs d'edat a partir dels 16 anys, per observar i recollir informació de la realitat sobre la percepció social del suïcidi de manera generalitzada, quin impacte genera sobre la societat i com es pot veure afectada la percepció social si es tracta d'enfocar el suïcidi sobre les persones més grans de 65 anys.

2. Conceptualització del suïcidi

Durkheim definí el suïcidi el 1960 com «Tot cas de mort que resulta directament o indirectament d'un acte positiu o negatiu realitzat per la víctima i que, segons ella sabia, havia de produir aquest resultat» (p. 5).

En el seu treball, Durkheim parlava de: a) suïcidi egoista (entès com un acte motivat per un gran aïllament per part de l'individu amb relació a la societat); b) suïcidi altruista (aquest tipus de suïcidi es dona en el moment en què l'individu manté llaços extremadament profunds i forts amb la societat i amb aquest fet pretén salvar i beneficiar els altres, alhora que honrar la societat, per la qual cosa sempre és conscient i intencionat); i c) suïcidi anòmic (entenent l'anomia com l'absència de normes, per això aquest tipus de suïcidi ve donat per una inacceptació dels límits establerts i acceptats socialment). Cal comentar que dins la segona tipologia, l'autor també especificava tres tipus de suïcidi altruista: i) suïcidi altruista obligatori (arran d'un aïllament extrem, es manté una percepció d'exigència social); ii) suïcidi altruista facultatiu (la raó del suïcidi no es dona per obligació imposada per la societat, sinó que rau sobre el motiu personal que l'individu atorga al sacrifici); i iii) suïcidi altruista agut (entès des d'un pla religiós, l'individu ho fa des del desig de transcendir de manera divina).

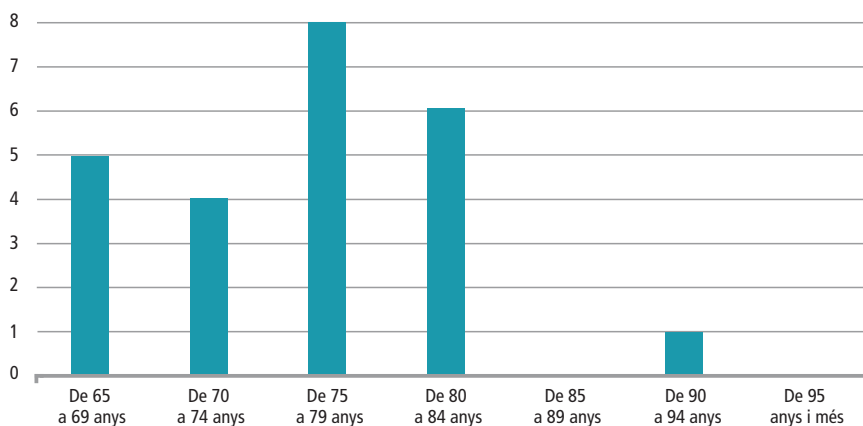
Diversos han estat els autors que han investigat sobre el suïcidi, especialment en els darrers anys; amb tot, la conceptualització del suïcidi varia segons l'enfocament analitzat. El model biomèdic es focalitza en els sistemes sanitaris, entenent el suïcidi com una condició mèdica relacionada principalment amb trastorns mentals com ara la depressió. Aquest model emfatitza la detecció primerenca i la ràpida derivació a serveis de salut mental per a diagnòstic i tractament farmacològic. En canvi, per exemple, el model existencial-contextual prioritza la comprensió de la persona en quatre aspectes: víctima del patiment emocional; agent d'acció i experiència; autor i protagonista de la seva vida i centre bioètic en el procés d'ajuda. García-Haro el 2023 recull l'estudi de Jiménez Félix i García Caballero (2010), en què descriu que el 54% de les motivacions suïcides estaven relacionades amb situacions psicosocials, mentre que només el 16% es vinculaven a trastorns mentals.

3. El suïcidi en persones grans

El 2018, segons l'Institut Nacional d'Estadística, el suïcidi va ser el motiu principal de mort dins les causes no naturals i es va convertir en un problema de salut mundial (Navas, 2013).

Segons l'INE l'any 2019 es van registrar un total de 1.157 morts per suïcidi a nivell nacional entre les persones més grans de 65 anys; la prevalença més alta se situa al grup d'entre 70 i 74 anys. A nivell autonòmic, a les Illes Balears l'any 2019 es registraren 95 defuncions per suïcidi, sent el grup de 75 a 79 anys amb major prevalença.

Gràfic 1 | Suïcidis l'any 2019 en persones de més de 65 anys a nivell autonòmic



Font: elaboració pròpia a partir de l'Institut Nacional d'Estadística (2019).

A més, tal com ja apuntaven Friedan (1994) i Mishara i Riedel (1986) el suïcidi és més freqüent del que apareix a les estadístiques, ja que és possible que es classifiquin determinades morts com a naturals i no se n'investiguin les causes.

A nivell general, es poden destacar tres idees principals del suïcidi en persones grans. La primera, el fet que les persones grans tenen la taxa més alta de suïcidi i la més baixa d'intents, a causa de l'ús de metodologies més letals, és a dir, metodologies que tenen una probabilitat més gran d'acabar amb la vida d'una persona en un primer intent (Álvarez et al., 2020; Bachmann, 2018). La segona, els estudis relacionats amb la personalitat de les persones amb intents i/o conducta suïcida solen vincular sentiments de solitud amb abatiment i buidor, destacant com a característiques principals l'ambiva-

lència, la impulsivitat i la rigidesa o dificultat per veure aspectes positius per continuar vivint. La tercera fa referència a l'aspecte social, on es destaca que esdeveniments vitals com la jubilació, la pèrdua de la xarxa social o els sentiments de solitud poden potenciar determinades idees suïcides (Nizama, 2011).

3.1. Factors de risc i factors de protecció en conductes suïcides en persones grans

El suïcidi és una conducta molt complexa i particular en què interfereixen múltiples variables personals i contextuals.

Un dels **factors de protecció** més coneguts i esmentats a l'àmbit del suïcidi és l'efecte *papagen*, que implica eludir i frenar la persona amb temptatives suïcides per part d'altres mitjans que representen un rol protector i promotor de bona salut.

Un altre factor de protecció descrit a les referències són les creences o pràctiques religioses, especialment la religió catòlica (entre un 44% i un 62,70%) (Hawkins et al., 2014; Veríssimo et al., 2013, com es va citar a Calderón et al., 2021). En aquest sentit, Anton et al. (2013, citat a Calderó et al., 2021) observaren que les persones amb creences o pràctiques religioses van mostrar menys ideació i conducta autolítica.

Els estudis que investiguen sobre els factors protectors apunten a una bona i correcta capacitat d'autocontrol, mantenir una bona autoestima i autosuficiència, posseir habilitats de resolució de problemes, ser receptiu a experiències i opinions alienes i/o comptar amb una xarxa de suport externa. Diversos són els **factors de risc** relacionats amb les persones grans. Un dels citats és ser una persona vídua (especialment dones), problemes de salut mental com ara la depressió o l'ansietat o no disposar de bona salut física (Clayton, 1992, com se cita a Peñafiel, 2009).

Com ja és sabut les relacions socials són un factor clau. En aquest sentit, alguns estudis com els de González i Martínez (2011) o Morales et al. (2017) apunten a disposar de relacions sanes dins un ambient familiar com a factor de protecció, i a la conflictivitat familiar o malestar emocional dins aquestes com un factor de risc (citat a Calderón et al., 2021). Alguns autors com Nizama (2011) entenen que tant el suïcidi com la conducta suïcida poden classificar-se com a crisis familiars per desorganització.

Per concloure, és clar que l'aïllament social, la solitud, la pèrdua d'éssers estimats i la insatisfacció de la rutina diària són els factors de risc més alts en ideari i conducta suïcida en persones grans. Per posar algunes dades, segons Nizama (2011), s'estima que un 13,4% de les persones grans pateix soledat no desitjada, i afecta més dones (14,8%) que homes (12,1%).

4. Breu aproximació a les idees de la població i als professionals de Balears sobre el suïcidi en persones grans

4.1. Metodologia

Per tal de fer una breu aproximació a l'ideari de la població de Balears referent al suïcidi amb persones grans, s'ha realitzat una enquesta de tipus transversal. Totes les preguntes, manco la darrera, són de resposta vertader/fals. La darrera pregunta permet recollir opinions i comentaris a les preguntes anteriors.

Complementàriament, s'ha realitzat una entrevista a professionals que treballen a entitats vinculades amb el suïcidi a Balears. Aquesta s'ha realitzat via telefònica i per correu electrònic. L'entrevista constava de dos blocs, el primer recull la informació sociodemogràfica del professional entrevistat (edat, gènere, estudis...); la resta d'entrevista està estructurada d'acord amb la incidència que ells coneixen, els factors de risc i de protecció i una idea clau que vulguin transmetre sobre el silenci social i l'estigmatització. Les entitats de les quals provenen els professionals entrevistats han estat: RedAIPIS (organització independent sense ànim de lucre formada per psicòlegs professionals experts en la conducta suïcida); gabinet psicològic Ment Flexible i Grup de Treball per a la Prevenció del Suïcidi del Col·legi de Psicologia.

4.2. Principals resultats de les enquestes a la població de Balears

L'enquesta ha estat contestada per 116 persones, un 70% són dones i un 30% homes. La majoria tenen entre 31 i 49 anys (38,8%) o entre 18 i 31 anys (36,2%); un 19% té més de 50 anys i un 6%, manco de 18 anys. La taula 1 recull els percentatges de cada una de les respostes donades als enunciats dels qüestionaris.

Taula 1 | *Resum dels percentatges de resposta al qüestionari*

Bloc I. Dades sociodemogràfiques		
Ítem	Vertader	Fals
El suïcidi es dona únicament en persones amb trastorns mentals (Jiménez Féliz i García Caballero, 2010, citat a García-Haro, 2023).	15,4%	84,6%
El suïcidi és més freqüent entre les generacions més joves que en els grans (Mishara i Riedel, 1986).	82,9%	17,1%
Cada quaranta segons mor una persona per suïcidi (Friedan, 1994).	71,8%	28,2%
El suïcidi en homes es degut a la seva valentia (Friedan, 1994).	5,1%	94,6%

continua

Bloc II. Relació entre persones grans i la conducta suïcida		
Ítem	Vertader	Fals
Les persones grans empenen mètodes de caràcter mortal elevat en comparació amb els joves (Álvarez et al., 2020).	47,0%	53,0%
La soledat és un factor clau en el suïcidi de persones grans (Nizama, 2011).	59,0%	41,0%
Les persones que se suïciden busquen cridar l'atenció.	43,6%	56,4%
L'actitud dels joves no té relació amb el suïcidi en persones grans.	39,3%	60,7%
Bloc III. Estratègies de prevenció		
Ítem	Vertader	Fals
Les persones enquestades entenen què són els factors de risc i de protecció.	51,7%	48,3%
Les persones enquestades coneixen la línia telefònica destinada al suïcidi.	88,9%	11,1%
L'autoestima infereix negativament sobre les persones grans.	94,0%	6,0%
Bloc IV. Pedagogia de la vellesa		
Ítem	Vertader	Fals
La pedagogia únicament posa el focus sobre l'etapa infantil de les persones.	39,6%	60,4%
Parlar de suïcidi amb algú que hi pensa és perillós i indueix a realitzar-lo.	25,0%	75,0%
Bloc V. Notes suïcides		
Ítem	Vertader	Fals
El pensament del suïcidi i la consumació d'aquest en les persones que el duen a terme es podria evitar únicament si comptassin amb una motivació.	94,4%	5,6%
El grau de premeditació de l'acte és més gran en joves que en persones grans (Bennet i Collins, 2011).	49,6%	50,4%
A les notes suïcides apareixen les paraules de la persona buscant compassió.	70,1%	29,9%
Un ordre lògic no indica més premeditació ni fermesa en el pensament del suïcidi.	78,6%	21,4%

Font: elaboració pròpia a partir d'Álvarez et al. (2020); Bennet i Collins (2011); Friedan (1994); García-Haro (2023); Mishara i Riedel (1986); Navas (2013) i Nizama (2011).

Al primer bloc sobre dades sodiodemogràfiques i relacionat amb l'estudi de Navas (2013) en què s'afirmava que el suïcidi representa una de les deu principals causes de mort a tot el món, relacionat amb els trastorns mentals, el 84,6% va opinar que no acaben per treure's la vida únicament les persones que les pateixen, mentre que el 15,4% consideren que el suïcidi és la resposta d'únicament aquelles persones que sí que pateixen trastorns mentals. Quant a l'interval de temps entre els suïcidis a nivell mundial i amb relació al rol de gènere estudiat per Friedan (1994), un 71,8% considera que és cert que cada quaranta segons mor una persona a causa del suïcidi i

un 5,1% creu que la taxa de suïcidi elevada en el gènere masculí és deguda a la seva valentia; un 94,4% respongueren que l'afirmació era falsa, trencant amb l'estereotip de personalitat entre homes i dones. Per acabar el primer bloc, seguint l'estudi de Mishara i Riedel (1986), el 82,9% davant del 17,1% considera que és més freqüent el suïcidi entre les generacions més joves que en els grans.

El bloc dos tracta la relació entre persones grans i la conducta suïcida. Segons l'estudi d'Álvarez et al. (2020), en què s'analitzen les característiques dels mètodes emprats per les persones grans per consumir el suïcidi i es confirma que aquests són més letals que els mètodes usats per les generacions més joves, un 53% —davant del 47%— consideren que aquesta informació és falsa i, per tant, són els joves els qui usen mètodes de caràcter mortal elevat. Seguint amb dades sobre l'estudi de Nizama (2011) i la influència del factor de la soledat sobre les persones, un 59% considera aquesta dada com a veritable, mentre que un 41% opina que la forma física és un factor que compta amb una major influència sobre la persona a l'hora de decidir treure's la vida. De les darreres dues preguntes del bloc que tracten des de diferents perspectives la influència social, un 43,6% considera que les persones que opten pel suïcidi busquen cridar l'atenció dels altres, així com el 60,7% que considera que les actituds de les generacions més joves no tenen relació i, per tant, no influeixen sobre la decisió de treure's la vida d'una persona gran.

Al bloc tres, sobre les estratègies de prevenció vistes durant l'estudi, apareixen dues preguntes amb la intenció d'esbrinar si socialment es comprèn què són els factors de protecció i els factors de risc. Un 48,3% no coneix què són els factors de risc i de protecció. Amb relació a la línia telefònica 024, destinada al suïcidi, un 11,1% no la coneix i no creu que hi hagi cap línia telefònica dedicada a la problemàtica que es tracta. Per acabar, sobre la influència negativa que pot arribar a tenir l'autoestima sobre la decisió de treure's la vida, un 94% creu que és cert aquest fet.

En el penúltim bloc, sobre la pedagogia de la vellesa, un 39,6% considera que la pedagogia únicament posa el focus sobre l'etapa infantil de les persones i que continuar estudiant no prevé el deteriorament cognitiu. En aquest bloc es preveuen dos mites analitzats a l'apartat «Introducció» i de totes dues s'extreu que un 25% considera que parlar de suïcidi amb algú que hi pensa és perillós i indueix a realitzar-lo i que aquelles persones que manifesten voler acabar amb la seva vida només usen aquesta afirmació per tenir l'atenció de les persones i realment no hi pensen.

El darrer bloc aborda les notes suïcides i pretén reunir el coneixement general de les persones sobre aquestes. La primera pregunta que es planteja també tracta un mite, la consideració que el pensament del suïcidi i la consumació d'aquest en les persones que el duen a terme es pot evitar únicament si compten amb una motiva-

ció, un 94,9% afirma que és cert. Seguint amb l'estudi de Bennet i Collins (2011) sobre l'anàlisi de les notes suïcides, un 49,6% considera que el grau de premeditació de l'acte és més gran en joves que en persones grans. Amb relació a l'anàlisi de la forma de la nota de comiat, un 29,9% considera que en aquestes notes no apareixen les últimes paraules de la persona buscant certa compassió per part de les seves persones més properes ni el pediment de perdó a aquests, igual que el 21,4% opina que, en aquestes notes, un ordre lògic no indica més premeditació ni fermesa en el pensament del suïcidi.

Finalment, el qüestionari recull una pregunta oberta en què es demana sobre les emocions i els sentiments que provoca la problemàtica del suïcidi sobre les persones enquestades. Un 2% no va respondre aquesta pregunta. De la resta, un 13,3% refereix sentiments de pena, impotència i tristor vers el suïcidi en persones grans. La resta de respostes manifesten sentiments semblants en les seves respostes, com ara «Em fa pena pensar que hi ha persones grans que se senten soles i no veuen cap altra sortida a aquesta situació que no sigui acabar amb la seva vida», o sentiments de culpabilitat «de no haver-nos adonat dels signes que molts ens mostren». També hi ha manifestacions dirigides a culpabilitzar la persona que se suïcida: «...si, al contrari, deixa família, amics o fins i tot animals i no dona explicació o no busca ajuda, per mi és un comportament egoista i no és digne de cap llàstima. Llàstima per les persones que queden plorant la seva absència» o «Són persones que no gestionen bé les emocions, i es veuen atacades quan en realitat no és així». Amb tot, la mostra enquestada també manifesta la latència de ser un tema tabú, «No vull opinar gaire d'aquest tema perquè no és un tema agradable de parlar».

4.3. Resultats de les entrevistes als professionals

Els professionals de les entitats entrevistats conclouen en dos punts en comú: els recursos mèdics i el silenci social i generalitzat. Pel que fa als recursos mèdics, s'emfatitza sobre l'escassetat i la mala gestió d'aquests.

Des de **RedAIPIS**, s'esmenten algunes característiques que solen ser comunes amb relació a les possibles causes del suïcidi. Entre les possibles causes es repeteixen el sentiment de soledat de la mateixa persona i el fet de patir malalties degeneratives (menció a l'ELA), que relaciona la malaltia amb el suïcidi per evitar ser i/o sentir-se una càrrega i per evitar que altres persones hi gastin recursos. A més, es remunten a l'any 2019 amb l'inici de la pandèmia causada pel virus SARS-CoV-2 per emfatitzar la quantitat de morts per suïcidi altruista dins del mateix hospital. Les morts es van caracteritzar com a suïcidi altruista pel desig dels mateixos pacients afectats de morir per deixar els escassos recursos amb què comptaven altres pacients.

També es valora si realment les campanyes de prevenció i postvenció són efectives, ja que s'exemplifiquen aquelles persones més grans de 65 anys que no compten amb un mitjà de transport propi o d'algun familiar proper amb què arribar a la consulta psicològica a l'hospital general, suposant prèviament que no a totes les localitats hi ha centres de salut mental, per la qual cosa, sense més opcions, la persona ha de desplaçar-se distàncies llargues i moure altres persones, aspecte que moltes vegades impossibilita acudir a les sessions.

Sobre l'escassetat i la ineficiència dels recursos s'esmenta que, per norma general, un cop la persona amb ideació suïcida i previ intent suïcida acudeix i ingressa a l'hospital es tracta de manera puntual per evitar la seva consumació en aquell moment, encara que la problemàtica es posa sobre l'alta immediata amb recepta de fàrmacs i la inexistència d'una psicoteràpia individual o grupal posterior.

Des del gabinet psicològic **Ment flexible** (Granada) s'incideix en el silenci i en la percepció social amb relació a la urgència de canvi d'ambdós aspectes. Amb relació als dos aspectes es reincideix sobre la importància d'acabar amb el silenci social davant d'aquesta problemàtica, desmitificant els tabús i pensaments incorrectes i reproduïts fins avui, ja que la transformació de la societat aprofundeix i cala sobre la concepció i percepció generalitzada.

Des del **Grup de Treball per a la Prevenció del Suïcidi del Col·legi de Psicologia**, es contacta amb la coordinadora del grup, psicòloga general i d'emergències, i es torna a reincidir sobre l'indicador de risc de patir una malaltia, més concretament sobre la manca de funcionalitat provocada per alguna malaltia crònica, discapacitant, dolorosa, terminal i/o neurodegenerativa, així com els ingressos hospitalaris i intervencions quirúrgiques freqüents. Com a conseqüència, la persona tendeix a sentir-se una càrrega per al seu entorn.

A més de malalties es té en compte el patiment de trastorns diagnosticats com depressió, trastorn del son, psicosis delirants paranoïdes que puguin cursar amb agitació, esquizofrènia, trastorn bipolar, etc.

Altres factors que es comenten com a comuns i característics del col·lectiu major, allunyat de factors mèdics, són situacions econòmiques precàries que es poden donar en jubilar-se, estar en dol, ja sigui per la parella o per mort dels seus amics, sent especialment rellevant el primer any, perdre la xarxa de suport sociofamiliar, ja sigui per mort o per distanciament d'aquesta xarxa, sentir soledat, no tenir projectes de vida vitals, un ingrés en una residència per a persones de tercera edat o no tenir fills.

Per acabar, els professionals d'aquestes entitats, destaquem que «el suïcidi és un fenomen multicausal, que es pot prevenir, i tots podem ser agents de prevenció del suïcidi. Per això, és important comptar amb plans de prevenció integrals en tots els àmbits de la nostra societat».

5. Conclusions

Els objectius plantejats dins aquest capítol eren 1) fer una aproximació a la percepció social del suïcidi en persones grans des d'una perspectiva pedagògica, 2) demostrar la importància de fer visible el fenomen augmentant la conscienciació pública i erradicant el silenci i el tabú, i 3) enunciar les actituds, creences i estigmatització associades al suïcidi de persones grans a la societat.

Sobre aquest darrer objectiu relacionat amb enunciar les actituds, creences i estigmatització associades al suïcidi de persones grans a la societat, segons els resultats obtinguts trobem que més d'un 15% de les persones enquestades consideren que únicament consumeixen l'acte suïcida els qui pateixen malalties mentals, contrariant Jiménez i García (2010), que segons un estudi van comprovar que la major part dels suïcidis es consumeixen per conflictes psicosocials interns.

Observem que sí que existeix un estigma social generalitzat que considera més gran la freqüència de suïcidis entre les generacions joves que entre les ancianes, mentre que a l'estudi de Mishara i Riedel (1986) s'assenyala que, entre les persones grans, el suïcidi és més freqüent que el que apareix a les estadístiques, possiblement a causa que es considera la seva mort com un fenomen natural i no sempre se n'investiguen les causes. Arran d'aquest fet, podem observar com socialment el suïcidi es tracta més entre els joves que entre les persones grans, sent aquesta dada un inconvenient per trencar amb el silenci social i el tabú.

La idea que el suïcidi és més freqüent entre joves que entre persones grans també es veu representada a les respostes obertes de l'enquesta, amb alguna resposta com «... la majoria d'informació que rebem és sobre el suïcidi en joves» o «No havia pensat mai en el suïcidi en persones grans, ja que gairebé sempre se li acostuma a donar més visibilitat en persones joves». Amb la reproducció del silenci social al voltant del suïcidi en persones grans, no serà possible aconseguir una transformació social si no es fomenta la conscienciació social necessària per erradicar la desinformació i la indiferència, contrària a la sensibilització que es pretén aconseguir.

Amb relació a l'ús de mètodes letals, la idea social contradiu la informació científica recollida. En primer lloc, la idea generalitzada és pensar que els joves empren mètodes

més letals que els grans, idea que contradiu l'estudi realitzat per Álvarez et al. (2020), en què els autors confirmen que les persones grans obtenen una taxa més elevada de suïcidi a l'acte i menor en els intents, ja que tenen una probabilitat més gran d'acabar amb la vida d'una persona en un primer intent, corroborant l'ús de mètodes més letals, sense deixar de banda el grau d'experiència de què disposa un vell davant d'una persona jove, que generalment duria a terme la temptativa de manera menys letal i, per tant, obtindria una negativa davant la temptativa.

Es consideren també els diferents mites generalitzats i reproduïts socialment. A l'enquesta, més del 90% de les persones enquestades consideren que el suïcidi es podria evitar si existís una motivació, contradient la informació exposada en aquest capítol sobre aquest mateix aspecte i considerant que el suïcidi no és un acte unifactorial, sinó que l'estat de vida de l'individu que planteja treure's la vida és molt dolorós i no és una qüestió senzilla i passatgera que es pugui esmenar d'una manera tan simple.

A més, es considera l'opció de justificar la consumació del suïcidi sobre la base de la personalitat, és a dir, evidenciar l'acte suïcida únicament sobre la base d'un caràcter covard o valent, referint-se la major part de les vegades al gènere masculí. Aquest fet es rebut durant la recollida de literatura i es constata que la persona que se suïcida únicament busca fugir del dolor (visió túnel) i que caracteritzar l'individu com a covard redueix la capacitat de sensibilització social, mentre que caracteritzar-lo de valent pot induir a aquest efecte contagi. Així, cap de les opcions és correcta ni s'ha de considerar com a tal, sinó que hem de tenir en compte que el suïcidi és un acte multifactorial i en cap cas els factors són semblants i idèntics, sinó que discerneixen.

Amb relació a possibles polítiques educatives i socials, cal situar el focus sobre la necessitat d'implementar millores tant en l'àmbit educatiu com en l'àmbit social que permetin canviar la visió i la percepció social sobre el suïcidi, més concretament, seguint la nostra línia de treball, de persones adultes grans. Des d'una mirada pedagògica i un enfocament deweyà, es coneix que l'educació no és una etapa específica en la vida de les persones, sinó que l'educació és la vida pròpia de les persones, per la qual cosa és imprescindible i urgent que s'implementin polítiques educatives capaces d'arribar a tot individu i que promoguin una transformació en el seu pensament, adquirint la capacitat de considerar el suïcidi com una problemàtica que s'ha d'erradicar i en què tots podem contribuir amb la nostra pròpia aportació personal, conscienciant aquelles persones que ens envolten, perquè elles també siguin capaces de conscienciar-ne d'altres.

Pel que fa a polítiques socials, igual que a l'àmbit educatiu, són necessàries amb urgència, ja que gran part de la societat es desvincula de l'educació a mesura que creix i envelleix, punt fonamental en la nostra investigació. Cal erradicar la idea d'abandonar l'educació un cop endinsats a l'edat adulta, ja que l'experiència i les vivències amb què

es compta són molt útils per influir sobre el pensament dels altres, tant generacions joves com grans.

Així doncs, insistim sobre el foment de l'aprenentatge al llarg de tota la vida servint-se de programes transversals enfocats a diversos factors, com ara la prevenció davant del procés de jubilació, sentiment de dependència i millora del benestar personal, igual que programes que implementin una favorable situació emocional i psicològica, considerant per part de la societat les persones grans com a persones actives que segueixen participant en la societat i en prenen part.

Referències bibliogràfiques

Calderón, A., Mateu, J., i Lacomba, L. (2021). Factores de riesgo y protección del suicidio en personas mayores: una revisión sistemática. *Información psicológica*, 121, 85-105. <https://doi.org/dx.medra.org/10.14635/IPSiC.2021.121.3>

Chávez, A., i Leenaars, A. (2010). Edwin S Shneidman y la suicidología moderna. *Salud Mental*, 33(4), 355-360. <https://lc.cx/kBfe7e>

Cisterna, C., i Díaz, C. (2022). Estilos de aprendizaje predominantes en adultos mayores: una primera aproximación. *Perspectiva Educativa*, 61(1), 181-195. <https://doi.org/mz36>

Fernández, C. (1999). La gerontología: Una nueva disciplina. *Revista Escuela Abierta*, 3(1), 183-197. <https://lc.cx/fq5rnf>

Fernández, R. (2009). *Envejecimiento activo: contribuciones de la Psicología*. Pirámide.

Friedan, B. (1994). *La fuente de la edad*. Planeta.

García, R. (1976). Problemas teóricos de la explicación del suicidio en Durkheim. *Revista Española de La Opinión Pública*, 46, 65-77. <https://doi.org/cq34c7>

Glendenning, F. (1987). *Educational gerontology in the future: Unanswered questions*. Routledge.

Gómez, A. (2021). La conducta suicida como proceso. *Mutatis Mutandis: Revista Internacional de Filosofía*, 16, 119-128. <https://doi.org/mz39>

Hein, P., Pandolfi, J., i Gómez, G. (2018). "No escribo más... se me nubló la vida". Análisis de notas suicidas en la vejez. *Revista de Ciencias Sociales*, 33(46), 11-29. <https://doi.org/mz37>

Hernández, Á. (2003). «Introducción a las ciencias de la educación (3ª ed.)». UAPA. International Association of Universities of the Third Age (2020). *Welcome*. <https://lc.cx/DY8Y7M>

Lemus, L. (1997). *Pedagogía: temas fundamentales*. Piedra Santa.

Nizama, M. (2011). Suicidio. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(2), 81-85. <https://lc.cx/7vJSJa>

Palacio, A. (2010). La comprensión clásica del suicidio. De Émile Durkheim a nuestros días. *Revista Affectio Societatis*, 7(12). <https://lc.cx/wUQCr1>

Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso*, 32, 147-173. <https://n9.cl/s9q3y>

Peterson, D. (1976). Educational Gerontology: the state of the art. *Educational Gerontology*, 62(1). <https://doi.org/mz38>

Romero, M., i Gonnet, P. (2013). Un diálogo entre Durkheim y Foucault a propósito del suicidio. *Revista Mexicana de Sociología*, 75(4), 589–616. <https://lc.cx/nht6rE>

Autora

NATALIA IRLES GÁMEZ

Palma (2001). Graduada en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears (2024).
Assistent a les jornades de prevenció del suïcidi (UIB).

**RELLEVÀNCIA DE LA MÚSICA CORAL EN
LA PERCEPCIÓ D'ÈXIT I QUALITAT DE VIDA
EN COL·LECTIUS DE GENT GRAN: EL CAS
DEL COR DE L'ASSOCIACIÓ D'ALUMNES I
EXALUMNES DE LA UNIVERSITAT OBERTA
PER A MAJORS**

Rellevància de la música coral en la percepció d'èxit i qualitat de vida en col·lectius de gent gran: el cas del Cor de l'Associació d'Alumnes i Exalumnes de la Universitat Oberta per a Majors

Irina Capriles González

Resum

El propòsit de l'estudi és identificar l'impacte del cant coral en la percepció d'èxit i qualitat de vida dels integrants del Cor de l'Associació d'Alumnes i Exalumnes de la Universitat Oberta per a Majors (AUOM), vinculada a la Universitat de les Illes Balears. Hi participen 40 dones i 12 homes, amb un 85% de gent més gran de setanta anys i un 43,3% més grans de vuitanta anys. Es varen fer entrevistes individuals i grupals basades en un guió semiestructurat que incloïa aportacions dels mateixos participants. La informació recaptada es confronta amb recerques similars i les observacions recollides per l'autora al llarg de vint anys. Els resultats, en el marc de l'estudi de cas, mostren una alta percepció d'èxit, vinculat a la consciència d'aprenentatge i de progrés, així com a la capacitat de fer aportacions al grup i a la societat. Per a la percepció de la qualitat de vida, s'ha considerat la importància que els participants donen al cor com a part fonamental de la seva vida, identificant-ne el que els aporta i el seu compromís de continuar-hi cantant. S'identifica la vinculació amb l'AUOM com a eix de pertinença. Altres indicadors de qualitat de vida es relacionen amb el nivell acadèmic i cultural, de salut general i un marc familiar favorable de la gran majoria dels integrants de la coral.

Resumen

El propósito del estudio es identificar el impacto del canto coral en la percepción de logro y calidad de vida de los integrantes del Cor de l'Associació de Alumnes i Exalumnes de la Universitat Oberta per a Majors (AUOM), vinculada a la Universidad de las Islas Baleares. Participan en él 40 mujeres y 12 hombres, con un 85% de personas mayores de setenta años y un 43,3% de personas mayores de ochenta. Se realizaron entrevistas individuales y grupales basadas en un guión semiestructurado que incluyó aportaciones de los propios participantes. La información recabada se confronta con investigaciones similares y las observaciones recogidas durante veinte años por la autora. Los resultados, en el marco del estudio de caso, muestran una alta percepción de realización vinculada a la conciencia de aprendizaje y progreso y a la capacidad de realizar aportaciones al grupo y a la sociedad. Para la percepción de calidad de vida, se ha tenido en cuenta la importancia que los participantes dan al coro como parte fundamental de su vida, evidenciando qué les aporta el canto coral y su compromiso de continuar cantando. Se identifica la vinculación con la AUOM como eje de pertenencia. Otros indicadores tienen que ver con el nivel académico y cultural, la buena salud general y un marco familiar favorable en la gran mayoría de los integrantes de la coral.

1. Introducció

Tenint en compte que hi ha diferències entre els objectius i la definició de cada agrupació, el cant coral (d'ara endavant CC) no professional és un procés principalment educatiu, a més d'artístic i socialitzador. Com a educació d'adults i en el marc del paradigma de l'educació al llarg de la vida, considerem que és fonamental l'aproximació andragògica, en què es valida l'experiència vital que tot cantant adult té, establint una relació flexible i menys vertical entre els participants i la direcció musical, i amb una invitació permanent a la participació en la presa de decisions i definició de projectes. Tenint en compte que l'adult gran que aprèn és heterogeni en els seus temps d'assimilació i acomodació davant les novetats i que, a més, en el cas de la gent gran jubilada, molts col·laboren en la cura i l'atenció de nins i altres persones grans, aquesta flexibilitat necessària no té per què ser incompatible amb les expectatives de rendiment artístic ni amb l'exigència d'un compromís amb el projecte, que ha de ser sobretot realista amb la vida dels cantaires.

Knowles et al. (2005) aclareixen les característiques de l'adult que aprèn, que són extrapolables al treball coral amb gent gran. El cantaire gran necessita saber què aprendrà, conèixer i entendre el projecte i cap a on es dirigeix. L'autoconcepte del cantaire gran requereix que pugui compatibilitzar el que se li proposa amb els seus propis interessos (repertori, temps, projectes engrescadors), per la qual cosa cal que estigui convençut que és adequat i que val la pena. No vol perdre el temps i necessita sentir que cada assaig importa. Considerar com a riquesa la seva experiència vital, personal i professional ens fa tenir en compte la seva opinió no només en assumptes musicals (que ens porten a tornar de tant en tant al repertori que coneix i estima i alternar-lo amb noves propostes que puguin despertar el seu interès). L'adult gran que canta arriba al cor motivat per una il·lusió o esperança de gaudir, amb ganes d'aprendre, predisposat a que li agradi, i llest perquè l'aprenentatge sigui immediat. Gairebé sempre hi arriba amb una història d'afinitat amb la música, el «sempre m'ha agradat», que responen majoritàriament els entrevistats, encara que no hagin cantat abans.

En la regularitat de la trobada es posen també en marxa experiències de creixement amb els altres cercant un fi comú. El CC es converteix en una oportunitat de donar espai a propostes no explícites de superació personal, col·laboració i tolerància en un ambient que acull tots els integrants, independentment dels seus talents individuals, i que esdevé una experiència gratificant que pot prolongar-se sense més límit que el que imposa la salut i la vida. És en aquest marc educatiu i artístic en què el Cor de l'AUOM —com a comunitat musical i social activa, estable, amb una tradició de projectes continus i un marc institucional específic— constitueix un entorn d'estudi idoni per focalitzar l'atenció en indicadors de realització personal i qualitat de vida, així com de compromís i pertinença a llarg termini. És l'objectiu general d'aquest treball verificar la rellevància i el significat que té aquesta activitat en la vida dels seus membres.

2. Investigacions de referència

Amb el significatiu creixement de la població més gran de seixanta-cinc anys, l'interès per conèixer el que afavoreix la seva qualitat de vida es fa cada cop més necessari. Aquest interès ha afavorit centrar la mirada en el CC, pels beneficis importants que se li reconeixen. La recerca de Clift i Hancox (2010) abasta resultats a Anglaterra, Austràlia i Alemanya, i resumeix i identifica sis explicacions possibles per a l'èxit del CC: millora l'estat d'ànim, estimula l'atenció enfocada, insisteix en la respiració profunda, estimula el suport social, és una forma important d'estimulació cognitiva i requereix un compromís regular. Sandgren (2009) troba diferència en l'impacte positiu del CC entre homes i dones a favor de les dones quant a la rapidesa en què es produeixen efectes positius. L'extens treball de Creech et al. (2013) inclou el cant entre diverses manifestacions musicals (com escoltar música, tocar en una banda o com a solista, escriure cançons...) que tenen un efecte positiu en la vida de l'adult gran, i n'emfatitza aquelles que tenen un fort contingut social. Tot i això, comenta que altres activitats musicals com la composició de cançons o la interpretació instrumental poden produir els mateixos beneficis del CC.

Pérez-Aldeguer (2014) compara col·lectius corals i no corals centrant-se en el benestar psicològic (amb indicadors com autoacceptació, relacions positives, autonomia, creixement personal i propòsit a la vida). Per la seva part, Ververis i Marhsall (2018) comenten la importància de la música en si mateixa i el plaer estètic que produeix als membres del cor, així com l'estil del director en l'adquisició dels beneficis del CC. Smith et al. (2022) estudien els beneficis de les classes de cant en gent gran no afiliada a cors, que reporten beneficis en les relacions socials, salut física i mental (especialment en casos de depressió), i inclouen també en la seva recerca una reflexió important sobre la possibilitat que un nivell socioeconòmic i educatiu superior en els participants introdueixi un biaix que pugui afectar-ne els resultats en comparació amb col·lectius menys afavorits.

Lorenzo (2024), a més d'incloure una extensa revisió de la bibliografia sobre el tema del CC amb gent gran, l'identifica com a «oci formatiu», en què els beneficis poden organitzar-se en els camps emocional, social, mental i fisiològic. Apunta que les estratègies didàctiques han de partir d'un enfocament andragògic. En les investigacions que revisa, critica l'absència d'indicadors sobre la qualitat del lideratge de les agrupacions i la relació de l'activitat de CC amb la música en si mateixa.

3. Objectius de la recerca

- Identificar indicadors d'èxit i de qualitat de vida a partir de la descripció del perfil i els testimonis dels integrants del Cor de l'AUOM.

- Amb els resultats de les entrevistes dutes a terme, validar la percepció derivada de vint anys d'observació de l'autora sobre els beneficis del CC en la vida de la gent gran que canta al cor.
- Verificar si la filiació a l'AUOM és percebuda com un valor afegit al Cor de l'AUOM.
- Contrastar els resultats amb les investigacions de referència.

4. Metodologia

Partint de l'experiència directa d'una realitat que coneixem, l'estudi de cas ens permet descriure i sintetitzar les característiques fonamentals del Cor de l'AUOM com a realitat concreta i substantiva. La disponibilitat de les dades sobre la seva circumstància cultural i històrica i un procés d'observació prolongat en el temps,¹ ja més de vint anys, es confronta amb el resultat d'entrevistes fetes a la totalitat dels membres i amb els referents d'altres investigacions. El conjunt de resultats contraposats obre un espai d'anàlisi per comprendre la percepció i la valoració que tenen els cantaires sobre el significat de l'espai-temps que comparteixen.

Segons l'Organització Mundial de la Salut (definició presa del WHOQOL² Group, 1994), la qualitat de vida es defineix com «la percepció que té l'individu de la seva posició en la vida en el context de la cultura i el sistema de valors en els quals viu i en relació amb els seus objectius, expectatives, patrons i ocupacions». Aquesta percepció la concretem a través d'indicadors relacionats amb l'àmbit de l'experiència general de vida, novena dimensió de qualitat de vida de l'Institut Nacional d'Estadística (Aguilar et al., 2011), delimitats específicament a la vivència en l'espai-temps compartit al Cor de l'AUOM, que com a col·lectiu presenta una certa homogeneïtat socioeconòmica, de suport familiar, assistència sanitària, oci, nivell educatiu, relacions socials i un marc cultural (occidental, catòlic, agnòstic o indiferent al fet religiós, amb una base comuna d'usos i costums generals) acotada en un país del Primer Món amb un marc legal amb garanties pel que fa a drets civils i seguretat física i personal.

Aleshores, el nostre treball ha estat identificar, dins aquesta experiència general de vida, els sentiments, emocions i idees que s'activen amb el CC en el marc específic de la realitat del Cor de l'AUOM, i rastrejar com aquests es relacionen amb un cert

1. Alguns resultats d'aquestes observacions es troben a Capriles (22 de juliol de 2022). «Dirigint cors sènior, mites i realitats». [Ponència presentada en la Jornada de Recerca Musical a la Universitat de les Illes Balears. Talent #UIB. Manuscrit inèdit].

2. World Health Organization Quality of Life: <https://www.who.int/es/home/search-results?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=Calidad%20de%20vida&wordsMode=AnyWord>

sentit i propòsit vital. Una part important del contingut d'aquests indicadors i la seva redacció sorgeixen de comentaris i opinions dels mateixos cantaires, recollits al llarg del temps. És a dir, que de les expressions verbals i les intencions expressades sorgeixen els indicadors que es presenten al col·lectiu per verificar llavors si són el reflex de percepcions individuals i personals, o poden reflectir una realitat general i en quina mesura.

Per a la percepció de l'èxit o la realització personal, ens hem centrat en indicadors relacionats amb l'aprenentatge i la capacitat de fer aportacions al Cor i a la societat, identificant avantatges en el fet de ser gent gran. Per a la percepció de la qualitat de vida, s'ha considerat la importància que els usuaris donen al Cor com a part fonamental de la seva vida, què els aporta l'activitat i els projectes especials, el seu compromís i l'expectativa de continuar-hi cantant. Igualment, la percepció positiva de la vinculació amb l'AUOM com a eix de pertinença. Altres indicadors estan relacionats amb el perfil de grup, el nivell acadèmic i cultural, de salut general i un marc familiar favorable al CC.

4.1. Característiques de l'entrevista

Es van fer sis sessions col·lectives (amb grups d'entre quatre i vuit persones) i vuit entrevistes individuals (presencials, telefòniques o per videoconferència, segons la situació personal dels cantaires). La mecànica incloïa el lliurament del guió, la lectura en veu alta de cada apartat (per verificar la comprensió del contingut) i temps per comentar i emplenar l'imprès (amb la possibilitat d'expressar nous dubtes). Es van incorporar al guió definitiu aportacions dels cantaires, cosa que va fer necessari un annex, que va tornar a ser compartit col·lectivament. El caràcter d'entrevista de les sessions va permetre l'intercanvi d'opinions i anècdotes, tant entre cantaires com amb la directora, i això va fer les trobades més agradables i espontànies. El contingut dels 52 impresos es va abocar en un formulari de Google que va generar les estadístiques bàsiques per a l'anàlisi dels resultats. El guió de l'entrevista va quedar estructurat en els blocs següents:

- A. Dades personals (edat, gènere, estat civil, família —parella, fills, nets, etc.—, situació laboral, lloc d'origen i anys a Mallorca, nivell d'estudis assolit).
- B. Estat físic i anímic (hàbits d'activitat física, tabaquisme, dificultats sensorials i de mobilitat, memòria, motivació, energia i entusiasme, salut, compromisos familiars, etc.).
- C. Estudis musicals i activitat coral i cultural (experiència coral, estat de la veu, ús de les partitures, relació Cor i famílies, assistència a espectacles culturals, etc.).

- D. Relació amb l'AUOM (valoració del vincle amb l'associació, participació en la Junta Directiva i altres activitats que organitza l'associació).
- E. Valoració i suggeriments de millora sobre aspectes musicals i organitzatius del Cor (repertori, tipus de partitures, treball de la directora, assajos, concerts, tècnica vocal, ampliació de temps o nombre d'assajos).
- F. Percepció d'èxit i qualitat de vida (rellevància del cor en la pròpia vida, valoració dels projectes, progrés tècnic, aportació a la societat i al col·lectiu de gent gran, aportació personal pel fet de ser grans i col·laboració entre companys).

Per a la presentació i l'anàlisi de resultats només es tenen en compte els indicadors més adients als objectius específics d'aquest treball (dels blocs A, B, D i F).

4.2. El Cor de l'AUOM com a cas d'estudi

El Cor de l'Associació d'Alumnes i Exalumnes de la Universitat Oberta per a Majors (UOM), fundat l'octubre de 2003 a Palma, neix com a iniciativa d'un grup de cantaires del Diploma Sènior de la Universitat Oberta per a Majors. Des dels inicis, van ser trets d'identitat la varietat del repertori, la vocació viatgera, que els va portar a participar en trobades fora de Mallorca relacionades amb cors del mateix perfil, la participació en concerts amb orquestra, banda o agrupacions instrumentals i, progressivament, l'organització d'esdeveniments amb altres cors, en què destaca el Festival Coral de Primavera, que el 2024 va arribar a la XVII edició, o el concert en el marc de la Diada de les Illes Balears. Altres activitats regulars inclouen concerts de Nadal, presentacions a la Llar dels Ancians, on tenen lloc assajos, i la participació en la diada de germanor anual de l'AUOM. Per la seva vinculació amb la UOM, el Cor participa regularment en els actes acadèmics de la Universitat (començament de curs, graduacions i d'altres).

El perfil general del grup el representa una dona mallorquina, casada, mare, àvia, amb una diplomatura, jubilada, que canta fa més de quinze anys perquè sempre li ha agradat i mai no ha deixat de cantar, amb una família que està encantada amb la seva activitat coral, amb bona salut general, que no fuma, camina almenys mitja hora diària, assisteix regularment a esdeveniments culturals i té setanta-vuit anys.

El curs 2023-24, integren el Cor 52 persones: 40 dones i 12 homes. Ningú no fuma, el 55,8% són mallorquins, el 28,8%, peninsulars que viuen a Mallorca fa més de cinquanta anys, i un 15,4% han nascut en altres països (1 a Suècia, 1 a França, 1 a Colòmbia, 2 a Alemanya i 3 a Veneçuela. A excepció d'aquests darrers, la resta viuen a l'illa fa més de quaranta anys).

5. Resultats i discussió

Taula 1 Dades generals (seleccionats dels blocs A i B)				
Indicador	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4
Edat	43,3% 80 anys o més	85% 70 anys o més	12,6% 60-69 anys	2% menys de 60 (dona de 55 anys)
Gènere	75% dones	23,1% homes	1,9% no contesta	
Família	33,3% casats 31,3% vidus 27,1% divorciats/ separats 8,3% fadrins	92,3% té fills 78% té nets 3,8% té besnets	65,4% encantats amb l'activitat coral del cantaire 9,6% els agrada, però es queixen que estan molt ocupats 23,1% són indiferents 1,9% diu que no té família	
Situació laboral	82,7% jubilats	15,4% s'ha dedicat a la família i la feina de la casa	1,9% actiu	0% no ha treballat per raons de salut
Nivell d'estudis assolits	25% diplomatura 13,5% llicenciatura 5,8% màster	28,8% batxillerat	13,4% formació professional	7,7% Ed. Primària 5,8% ESO o similar
Pel que fa a l'entusiasme i l'energia	49% tinc el mateix entusiasme que quan vaig començar, o més	41,2% encara que he perdut algunes habilitats, continuu animat i en forma per seguir cantant	43,1% estic disponible per a tota classe de projectes	13,7% a vegades em falta energia, em costa sortir de casa
Salut	47,1% la meua salut encara és bona 54,9% aguant bé assajos i concerts de dues hores	17,6% la meua salut no és tan bona però puc cantar.	15% tinc alguna dificultat per caminar, però puc cantar	49% no tinc problemes de memòria

Font: elaboració pròpia

Aquests resultats defineixen força bé el perfil del Cor de l'AUOM, un grup d'adults grans, en què predominen les dones, jubilats, amb una proporció important amb estudis superiors (44,3%) o títol de formació professional (13%), que mantenen l'entusiasme, l'energia i la determinació per cantar, malgrat un deteriorament de la salut que no és determinant per a l'activitat. El gran nombre de dones que canta en cors es podria explicar, entre altres raons, per la seva capacitat per treure un profit més immediat i intens del CC, com apunta Sandgren (2009). Que el 49% opini que no té problemes de memòria entra en contradicció amb l'experiència de treball, en què la memòria és el problema més rellevant en el procés d'envelliment del Cor, tant per a la lletra de les cançons com per a seguir instruccions o memoritzar les línies que no duen la melodia.

Taula 2 | *Estudis musicals i activitat coral i cultural (seleccionats del bloc C)*

Indicador	Rang 1	Rang 2	Rang 3	Rang 4
Estudis musicals	9,6% grau elemental 1,9% g. mitjà 1,9% g. professional 3,8% g. superior	38,6% alguns anys de solfeig/ instrument	44,2% no tinc estudis de música	
Anys que fa que canten en cors	15,4% 60 o més	7,6% 30-59	63,5% 10-29	13,5% menys de 10
Anys que fa que canten a la CAUOM	15,4% 20 o més	32,6% 15-19	11,8% 10-14	40,2% menys de 10
Assisteix a esdeveniments culturals?	55,3% sí, regularment	44,7% de vegades	0% no	

Font: elaboració pròpia

Un 55,8% dels cantants tenen algun estudi musical no coral (incloent-hi els que tenen titulacions), que s’afegeix a la gran experiència de cant coral que reuneixen entre tots. Gairebé el 60% dels membres fa més de deu anys que canten junts. Tot i que Creech et al. (2013) comenten que altres activitats musicals poden produir els mateixos beneficis del CC, observant el grup que canta al Cor i que, a més, fa altres activitats musicals (pràctica instrumental individual i col·lectiva), és obvi que hi dediquen el doble d’hores que els que només canten. Aleshores, per a aficionats a la música, el CC com a opció pot ser més «rendible» en inversió de temps i estudi, la qual cosa s’ha de considerar com a matís a l’anàlisi.

L’assistència a activitats culturals completa el perfil de l’apartat anterior i parla també d’un estil de vida que va més enllà de cantar en un cor.

Taula 3 | *Relació amb l’Associació d’Alumnes i Exalumnes de la UOM (bloc D)*

Pertànyer a l’AUOM, aporta un valor afegit a l’experiència al Cor?	
43,3%	Sí, compartim interessos amb la resta de membres de l’associació
42,3%	Sí, perquè s’hi organitzen altres activitats que també m’interessen
32,7%	Sí, perquè m’agrada pertànyer a una organització més gran i amb més projecció
17,3%	No, res
Has participat en la Junta Directiva de l’AUOM?	
77,5%	No
22,5%	Sí, com a president (1 persona), com a vicepresident (1), com a secretària (2), com a vocal (7), com a tesorera (1)

continua

A més de cantar al cor, heu participat en activitats de l'AUOM?	
73,1%	Sí, a senderisme, a la diada de germanor, a menjars, a conferències
46,2%	Sí, a l'organització del Festival Coral de Primavera
9,6%	Sí, a la revista <i>La Tardor</i>
7,7%	Sí, recitant a les trobades poeticomusicals
13,5%	No

Font: elaboració pròpia

S'evidencia el reconeixement del vincle amb l'AUOM com un eix de pertinença, encara que són pocs els que han assumit compromisos directius a l'associació. Les activitats que organitza l'AUOM, amb un fort component social i recreatiu, són les que desperten més interès al Cor.

Taula 4 | Percepció d'èxit i qualitat de vida (continguts del bloc F)

Taula 4.1. Identifiques coses positives per haver-te fet gran que afavoreixin la teva experiència en el Cor?	
76,9%	Sí, tenc més temps disponible
53,8%	Sí, tenc més autonomia, duc les regnes de la meua vida
48,1%	Sí, la meua experiència vital és un valor que puc aportar al cor
46,2%	Sí, tenc menys vergonya, som capaç de dir i fer coses que abans no feia
50%	Sí, som capaç d'interpretar la música amb més sentiment
57,7%	Sí, m'agraden més gèneres musicals que abans
32,7%	Sí, puc ajudar la directora amb recomanacions per la meua experiència vital
28,8%	Sí, les coses em molesten menys, som més tolerant i alegre, ho relacion amb el fet de cantar*
26,9%	Sí, em duc millor amb la gent
44,2%	Sí, he descobert que m'agrada treballar en equip
9,6%	Sí, puc aportar al cor i a la directora la meua experiència musical
1,9%	Puc aportar energia positiva i motivació*
1,9%	El cor estimula la meua curiositat i creativitat i puc aportar-hi idees alternatives*
1,9%	Estic disponible, puc ajudar en el que sigui necessari*
1,9%	No

* Aquestes opcions van sorgir en converses informals al llarg de la història de la coral o proposades en el marc d'aquesta investigació.

Font: elaboració pròpia

Considerem important l'oportunitat d'identificar avantatges a l'hora d'envellir i insistir que el moment vital actual és un valor tant personal com per als objectius de l'agrupació en conjunt. L'alta valoració que han obtingut la majoria de les opcions implica una reflexió a favor d'un autoconcepte positiu davant la vellesa.

Taula 4.2. Què t'aporta cantar al Cor de l'AUOM?	
76,9%	Vida social, afecte, amistats
67,3%	Educació vocal, musical, cultural
67,3%	Una opció de vitalitat després de la jubilació*
67,3%	Entreteniment i alegria
63,5%	Un espai acollidor, independentment del nivell vocal i musical*
50%	Salut física i mental
50%	Bon nivell musical
43,3%	Un al·licient per viure*
42,3%	La varietat cultural dels seus membres, les diferents nacionalitats*
40,4%	Projectes que em motiven com a artista i com a persona
15,4%	Reconeixement artístic
3,8%	Bon nivell musical, no m'importa el social*

* Aquestes opcions van sorgir en converses informals al llarg de la història de la coral o proposades en el marc d'aquesta investigació.

Font: elaboració pròpia

Taula 4.3. Quina importància té el Cor de l'AUOM en la teva vida?	
47,1%	És una part fonamental de la meva vida actual*
19,6%	És molt important
21,6%	És important
27,5%	És un entreteniment agradable

* Aquestes opcions van sorgir en converses informals al llarg de la història de la coral o proposades en el marc d'aquesta investigació.

Font: elaboració pròpia

Taula 4.4. Quin valor dones als projectes especials?	
58,8%	Estan bé, donen vida al cor
56,9%	Gaudesc dels assajos i concerts setmanals, encara que no hi hagi projectes especials
25,4%	Són molt importants per a mi, els projectes m'animen a seguir cantant (i vivint)*

* Aquestes opcions van sorgir en converses informals al llarg de la història de la coral o proposades en el marc d'aquesta investigació.

Font: elaboració pròpia

Les taules 4.2, 4.3 i 4.4 reflecteixen de manera contundent el que ja han tractat autors com Clift i Hancox (2010), Smith et al. (2022), Aldrich (2019) i Pérez-Aldeguer (2014): el cant coral produeix benestar psicològic basat en vincles socials i artístics, esdevé una manera divertida i important d'estimulació cognitiva i una via de creixement personal que es pot convertir en propòsit vital. L'alta valoració que atorguen els cantaires a l'opció «cantar junts és una part fonamental de la meua vida» o a «és molt important», així com que valorin tant els projectes especials com les activitats regulars, parla d'un alt grau de satisfacció amb el CC en el marc de l'AUOM, no només com a activitat reeixida sinó com a motivació per seguir endavant, més enllà de les dificultats pròpies de l'etapa de la vida que comparteixen.

Taula 4.5. En la teua vivència en el Cor de l'AUOM, sents que progresses, que hi incorpores novetats?

87,5%	Sí
10,4%	A vegades
2,1%	No

Font: elaboració pròpia

Taula 4.6. Consideres important la tècnica vocal prèvia als assajos?

76,9%	Sí, molt
63,5%	Sí, m'adon que la meua veu millora amb la vocalització

Font: elaboració pròpia

Taula 4.7. Consideres que el Cor fa una aportació cultural i social al moviment coral mallorquí i en especial com a referent del col·lectiu de cantaires grans?

95,8%	Sí, sens dubte
4,2%	A vegades
0%	No / No ho he considerat

Font: elaboració pròpia

Les taules 4.5, 4.6, 4.7 i 4.8 reflecteixen la percepció d'èxit amb la identificació d'aprenentatges i progressos (que no sempre coincideix amb la valoració de la direcció musical, que tendeix a ser crítica amb els resultats musicals), i una valoració orgullosa de la representació i l'aportació que la coral fa a la societat com a col·lectiu de gent gran (que compartim totalment).

Taula 4.8. Fins quan penses cantar?

59,6%	Fins que el cos aguanti*
7,7%	Fins que em treguin del cor*
57,7%	Mentre tingui veu i senti que tenc alguna cosa a aportar*

* Aquestes opcions van sorgir en converses informals al llarg de la història de la coral o proposades en el marc d'aquesta investigació.

Font: elaboració pròpia

L'humor reflectit a la taula 4.8, en què totes les frases han sorgit dels cantaires, parla de compromís i d'una determinació en la continuïtat en el projecte Cor de l'AUOM.

6. Conclusions

Considerem que hem pogut complir els objectius plantejats i que els resultats confirmen majoritàriament les observacions i els testimonis recollits al llarg dels darrers vint anys al capdavant del Cor de l'AUOM, especialment pel que fa a la importància que té l'activitat coral en les vides dels cantaires i el reflex positiu que en donen els familiars i amics. De fet, veure per escrit les observacions i aportacions que han fet supera de manera significativa allò que s'esperava.

No sempre coincideix la percepció del grup de mantenir el mateix nivell musical o d'energia amb les observacions de la direcció musical. Malgrat això, certa pèrdua de destreses es veu superada àmpliament pel nivell de gaudi, el compromís i la disponibilitat del grup per seguir endavant «fins que el cos aguanti» amb l'activitat regular i els projectes especials. Amb Lorenzo (2024), coincidim en la importància d'una aproximació andragògica al CC amb gent gran, valorant i tenint en compte per a la gestió del cor les capacitats, estratègies i coneixements que a través de l'experiència i la història vital acumulen els cantaires.

Alguns assumptes que no es van tocar a les entrevistes i que podien afectar el grau d'èxit o realització tenen a veure amb el disgust que poden generar companys que aporten menys des del punt de vista vocal i musical, o el nivell (gairebé imperceptible col·lectivament) d'intolerància cap a companys amb problemàtiques de salut mental que poden alentir el treball general. Tampoc no es reflecteixen aquí els obstacles, els disgustos, les pèrdues o la por davant d'un futur sempre incert que inexorablement ens acosta a la mort. No es reflecteixen en aquest document el que abans podíem fer i ara no, que sí que és a la resta dels apartats de les entrevistes completes.

Alguns aspectes a tenir en compte en un futur pròxim inclouen la perspectiva de l'envelliment general d'un grup que es manté estable a través del temps amb una taxa baixa de noves incorporacions. També, l'envelliment de la directora, que reconeix menys energia, paciència i disponibilitat, a la qual cosa contraposa una consciència més gran del valor del treball que es duu a terme, especialment des de l'escolta individual de les persones i les seves realitats (aspecte que sempre es pot millorar). Tot i que no descrita prèviament ni explicitada, hi ha una línia important, encara que subtil, de direcció compartida entre el cor i la direcció musical, ja que les relacions humanes que s'han establert al llarg de dues dècades sens dubte tenen un pes educatiu i de suport emocional en ambdues direccions, cosa que orienta tota la gestió del projecte i li dona vida.

Els resultats d'aquest treball reflecteixen el moment històric del Cor de l'AUOM en el marc del seu vintè aniversari, temps de revisió del que s'ha fet i dels sentiments que acompanyen el reconeixement feliç d'allò que s'ha assolit. Encara que no siguin extrapolables a totes les agrupacions corals de gent gran a Mallorca, poden servir com a estímul per a una reflexió més profunda sobre la direcció de cors de gent gran.

Abraham Maslow (1991) va insistir, entre tantes aportacions, en la certesa que també és innata la recerca de satisfer necessitats superiors a mesura que les necessitats bàsiques estan satisfetes. Que l'aspiració a valors humans més alts com la bellesa, la veritat, l'excel·lència o la justícia, així com l'entusiasme per la vida, l'esperança i el valor per superar les pors, poden coincidir amb l'autoestima basada en l'èxit i el sentiment de ser útil i necessari, i que tot això representa l'autorealització com un sentiment de satisfacció personal pel que hom és i per allò que fa, amb amor i tranquil·la alegria. Una manera de viure en pau amb un mateix i amb el món. Autoestima i autorealització, cims de la famosa piràmide que recull les idees del psicòleg esmentat.

Conclou la presentació d'aquesta primera part de l'enorme i rellevant corpus d'informació obtinguda de les entrevistes al Cor de l'AUOM, ens demanem si és aquí, en l'àmbit de la motivació, l'estima i l'autorealització, on es troba el secret de l'èxit potencial del cant coral en la vida de l'adult gran, quan, amb sort i treball, aconseguim que puguin sentir-se «segurs i sense ansietat, acceptats, estimats i amants, dignes de respecte i respectats...» (Maslow, 1991, 195).

Agraïments

Als integrants del Cor de l'AUOM, ja família, amb els quals continuo aprenent i madurant. A l'AUOM i les seves successives juntes directives, pel suport durant aquests vint anys.

Referències bibliogràfiques

Aguilar, J. M., Álvarez, J. i Lorenzo J. J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida en personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*, 4(1), 161-168.

Aldrich, N. (2019). Singing Seniors. *ChorTech*, 11(4), 4-6.

Clift, S. i Hancox, G. (2010). The significance of choral singing for sustaining psychological wellbeing: findings from a survey of choristers in England, Australia and Germany. *Music Performance Research*, 3(1), 79-96. *Music Performance Research*, 3(1), 79-96. [Edició especial *Music and Health*].

Creech, A., Hallam, S., McQueen, H. i Varvarigou, M. (2013). The power of music in the lives of older adults. *Research Studies in Music Education*, 35(1), 83-98.

Knowles, M. S., Holton, E. F. i Swanson, R. A. (2005). *The adult learner: The definitive classic in adult education and human resource development* (6a ed.). Elsevier Inc.

Lorenzo, M. (2024). La actividad coral amateur: beneficios para la salud y el bienestar en personas adultas. Una revisión crítica del estado del arte. *Revista Humanidades*, 14(1), 1-22.

Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Ediciones Díaz de Santos.

Pérez-Aldeguer, S. (2014). Los efectos del Canto Coral sobre el bienestar psicológico en adultos mayores. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, (XIII), 199-208.

Sandgren, M. (2009, 12-16 d'agost). Evidence of strong immediate well-being effects of choral singing - with more enjoyment for women than for men. [Ponència presentada a la 7a Conferència Triennal de la Societat Europea de Ciències Cognitives de la Música, Jyväskylä, Finlàndia].

Smith, A. M., Kleinerman, K. i Cohen, A. J. (2022). Singing lessons as a path to well-being in later life. *Psychology of Music*, 50(3), 911-932.

Ververis, A. i Marhsall, N. (2018). The experience of choral singing amongst elderly participants. *Problems in Music Pedagogy*, 17(2), 81-90.

Autora

IRINA CAPRILES GONZÁLEZ

Caracas (1960). Llicenciada en Pedagogia Musical i Direcció Coral el 1999 a l'IUDEM (Caracas). Doctora en Educació per la UIB, 2016. Comparteix la docència universitària (UIB, des de 2003, i CESAG, des de 2004) amb la direcció d'agrupacions corals. És directora fundadora del Cor de l'AUOM (2003).

**L'ASSOCIACIÓ D'ALUMNES I EXALUMNES
DE LA UNIVERSITAT OBERTA PER A MAJORS,
UNA EINA EFICAÇ PER ESTIMULAR
L'ENVELLIMENT ACTIU DELS
ESTUDIANTS SÈNIORS DE LA UIB**

L'Associació d'Alumnes i Exalumnes de la Universitat Oberta per a Majors, una eina eficaç per estimular l'envelliment actiu dels estudiants sèniors de la UIB

Ana Alemany Ferrà

Joana Maria Vidal Alemany

Gabriel Mateu Gual

Consuelo Hernández Gómez

Resum

Es presenta un treball acurat sobre l'Associació d'Alumnes i Exalumnes de la Universitat Oberta per a Majors (AUOM) de la Universitat de les Illes Balears, l'origen i la història de la qual estan estretament lligats als estudis de la diplomatura sènior a Mallorca. S'analitza la mitjana d'edat i la fidelitat dels afiliats, compresa entre 11,7 i 1,9 anys; molts dels primers són cantaires de la Coral, que foren alumnes de les primeres promocions de la Universitat Oberta per a Majors. Prenent com a base una enquesta presentada als socis, les estadístiques fan palès l'alt grau d'interès i de participació en les diferents activitats ofertes en un ampli ventall, en què es prioritzen les de caràcter cultural i d'enriquiment personal (la revista semestral, les representacions teatrals, visites culturals guiades i concerts de la Coral, entre d'altres). També mostren preferència ben marcada per aquelles que fomenten l'amistat i la socialització (celebració de Nadal, diada de germanor en acabar el curs, sortides culturals amb autocar i les «passejades fàcils» a l'aire lliure). Finalment, en els comentaris recollits sobre l'associació, els nostres socis mostren, agraïts, una gran satisfacció, fins i tot emocionada, de poder-hi pertànyer.¹

Resumen

Se ha realizado un estudio detallado sobre la Asociación de Alumnos i Exalumnos de la Universidad Abierta para Mayores (AUOM) de la Universidad de las Islas Baleares, cuyo origen e historia están estrechamente ligados a los estudios de la diplomatura sénior en Mallorca. Se analizan las medias de edad y fidelidad de los socios, comprendida esta última entre 11,7 y 1,9 años; muchos de los más veteranos son miembros de nuestra Coral, en su día alumnos de las primeras promociones de la Universidad Abierta para Mayores. Tomando como base una encuesta presentada a los socios, las estadísticas muestran un elevado interés y participación con respecto a las actividades ofertadas en un amplio abanico, priorizando las de sesgo cultural y enriquecimiento personal (la revista semestral, las representaciones teatrales, visitas culturales guiadas o conciertos de la Coral, entre otros). Muestran asimismo una marcada preferencia por las que fomentan la amistad y socialización (celebración de Navidad, diada de hermandad al acabar el curso, salidas culturales en autocar o los «paseos fáciles» al aire libre). Finalmente, en los comentarios recogidos sobre la asociación, nuestros afiliados muestran, agradecidos, una gran satisfacción, incluso emocionada, por pertenecer a ella.

1. Agraïm al doctor Luís Gállego Castejón l'ajuda en el tractament estadístic de les dades, i a Melcion Palou Coll que ens hagi facilitat diferents llistes de socis.

1. Introducció històrica

L'associació esmentada s'inicià el mes de setembre de 2001, tres anys després de la creació de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de la UIB, a càrrec dels doctors Carme Orte i Martí March, professors del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques.

Volem retre des d'aquí un homenatge a aquells agosarats primers alumnes grans als qui tant devem, en especial a Paulina Guillem, alma mater de la nostra associació i de tantes altres realitats aconseguides gràcies a la seva empenta. Reproduïm, com a document testimoni, l'inici del llibre d'actes de l'associació:

En Palma de Mallorca a veintiséis de septiembre de dos mil uno, D^a. Arantxa Dañobeitia, D^a. Encarnación Ferrer, D. Basilio Núñez, D^a. Paulina Guillem, D. Gabriel Muntaner y D^a. Ángela Ribas, mayores de edad y actuando en nombre propio, se reúnen a efectos de constituir una asociación que se denominará *Asociació d'Alumnes i Exalumnes de la Universitat Oberta per a Majors (AUOM)*, con fines socioculturales, domiciliada a efecto postal en el edificio *Guillem Cifre de Colonya* del Campus Universitario de la UIB (Llibre oficial d'actes de l'AUOM, 2021, p. 1).

D'aquesta manera s'assegurava un òrgan oficial per poder organitzar diferents activitats culturals, formatives, socials o lúdiques destinades als primers alumnes sèniors matriculats en aquell moment (i els anys següents), que més endavant passarien a ser antics alumnes.

L'endemà, dia 27 de setembre, havent convocat amb temps suficient tots els estudiants de la UOM, tingué lloc la votació de la primera Junta Directiva, de la qual sortí elegida com a presidenta la senyora Concepción Pardo. L'associació fou inscrita el mateix dia en el Registre d'Associacions de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears. No volem deixar d'esmentar els acords inicials següents:

- Cada membre de la Junta entregará 2.000 ptes. a fons perdut, per poder posar en marxa l'Associació. *[Admirable!]*.
- Redactar-ne i aprovar-ne els primers Estatuts.
- Convidar a participar-hi amb veu, però sense vot, els delegats de cada curs. *[Molt bona idea]*.
- Celebrar una Junta Directiva cada mes. Com que no tenim un espai físic a la UIB, aquestes tindran lloc a la Cafeteria d'Or del carrer de Blanquerna *[Admirable també! A l'estiu es reunirien en el domicili de la vicepresidenta Paulina Guillem]*.
- Establir comissions encarregades de diferents activitats: sortides culturals guiades, excursions de senderisme, etc. (Llibre oficial d'actes de l'AUOM, 2021, p. 2).

És molt important recordar que quan l'any 1998 va començar la nostra Universitat Oberta per a Majors, les coses no eren en absolut com ara. La primera Universitat de la Tercera Edat la devem al pioner Pierre Vellas, professor de Dret Internacional a Tolosa (França), que va crear cursos de nivell superior per millorar la vida de les persones grans a la seva ciutat, on es va fundar aquesta primera universitat. Poc temps després, s'instituí la segona universitat europea d'aquest tipus a Suïssa. Foren seguides per altres universitats al Brasil i altres països de Sud-Amèrica. Deu anys més tard, el 1982, començaren a dur-se a terme a Catalunya alguns programes educatius dirigits a les persones grans, patrocinats per certes universitats, però sense constituir-se com a estudis oficials (Orte et al., 2008). No va ser fins passats els anys noranta quan es va fer realitat a Salamanca i Valladolid (Universidad de la Experiencia, 1993) i a Granada (Aula Permanente de Formación Abierta, 1994) la formació universitària per a les persones jubilades, moltes de les quals —per circumstàncies polítiques conegudes— no havien tingut ni tan sols l'ocasió d'escolaritzar-se quan eren nins.

La intenció no era facilitar un lloc on passar el temps, sinó estimular el coneixement, a la vegada que s'aconseguia tant una participació activa com un desenvolupament de tipus físic, cognitiu i social (Macías, 2020). Una vegada que a les Illes Balears tinguérem la nostra Universitat Oberta per a Majors (iniciada el 1998, com ja s'ha dit), els estudiants feren una sèrie de viatges per contactar amb els companys d'aquelles universitats peninsulars. I és així com visitaren la de Granada, des de la qual precisament dugueren les «bases» per constituir la nostra associació.

Amb quina emoció recorden aquells companys, encara avui, les jornades d'intercanvi! Perquè també els universitaris grans de l'altra vorera vingueren a visitar-nos. Progressivament, va créixer el nombre d'universitats espanyoles que donaven cobertura als programes per a gent gran, a la vegada que també augmentaven les associacions universitàries corresponents. Es crearen federacions provincials, i fins i tot una Confederació Estatal d'Associacions (CAUMAS). En diferents universitats, també a la nostra (el curs 2004-2005), s'organitzaren jornades sobre l'associacionisme en l'àmbit nacional, per defensar els drets dels alumnes i exalumnes grans. Era una època en què els estudis corresponents, si bé es trobaven dins l'espai universitari, no estaven reglats com a propis.

L'any 2009 els estudiants grans encara reclamaven als rectorats respectius visibilització i identificació i sol·licitaven ser inclosos en els Estatuts de la universitat a la qual pertanyien, així com poder tenir representació amb veu i vot en els claustres (IV Jornadas sobre Asociacionismo, Palma, 2005; VIII Jornadas (idem), Granada, 2009). Per aquest motiu, entre les finalitats de la nostra associació, destacava la següent, que probablement avui pot sorprendre una mica: «La promoció i participació en tasques de representació i *defensa dels drets dels alumnes i exalumnes de la UOM*» (Estatuts de l'AUOM, 2002, p. 2).

Les continuades lluites d'aquells capdavanter, com era d'esperar, amb el temps donaren els seus fruits, i ara els estudiants més grans de cinquanta anys gaudeixen de les mateixes condicions que els alumnes de grau, i la nostra és una associació d'estudiants com qualsevol altra, dins la UIB. Tant és així que, si se'ns permet, voldríem fer palès des d'aquí el nostre agraïment al Vicerectorat d'Estudiants per les subvencions que amablement ens concedeix, tant per editar la nostra revista com per al Festival Coral de Primavera que organitza el nostre cor.

2. Primeres petjades de l'AUOM

Concepción Pardo només en va ser presidenta sis mesos, la qual va dimitir per motius personals el mes d'abril de 2002, i en va prendre el relleu, en funcions, Paulina Guillem, vicepresidenta en aquells moments. Tal com consta als Estatuts, una de les prioritats de la nostra associació era, i és, «mantenir vives les relacions d'amistat i fraternitat entre alumnes i exalumnes, fins i tot amb altres associacions de la mateixa naturalesa, siguin d'àmbit nacional o internacional». I també ho és «la promoció i l'organització d'activitats d'interès cultural, formatiu, social i lúdic per als alumnes i exalumnes de la UOM» (Estatuts de la UOM, 2002, p. 1).

La nova junta decideix formar un grup de teatre i organitzar una coral, encara que hauran de cercar els respectius llocs per als assajos, atès que no es poden fer en el recinte universitari. Dos anys després ja es podran fer a les dependències de la UIB, i hom ens concedirà un local a l'edifici Gaspar Melchor de Jovellanos on celebrar les reunions de la Junta Directiva.

També es posa en marxa una revista, perquè, com va dir la presidenta Paulina,

«Sigui una eina més al servei de tots els membres de l'Associació, un exponent del nostre present i la llàntia del nostre futur. [...] Estic convençuda que les seves pàgines es convertiran en l'estímul precís perquè la unitat i l'amistat arribin molt més enllà del que durin els tres cursos d'universitat. El seu nom? *La Tardor*. Alguns diuen que la tardor és l'enllaç entre l'estiu i l'hivern; sí, ho és, però jo mantenc que és part d'un tot, i per arribar-hi ha fet falta viure les altres estacions». (Editorial, *La Tardor* núm. 0, p. 3, 2003).

S'organitza per primera vegada un «sopar de Nadal» al qual estan convidats tots els socis. També s'estableix al final de cada curs un «dia de convivència», precursor de l'actual «diada anual de germanor», una convidada general que encara continuem celebrant.

Es comença a preparar el «viatge fi de diplomatura» de la primera promoció (2000-2003), a la vegada que, massa aviat, s'acosta el final de l'estada a la universitat.

Però aquests alumnes grans cerquen a les totes la manera de continuar els estudis dos anys més. Insisteixen al Rector Llorenç Huguet una vegada i una altra, i sempre troben la mateixa resposta: no hi ha recursos econòmics per dur a terme aquest assumpte! Paulina Guillem i Eugenio Llamas, respectivament presidenta i vicepresident de la Junta Directiva, aconsegueixen ser rebuts pel president del Govern, Jaume Matas, i són tan convincents parlant amb ell que reben una subvenció més que suficient. D'aquesta manera, dues o tres promocions gaudeixen de perllongar els estudis en una diplomatura sènior superior, de cinc anys!

Es fan viatges oficials d'intercanvi entre programes universitaris per a gent gran amb Salamanca, Granada i Valladolid, i alguns membres de la Junta Directiva visiten Menorca i Eivissa per donar a conèixer la nostra associació.

Però hi ha una altra curolla que ronda pel cap dels feliços (fora mida) estudiants universitaris de la primera promoció de la UOM: la de deixar una empremta al campus en record del seu pas per la UIB. Lluiten de bell nou fins a aconseguir-ho: finalment, el dia 3 d'abril de 2003, acompanyats pel Rector Llorenç Huguet, sembren una olivera, «por su majestuosidad, porque puede llegar a milenaria, y también porque en su sombra, con el paso de los años, alguien podrá soñar como soñé yo... ¡Ah! y porque cuantos más años pasan, más hermosa es» (Isabel López, 2016. *La Tardor*, 28, p. 29).

I allà és, plantada davant la façana principal de l'edifici Guillem Cifre de Colonya, on s'impartiren les primeres classes de la Universitat Oberta per a Majors (encara no s'havia construït l'edifici Gaspar Melchor de Jovellanos).

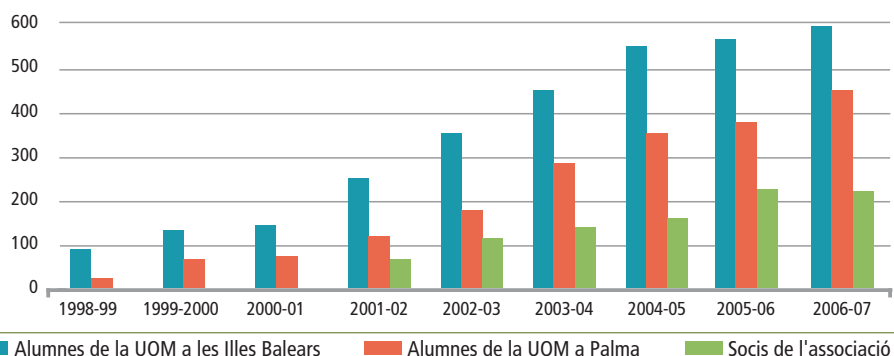
Per normativa estatutària, s'ha celebrat cada curs una assemblea general a la qual són convocats tots els socis; el dia 2 de febrer de 2005 fou nomenat president de la Junta Directiva Eugenio Llamas, el qual, entre altres assumptes, va treballar molt per aconseguir un dels èxits del Cor de l'AUOM: la celebració del primer Festival Coral de Primavera, amb una gran afluència de públic, festival del qual enguany s'ha celebrat, amb molt d'èxit, la 18a edició al monestir de la Real de Palma.

A títol informatiu, reproduïm aquí les dades corresponents als alumnes matriculats a la Universitat Oberta per a Majors al llarg dels nou primers cursos a les Balears i a Palma, i a la vegada, del nombre dels nostres socis (*La Tardor*, 9, p. 4, 2007). Pel que fa a aquests darrers, no n'hi ha informació fins a l'any 2001, que és quan va començar l'associació (gràfic 1).

Abans de tancar aquest capítol, permeteu-nos transcriure les paraules emocionades d'una d'aquelles primeres alumnes, recordant el que la UOM va suposar per a ella:

«No, en aquell moment no podia imaginar el futur, com no ho fan els infants menuts, sinó que assaboria el present amb una intensitat i una fruïció impròpia de la meua condició de jubilada. Després, a mesura que han passat els anys i les promocions, les modalitats, les incorporacions i els obligats adeus, he pogut girar la ullada cap enrere, com la balanguera misteriosa, i he vist que aquell sentiment no era només meu, sinó que el compartia amb la majoria dels companys de curs. [...] Descobrirem un món nou; mai serà possible expressar amb paraules l'agraïment que devem als que feren possible aquest projecte per a majors» [Antònia Maria Salas, 2018 i 2024, *La Tardor*, núm. 32, p. 18, i núm. 44, p. 34].

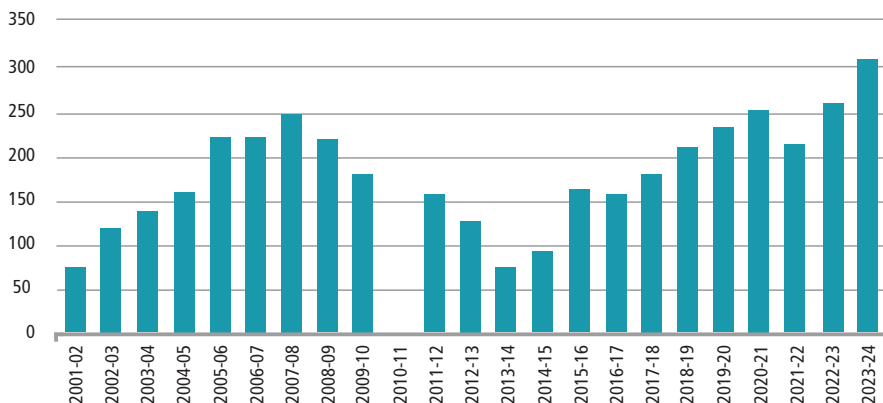
Gràfic 1 | *Evolució de l'alumnat de la UOM i dels socis de l'AUOM els primers nou anys acadèmics*



Font: servei informàtic de la UIB. Gràfic: J. S. E. / Robert Mir (2007)

3. L'AUOM, aquí i ara

Fent un recull de les dades obtingudes al llarg dels més de 23 anys des que la nostra associació es va fundar, mostrem l'evolució del nombre de socis des de 2001 fins a l'actualitat (gràfic 2). Es pot veure com aquest nombre va augmentar de manera significativa al llarg dels anys, a la vegada que augmentava el nombre d'alumnes de la UOM. Però a partir del desè curs, comença a haver-hi un descens acusat de la quantitat de socis, que és possible que coincideixi amb l'abandonament progressiu de la UIB per part de les primeres promocions de la Universitat Oberta per a Majors. No obstant això, a partir del curs 2014-15 s'aprecia una recuperació amb les noves matriculacions que hi van arribant.

Gràfic 2 | *Dades històriques dels socis de l'AUOM des de 2001 al 2024*

Font: anys 2001 a 2007: servei informàtic de la UIB. Gràfic: J. S. E. / Robert Mir (2007). Anys 2008 a 2024: elaboració pròpia. (Lamentam no haver trobat les dades del curs 2010-11.)

Cada quatre anys, com a mitjana, ha canviat la Junta Directiva. Evidentment, cada junta amb «personalitat pròpia». Es pot dir, emperò, que s'ha mantingut l'esperit inicial, amb un ventall molt semblant d'activitats dutes a terme, tant de tipus cultural com sortides a l'aire lliure (senderisme). S'ha mantingut la convidada als socis a un dinar, sopar o pa amb oli per Nadal, i també la diada de germanor en acabar cada curs. Però, com tots sabeu, la vida sencera és evolució. Com ja comentava en aquells anys Carme Orte, fundadora i llavors directora de la UOM, aquest programa ha d'anar evolucionant al compàs de la resta de programes universitaris que ofereix la UIB; se n'ha d'ampliar l'oferta adaptant-la als nous perfils de l'alumnat (Orte, 2007). És evident que l'Associació d'Alumnes i Exalumnes ha de caminar amb el mateix pas. En efecte, als voltants de l'any 2000 i següents, només es podien matricular a la Universitat Oberta per a Majors els que havien complit seixanta-cinc anys, mentre que ara s'hi poden matricular els «joves» de cinquanta, i aquest fet és molt palès tant a les aules com a les activitats de l'associació.

A la vegada és una realitat que, almenys als països occidentals, l'edat mitjana de la població va en augment: més persones grans i menys taxa de natalitat, en bona part gràcies als grans avenços de la medicina en les darreres dècades. És una bona notícia saber que, dins la Unió Europea, Espanya és capdavantera en esperança de vida després dels seixanta-cinc anys: som els primers respecte de les dones i els tercers pel que fa als homes. A més, les Illes Balears és una de les comunitats del nostre país amb el percentatge d'envelliment més baix, del 16,50%, en comparació amb el 27,16% del

capdavanter Principat d'Astúries (ENRED, 2021), encara que nosaltres també mostrem una lleugera tendència a l'alça (IMSERSO, 2001, 2023).

3.1. Qüestionari participatiu

El nombre de socis de l'actual curs 2023-24 és de 310, xifra que suposa el màxim històric durant els 23 anys de la nostra associació. S'ha de remarcar que entre nosaltres encara es troba una bona part d'afiliats (el 33%) amb una antiguitat superior a deu anys; es tracta d'antics alumnes amb una taxa de fidelitat extraordinària, entre els quals encara hi ha dues sòcies de la primera promoció de la UOM. Com hem comentat abans, enguany en celebrem el 25è aniversari.

Seguint la tònica d'anys anteriors, les dones suposen una àmplia majoria (el 72,5% enguany), en consonància amb dades aportades per Orte (2007), segons les quals només a l'inici del programa UOM hi havia un cert equilibri entre els dos sexes; però, a mesura que passava el temps, el percentatge de dones anava augmentant, fins a arribar al 70% l'any 2007.

Per poder estudiar i conèixer millor aquests canvis en el conjunt dels associats, hem dut a terme una enquesta, en la qual hem demanat sobre la participació i les afinitats personals respecte de les activitats que organitzam.

Les enquestes, impreses en paper, s'han repartit directament als associats que participaven en les diferents activitats organitzades durant el mes d'abril de 2024, respectant en tot moment l'anonimat de les respostes. El formulari consta de 19 preguntes, la majoria de les quals són de tipus text:

- a. Tres preguntes sobre informació general: a.1) sexe; a.2) edat, i a.3) antiguitat a l'associació.
- b. Catorze preguntes sobre preferències participatives respecte de les activitats programades cada curs.
- c. Dues preguntes de resposta oberta: c.1) Ens vols proposar alguna nova activitat o fer qualche suggeriment? c.2) En poques paraules, què suposa per a tu pertànyer a la nostra associació?

El contingut detallat del segon apartat és el següent:

Amb quina freqüència participes en les activitats que organitzam? Assenyala amb **xxx** la/les preferent/s; amb **xx** aquelles a què assisteixes de tant en tant; amb **x** si la participació és molt esporàdica, i deixa-ho sense marcar si no hi vas mai.

- Concerts de la Coral
- Senderisme
- Marxa nòrdica
- Passejades fàcils
- La vida a través de la música
- Trobades literàries
- Tertúlies amb un expert
- Visites culturals guiades
- Diada poeticomusical (*una cada curs*)
- Sortides culturals amb autocar (*tres cada curs*)
- Celebració de Nadal: xocolatada, pa amb oli... (*una cada curs*)
- Diada de germanor (*una cada curs*)
- Llegeixes la revista *La Tardor*? (*dos números cada curs*)
- T'agradarà anar a les representacions del Grup de Teatre (*seran el pròxim mes de juny de 2024*)

3.2. Resultats i discussió

S'obtingueren 152 enquestes, les quals ens donen una primera aproximació, que creiem que és molt vàlida, sobre les prioritats dels nostres afiliats.

Pel que fa a l'**edat**, el grup que mostra la mitjana més alta és el de la Coral (setanta-un anys); també són els **socis més antics** (amb una mitjana d'11,7 anys d'afiliació), ja que una bona part d'ells pertanyen a les primeres promocions de la UOM, apuntats a la Coral des que aquesta va començar, i continuen gaudint de la il·lusió de cantar i tenen bona veu. És un grup especial amb personalitat pròpia que visqué en primera línia els moments primigenis tant de la UOM com de l'associació.

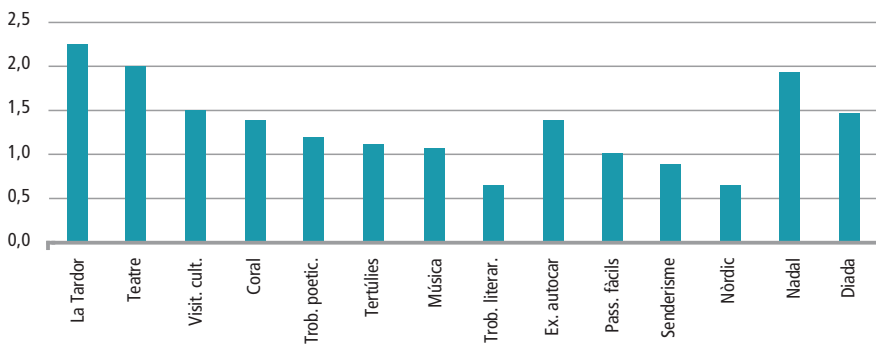
A l'altre extrem pel que fa als anys, hi ha el grup de senderisme, què són **els més joves**, amb una mitjana de cinquanta-sis anys, i uns 4,4 anys d'antiguitat a l'associació.

Mostram, en primer lloc, el gràfic corresponent a les **dades generals** referides al nivell de participació i preferències, respecte de les diferents activitats que oferim (gràfic 3). Com s'ha dit, el grau màxim d'acceptació de cadascuna s'ha valorat sobre 3 (és a dir, les tres x (ics) que es podien posar a cada resposta); l'escala es representa a l'eix Y (ordenada) de la figura.

L'anàlisi d'aquests resultats mostra clarament un elevat interès i acceptació de la nostra publicació *La Tardor*, que evidentment gaudeix d'un alt nivell universitari. De temàtica monogràfica, s'edita dues vegades l'any, i sempre hi intervenen almenys tres professors de la UIB, també membres del Consell de Redacció i de la Junta Directiva, alumnes

i diferents experts en la matèria de què es tracta. Els resultats de l'enquesta també mostren una expectació molt important referida a les representacions teatrals, que enguany es reprenen després d'un lapse de temps massa llarg sense poder gaudir-ne. I, pel que fa a les altres activitats de tipus cultural, destaquen les visites guiades, seguides dels recitals de la Coral.

Gràfic 3 | *Dades generals sobre el grau d'interés i participació en les activitats programades per l'AUOM*

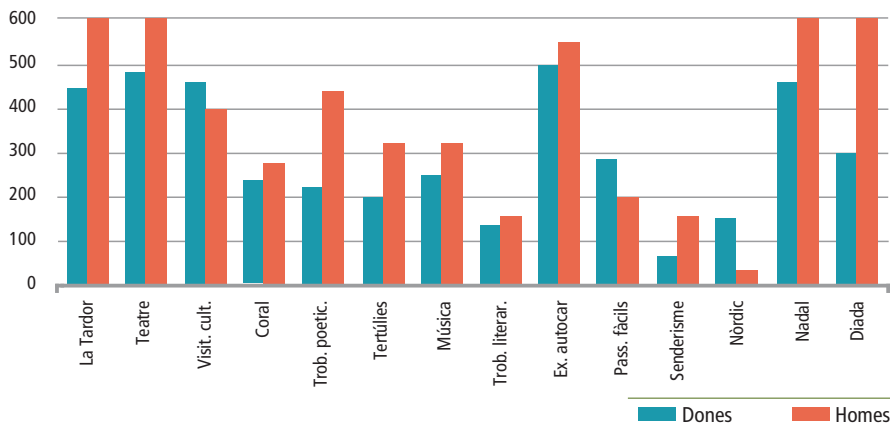


Font: elaboració pròpia

Per altra banda, l'èxit de la celebració/convidada que organitzam per Nadal ja és una constant a la nostra associació, com també la diada de germanor que celebrem cada any en acabar el curs.

Tenen molta acceptació les sortides culturals amb autocar, amb un dinar «comunitari» inclòs; també cal dir que en l'èxit hi influeix molt el fort caràcter socialitzant i la bauxa que les acompanya. Per aquest motiu, al gràfic ocupen un lloc intermedi, entre les activitats formatives i les altres. Començarem parlant del grup de socis. En general, són persones amb una edat mitjana relativament alta (seixanta-sis anys) i veterans de l'AUOM (amb una pertinença mitjana de 6,5 anys), molt animades i, com es pot observar (gràfic 4), que participen molt en quasi totes les activitats que oferim, principalment en les de caràcter cultural. Els homes han puntuat amb el màxim tant la nostra revista com el teatre, la diada i el sopar de Nadal: una mescla encertada, com s'ha dit abans, entre cultura (recordem que l'objectiu és una visita cultural) i socialització. A l'hora de caminar, prefereixen les passejades fàcils, en les quals es gaudeix d'un ambient de companyonia espectacular i, a més, curiosament, les dones es decanten per la marxa nòrdica i els homes pel senderisme.

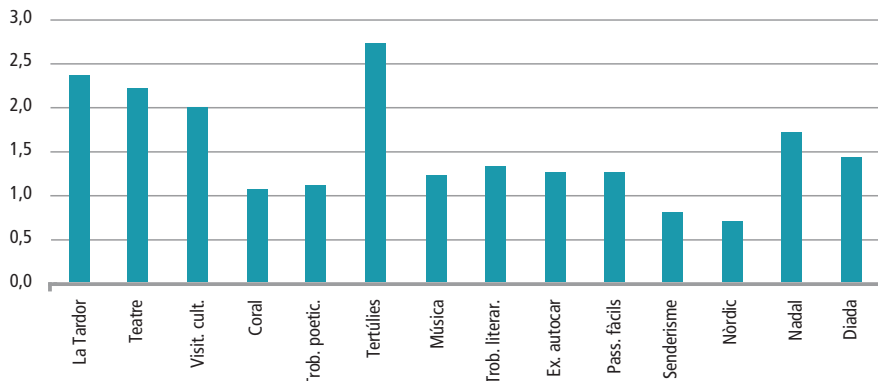
Gràfic 4 | *Interès i participació general dels socis que van a les "Excursions amb autocar"*



Font: elaboració pròpia

A continuació, ens referirem al grup que es podria considerar com el de més alt nivell intel·lectual: el de les «**Tertúlies amb un expert**». Es tracta d'una novetat d'aquest curs que consisteix a convidar un especialista destacat sobre un tema prèviament elegit, el qual imparteix una conferència d'uns 40 minuts, per després mantenir un diàleg fructuós amb el públic assistent (gràfic 5). En destacam, per exemple, la intervenció del doctor Oriol Bonnín, eminent cirurgià cardíac.

Gràfic 5 | *Dades sobre l'interès i participació en el grup "Tertúlies amb un expert"*



Font: elaboració pròpia

Hi ha altres grups amb un caràcter especialment formatiu, encara que diferent. El de les «**Visites culturals guiades**» (amb una freqüència que sol ser mensual) suscita (gràfic 3) un gran interès entre els socis, com també l'activitat anomenada «**La vida a través de la música**», dirigida per un membre de l'actual Junta Directiva. No es tracta només d'escoltar música, que sí que se n'escolta, sempre amb un argument prefixat, sinó que s'hi afegeix un punt de nostàlgia (positiva, per descomptat) en recordar-nos aquelles tonades i cançons d'una època passada que a tots ens agrada tornar a escoltar; diríem que és un tipus de teràpia que ens fa molt de bé. Només fa dos cursos que s'ha posat en marxa: els assistents «tipus», que sempre es mostren molt animats i feliços d'anar a les sessions, tenen una edat mitjana de cinquanta-nou anys, i uns cinc de fidelitat a l'associació. Evidentment, també estan interessats per altres activitats de tipus cultural i, d'entre les esportives, per les «Passejades fàcils». El grup de «**Trobades literàries**», organitzat i dirigit per un dels nostres associats, reuneix amb una cadència mensual un grup de persones molt interessades a comentar textos poètics i de prosa, especialment elegits per comentar-los entre els assistents.

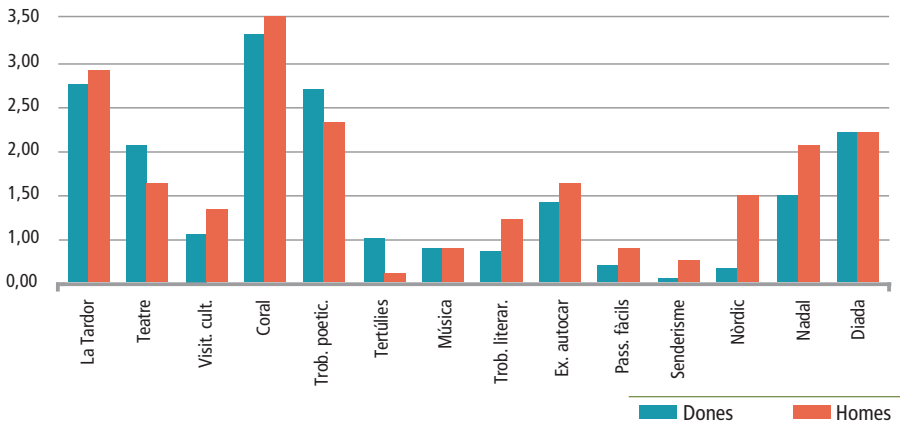
Continuam ara amb els dos grups que, com hem comentat abans, suposen els dos extrems de l'ampli ventall dels integrants de l'AUOM: els cantaires de **la nostra coral** i els senderistes. Pel que fa als primers (gràfic 6), ja n'hem fet ressaltar dues característiques ben definidores: representen el grup d'edat mitjana més alta i també el de més experiència a l'associació. A part de participar-hi i viure intensament el nostre cor, gaudeixen molt de la nostra revista i són assidus de la diada de germanor; totes tres són de les primeres activitats posades en marxa per l'AUOM. També molts d'ells assisteixen a la Trobada Poeticomusical. Podríem dir que és el col·lectiu garant de la nostra història! La part feble són, evidentment, les passejades de qualsevol tipus.

Els **senderistes**, com hem dit abans, són, amb diferència, els més joves. Hi va haver una renovació total d'aquells membres que participaven en aquesta activitat des dels temps fundacionals fa un bon grapat d'anys. Ara són persones que s'han jubilat fa poc (o encara no), molt il·lusionades, que volen posar a prova la seva capacitat física amb sortides llargues i amb desnivells no aptes per a tothom. El gràfic 7 ens mostra l'altra cara de la moneda: una baixa participació en la majoria d'activitats, exceptuant-ne la brufada de Nadal i la diada de germanor (elles); mentre que ells s'interessen més per la revista *La Tardor*, les dones tenen més interès per les representacions teatrals.

Com s'ha mostrat al gràfic 3 i següents, el **Grup de Teatre** ha despertat un gran interès entre els integrants de la UOM. El curs passat (2022-23) un grapat il·lusionat de socis mogué cel i terra per començar-ne els primers assajos. I és que, gairebé des del principi de la nostra associació, el teatre sempre va ser una curolla il·lusionant. Tinguérem un grup d'actors magnífics, que l'any 2008 estrenà, amb molt d'èxit, la primera obra representada a la UIB, continuada després per moltes altres. Però, amb el pas del temps,

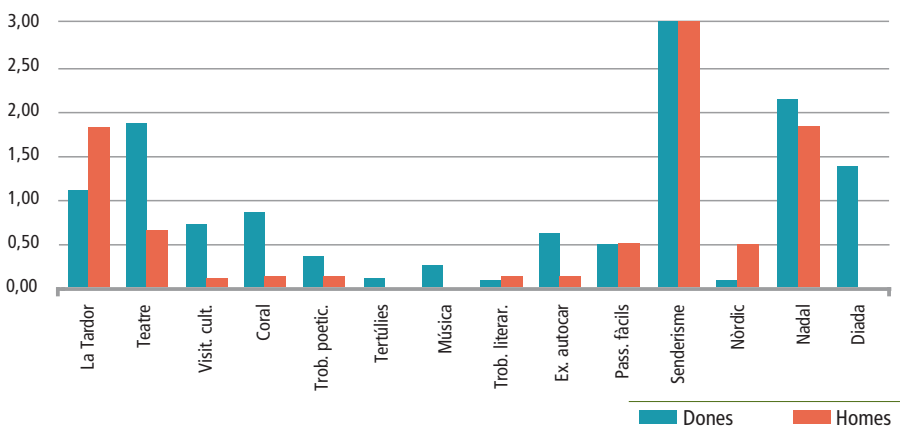
en fer-se grans alguns dels integrants principals, el grup va acabar desapareixent. I ara n'ha arribat el relleu, per delectar-nos amb la primera representació teatral d'aquesta nova edició.

Gràfic 6 | *Interés i participació general dels cantaires de la nostra coral*



Font: elaboració pròpia

Gràfic 7 | *Interés i participació general dels membres de l'activitat de «Senderisme»*



Font: elaboració pròpia

4. Conclusions

Creiem que la presentació detallada i l'anàlisi exhaustiva de l'ampli ventall d'activitats ofertes per l'Associació d'Alumnes i Exalumnes de la Universitat Oberta per a Majors de la UIB, així com de les respostes obtingudes dels associats, en són prou demostratives. S'ha aconseguit compaginar l'oferta de tipus intel·lectual, com era d'esperar en una associació universitària de persones grans, universitàries també (per cert, l'única que hi ha a Mallorca), amb els aspectes socials, lúdics i esportius. Els afiliats hi han trobat el seu lloc, amb un entorn amable que fa realitat el tan desitjat **envelliment actiu**.

La millor manera de demostrar-ho és transcriure una part del ramell d'expressions entusiastes dels nostres socis que responen a la pregunta **Què significa per a tu pertànyer a la nostra associació?** Modestament, creiem que no es pot demanar més:

Elogis a l'associació

- Estic molt contenta de pertànyer a l'associació. Es nota en les activitats la professionalitat i la companyonia.
- És el millor suplement de la UOM. Bona organització: feis molt bona feina!
- Per jo, pertànyer a l'AUOM és un honor. Un orgull!
- Una experiència gratificant. Una Junta Directiva molt dinàmica i amb una gran solidaritat.
- Una gran experiència. M'alegra molt de pertànyer-hi.
- Una meravella. Una passada.
- Enhorabona! Un autèntic luxe. Moltes gràcies.
- Estic molt contenta d'esser-hi. M'agraden les activitats en què participo i m'agrada molt l'ambient que s'hi respira.
- És un autèntic plaer, i la gent, una meravella.

Enriquiment personal i cultural

- Estava molt tancada a casa i gràcies a l'AUOM he sortit i m'ha ajudat a somriure.
- Em trobo molt a gust amb les persones que hi participen i fomenta el creixement personal.
- És una part important de la meua vida.
- Ocupar el temps d'oci amb aprenentatge, comunicació i germanor.
- Un al·licient en la meua vida diària.
- Un gran tub d'escapament. M'ha ajudat molt a estar actiu.
- Una distracció cultural i bones amistats.
- Una experiència gratificant, molt positiva.
- Una oportunitat per aprendre i relacionar-se molt bé.

Noves relacions i amistat

- És la possibilitat de relacionar-me amb persones de la meva edat. Gràcies, és fantàstic!
- És molt interessant per poder gaudir amb persones consemblants.
- M'agrada molt per haver trobat amigues.
- Conèixer llocs molt interessants i gaudir de bons companys.
- Una gran decisió, fer amistats duradores i, per descomptat, aprendre coses noves.
- Viure coses que desconec i que, a més, m'ajuden a socialitzar.
- Compartir activitats que m'agraden amb persones que també les gaudeixen.
- Una manera de socialitzar, participar i conèixer nous companys.
- Molt interessant! Conèixer gent, participar en activitats. Molt ben organitzat!

Referències bibliogràfiques

Asociación de Alumnos del Aula Permanente de Formación Abierta (ALUMA) (2005). *La problemática de las asociaciones de mayores ante la Universidad*. Resumen y conclusiones de las VIII Jornadas sobre Asociaciones en los Programas Universitarios para Mayores. Universidad de Granada.

Arnay, J. (2005). *Situación institucional de las Universidades para Mayores: presente y futuro*. Ponencias de las IV Jornadas sobre Asociaciones en los Programas Universitarios para Mayores. Palma.

Pérez, J., Ramiro, D., Aceituno, P., Escudero, J., Bueno, C., Castillo, A. B., De las Obras-Loscertales, J., Fernández, I. i Villuendas, B. (2023). Un perfil de las personas mayores en España, 2023. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, *Informes Envejecimiento en red*, (30), 40 p. [Data de publicació: 30/10/2023].

Estatuts AUOM (2001). Adaptats a la Llei orgànica 1/2002 de 22 de març.

IMSERSO (2001, 2023). *Las personas mayores en España. Informes 2001 y 2023*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Economía Social.

Macías, L. (2020). Les iniciatives socioeducatives per a les persones grans milloren la seva percepció de qualitat de vida. C. Orte (Dir.) *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2020*. Universitat de les Illes Balears.

Orte, C. (2007). La UOM fa 10 anys. *La Tardor*, (9).

Orte, C., Macías, L. i Vives, M. (2008). Educació i persones grans: evolució i característiques de l'alumnat de la UOM (1998-2008). A. C. Orte (Dir.) *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2008*, Universitat de les Illes Balears.

Servei Informàtic UIB i Mir, R. (2007). Informe amb motiu del desè aniversari de la UOM. *La Tardor*, (10), p. 4.

Autors

ANA ALEMANY FERRÀ

Palma (Mallorca). Llicenciada i doctora en Ciències Biològiques, és professora titular d'universitat jubilada. Impartí classes de Zoologia a les universitats de Navarra (1967-75), Sevilla (1975-83) i les Illes Balears (1983-2013). Fou professora de la Universitat Oberta per a Majors (UIB) des del seu començament fins al 2013, any en què s'acostà encara més als estudiants sèniors canviant la tarima pel pupitre i matriculant-se a la diplomatura sènior de la UIB. Encara avui continua compartint amb ells l'aula dels diplomes d'especialització. Sòcia de l'AUOM des de 2014, ha estat secretària de la Junta Directiva (2015-2017) i és responsable de l'edició de la revista *La Tardor*.

JOANA MARIA VIDAL ALEMANY

Palma. Estudis bancaris i financers a l'Escola de Comerç. L'any 1979 va començar a treballar com a secretària de direcció al Banc Urquijo, i el 2000 en va ser cap de personal. Va continuar en la direcció d'oficines de la Caixa fins a la prejubilació, el 2013. El mateix any es va matricular a la diplomatura sènior, per continuar després amb els diplomes d'especialització, fins avui (6 en total). Sòcia de l'AUOM, el 2014 va ser vicepresidenta de la Junta Directiva, i n'és presidenta des de 2018. Viu de manera molt intensa la jubilació activa, tant a la UOM com a l'Associació d'Alumnes i Exalumnes.

GABRIEL MATEU GUAL

Mancor de la Vall (Mallorca). Després dels estudis de batxillerat i Peritatge, va treballar 35 anys en llocs de responsabilitat a la banca com a director d'oficina i apoderat. És diplomata sènior per la UOM, on ha cursat també alguns diplomes d'especialització. Des de 2011 és soci de l'AUOM, la qual cosa l'ha ajudat a enriquir-se culturalment i socialment. Fou president d'aquesta associació de l'any 2015 al 2019.

CONSUELO HERNÁNDEZ GÓMEZ

Torrelavega (Cantàbria) (1944). Formació professional orientada a la feina de secretaria a l'Escola d'Alts Estudis Mercantils de Bilbao. Estudis oficials de piano al Conservatori de Bilbao. Ha treballat com a secretària en diverses empreses fins a la seva jubilació. Va començar la diplomatura sènior de la UOM el curs 2014-15 i hi ha continuat sense

interrupció fins a la data, cursant els diferents diplomes d'especialització i assignatures de grau. Sòcia de l'AUOM des de 2014 i secretària de la Junta Directiva des de 2019 fins a l'actualitat. També forma part de l'equip de redacció de la revista *La Tardor*.

**PADRINS QUE CUIDEN.
UNA REALITAT DINS EL SISTEMA DE
PROTECCIÓ D'INFÀNCIA I FAMÍLIA**

Padrins que cuiden. Una realitat dins el sistema de protecció d'infància i família

Maria del Pilar Moyà Castells
Àngela Ramis Murillo

Resum

Dins el sistema de protecció a la infància, l'acolliment familiar és un recurs essencial per poder donar una resposta protectora als nins, nines i adolescents que han patit una situació de desprotecció greu dins l'àmbit familiar que fa que no puguin continuar vivint amb els seus pares.

De tot el ventall de tipologies d'acolliment familiar per atendre les necessitats de cada infant, l'acolliment familiar en família pròpia per part de padrins és una de les tipologies que més es formalitza com a mesura protectora des de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), organisme que té atribuïdes les competències en matèria de tutela, acolliment i adopció de persones menors d'edat.

A través d'aquest article, s'exploraran les diferents facetes de l'acolliment familiar per part de padrins a Mallorca. S'aportaran dades que descriuen com són aquests padrins que es veuen «obligats» a cuidar dels seus nets. A més, s'analitzaran les implicacions i l'impacte en les dinàmiques familiars i socials.

Resumen

Dentro del sistema de protección a la infancia, el acogimiento familiar es un recurso esencial para poder dar una respuesta protectora a los niños, niñas y adolescentes que han sufrido una situación de desprotección grave en el ámbito familiar que hace que no puedan seguir viviendo con sus padres.

De todo el abanico de tipologías de acogimiento familiar para atender las necesidades de cada niño, el acogimiento familiar en familia propia por parte de abuelos es una de las tipologías que más se formaliza como medida protectora desde el Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), organismo que tiene atribuidas las competencias en materia de tutela, acogimiento y adopción de menores de edad.

A través de este artículo, se explorarán las diferentes facetas del acogimiento familiar por parte de abuelos en Mallorca. Se aportarán datos que describen cómo son estos abuelos que se ven «obligados» a cuidar de sus nietos. Además, se analizarán las implicaciones y el impacto en las dinámicas familiares y sociales.

1. Introducció

L'acolliment familiar s'ha d'entendre com un recurs més del sistema de protecció infantil, clarament definit a la nostra legislació vigent. L'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) té atribuïdes les competències en matèria de tutela, acolliment i adopció de persones menors d'edat. La legislació preveu que la guarda d'aquestes persones (en

situació de desemparament o en guarda voluntària o per disposició judicial) es pot dur a terme mitjançant els serveis d'acolliment residencial o d'acolliment familiar.

La mesura de l'acolliment familiar està ben emparada per la legislació en matèria de protecció a la infància i l'adolescència. Bàsicament per dos motius: un, perquè és una mesura jurídica i com a tal ha d'estar ben justificada; i, principalment, perquè dins les mesures protectores per a infants que han viscut situacions de desprotecció greu han de tenir prioritat aquelles que permeten romandre amb els seus familiars.

L'acolliment familiar per part de padrins s'ha consolidat com una solució vital a l'entramat de mesures de protecció a la infància vigents avui en dia. En un context on les famílies afronten desafiaments complexos, els padrins emergeixen com a figures clau, proporcionant un entorn segur i familiar per als seus nets. Aquest fenomen, lluny de ser una excepció dins el servei de protecció a persones menors d'edat, reflecteix un patró creixent a la societat, on el paper dels padrins transcendeix l'àmbit tradicional del suport ocasional per convertir-se en una responsabilitat cabdal en la criança i el benestar dels infants.

La dinàmica de l'acolliment per padrins està arrelada en una tradició cultural de solidaritat intergeneracional, però també respon a les noves realitats socials. En molts de casos, els padrins es veuen obligats a assumir un rol parental en absència dels pares. Aquesta pràctica, encara que sovint plena de desafiaments, comporta beneficis significatius tant per als infants i adolescents, que mantenen un vincle amb la seva família biològica i el seu entorn cultural, com per als padrins, que troben en aquest rol un sentit renovat de propòsit i connexió amb el seu llinatge.

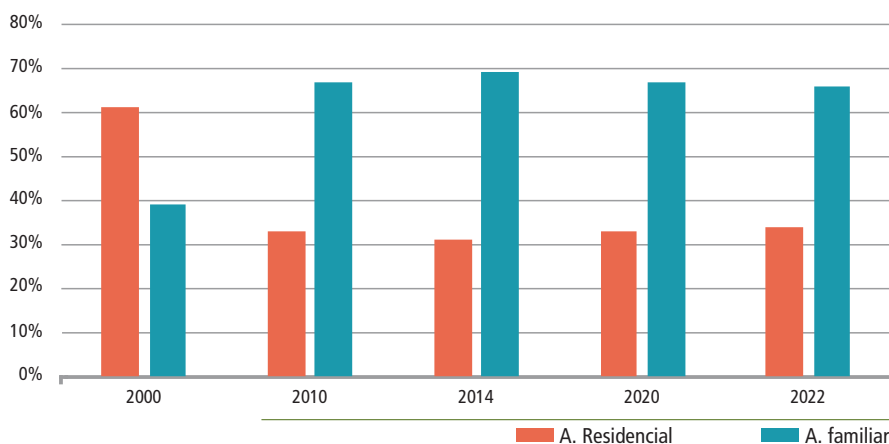
2. L'acolliment familiar: quan hem de cercar una alternativa familiar

La història de la protecció infantil va lligada a mesures com l'acolliment residencial o el familiar. Des de sempre, aquells infants que no podien ser atesos pels seus pares anaven a viure a institucions (incluses, hospicis, casa d'exposits...) o bé eren cuidats per altres familiars. Malgrat hi hagués una regulació en relació amb nins i nines desemparats o abandonats des d'inicis del segle XIX, no és fins ben entrada la dècada dels vuitanta quan la protecció infantil a Espanya no va iniciar un canvi relacionat amb les mesures que s'havien d'aplicar en casos de desprotecció. L'entrada en vigor de la Llei 21/1987 (que modificava alguns articles del Codi Civil en matèria d'adopció), i principalment l'aprovació de la Llei orgànica 1/1996, suposa un abans i un després quant a l'atenció d'aquells infants que no poden viure amb els seus pares. Aquestes lleis, i totes les posteriors, estableixen la prioritització de la seva criança en entorns familiars i no tant en entorns residencials. Malgrat això, aquests

dos tipus d'acolliment han conviscut (i encara ho fan) com a principals mesures de protecció juntament amb l'adopció.

En el gràfic 1, es veu l'evolució tant de l'acolliment residencial com del familiar a Mallorca des de l'inici del segle XXI. Es pot observar com l'atenció en entorns familiars ha anat augmentant, en detriment de l'atenció residencial. Aquesta tendència està clarament lligada al desenvolupament legislatiu des de l'aprovació de la Llei orgànica 1/1996 fins a dia d'avui.

Gràfic 1 | *Dades de l'evolució de les mesures de protecció d'acolliment residencial, acolliment familiar i adopció a Mallorca*



Font: elaboració pròpia a partir de base de dades de l'IMAS.

Com ja hem dit, hi ha acord unànim a apostar per mesures de protecció en entorns familiars més que no pas en residencials, llevat de circumstàncies que aconsellin altres formes d'atenció i cura, sempre d'acord amb l'interès superior del menor.

L'acolliment familiar és generalment preferit sobre l'acolliment residencial a causa de la capacitat per oferir un entorn més segur, estable i personalitzat, cabdal per al desenvolupament integral de les persones menors d'edat. Proporciona millors resultats en termes de desenvolupament emocional, social i educatiu i està més alineat amb els principis de drets de la infància i adolescència, i l'interès superior del menor segons la legislació vigent.

Així doncs, l'acolliment familiar es pot definir com una mesura de protecció que proporciona a les persones menors d'edat una convivència estable en un entorn

familiar. El seu objectiu és garantir la seva integració familiar i social, mentre no sigui possible la seva reincorporació a la família d'origen. És un recurs de protecció d'infants i adolescents però també un recurs de suport i d'ajuda a les famílies que no poden o no són suficientment competents per procurar les atencions necessàries als seus fills. Per això, la capacitat de les famílies dels infants i adolescents protegits és una de les finalitats del Servei d'Infància i Família.

En termes generals, tots els infants menors de dotze anys que han de ser separats de la seva família haurien de poder beneficiar-se d'un acolliment familiar, bé sigui en la seva modalitat temporal (simple) com en la d'acolliment familiar permanent. De preferència, s'estima que la família extensa constitueix el primer entorn que s'ha d'explorar abans de formalitzar un acolliment familiar. Sempre que la valoració d'algun component de la família extensa sigui positiva, se n'ha de realitzar l'acolliment abans que en qualsevol altre context familiar. La família extensa, a més de la vinculació emocional que la pot lligar amb la família d'origen del menor, presenta un context conegut i, generalment, viscut com a segur i protector pel mateix infant o adolescent.

La legislació actual estableix diferents modalitats d'acolliment familiar. En destacarem dos tipus: l'acolliment familiar temporal i el permanent. El primer es produeix quan encara no està clar si l'infant pot tornar a viure amb els seus progenitors; el segon, quan ja s'han esgotat les possibilitats de recuperabilitat dels pares i és necessari establir una mesura definitiva que implica que l'infant no pot tornar amb ells. Tant un com l'altre es poden constituir amb familiars propis o bé amb famílies alienes.

S'ha de dir que tots i cada un d'aquests acolliments disposen d'intervenció professional (els temporals des del programa de seguiment en família temporal pròpia i el permanent des del programa d'ACOFAM realitzat per l'equip de suport als acolliments en família extensa d'INTRESS) amb l'objectiu de poder incidir en la intervenció de pautes educatives i maneig de situacions quotidianes, solució de conflictes i negociació entre acollidors i joves, mediació entre els acollidors i els pares per facilitar els acords en les visites pel bé dels infants i adolescents, treballar la informació sobre la seva realitat familiar, entre moltes altres que sorgeixen en el dia a dia. D'aquesta manera es procura garantir que els infants i adolescents puguin comptar amb un context de desenvolupament sa i estable.

3. Acolliment familiar en família extensa: padrins que cuiden

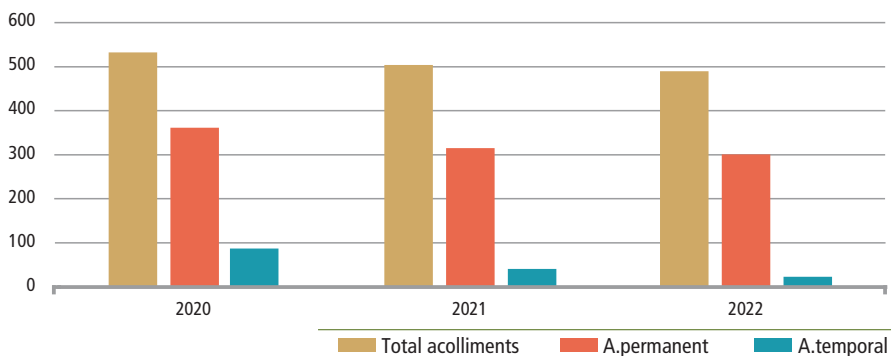
La legislació en matèria de protecció d'infants estableix la prioritat de prendre mesures dins l'entorn familiar sobre mesures d'atenció residencial, i una prioritat de la família extensa sobre la família aliena sempre que les circumstàncies siguin beneficioses per a l'infant.

Ja sigui amb família pròpia o bé aliena, la llei preveu que aquests acolliments puguin ser temporals o bé permanents. Els primers són aquells que es formalitzen mentre es fa feina amb els pares i es valora la possibilitat que els infants puguin retornar al nucli familiar; tenen una durada determinada. L'altre es tracta d'una mesura més estable que suposa que els infants viuran amb aquesta família fins als 18 anys, ja que s'ha descartat que els menors puguin tornar a viure amb els seus progenitors.

L'acolliment en família extensa és la mesura que més es formalitza. D'aquesta manera s'evita la separació del seu nucli més familiar, minimitzant les possibles conseqüències emocionals i conductuals que pot provocar la separació i els canvis sobtats cap a diferents mesures de protecció.

A continuació es presenta un gràfic amb les dades dels darrers anys en relació amb el número d'acolliments formalitzats a finals de cada any incloent-hi els que s'han fet en família aliena. Les altres columnes es refereixen només a dades d'acolliments familiars en família pròpia, distingint aquells que són temporals d'aquells que són permanents.

Gràfic 2 | *Total acolliments formalitzats i acolliments en família extensa segons tipologia*



Font: elaboració pròpia.

A partir d'aquest gràfic 2 es pot concloure que pràcticament tots els acolliments formalitzats es duen a terme amb família pròpia, i dins aquesta modalitat, la majoria són acolliments permanents. La resta d'acolliments, que suposen al voltant d'un 15% del total, serien els constituïts amb famílies alienes (ja siguin temporals o permanents).

Les famílies acudeixen a l'IMAS per tal de ser valorades com a aptes i poder oferir un context de desenvolupament que, pràcticament, ja és familiar per als infants i

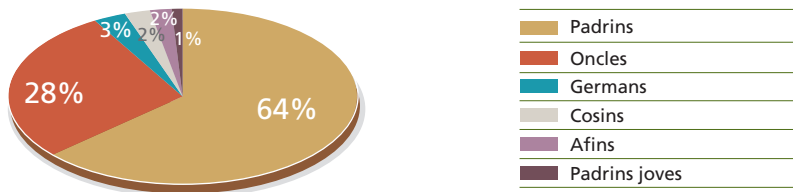
adolescents, per la qual cosa no suposa per a ells una ruptura amb el seu entorn més immediat i garanteix l'estabilitat en la seva vida.

El manteniment dins aquest entorn familiar ofereix un seguit de relacions estretes, personalitzades i estables marcades per l'afecte, el compromís i l'atenció continuada. Afavoreix, a més a més, els sentiments de pertinença, continuïtat i seguretat, a banda d'augmentar la probabilitat de mantenir la relació amb els seus progenitors i amb els seus germans.

Una vegada hem aclarit què és i què suposa l'acolliment familiar, començarem a analitzar les característiques d'aquests que es formalitzen en família pròpia.

Així, en el gràfic 3 es detalla el parentiu existent entre els infants i adolescents acollits i els seus acollidors principals.

Gràfic 3 | *Acolliments familiars família extensa segons parentiu*

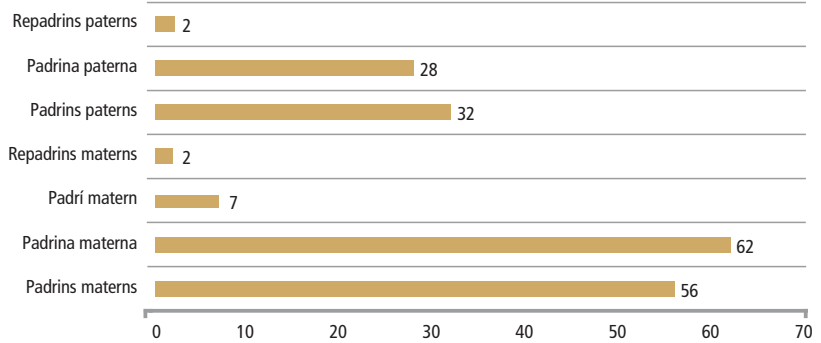


Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades d'acolliments.

Agafant les dades d'acolliments temporals i permanents amb família pròpia consolidats en el darrer any i extraient-ne el parentiu, es pot observar com el 64% dels infants i adolescents es troben compartint la seva vida amb els seus padrins, seguits a distància pels oncles en un 28%. La resta de familiars suposen el mínim d'acolliments.

Podríem dir que els padrins tenen més motivació a acollir als nets, ja sigui perquè es veuen obligats per les circumstàncies, perquè tradicionalment és el rol social assignat (cuiden dels descendents), perquè ja cuidaven dels nets encara que fos sense formalitzar cap acolliment o per l'obligació ètica d'assumir els infants i adolescents de la seva pròpia família.

Ara veurem qui són els padrins cuidadors. En el gràfic 4 desgranam l'ascendència dels padrins.

Gràfic 4 | *Acolliments familiars família extensa segons ascendència*

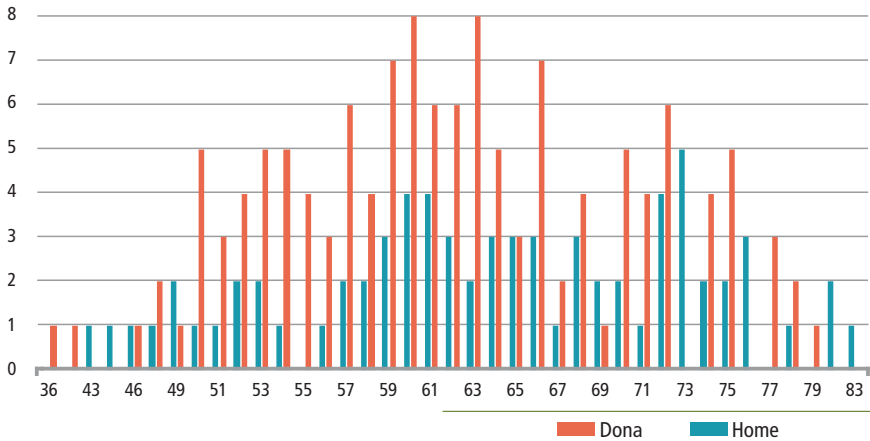
Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades d'acolliments.

El gràfic 4 ens mostra que de tots els acolliments formalitzats per padrins, 62 han estat assumits tan sols per part de la padrina materna tot i que dins el nucli familiar conviuen més persones de vincle afectiu i 56 acolliments formalitzats per ambdós padrins materns i 2 per repadrins materns. A més, podem afirmar que els acolliments familiars es duen a terme majoritàriament per la família materna (67%) enfront de la família paterna (33%).

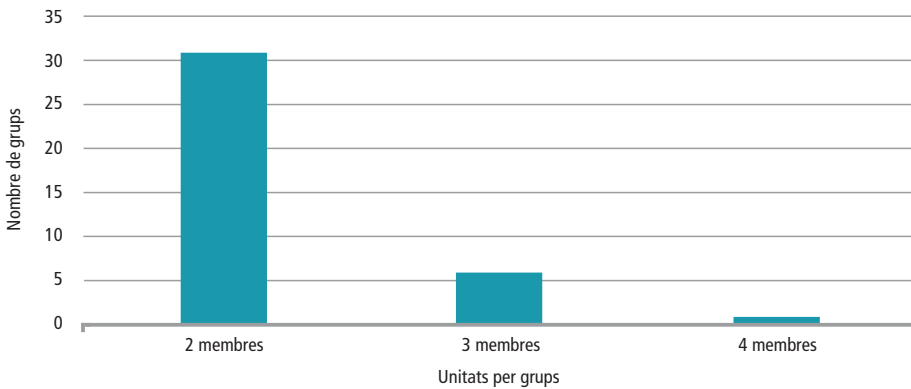
Quant a l'edat, com es pot observar en el gràfic 5, es concentren més acollidors en la franja d'edat d'entre 50 i 75 anys amb predominança del sexe femení al capdavant. Es denota una diferència intergeneracional significativa en relació amb els seus nets.

Un altre aspecte que cal considerar és que els acolliments familiars en família pròpia molt sovint impliquen la cura de més d'un infant o adolescent a la vegada. La llei estableix que, sempre que sigui possible, els germans han de romandre junts. En aquests tipus d'acolliments, els familiars no es poden plantejar l'opció de només acollir un net i l'altre no. Per tant, dins aquesta disjuntiva, la realitat és que els padrins volen acollir tots els nets, malgrat la situació no sigui del tot favorable.

Així, i tal com es pot observar en el gràfic 6, de tots els infants i adolescents acollits per padrins, un 28% d'ells es troben juntament amb els germans, destacant que quatre germans es troben dins el mateix acolliment amb una padrina monoparental. Seguit de 18 germans que es troben en sis acolliments en grup de tres i 62 germans que es troben en parella dins 31 acolliments.

Gràfic 5 | *Edat del padrins acollidors*

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades d'acolliments.

Gràfic 6 | *Grups de germans a un mateix acolliment*

Font: elaboració pròpia a partir de la base de dades d'acolliments

D'aquesta anàlisi en relació amb la realitat actual de l'acolliment familiar podem fer diferents afirmacions. Una d'aquestes és que aquesta mesura protectora és la prioritària per tots els beneficis que pot comportar per als infants i adolescents en el seu desenvolupament integral. A més, sempre que sigui possible i les circumstàncies siguin favorables, aquests acolliments s'han de formalitzar amb familiars propis, sent

les padrines maternes qui assumeixen el paper de cuidadores principals en la major part dels casos, ja sigui d'un únic net o bé de grups de germans.

4. Discussions i conclusions

Els acolliments familiars en família pròpia es basen en la consideració que l'entorn més favorable per a l'infant per desenvolupar-se és la pròpia família. Vivim en una societat molt familiarista, en la qual en certa manera tots cuidem i ens sentim cuidats pels nostres. I això fa que el sistema es mantingui.

Hem vist com, quan els pares fallen i no poden fer-se càrrec dels seus fills en condicions òptimes, són els padrins els que assumeixen aquestes funcions parentals substitutives i no complementàries. Això fa que per a aquests padrins s'estén el rol culturalment definit com a paternitat fora del temps evolutiu en el qual els tocava fer-ho. Aquest fet té una sèrie d'implícacions que en moltes ocasions es transformen en dificultats per les quals passen els acolliments familiars amb padrins, i que tenen repercussions tant per a ells com per als infants i adolescents acollits.

Sánchez (2000) fa una classificació de les principals dificultats per als padrins que es deriven del fet d'haver d'acollir els seus nets, manifestades en gran part d'acolliments.

Taula 1 Dificultats que suposa l'acolliment per als padrins	
Dificultats personals	Dificultats socials i ambientals
- Acolliment forçat per les circumstàncies. - Edat, cansament, fatiga. - Estrès per múltiples preocupacions. - Falta de temps lliure i de respir. - Problemes de salut física i mental. - Falta d'autonomia i independència. - Autoestima baixa. - Sobrecàrrega econòmica.	- Privació ambiental i social. - Precarietat econòmica. - Falta de recursos i suports. - Aïllament. - Pressió legal i social per l'acolliment. - Falta de reconeixement social.
Dificultats en la relació amb els nets	Dificultats en la relació amb els fills
- Confusió de rols. - Por del fracàs i repetició de conductes. - Desfasament intergeneracional. - Actituds sobreprotectores. - Falta d'habilitats i competències per a la criança i educació dels nets.	- Decepció, sentiment de fracàs. - Sentiment de culpa. - Fatiga i cansament. - Ambivalència de sentiments. - Conflictes.

Font: Sánchez (2000).

La diferència intergeneracional pot facilitar l'aparició de conflictes en alguns moments evolutius, com ara l'adolescència, amb la dificultat d'oferir un ambient estructurat i consistent pel que fa a les pautes educatives i límits, i dificultats en algunes famílies per poder fer un adequat seguiment i oferir suport en l'àmbit educatiu.

En altres ocasions, els padrins es veuen en una situació «no natural»: han de responsabilitzar-se dels nets perquè els seus propis fills no ho poden fer. Assumeixen aquest rol amb molta preocupació i impotència per la situació dels fills, i també amb moltes pors i incerteses. Se senten fracassats com a pares i mares que no han sabut cuidar dels fills i, a més, tenen dificultats per atendre les necessitats dels nets.

Experimenten emocions com ara culpa, ràbia, tristesa per la situació dels seus fills, temors i pors quant al futur, etc. En moltes ocasions la relació amb els fills progenitors no és bona. Però els han de veure pel bé dels nets (en els casos que tinguin visites pares-fills). Quan existeixen altres fills diferents als progenitors, aquests es converteixen en una font de suport, juntament amb altres xarxes de suport, si entenen i accepten l'acolliment.

Quant al suport extern, la majoria d'acolliments necessiten suport econòmic i sobretot professional. Necessiten suport emocional, pautes per atendre adequadament els nets, o per relacionar-se amb els fills progenitors. Suport per poder fer front a les dificultats que van sorgint dia a dia.

A més, el fet que els infants i adolescents hagin viscut situacions adverses amb els seus progenitors fa que puguin presentar seqüeles derivades de les vivències de maltractament i negligència i/o de la mateixa separació dels seus progenitors. Això ha de ser entès pels padrins cuidadors i sovint necessiten ajuda professional per fer front a aquestes seqüeles i els comportaments i conductes que se'n deriven en els infants/adolescents.

També hem de fer referència a un altre aspecte important: els problemes de salut dels acollidors, relacionats pel seu propi moment evolutiu. El fet que la majoria de padrins cuidadors tinguin més de 60 anys fa que just en el moment en el qual comencen a tenir qualche problema de salut relacionat amb l'edat es troben de ple en l'educació i cura d'un infant/adolescent que requereix un sobre esforç important, que no sempre poden assumir. Aquest fet repercuteix directament en la cura i acompanyament dels seus nets.

Un altre factor que es pot destacar relacionat amb aquesta paternitat sobrevinguda (i no desitjada) amb els nets és el fet que a edats pròximes a la jubilació en les quals un es planteja descansar i gaudir, i es comença a plantejar que qualche dia faltarà, aquests padrins es troben amb un infant/adolescent a casa que depèn d'ells totalment.

Totes aquestes dificultats que poden sorgir en els acolliments poden incidir que els padrins no estiguin satisfets amb les seves vides. La resiliència apareix com a concepte clau en l'acolliment familiar, Rutter (2007) defineix la resiliència com «el fenomen pel qual els individus assoleixen relativament bons resultats encara que estiguin exposats a experiències adverses». El grau de resiliència tant dels padrins cuidadors com dels mateixos infants pot determinar l'èxit del mateix acolliment familiar. La relació és directament proporcional: quanta més resiliència, més probabilitat que l'acolliment es desenvolupi en condicions òptimes per a grans i per a petits.

Així doncs, acollidors, persones menors d'edats acollides i equip de professionals de l'IMAS i col·laboradors passen a donar sentit a la relació entre vincle i afecció segura procurant que tots i cada un dels acolliments disposin de les eines necessàries per afrontar les dificultats, superar les crisis o afrontar-les d'una forma conscient.

Per normalitzar l'acolliment cal una major conscienciació de la societat, deixar de ser individualistes i acceptar que a les Illes Balears també hi ha casos de desprotecció infanto-juvenil que requereixen una societat més solidària i compromesa.

La legislació vigent sobre l'acolliment familiar a Espanya estableix un marc sòlid per a la protecció dels infants i adolescents en situacions de vulnerabilitat, promovent-ne el benestar i el desenvolupament en un entorn familiar. Tot i això, la implementació d'aquestes normatives i el suport continu a les famílies acollidores són fonamentals per superar els desafiaments i garantir que els menors rebin l'atenció i la cura que mereixen. Amb el compromís de les autoritats, les famílies i la comunitat, l'acolliment familiar pot continuar sent una solució eficaç i humana per a la protecció infantil.

Agraïments

A totes i cada una les persones que durant tots aquests anys han fet possible que els acolliments hagin anat endavant.

Referències bibliogràfiques

Decret 40/2006, de 21 d'abril, del Govern balear, on es regulen els acolliments familiars, d'adopció i de determinació d'idoneïtat.

Direcció executiva de Protecció al Menor i Atenció a la Família. IMAS (2011). «Manual d'intervenció del Servei de Protecció al Menor».

Documents interns de l'IMAS.

Llei orgànica 1/1996, de 15 de gener, de protecció jurídica del menor, de modificació parcial del Codi Civil i de la Llei d'enjudiciament civil (BOE núm. 15, de 17 de gener de 1996).

Llei 26/2015, de 28 de juliol, de modificació del sistema de protecció a la infància i l'adolescència (BOE núm. 180, de 29 de juliol de 2015).

Llei 9/2019, de 19 de febrer, de l'atenció i els drets de la infància i l'adolescència de les Illes Balears (BOIB núm. 26, de 28 febrer de 2019).

Llei orgànica 8/2021, de 4 de juliol, de protecció integral a la infància i l'adolescència enfront a la violència (BOE núm. 134, de 5 de juny de 2021).

Rutter, M. (2007). Resilience, competence, and coping. *Child abuse & neglect*, 31(3), 205-209.

Sánchez, C. (2000). *El acogimiento familiar de los menores hijos de padres toxicómanos*. Colección INTRESS.

Autores

MARIA DEL PILAR MOYÀ CASTELLS

Marratxí (1977). Diplomada en Educació Social per la Universitat de les Illes Balears l'any 2002. Especialista Universitària en Tècniques de Resolució de Conflictes Juvenils. L'experiència laboral des de l'any 2000 se situa dins l'àmbit de la població penitenciària i de la protecció d'infants i adolescents, en el treball amb infants i adolescents i les seves famílies des de medi obert a centres d'acolliment residencial, i des del 2012 en l'àmbit de l'acolliment familiar.

ÀNGELA RAMIS MURILLO

Palma (1978). Diplomada en Educació Social, llicenciada en Psicopedagogia, màster d'Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família, i doctora en Educació per la UIB. La seva experiència laboral des de l'any 2000 se situa dins l'àmbit de la protecció de menors, en el treball amb menors i les seves famílies des de centres d'acolliment residencial i de l'acolliment familiar, i més recentment des de la secció d'adopcions. Ha desenvolupat tasques d'investigació i avaluació a l'Observatori de la Infància de Mallorca, col·laborant en la redacció i en l'elaboració de diferents informes. Té publicat un llibre (*Evaluación de la calidad de la atención residencial en el sistema de protección a la infancia*) i diversos articles. És professora associada de la UIB al Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques.

QUI CUIDA LES QUE CUIDEN?

Qui cuida les que cuiden?

Ana Ordóñez Franco

Resum

El diari *El País* publicava en dates recents un titular que era: «Espanya atraparà el Japó com el país més longeu del món el 2040. L'esperança de vida superarà els 85 anys i els experts debaten sobre economia sostenible, millora de les cures i envelliment saludable». Al llarg del text s'entrevistava la directora de l'IMSESO, Maria Teresa Sancho, que, a l'hora d'analitzar els reptes que suposava aquest fet per a la societat espanyola, comentava: «Avançar en unes polítiques molt més pròximes a les necessitats, però també als desitjos de les persones, envellir en el seu entorn i millorar i oferir més dignitat a les condicions laborals dels professionals que es dediquen a les cures de la vida i que paradoxalment tenen escàs valor social». Tant el titular de la notícia com les declaracions de Sancho resumeixen els objectius que el Gabinet de Salut Laboral de CCOO de Balears es va proposar a l'hora de realitzar l'estudi «Qui cuida les que cuiden?», del qual a continuació presentem algunes conclusions.

El perfil de les persones majors en els centres residencials es caracteritza per un augment de les patologies cròniques i pluripatologies (en altres paraules, problemes de salut més complexos i nivells de dependència més elevats). La major part del treball que es realitza en aquests serveis el duen a terme cuidadores, tant auxiliars d'infermeria com gericultores. Un treball exigent, tant físicament com psicològicament. I és en aquest aspecte, en les condicions de treball, on hem posat la mirada. Les cuidadores estan exposades a una sèrie de factors de risc específics, en què els d'índole psicosocial i ergonòmica cobren especial importància, a causa de condicions de treball sovint precàries, l'atenció directa i constant que requereixen els usuaris, l'elevada càrrega física diària a la qual han de fer front, o el treball per torns i nocturn. L'exposició a aquests factors de risc repercuteix en la seva salut física, psicològica i social i sobre la seva seguretat i benestar. Una segona qüestió que abordem és si s'ha agreujat la situació laboral en el sector després de la crisi sanitària relacionada amb el SARS-COV2, ja que partíem d'una deficiència estructural en els centres residencials, en dotació de recursos humans, materials i en organització del treball.

Resumen

El diario *El País* publicaba en fechas recientes un artículo cuyo titular era: «España alcanzará a Japón como el país más longevo del mundo en 2040. La esperanza de vida superará los 85 años y los expertos debaten sobre economía sostenible, mejora de los cuidados y envejecimiento saludable». A lo largo del texto se entrevistaba a la directora del IMSESO, Maria Teresa Sancho, que, a la hora de analizar los retos que suponía este hecho para la sociedad espanyola, comentaba: «Avanzar en unas políticas mucho más cercanas a las necesidades, pero también a los deseos de las personas, envejecer en su entorno, y mejorar y ofrecer más dignidad a las condiciones laborales

de los profesionales que se dedican a los cuidados de la vida y que paradójicamente tienen escaso valor social». Tanto el titular de la noticia como las declaraciones de Sancho resumen los objetivos que el Gabinete de Salud Laboral de CCOO de Baleares se propuso a la hora de realizar el estudio ¿Quién cuida a las que cuidan?, del cual presentamos a continuación algunas conclusiones

El perfil de las personas mayores en los centros residenciales se caracteriza por un aumento de las patologías crónicas y pluripatologías (en otras palabras, problemas de salud más complejos y niveles de dependencia más elevados). La mayor parte del trabajo que se realiza en estos servicios lo llevan a cabo cuidadoras, tanto auxiliares de enfermería como gerocultoras. Un trabajo exigente, tanto física como psicológicamente. Y es en este aspecto, en las condiciones de trabajo, donde hemos puesto nuestra mirada. Las cuidadoras están expuestas a una serie de factores de riesgo específicos, donde los de índole psicosocial y ergonómico cobran especial importancia, debido a condiciones de trabajo a menudo precarias, la atención directa y constante que requieren los usuarios, la elevada carga física diaria a la que deben hacer frente, o el trabajo a turnos y nocturno. La exposición a estos factores de riesgo repercute en su salud física, psicológica y social y sobre su seguridad y bienestar. Una segunda cuestión que abordamos es si se ha agravado la situación laboral en el sector tras la crisis sanitaria relacionada con el SARS-COV2, ya que partíamos de una deficiencia estructural en los centros residenciales, en dotación de recursos humanos, materiales y en organización del trabajo

1. Introducció

La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, (col·loquialment Llei de dependència), defineix la dependència com:

l'estat de caràcter permanent en què es troben les persones que, per raons derivades de l'edat, la malaltia o la discapacitat, i lligades a la falta o a la pèrdua d'autonomia física, mental, intel·lectual o sensorial, necessiten l'atenció d'una altra o altres persones o ajuts importants per realitzar activitats bàsiques de la vida diària o, en el cas de les persones amb discapacitat intel·lectual o malaltia mental, altres suports per a la seva autonomia personal.

L'envelliment gradual de la població i l'increment de persones que necessiten cures especialitzades determinen la necessitat d'un desenvolupament més gran d'ocupacions i professionals específics. Conseqüentment, la millora de les qualificacions i l'acreditació dels professionals que presten serveis en aquest àmbit cobra una importància cabdal

en el desenvolupament del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (d'ara endavant SAAD).

L'Acord sobre criteris comuns d'acreditació i qualitat dels centres i serveis del SAAD (Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030) fixa uns requisits i estàndards sobre personal i qualitat a l'ocupació, com un pilar fonamental per garantir l'adequada prestació dels serveis i atenció a les persones en situació de dependència. Un acord que ha de possibilitar i promoure la millora de les condicions sociolaborals del sector. La qualitat de les prestacions del sistema és inseparable de la qualitat de la feina.

Tot i això, la situació actual d'aquesta població treballadora està caracteritzada per baixos salaris, precarietat contractual, i escassa atenció i valoració en la prevenció de riscos laborals. Les tasques realitzades comporten l'execució d'activitats amb risc de tipus ergonòmic (càrrega física i mental) i psicosocial. L'exposició a aquests factors de risc pot produir alteracions en la salut de les persones cuidadores, tant al pla físic com al pla psíquic.

La irrupció del SARS-COV-2 ha evidenciat les deficiències sistèmiques dels sistemes de provisió de cures a la població dependent i la necessitat de superar-los. I també ha posat sobre la taula les deficiències que pateixen les plantilles dels centres residencials. Problemes que s'havien anat gestant per la implantació deficient de la Llei de dependència a causa de la crisi que es va iniciar el 2008, les retallades polítiques i els continus bloquejos pressupostaris per part de l'administració de l'Estat. La pandèmia ha estat gestionada per centres que ja tenien problemes que podríem qualificar d'estructurals.

Aquesta va ser una de les principals raons que des del Gabinet de Salut Laboral de CCOO Illes Balears ens va motivar a fer l'estudi «Qui cuida les que cuiden?».

Un estudi que té com a objectiu identificar les condicions de treball, els principals riscos laborals i l'impacte de la covid-19 en les persones treballadores de residències i centres de gent gran de Balears.

2. Metodologia

L'informe s'ha elaborat sobre la base de 97 qüestionaris, 22 entrevistes personals i 3 grups de discussió, de persones treballadores que pertanyen a 19 centres residencials (que abasten els diferents modes de gestió i titularitat) i que representen un percentatge del 40% del total. La recollida i l'anàlisi de les dades es va fer al llarg del segon semestre del 2022.

La plantilla dels centres seleccionats arriba a una xifra de 950 treballadors/res (el 41% del personal del sector). La mida mitjana de les empreses objecte de l'estudi es va situar en 51 treballadors/res per residència.

Una primera conclusió que podem destacar en aquesta fase inicial de recollida de dades quantitatives és que el 87% de les persones treballadores participants a l'estudi són dones, de les quals un 68% són espanyoles i un 19% d'origen estranger. Població la franja d'edat majoritària de la qual oscil·la entre els 25 i 34 anys, i en segon lloc hi ha la forquilla entre els 45 i 54 anys.

Les categories professionals en les quals se centra l'anàlisi van ser la d'auxiliar d'infermeria i gericultora: 8 de cada 10 treballadores de les residències pertanyen a aquests dos grups. Són el personal d'atenció directa de primer nivell: personal polivalent de suport directe a les persones en situació de dependència, essencial per donar suport a la seva autonomia, la seva participació i per al desenvolupament de les activitats bàsiques de la vida diària. Perfils professionals que, si bé tenen qualificacions diferents, comparteixen i fan tasques molt similars.

El 85% té una antiguitat mitjana a la professió de menys de 10 anys. I un 53% treballa al centre entre 3 i 10 anys.

3. Les condicions de treball com a factors de risc determinants de la salut laboral

Com hem comentat, l'estudi realitzat es focalitza en les categories professionals d'auxiliar d'infermeria i gericultora. Són professionals que realitzen un ventall molt ampli de tasques: atenció i cura personal dels residents, tasques domèstiques de neteja i manteniment de les instal·lacions, o aquelles altres relacionades amb l'alimentació, així com activitats socioeducatives.

Els qüestionaris, les entrevistes realitzades i els grups de discussió ens han permès conèixer i aprofundir en les condicions de treball, i establir una relació causa-efecte en la generació de conseqüències perjudicials per a la seguretat, la salut i el benestar de les treballadores. S'entén per **condicions de treball** qualsevol característica d'aquest que pot tenir una influència significativa en la generació de riscos per a la seguretat i la salut de la persona treballadora.

Exposem a continuació breument els principals factors de risc presents al lloc de treball i les seves conseqüències.

3.1. Risc ergonòmic i lesions musculoesquelètiques

En primer lloc, un dels riscos més comuns en les treballadores dels centres residencials són els trastorns musculoesquelètics d'origen laboral (TME): alteracions que pateixen els músculs, articulacions, tendons, lligaments, nervis, ossos i el sistema circulatori, causades o agreujades fonamentalment pel treball i els efectes de l'entorn en què aquest es desenvolupa (OSHA, 2007).

La major part dels TME són trastorns acumulatius, resultants d'una exposició repetida durant un període de temps prolongat, deguts a factors de risc biomecànic i organitzacionals. Trastorns que afecten principalment l'esquena, el coll, les espatlles i les extremitats superiors, encara que també poden danyar les extremitats inferiors.

Probablement una de les principals contingències de les cuidadores als centres d'atenció a persones grans (amb un alt percentatge en situació de dependència) és afrontar la incapacitat física dels residents per a la mobilitat. Un 76% de les treballadores enquestades manifesta fer aquestes mobilitzacions en solitari i de manera manual, a causa de la manca de mitjans tant materials com humans de suport. Això implica que la treballadora ha d'exercir un gran esforç de maneig de càrregues, unit a postures incòmodes i forçades, per poder complir amb les seves tasques diàries d'aixecar i ficar al llit els usuaris, acompanyar-los al bany, rentar-los o fer-los canvis posturals. Una tasca que, en el cas de pacients amb deteriorament cognitiu, exigeix un esforç més gran.

Els horaris marcats per acabar cada tasca els obliga a treballar a un ritme intens, que afavoreix la generació de TME: «A la nit sí que van junts. Són dues persones per a tres canvis de bolquer, són 130 avis. Entre els dos fan els 400 canvis de bolquer. I tres canvis posturals més... unes altres 400 mobilitzacions».

Si a la mateixa tasca se li sumen cicles de treball inadequats que impedeixen la recuperació del múscul, es poden produir lesions musculoesquelètiques derivades de la sobrecàrrega de l'aparell osteomuscular i risc dorsolumbar. Al nostre estudi el 70% de les enquestades declaren que mai no es fan pauses de recuperació després d'un esforç.

Es detecta igualment la manca de formació per a la mobilització de residents. Només la meitat de les consultades consideren tenir formació proporcionada per l'empresa per a la manipulació correcta de càrregues físiques.

La mobilització manual de pacients, el ritme de treball elevat o els moviments repetits, així com postures inadequades realitzades per les treballadores (a causa sobretot de flexió/extensió del braç) són riscos que tenen una clara associació amb molèsties habituals a la regió dorsolumbar, tal com reconeix tenir el 83% de les entrevistades.

Les principals conseqüències dels TME són la disminució de la qualitat de vida, per mor del dolor i les molèsties que provoquen. I una segona conseqüència són les reiterades baixes laborals.

Les treballadores assenyalen mancances en equips i ajudes tècniques: «L'altre dia una companya es va enganxar l'esquena aixecant un avi, des de l'empresa li van dir que se n'anés al metge de capçalera. La Mútua nega que sigui de la feina». Al 85% dels centres objecte de l'estudi, no existeixen o són insuficients les lliteres i tamborets regulables, lliteres flexibles o semiflexibles d'evacuació, cadires elèctriques per aixecar l'usuari i taules i discos de transferència.

Per fer la transferència de cadira de rodes a butaca mitjançant grua, únicament disposen d'arnesos per deixar-los sempre posicionats i manipular el mínim possible el resident. A aquests equips no se'ls realitza un manteniment periòdic, per la qual cosa és habitual que es trobin inhàbils: «Hi ha tres grues, una de sac. Una altra no l'explic perquè està trencada i la de pavelló, dues en total per a 100 usuaris que la necessiten. No s'adonen que tenim 100 persones amb cadires de rodes i hem de moure de cadira a butaca a pes». Així mateix, moltes vegades les ajudes tècniques no són apropiades a les necessitats de l'usuari: disseny inadequat per a la manipulació mecànica dels equips i de les eines com grues, cadires de rodes, llits articulats... Aquests equips, a més, segons les enquestades, o són de mala qualitat (40,3%) o no s'ajusten a les característiques del centre (24,7%).

El disseny de les instal·lacions (les habitacions, els banys, vestíbuls i altres espais) són petits, estrets o bé el seu manteniment deficient (existència d'obstacles, terres en mal estat) tenen com a resultat que el 62% de les entrevistades manifesta que és complicat utilitzar grues, cadires de rodes i altres elements d'ajuda, per la qual cosa es veuen obligades a adoptar postures inadequades.

Per això, no és estrany que el 58% de les cuidadores declarin tenir freqüents molèsties i dolors al coll, per la realització d'aquestes tasques de manipulació i mobilització dels usuaris. La utilització de la força necessària per empènyer les cadires, llits, lliteres, etc. es relaciona amb trastorns als canells (un 43%) i a les mans (33%). Empenta i arrossegament de grues, llits, cadires, carros, lliteres, cadires de rodes, carros (de menjar, roba, neteja o cures), es tradueixen en malalties bé a l'espatlla (39%), bé al maluc (44%). Es detecten també molèsties, relacionades amb la manipulació de càrregues i desplaçaments verticals, als genolls (44%) i als peus (57%).

3.2. Els riscos psicosocials: la càrrega de treball, la fatiga i la insatisfacció laboral

El treball realitzat per les cuidadores es caracteritza per una elevada càrrega de treball (esforç que hem de realitzar per desenvolupar la nostra activitat laboral), a causa de la

quantitat de mobilitzacions que han de dur a terme al llarg de la jornada. El 83% de les enquestades ho confirma: «Mira, per a més de 120 usuaris som 2 auxiliars de nit. Hem de donar el ressopó, ficar-los al llit, fer-los tres canvis de bolquer, dos d'obligatoris i un de repàs, canvis posturals, donar els medicaments, muntar el menjador de l'esmorzar i netejar les cadires de rodes».

La ràtio personal/usuari és l'indicador bàsic per mesurar la qualitat de l'atenció assistencial a la persona usuària. Mesura el nombre de treballadors —en ocupació equivalent— per cada usuari; tenint en compte que la relació és menor que una, la ràtio s'expressa, per regla general, en nombre de treballadors per cada 100 usuaris. En definitiva, mesura el temps d'atenció assistencial diària dedicat —o que caldria dedicar— a la persona resident.

Les comunitats autònomes van consensuar unes ràtios estàndard segons el grau de dependència (Decret llei 12/2020, BOIB 12/08/2020). La ràtio personal/usuari actual és de 33 cuidadors directes per cada 100 usuaris. Les ràtios de plantilla són el principal indicador que defineix la càrrega de treball que han d'assumir els professionals que presten els serveis d'atenció del sistema, cosa que determina el temps de dedicació efectiva que ha de rebre cada persona reconeguda en situació de dependència. Per tant, les ràtios de plantilla constitueixen un dels elements principals que defineixen la qualitat de l'atenció de les persones beneficiàries.

No obstant això, la ràtio esmentada no recull les hores reals de cura, perquè no es comptabilitzen absències per incapacitat temporal, maternitat/paternitat, permisos, vacances, etc. que es produeixen entre la plantilla.

El 95% de les enquestades afirma que les absències de personal en aquestes situacions no són cobertes, per la qual cosa finalment el nombre total de personal d'atenció directa és molt inferior. Per al 90% de les enquestades el nombre d'usuaris que porta cada gerontòloga és excessiu, declaren portar una mitjana de 17 usuaris per treballadora: «Al menjador són 90 residents per a 4 auxiliars. Impossible atendre'ls. No mengen de vegades. No sopen. Som tan poques que no sabem ni qui ha menjat ni qui no». Una treballadora comenta: «Fes el compte. Cada treballadora s'ha d'ocupar dels residents que té assignats al torn de matí. De normal és una hora, però posem que són dues. Cal anar a l'habitació del pacient, que pot tenir Alzheimer o Parkinson, o qualsevol altra demència. Obrir les finestres, donar-li el bon dia, despertar-lo, aixecar-lo, posar-lo a la cadira de rodes, portar-lo a la dutxa, eixugar-lo, hidratar-lo, vestir-lo, posar-li potser una pròtesi, si és home afaitar-lo i portar-lo al saló per esmorzar... això quan és un dia normal la plantilla està completa. Quan hi ha una absència per alguna baixa o per qualsevol permís, ni tan sols la substitueixen, i aquesta feina s'ha de repartir entre les treballadores, això implica menys temps a fer les funcions de cadascun dels residents».

La Llei de dependència defineix la valoració dels graus de dependència, aplicant-se els criteris a nivell estatal. El Reial decret 174/2011, d'11 de febrer, aprova el barem de valoració dels graus i nivells de dependència a partir del tipus i la quantitat d'activitats que les persones no poden fer sense ajuda.

Segons les cuidadores entrevistades, actualment se segueixen mantenint ràtios idèntiques que fa anys, malgrat l'augment dels nivells de dependència de les persones usuàries. El 83% de les enquestades considera que el grau de dependència de les persones residents no està correctament valorat: «No s'adonen que la majoria de la gent s'està deteriorant, no s'adonen que no tenim la mateixa feina que abans».

A més, cal afegir la dificultat que suposa, en moltes ocasions, atendre usuaris amb demències, amb alteracions de conducta, sovint amb discapacitats molt accentuades tant físiques com psíquiques: manca de mobilitat, pèrdua d'audició i visió, canvis d'humor, problemes de comunicació, etc. En aquestes circumstàncies, els comportaments violents o agressius cap al personal cuidador poden suposar un risc per a la seguretat i la salut. El 57% de les treballadores comenta patir amb relativa freqüència agressions físiques (normalment amb conseqüències lleus), abusos verbals i amenaces: «Quan els fas canvis de bolquer de vegades estan agressius, de mal humor perquè els despertes. De vegades t'estrenyen el canell. Ara ja m'ha fuit el blau».

La càrrega física és, per tant, molt més gran, perquè cada vegada cal fer més mobilitzacions i transferències, hi ha més usuaris enllitats, més tasques en què cal prestar ajuda parcial o total als residents. Cada tasca requereix més temps ja que hi ha menys col·laboració per part de la persona resident, bé per problemes de mobilitat, bé per problemes de comprensió, comportament, etc.

Un 80% de les treballadores reconeixen que l'atenció se'n ressent en haver de realitzar les tasques de cura i lavabo, o alimentació, a un ritme elevat per falta de temps: «És que és el ritme de treball per arribar a tot, per assumir totes les tasques. No tractem els usuaris com ho hauríem de fer, no els atenem prou o no se'ls tracta dignament. És que no tens temps de rentar-los a tots. Els passes una tovalloleta i ja està».

L'elevat nombre d'usuaris, la manca de temps i l'àmplia varietat de tasques que duen a terme amb cadascun es tradueix en una càrrega de treball elevada tant física com mental. Un 70% de les treballadores consideren que ha de mantenir una atenció molt alta durant tota la jornada laboral: «Se t'escapen. No els pots tancar i tampoc els pots controlar mentre pugues per un altre lloc. A les de recepció també se'ls escapen. No hi pots fer res, si ni tan sols ets a la seva planta».

Les cuidadores comenten que hi ha una sèrie de tasques molt necessàries, com les d'acompanyament, conversa, escolta, però que no poden fer-les. El ritme de la residència, l'organització del temps de treball, ni ho facilita ni està entre els seus objectius. El 66% de les enquestades creu que atendre millor els usuaris seria un objectiu de summa importància. Una entrevistada comenta que «És clar que estem malament emocionalment perquè no estem parant l'atenció que necessiten els residents».

Les treballadores no només han de tractar amb persones que presenten limitacions físiques i cognitives, sinó que a més no solen tenir suport familiar, social (soledat) i que estan en contacte permanent amb la malaltia i la mort. Conseqüentment, han d'afrontar patologies i situacions complexes, que dificulten que es puguin separar emocionalment de la feina. Per tant, el tracte amb els usuaris és un possible factor de risc psicosocial, que pot derivar en conseqüències negatives per a la salut de les treballadores. El 66% de les enquestades reconeix que es troba exposada a situacions que els afecten emocionalment; és una feina en què resulta molt difícil desconnectar després d'haver acabat la jornada laboral.

El suport social es defineix per la presència de diferents recursos de suport i ajut ofert per persones de l'entorn laboral. Aquests recursos poden consistir a mostrar empatia, afecte, confiança, escolta, en ajuda directa per facilitar la feina, en oferir informació per poder-la fer servir en situacions problemàtiques o que facilitin l'exercici del treball. Un suport social adequat pot actuar com a amortidor dels efectes d'altres estressors, contribuint al benestar psicològic i la salut. Però el revers d'aquesta situació és que les relacions personals també poden ser origen d'estrès i tensió quan són competitives, de desconfiança, poc cooperatives o amb escàs o nul suport entre persones, i es converteixen en font de conflictes.

Les entrevistades manifesten l'existència de diferents tipus de suport o ajut rebuts per companyes o superiors, si bé és el suport instrumental d'altres cuidadores el que perceben més clarament.

De fet, un 66% de les enquestades reconeix tenir bones relacions amb les companyes. Aquesta proporció baixa fins a un 30% en el cas dels superiors: «Hi ha un mal ambient de treball. Ningú no ve content. No volem venir a treballar». Valoren de manera molt positiva les relacions amb treballadores que aporten consol, escolta i desfogament: el 80% de les entrevistades considera que pot comptar amb el seu suport sempre o gairebé sempre.

No obstant això, les treballadores no perceben els seus superiors com a font de suport social, ja que només n'esperen suport instrumental i tampoc és habitual. Un percentatge significatiu del 84% considera que no aprecien ni reconeixen la seva

feina: «Hi ha moltes caigudes. No sé si s'hi reflecteixen. No us informen de res d'aquest resident, ni de les caigudes. No podem vigilar 3 sales alhora però ens fan responsables de les caigudes».

Tot i els conflictes que puguin ocórrer de manera puntual, un 77% de les treballadores se senten valorades i apreciades pels usuaris i els seus familiars. D'altra banda, consideren la feina com una necessitat social.

Però malgrat aquesta valoració positiva per part dels residents, les cuidadores opinen majoritàriament que la seva activitat no està prou reconeguda per la societat i, com a conseqüència, no es milloren ni les seves condicions de treball ni salarials: «Amb aquests salaris tan baixos i les condicions tan dures, el que està passant és que hi ha greus problemes per contractar gericultores. Necessitem que aquest sector deixi d'estar en precari, perquè és una feina essencial i fonamental. Però, a més, si fos un sector atractiu seria una manera de consolidar treball fix; però les meves companyes el que volen és anar-se'n a treballar a un altre sector amb condicions laborals dignes».

El salari brut anual de les cuidadores en serveis residencials del sector privat per a gent gran a les Balears és de 14.000 euros, un 56% inferior al salari brut del sector públic a la mateixa categoria professional (25.042 euros). Una dada que posa en relleu la precarietat salarial a l'àmbit privat. Per tant, no és estrany que un 96% de les treballadores no es considerin justament remunerades per la seva feina i per les obligacions, responsabilitats i exigències físiques, mentals i emocionals que implica. El percentatge idèntic manifesta que el salari no els permet cobrir les seves necessitats ni les de la seva família: «El que han de fer és pujar el sou igual que ha pujat el nivell de vida i donar incentius als treballadors. El conveni és evidentment insuficient, primer per les condicions laborals i les condicions salarials. Hi ha categories que estan per sota del salari mínim interprofessional com a salari de conveni».

4. I ara què? Situació després de la pandèmia de la covid-19

Una de les conclusions de l'estudi és que l'important suport dels companys i les companyes de treball va ser un element clau per reduir l'impacte negatiu que el contacte diari amb la mort, el patiment o la por del contagi va suposar durant la crisi sanitària. El suport social en aquestes circumstàncies va ser fonamental per ajudar a disminuir els nivells d'estrès traumàtic després de l'experiència viscuda.

A l'hora d'abordar, durant el qüestionari i les entrevistes, la qüestió del tracte per part dels superiors, les respostes mostren un estil de comandament tòxic i autoritari. El 41% reconeix que han empitjorat les males maneres de dirigir-se als treballadors: «La

directora em parla de males maneres. Estic molt afectada. Vaig parlar amb el psicòleg de la residència, plorant i amb vòmits de l'ansietat. Ens donen un tracte vexatori, despectiu, a totes, no només a mi. No soc capaç d'enfrontar-me a la situació. Tinc por que m'acomodin». Les pressions i les amenaces per la situació laboral han empitjorat en un 37% dels casos.

En diferents estudis se subratlla la necessitat urgent del desenvolupament de programes de prevenció psicosocial, que ajudin a mitigar els trastorns psicològics en aquesta població treballadora, després de l'experiència viscuda amb altes dosis de patiment, preocupació empàtica, desajust entre demandes i recursos laborals,

El 88% de les enquestades manifesta que l'impacte emocional de la situació viscuda no s'ha tingut en consideració de cap manera en el tracte a les treballadores i l'organització del treball. Únicament el 14% de les enquestades manifesta que les empreses han mostrat gratitud i suport per l'esforç realitzat: «L'empresa, ni les gràcies per la covid. Res, no ens van donar 100 euros de més. Un dels caps va dir que ens donarien 100 euros més i ens ajudarien terapèuticament, però res. I a sobre des de llavors ens exigeixen més i ens piquen».

Al 90% dels casos l'empresa no ha pres mesures per atenuar l'impacte emocional que la crisi sanitària va provocar, i que es va reflectir en problemes d'ansietat, estrès, insomni.

Les treballadores reconeixen que la seva salut mental s'ha vist afectada arran de la pandèmia sempre o sovint de maneres diferents. L'estrès traumàtic que confessen patir no és un trastorn psicològic en si mateix, sinó un risc psicosocial derivat del contacte amb el trauma. La meitat de la població enquestada diu que té sempre canvis d'humor i un estat de tristesa i malenconia permanent i dificultat per dormir.

Un 67% reconeix patir més estrès i ansietat a la feina.

Un 57% manifesta por i inquietud de manera constant o habitual; el mateix percentatge declara travessar estats de nerviosisme, irritabilitat o tensió.

Un 26% pren sedants, ansiolítics i antidepressius de manera habitual, i un 16% de manera puntual.

5. Conclusions

Una de les primeres conclusions és que la càrrega i el ritme de treball són els factors que tenen més repercussió negativa sobre la salut de les cuidadores.

Ambdós aspectes estan condicionats i venen determinats per les ràtios inadequades i la manca de personal existent a les residències. Són qüestions que no s'ajusten, no responen a les necessitats ni als nivells actuals de dependència dels usuaris. Un perfil d'usuari que ha crescut en els darrers anys com a conseqüència del creixent envelliment de la població (societats longeves): com més edat, més nivell de dependència i pèrdua funcional i més necessitat de cures.

Aprofundint en els factors que repercuteixen directament sobre la càrrega de treball, esmentarem el ritme de treball (condicionat alhora per les ràtios), el temps escàs per a la realització de determinades tasques, la impossibilitat o dificultat d'ús de les ajudes tècniques (tant pel seu estat de conservació, el seu disseny, com per l'alentiment que comporta la seva utilització en les tasques que cal executar en un escàs marge de temps). Les tasques més dures que fan aquestes treballadores són les relacionades amb les mobilitzacions, les transferències i els canvis posturals. En el torn de nit (amb recursos encara més deficitaris), la càrrega de treball és encara més gran,

El treball de les professionals és un alt compromís i esforç físic, mental i emocional, però amb escassa valoració social. Una activitat que dificulta molt la conciliació de la vida laboral amb la personal i la familiar. El component emocional que comporta l'atenció i la cura de persones dificulta a les cuidadores aïllar-lo de la seva vida i que no els afecti, més o menys.

Hi ha un desajust entre la formació (tant inicial com contínua) de les treballadores i la possibilitat de portar-la a la pràctica. Una formació que, en general, no preveu el tractament, l'enfocament de determinades situacions o com atendre certs perfils d'usuaris.

Es detecta un lligam estret entre les condicions de treball i el seu impacte sobre la salut. Si a això li sumem l'envelliment de la població treballadora i la seva elevada càrrega física, són factors que, sens dubte, cal que siguin valorats de manera preferent a l'avaluació de riscos laborals per prevenir-los.

Referències bibliogràfiques

CEOE, CEPYME, UGT i CCOO (2020). Propuestas de los interlocutores sociales en relación a la puesta en marcha de un Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Dirección General de Salud Pública (2021). *Adaptación de las medidas en residencias de mayores y otros centros de servicios sociales de carácter residencial en un contexto de alta transmisión comunitaria*. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, Calidad e Innovación.

Grupo de Investigación Políticas Sociales y Estado del Bienestar (POSEB) (2020). *Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*. Instituto de Políticas y Bienes Públicos Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Marbán Gallego, V. El sistema español de atención a la dependencia. Documento de trabajo 4.9 del VIII Informe FOESSA, pp.12-13.

MSF. Poco, tarde y mal. El inaceptable desamparo de los mayores en las residencias durante la COVID-19 en España 2020.

Rojo, F. P., i Fernández-Mayoral, G. (2018). La calidad de vida en la población mayor. *Revista Panorama Social*, 28.

Urquijo, M. R., Berjón del Bado, M. A., i Pérez, J. B. (2019). *Las mujeres en actividades de cuidado de personas mayores. Exposición a factores psicosociales en establecimientos residenciales y servicio de ayuda a domicilio*. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST).

Urquijo, M. R., i Pérez, J. B. (2020). *Guía para la gestión de los riesgos psicosociales en la actividad de cuidado de personas mayores*. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). <http://www.insst.es/catalogo-de-publicaciones>

Autora

ANA ORDÓÑEZ FRANCO

Puertollano (Ciudad Real). Sociòloga. Tècnica en prevenció de riscos laborals. Màster en PRL. Tècnica del Gabinet de Salut Laboral CCOO IB des de l'any 2007 fins a l'actualitat. Ha participat en diferents programes de recerca i actuació de caràcter autonòmic i estatal, entre altres: Canvi climàtic i salut laboral. Com afecta a la salut de les persones treballadores?; Impacte de la covid-19 i les condicions de treball en residències i centres de majors de Balears; La salut laboral com a eina transversal de l'acció sindical; En el treball exigim seguretat, vigilem la salut, coneix la prevenció; Protecció de les persones treballadores especialment sensibles en centres especials d'ocupació i empreses a les Balears.



Universitat
de les Illes Balears



**Govern de les
Illes Balears**

Conselleria de Famílies
i Afers Socials

Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2024**



IMAS
Departament de
Benestar Social
Consell de Mallorca



Colonya
Fundació Guillem Cifre