

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2023



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 2023**



Universitat
de les Illes Balears



G CONSELLERIA
O FAMÍLIES
I AFERS SOCIALS
B DIRECCIÓ GENERAL
/ AFERS SOCIALS



IMAS
Departament de
Benestar Social
Consell de Mallorca



Colonya
Fundació Guillem Cifre



Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2023

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

Directores adjuntes:

Dra. Lidia Sánchez-Prieto

Dra. Maria Valero de Vicente

Consell de Redacció

Vocals:

Dr. Josep Lluís Oliver Torelló

Dra. Belén Pascual Barrio

Dra. Marga Vives Barceló

Dr. Joan Amer Fernández

Dra. M. Antònia Gomila Grau

Dra. Rosario Pozo Gordaliza

Dra. Victòria Quesada Serra

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 2023
- * © 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 Conselleria de Famílies i Afers Socials de la Direcció General d'Afers Socials del Govern de les Illes Balears, <<https://www.caib.es/govern/organigramalarea.do?coduo=3349>>, de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal, <https://catedradependencia.uib.cat/anuaris>, d'Edicions UIB, <<http://edicions.uib.es>>, del GIFES, <<http://gifes.uib.es>>, i del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, <<https://dpde.uib.cat/Publicacionsl'envelliment/>>

Dra. Carmen Orte Socias

Dra. Lidia Sánchez-Prieto i 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	
<hr/>	
INTRODUCCIÓ	13
Direcció de l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears	
<hr/>	
L'EDATISME A L'ADMINISTRACIÓ PÚBLICA, UN ENFOCAMENT DE DRET	21
Anna Moilanen Jaakola i Vicente Rodrigo Ramírez	
<hr/>	
L'EUTANÀSIA EN LA SENECTUT, MÉS ENLLÀ DE LA PATOLOGIA CLÀSSICA: A PROPÒSIT D'UNA FITA I DE CAMÍ A LA UTOPIA	43
Jaume Ramon Sampol i Toni López Rodríguez	
<hr/>	
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 2020-2021	63
Myriam García-Olalla, Eliseo Navarro Arribas i Pilar Requena Cabezuelo	
<hr/>	
OXIDACIÓ I INFLAMACIÓ EN PERSONES GRANS	85
Margalida Monserrat Mesquida, Cristina Bouzas Velasco, Antoni Sureda Gomila i Josep Antoni Tur Marí	
<hr/>	
ENVELLIR VIVINT A CASA AMB POCA SALUT, SOLEDAT I DEPRESSIÓ. QUINA REALITAT VIUEN LES DONES GRANS?	101
Sacramento Pinazo-Hernandis	
<hr/>	
LA SOLITUD NO DESITJADA	121
Margalida Burguera Gómez, Maria Isabel Cano Raya, Cristina Eva Clar Colom, Catalina Fernández Mas, Omar Lamin Abeidi, Victòria Eugènia Martorell Amer, Maria Lourdes Monserrat Cañellas, Laura Morado Wunderlich i Alejandra Pizà Bueno	
<hr/>	
QUINES SÓN LES BARRERES QUE DIFICULTEN LA DENÚNCIA DE VIOLÈNCIA DE GÈNERE A LES DONES GRANS?	143
Carmen Orte Socias, Lidia Sánchez-Prieto, Assia El Hindaz Navarro i Aida Gómez Comas	
<hr/>	
ANALITZANT LA REALITAT DE LES PERSONES GRANS LGTBI DES DE LA MIRADA DELS PROFESSIONALS	161
Marga Vives Barceló, Liberto Macías González i Deima Jonusaityte	
<hr/>	
L'ENTRENAMENT DE LES HABILITATS SOCIALS EN PERSONES GRANS VULNERABLES. L'EXPERIÈNCIA DEL TALLER «VINCLES EN HARMONIA: POTENCIANT LES NOSTRES HABILITATS SOCIALS»	177
Júlia Maria Batalla Cardona i Lidia Sánchez-Prieto	
<hr/>	

LA CONTRIBUCIÓ DEL PROGRAMA DE TERMALISME SOCIAL DE L'IMSERSO A L'ENVELLIMENT SALUDABLE EN UNA SOCIETAT DEMOGRÀFICAMENT HIPERENVELLIDA Pablo Saz Peiró i Olga Martínez Moure	193
URGÈNCIES EN PACIENTS GERIÀTRICS. CAL UN NOU MODEL ASSISTENCIAL Bernadí Comas Díaz, Alexandra Guiu Martí i Jordi Puiguriquer Ferrando	217
LA PREVENCIÓ DE LA DELINQUÈNCIA QUE AFECTA LA GENT GRAN Ferran Dídac Lluch i Dubon	235
PLAN MAYOR SEGURIDAD DE LA GUÀRDIA CIVIL 17a zona de la Guàrdia Civil de les Illes Balears	283
ADDICIONS ALS OPIACIS, TRACTAMENT I ENVELLIMENT A LES ILLES BALEARS Albert Moratinos Jaume, Sergi Canal Montiel, Maria Valero de Vicente i Victòria Quesada Serra	295
ESTRATÈGIES NUTRICIONALS EN LA DONA EN L'ETAPA MENOPÀUSICA Teresa Bonnín Sánchez	317
ACTIVA'T, UN PROGRAMA DE PROMOCIÓ DE L'ENVELLIMENT SALUDABLE Saliha Belmonte Darraz, July Constanza Melo Tavera, Bernat Calafat Vich i Giuliana Bello Vélez	335
GRUPS DE SUPORT PER A FAMÍLIES DE PERSONES GRANS INSTITUCIONALITZADES EN RESIDÈNCIES Bel Fontirroig Abrines, Sara Cabello Plan, Bel Maria Pascual Sureda i Antoni Grau Touriño	355
L'ACOLLIMENT FAMILIAR EN FAMÍLIA EXTENSA REALITZAT PER PADRINES: UN ESTUDI QUALITATIU MITJANÇANT ENTREVISTES Soledad Fernández Trapero	371
RECONeixEMENT AUTOMÀTIC EXPLICABLE PER A LA GENT GRAN Francesc Xavier Gayà-Morey, Cristina Suemay Manresa-Yee i José María Buades Rubio	389
PROJECTE PERGAMEX: JOCS PERVASIUS PER A TOTHOM Eva Cerezo Bagdasari, Francisco Luis Gutiérrez Vela i Francisco José Perales López	405
PER UNA LLEI DE DRETS I GARANTIES DE LES PERSONES GRANS A LES ILLES BALEARS Beatriu Gamundí Molina	431

PRESENTACIONES

Catalina Cirer Adrover

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

Us don la benvinguda a aquest *Anuari de l'Envel·liment*, que enguany arriba a la setzena edició. Setze anys, per tant, en què aquesta crònica s'ha dedicat a una de les transformacions socials més significatives del nostre temps: l'envelliment individual i col·lectiu, des del punt de vista de la investigació, de l'anàlisi dels experts.

Avui, més que mai, ens trobam en un moment crucial de la història, en què la nostra societat experimenta una transició demogràfica cap a una població més gran i, alhora, més sàvia. És una transició que ens exigeix reflexió, comprensió i, sobretot, acció.

En aquestes pàgines que teniu per davant hi trobareu una anàlisi del que suposa fer-se gran i, en alguns casos, de les conseqüències físiques que se'n deriven. És el cas d'un article sobre els processos d'oxidació i inflamació en persones grans, responsables de l'aparició de moltes de les malalties més prevalents. I d'un altre sobre la necessitat del canvi de model assistencial per donar resposta als serveis d'urgències per als pacients grans.

Però també hi trobareu estudis sobre el diàleg constant entre la persona gran i l'entorn. Un diàleg que no es pot aturar i del qual hem de romandre molt pendents. És el cas dels estudis sobre l'acolliment familiar realitzat per padrines, sobre l'atenció psicosocial a les famílies de gent gran institucionalitzada, sobre l'atenció que mereixen les persones grans amb conductes addictives, i d'un estudi que analitza com podem lluitar per millorar les competències emocionals i l'assertivitat de les persones grans vulnerables.

És un orgull com a responsable de la Conselleria de Famílies i Afers Socials, que aquesta legislatura integra l'IBDONA, trobar diversos articles que aborden què els suposa a les dones fer-se grans, i que incorporen la perspectiva de gènere a aquest context. És el cas d'una anàlisi sobre la dieta i l'estil de vida per prevenir riscos en la salut de les dones postmenopàusiques, d'un estudi sobre dones grans que viuen totes soles a ca seva o d'un altre que analitza un projecte per lluitar contra la discriminació de les persones grans del col·lectiu LGTBI i, en especial, de les lesbianes o dones trans, que sofreixen una triple discriminació.

Fer-se gran és també créixer i adaptar-se a allò que ens envolta. I en aquest sentit aprendrem com s'articula el projecte de recerca PERGAMEX, centrat en el disseny d'experiències de joc orientades a les persones grans. I un altre estudi ens informa sobre un sistema automàtic dissenyat per reconèixer les activitats diàries de la gent gran al propi ambient domèstic.

L'Administració ha de proporcionar eines a la gent gran. Eines que s'articulen des del marc legal. Trobareu, en aquest sentit, com s'hauria d'adaptar la llei d'eutanàsia

per a aquells que consideren la seva vida complida, com seria una eventual llei de drets i garanties de la gent gran o què es pot fer des de l'Administració per erradicar l'edatisme. Així mateix, coneixereu amb profunditat el programa T'Acompanyam de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS), que aborda la solitud no desitjada, o el programa Activa't, d'envelliment saludable, dut a terme amb 97 persones de sis barris de Palma.

Finalment, el paper de les forces i cossos de seguretat com a part ineludible en la lluita contra la delinqüència, i que mereixen la confiança de la gent gran, el trobarem en aquestes pàgines de la mà del Plan Mayor Seguridad de la Guàrdia Civil, per fomentar la confiança de les persones grans en els cossos de seguretat i animar-les a denunciar quan pertoqui.

Aquest anuari ens convida a explorar tots i cadascun dels aspectes que envolten el fenomen de fer-se gran, de l'envelliment, de la realitat inqüestionable d'una població mundial que envelleix a un ritme sense precedents. Un fenomen que no és només un indicador de l'èxit dels nostres avenços en salut i tecnologia sinó també un repte profund per a la nostra societat. Que ens impulsa a reconsiderar com vivim i com interactuam amb les persones que entren en aquesta fase vital, plena d'oportunitats i reptes.

En aquest context, la promoció de l'autonomia personal emergeix com una necessitat imperiosa. L'autonomia no és només un dret fonamental sinó també una font inestimable de dignitat i qualitat de vida. És el poder de decidir sobre com vivim i com participam en la comunitat, independentment de l'edat. Per tant, és essencial que ens centrem a crear entorns que afavoreixin aquesta autonomia, que protegeixin els drets i la dignitat de les persones grans i que promoguin una cultura d'inclusió i respecte mutu.

Aquest anuari és més que una recopilació de dades i històries; és una crida a la consciència col·lectiva i a l'acció coordinada. Ens recorda la riquesa inherent a les diverses etapes de la vida i com cadascuna d'aquestes etapes ens ofereix l'oportunitat d'aprendre, créixer i connectar-nos d'una manera nova i significativa.

A mesura que explorem aquestes pàgines, descobrirem no només els desafiaments de l'envelliment sinó també els èxits i les inspiradores narratives de resiliència i superació. Cadascuna d'aquestes històries és un recordatori del poder de l'esperança i la força de l'esperit humà.

Anim a tothom a veure aquest envelliment com una celebració de la riquesa de l'experiència humana. Que aquest anuari serveixi com a catalitzador per a la

transformació positiva i com a impuls per a les polítiques que promouen l'envelliment actiu i saludable, i sigui una inspiració per a tots nosaltres, per abraçar aquesta etapa de la vida amb tota la seva dignitat i significat.

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

Oferir uns serveis socials de qualitat i adaptats a les necessitats concretes de les persones és el principal objectiu de l'IMAS per a aquesta legislatura. La societat canvia, les persones canvien, i, per tant, les seves necessitats també. Des de les administracions, hem d'estar atents a les noves realitats que viuen les persones més vulnerables, i adequar les polítiques i iniciatives per donar les respostes més eficients i eficaces.

Eines com aquest *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2023* ens ajuden en el nostre objectiu. Com a nou conseller de Benestar Social del Consell de Mallorca, vull agrair la gran tasca que des de fa 16 anys duu a terme la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la Universitat de les Illes Balears per mostrar-nos l'evolució constant que viuen i amb què es troben les persones majors a les Illes.

He de dir que per a mi un és honor adreçar-me a tots vosaltres des de les seves pàgines i contribuir a una nova edició d'un *Anuari* que, un any més, ens ofereix una visió de l'envelliment des de perspectives diferents. Des de l'IMAS, enguany hem centrat la nostra col·laboració en la solitud no desitjada, un fenomen propi de les societats occidentals actuals del qual hem de ser conscients i que cal erradicar per tal de garantir el benestar de totes les persones majors, independentment de la seva situació familiar.

Com diu l'article que trobareu en les pàgines següents, «la solitud no desitjada en la gent gran implica reconèixer-la com a problema de salut pública» i és necessari impulsar polítiques que fomentin la participació de les persones majors en el dia a dia de la seva comunitat i que afavoreixin el manteniment de les relacions socials, dos objectius que formen part de l'estratègia de l'IMAS.

Per aconseguir-los, tenim clar que cal fer feina des de la prevenció, amb recursos i serveis que facilitin un envelliment actiu i adaptats a les circumstàncies específiques tant de les persones majors autònomes com de les dependents. Hem de donar el mateix protagonisme a les que envelleixen a casa seva i a les que ho fan a un centre de dia o que viuen a una residència.

Així, des del Servei de Promoció de l'Autonomia Personal, treballam amb la resta d'agents socials de la comunitat per promoure la participació de les persones majors a cursos i tallers, i per implicar-les també en les activitats organitzades per les associacions de la seva barriada o municipi, i fomentar, així, els hàbits saludables, la convivència i l'ajuda mútua, amb l'objectiu d'aconseguir la màxima qualitat de vida possible durant l'etapa de l'envelliment i evitar-ne l'aïllament.

Per la seva part, a les residències de l'IMAS, organitzam activitats adaptades al perfil de les persones usuàries del centre per afavorir que gaudeixin de noves experiències que fomentin les habilitats socials i la seva estimulació cognitiva.

La sensibilització de la societat envers aquest fenomen, la formació dels professionals per detectar-ne possibles casos i la intervenció per tornar a implicar les persones majors que es troben totes soles són altres ítems en els quals es treballa des de l'IMAS i que, com s'explica a l'article, són clau per acabar amb aquestes situacions que passen moltes vegades de manera imperceptible.

Hem d'obrir els ulls a una realitat amb la qual convivim sense adonar-nos, una realitat que ens preocupa i que podem canviar entre tots. Hem de comprendre l'envelliment com una etapa vital més, lluny dels estereotips negatius, i essent conscients de la diversitat de la vellesa. Com remarquen les autores de l'article, «el nostre objectiu és la visibilització, la incorporació de la lluita contra l'edatisme a totes les esferes socials i l'empoderament de les mateixes persones afectades perquè siguin capaces de detectar aquestes situacions, i així posar-hi límits i generar canvis».

Precisament la discriminació per motius d'edat també centra un altre dels articles de l'edició d'enguany. Les barreres per erradicar la violència de gènere durant la vellesa, les conseqüències de viure sols a casa, les estratègies nutricionals o els grups de suport amb les famílies de les persones majors que viuen a les residències són altres dels temes que s'hi tracten i en els que l'IMAS també treballa des de les seves àrees. Igualment, també és protagonista d'un dels articles de l'actual edició el programa *Activa't, de promoció de l'envelliment saludable* en el qual l'IMAS participa a través de les llars socioculturals i residències que gestiona.

És responsabilitat de tothom que les persones majors puguin envellir com es mereixen i l'*Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2023* ens permet obtenir una radiografia de la situació que serveix com a punt de partida de la nostra intervenció. Com a responsable dels serveis socials de Mallorca, vull aprofitar l'avinentsa per felicitar l'equip de professionals que han col·laborat amb l'actual edició, i en especial als professionals de l'IMAS que s'han implicat en la seva elaboració. Gaudiu-ne la lectura.

INTRODUCCIÓ

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

Des que iniciàrem l'*Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*, fa 16 anys, any rere any constatarem la realitat de la transició demogràfica, el pes creixent de les cohorts més envellides que suposa l'increment de l'edat mitjana a Espanya, que va augmentar 7 anys en el període 2007-2022, i passà de 38 a 45 anys. A més, augmenta el pes de les persones adultes grans, a partir de 65 anys, en comparació amb els grups d'edat dels més joves de vint anys. També es constata la caiguda de la natalitat a mínims històrics (la taxa de natalitat és d'1,3 fills per dona, un punt menys respecte a la mitjana mundial) i l'augment del nombre de persones de 80 anys i més (Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA, 2023).

Som la segona nació amb més esperança de vida, per darrere del Japó. Segons les projeccions pròximes a 17 anys vista, Espanya serà el país més envellit del món a partir de 2040. Les dones espanyoles viuen una mitjana de 86 anys, mentre que els homes en viuen 81 (82 és l'esperança de vida mitjana en termes generals), sense deixar de banda que la covid va provocar la reducció de l'esperança de vida en 9 mesos, a Espanya. Sobre aquest tema, el Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE) (2022) posa l'accent en aquest 25% de persones més grans de 65 anys en els pròxims 10 anys (30% el 2050) per constatar el desequilibri entre el nombre de treballadors i el nombre de persones jubilades. De fet, les projeccions per a 2050 són de 6 persones jubilades per cada 10 treballadors en actiu.

En aquesta mateixa línia, Cuadrado et al. (2023) destaquen l'impacte negatiu de 3,4 punts percentuals sobre el nivell de la taxa d'activitat el 2022 a Espanya a causa de l'envelliment poblacional durant la darrera dècada, amb una caiguda més pronunciada a les regions del Cantàbric més envellides. Les prediccions per a 2030 de l'INE citades per aquesta mateixa font continuen en aquesta línia, amb 2,8 punts addicionals d'impacte negatiu sobre la taxa d'activitat, i prenent en consideració en aquesta anàlisi l'efecte amortidor de les aportacions dels fluxos nets d'immigració

El tema de les pensions està molt relacionat amb les anàlisis sobre la taxa d'activitat i les possibles solucions, bona part de les quals vinculades a l'edat de jubilació. De fet, l'augment de l'esperança de vida, i de l'esperança de vida amb bona salut, es relaciona amb la necessitat d'augmentar l'edat de jubilació. Encara que no és una qüestió fútil el fet d'analitzar el cost de les pensions en un escenari d'augment de la longevitat, és evident que els reptes demogràfics van més enllà de l'anàlisi del cost de les pensions, de la despesa sanitària o de l'esperança de vida segons el gènere. De fet, la població més gran de 50 anys ha estat a penes estudiada, malgrat ser un percentatge molt important de la població general i amb projeccions d'increment, la qual cosa és un repte que ha d'assumir-se a tots els nivells i en totes les esferes professionals.

Sobre aquest tema, val la pena dedicar unes paraules a la nova longevitat des d'altres perspectives: «La nova longevitat és una oportunitat única que tenim com a societat, cap altra generació ha tingut el privilegi d'imaginar-se longeus com ens ocorre avui». Efectivament, la nova longevitat implica noves formes de vida, de projectes, de benestar, i interessar-se per les dimensions que la defineixen (Bernardini, 2023).

La nova longevitat emmarca i integra aspectes quantitius i qualitius que fan que les persones tinguem la possibilitat de viure aquest temps amb una altra intensitat, motivacions, projectes, qualitat de vida i benestar. Bernardini (2023) esmenta diverses dimensions que la defineixen i que en descriuen l'heterogeneïtat: 1) Nombre més elevat de persones grans; 2) Més independència; 3) Nous rols; 4) Noves intensitats; 5) Varietat i diversitat. La nova longevitat requereix perspectiva, entendre les seves oportunitats i desafiaments. 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.

La longevitat requereix una àmplia perspectiva i un abordatge que aporti dades per millorar la qualitat de vida de les persones adultes grans i el procés d'envelliment de la societat en general. Per això és tan important prevenir la discriminació per raons d'edat i intervenir-hi. L'edatisme contamina la percepció de si mateix i la dels altres i dona suport a una visió negativa de l'envelliment i de les persones grans. Generar coneixement sobre aquest tema és de summa importància.

Són molts els temes que han d'abordar-se, alguns de més urgents que altres per les conseqüències que tenen sobre la qualitat de vida. Així, per exemple, la solitud no desitjada, que l'Observatori Estatal de la Soledat no Desitjada xifra en el 13,4%, sent més elevada en les persones d'edat avançada, en els adults joves i en les classes socials més desfavorides. Sobre aquest tema, els darrers anys han sorgit iniciatives molt importants, tant en altres països com a Espanya. La crida a la consciència sobre el nombre de persones grans que viuen totes soles i les conseqüències que això té per a la salut que han fet diferents entitats que treballen en aquest àmbit; la creació de l'Observatori Estatal de la Soledat no Desitjada, i altres iniciatives com les de la Fundació la Caixa amb el programa Sempre Acompanyats, en són algunes.

Encara que la solitud no desitjada requereix moltes i diverses mesures per pal·liar-la, recentment es desenvolupen apps i robots socials per millorar la vida dels més grans, incloent-hi per disminuir la solitud.

L'època de pandèmia de covid va accelerar el ritme d'ús de les tecnologies en la població més gran. En aquell moment moltes persones grans varen aprendre a manejar aplicacions per poder veure la família i els amics, i també a usar les apps per fer altres

tipus d'operacions de contacte en línia com la compra de queviures o les operacions bancàries des de l'ordinador o el telèfon mòbil.

Segons les dades del III Barómetro del Consumidor Sénior elaborat per la Fundació Mapfre amb la col·laboració de Google, el mes d'octubre de 2022, sobre els hàbits dels més de 16 milions d'espanyols que superen els 55 anys, 7 de cada 10 persones són presents a internet i la majoria utilitza la tecnologia per a les seves cures (8 de cada 10).

D'acord amb les dades de l'envelliment i del món digitalitzat en el qual vivim, la tecnologia és cada vegada més accessible per a tothom i una proposta ferma per abordar diferents situacions, tant en persones joves com grans. De fet, cada vegada es duen a terme més esdeveniments relatius a la promoció de les tecnologies per a la gent gran (*age-tech*) en relació amb el seu potencial en les cures. Alguns exemples són el servei Alexa Together, dirigit a la cura de persones grans. O els robots socials dels quals disposen les residències de persones grans i hospitals, com el denominat BOCCO emo, que duu a terme el servei d'acompanyament en el dia a dia. Són només alguns exemples de les aportacions i usos de les tecnologies en aquest àmbit: sensors i intel·ligència artificial aplicats als adults grans, alguns dels quals també recollim en aquest Anuari 2023.

Les conseqüències de la solitud no desitjada i l'aïllament social com a risc greu per a la salut han servit també per impulsar el desenvolupament i ús de tecnologia de diagnòstic, acompanyament i supervisió. Sembla probable que aquesta tecnologia basada en intel·ligència artificial (IA) formi part de les ofertes innovadores de salut per beneficiar els adults grans i els seus proveïdors d'atenció: 1) Brindant suport psicosocial interactuant amb la persona; 2) Proporcionant assistència d'infermeria virtual amb intel·ligència artificial i veu; 3) Facilitant la connexió amb la família i els amics a través de diferents activitats, visualització de vídeos i fotografies, enviament de missatges, jocs, música i altres; 4) Creant cercles de contactes segurs en els quals participa la família, els amics i els veïns en equips coordinats d'atenció i supervisió de les persones que viuen totes soles; 5) Emprant la realitat virtual (RV) en grups en línia per ajudar a combatre la solitud, segons recull l'Aging and Health Technology Watch (2023).

Altres tecnologies per a la gent gran (*age-tech*) estan destinades a prevenir diferents tipus de riscos de salut tenint en compte la supervisió de la dieta o la prevenció de les caigudes. Som davant una varietat molt àmplia de propostes tecnològiques que s'amplien any rere any i que sens dubte poden ser un bon suport en l'envelliment, adaptat a les necessitats.

En aquest Anuari 2023 es presenten 21 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 21 treballs duts a terme per 58 autors que estudien l'edatisme, la solitud no desitjada o l'envelliment a la llar. Es descriuen i aborden diferents problemes i programes de salut com els generats a partir de la covid analitzant les mesures dutes a terme, l'oxidació i la inflamació en les persones grans i els programes d'afrontament d'aquests problemes com el termalisme social, les estratègies nutricionals o l'activitat física. L'heterogeneïtat de les persones grans i algunes de les situacions a les quals s'enfronten també són objecte d'interès en els treballs referits a les barreres que dificulten la denúncia en la violència de gènere, el paper dels professionals en relació amb el col·lectiu de persones grans LGTBI+, les persones grans que presenten addicció a opiàcis o la reflexió sobre l'eutanàsia. En aquesta mateixa línia, es tracten qüestions que afecten una població àmplia des de diversos punts de vista, com la gestió de les urgències en pacients geriàtrics o la prevenció i intervenció en els actes delictius contra les persones grans. De manera específica, a l'Anuari es recullen estratègies de millora de la comunicació com l'aprenentatge d'habilitats socials, els grups de suport a familiars de persones que estan en residències i es fan altres aportacions en la línia comentada sobre les tecnologies assistencials o els videojocs. El col·lectiu de persones grans fa moltes contribucions a la societat, tant de manera general com de manera específica, com, per exemple, ocupar-se dels infants mitjançant experiències d'acolliment. Encara queda molt de camí per recórrer, i bona part d'aquest ens ha de possibilitar apostar pels drets de les persones grans i com fer-los efectius a través dels costums i dels drets.

Donam les gràcies una vegada més 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

Aging and Health Technology Watch (2023). *Five 2023 innovations to benefit older adults and their care providers*. <https://www.ageinplacetech.com/archive/202309>.

Bernardini, G. (2023) ¿De qué hablamos cuando hablamos de longevidad? Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE). <https://cenie.eu/es/de-que-hablamos-cuando-hablamos-de-nueva-longevidad>.

Centro Internacional sobre el Envejecimiento (CENIE) (2022). Congreso Internacional sobre Economía de la Longevidad. <https://cenie.eu/es>.

Cuadrado, P., Fernández, A., Montero, J. M., i Rodríguez, F. J (2023). El impacto del envejecimiento poblacional sobre la evolución de la tasa de actividad en España. *Boletín Económico*. Artículo 12. 31/08/2023. <https://doi.org/10.53479/33476>.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2023). Informe sobre el Estado de la Población Mundial. <https://www.unfpa.org/es/swp2023>

Centro de Investigación Fundación Mapfre (2022). III Barómetro del Consumidor Sénior. <https://ageingnomics.fundacionmapfre.org/barometro/iii-barometro-del-consumidor-senior-2022/>.

Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada (2023). <https://www.soledades.es/>

L'EDATISME A L'ADMINISTRACIÓ PÚBLICA, UN ENFOCAMENT DE DRET

L'edatisme a l'administració pública, un enfocament de dret

Anna Moilanen Jaakola
Vicente Rodrigo Ramírez

Resum

Els drets i les llibertats de la ciutadania no canvien en essència per qüestió d'edat (ni per raça, ni orientació religiosa o gènere); som iguals davant la llei. Així ho preveu la carta magna del nostre ordenament jurídic. Encara més, el desenvolupament normatiu estableix mesures per garantir que els drets i l'accés a aquests drets esdevinguin inalterats, però la realitat indica de manera fefaent el contrari. Fer-nos grans provoca una «obsolescència personal» en molts aspectes, també sobre els nostres drets, que avui anomenem *edatisme* (*ageism* originalment), terme general encunyat pel gerontòleg Robert Butler els anys seixanta.

Més de mig segle després, podem constatar que des de qualsevol àmbit sociopolític, en el qual tristament inclouríem l'Administració pública, l'edatisme també s'aplica en la garantia dels drets i les llibertats a la nostra comunitat. Una societat moderna i responsable hauria de lluitar per l'erradicació d'aquesta xacra; en canvi, sovint abandonam les persones grans a la seva sort i oblidam que, amb un poc de fortuna, arribarem també en aquest punt del camí.

L'experiència de la Defensora de la Ciutadania ens demostra que erradicar l'edatisme no és sols possible sinó que, a més, és molt positiu i ens ajuda en el procés de millora contínua.

Resumen

Los derechos y las libertades de la ciudadanía no cambian en esencia debido a la edad (ni por raza, orientación religiosa o género), somos iguales ante la ley, así lo prevé la carta magna de nuestro ordenamiento jurídico. Además, el desarrollo normativo establece medidas para garantizar que los derechos y el acceso a ellos se mantengan inalterados, pero la realidad indica de manera contundente lo contrario. El envejecimiento provoca una «obsolescencia personal» en muchos aspectos, también en lo que respecta a nuestros derechos, lo que hoy llamamos edadismo (*ageism* originalmente), un término general acuñado por el gerontólogo Robert Butler en los años sesenta.

Más de medio siglo después, podemos constatar que, desde cualquier ámbito sociopolítico, incluyendo lamentablemente la Administración pública, el edadismo también se aplica en la garantía de los derechos y las libertades en nuestra comunidad. Una sociedad moderna y responsable debería luchar por erradicar esta lacra, en cambio a menudo abandonamos a las personas mayores a su suerte y olvidamos que, con un poco de fortuna, también llegaremos a este punto del camino.

La experiència de la Defensora de la Ciutadania nos demostra que erradicar el edadisme no solo es posible, sino que, además, es muy positivo y nos ayuda en el proceso de mejora continua.

1. La Defensora de la Ciutadania

La Defensora de la Ciutadania té el fonament legal en el Reglament orgànic de drets de la ciutadania (RODC, d'ara endavant; Ajuntament de Palma, 2005). Qui tingui algun interès a saber qui pot ser defensor/ra, com és el procediment de nomenament, quins en són els requisits i quines les funcions i les competències amb detall, pot consultar aquesta norma al web de l'Ajuntament de Palma. En aquest espai sols concretarem les qüestions que esdevenen significatives quan aïllam de l'equació el factor edat de qualsevol altre, sigui polític, professional, meritocràtic, etc.

Aleshores, la primera qüestió és qui pot ser defensor/ra i com afecta l'edat en aquest cas. Segons l'article 22, podrà ser defensor/ra qualsevol persona major d'edat i en ple ús dels seus drets civils i polítics, amb la condició que sigui veí o veïna de Palma. Són condicions lògiques i comunes al nomenament de càrrecs públics; la majoria d'edat és condició per assolir responsabilitats legals, i tenir el ple ús de drets civils i polítics implica, en principi, la no limitació per qüestió de condemnes o altres responsabilitats inherents al candidat o candidata al càrrec. Així, doncs, no diríem que hi hagi cap limitació i *de facto* no l'hem detectada en el nomenament de les dues úniques persones nomenades.

A partir del nomenament, la Defensora té un equip de treball que, sota la seva direcció, actua per atendre la ciutadania i garantir l'accés a la institució alliberant d'obstacles els ciutadans perquè puguin exposar les seves reclamacions sobre l'activitat municipal.

1.1. Context històric de les defensories a la nostra ciutat

Al llarg de la història de la nostra ciutat, també en el context de les Illes Balears, han existit diverses figures que, amb un caràcter d'*auctoritas*, han dut a terme funcions d'orientació i control sobre els governants i l'Administració pública (la *Potestas*; D'Ors, 1997).¹

Amb noms i funcions diferenciades, hem tingut en la nostra història diputats del comú recents, síndics personers, síndics de greuges i defensors que han vetlat per aconsellar,

1. «La Auctoritas y la Potestas representan 2 funciones políticas, la autoridad ejercida "por los que saben": orienta, aconseja y limita el poder que está en manos de "los que pueden" [...]» (D'Ors, 1997, citat a D'Ors, 2004).

per «reduir el poder dels regidors (noblesa-oligarquia local)» i, fins i tot, per «protestar per les resolucions de l'Ajuntament si consideraven que eren contràries al bé públic» (Pascual 2015, p. 256). En definitiva, per defensar la ciutadania de circumstàncies contràries a l'ordenament jurídic.

Les funcions i les competències de la Defensora de la Ciutadania de Palma, recollides el 2005 al RODC, s'han adaptat, com no podia ser d'una altra manera, a la realitat sociopolítica actual, i han assolit el model del defensor del poble de l'Estat,² que limita les actuacions al territori i les matèries sota la competència de l'ens que l'ha nomenat, en el nostre cas l'Ajuntament de Palma.

Més enllà de l'àmbit municipal, a la nostra comunitat autònoma, els moviments polítics més recents per al nomenament d'una figura similar, els trobam a l'Estatut d'autonomia de 1983. Això no obstant, i malgrat l'aprovació de la Llei del síndic de greuges de les Illes Balears,³ mai no s'ha nomenat ningú per exercir aquesta responsabilitat, la qual cosa ja ens indica la voluntat o la incapacitat política fins aleshores.

1.2. Marc legal

En la qüestió que ens ocupa, el marc legal de la institució de la Defensora del nostre municipi, de la nostra comunitat i de l'Estat no té més interès que la constatació que cap llei no preveu que l'edat de les persones en limitarà els drets i les llibertats; més aviat al contrari.

La normativa sempre preveu aportar suports i mitjans per garantir el normal exercici dels drets; una altra qüestió serà la pràctica administrativa, que acaba exclouent-ne persones que, per les seves mancances personals, individuals o col·lectives, no poden més que esperar el *bonisme* d'algú, aliè a les garanties que hauria d'atorgar l'Administració, que li posi les coses fàcils.

Més d'un centenar de normes,⁴ només les d'origen municipal, afecten directament i indirectament la vida de la ciutadania i, per tant, l'activitat de la Defensora de la Ciutadania.

2. El defensor del poble basa la seva organització i funcions en el contingut de la Llei 3/1981, de 6 d'abril, del defensor del poble, en el model de l'Ombudsman suec, revisat d'acord amb els Principis de Venècia, dictats per la Comissió Europea per a la Democràcia pel Dret del Consell d'Europa.

3. Llei 1/1993, de 10 de març, del síndic de greuges de les Illes Balears. <https://www.boe.es/boe/dias/1993/05/12/pdfs/A14103-14106.pdf>

4. Normativa de l'Ajuntament de Palma <https://palma.es/es/normativa>

Destaquen, entre la normativa que afectarà l'organització de la Defensora de la Ciutadania, el RODC ja esmentat i la Llei 23/2006, de 20 de desembre, de capitalitat de Palma; aquesta darrera, modificada a proposta de la Defensora.

2. La reclamació com a eina de millora contínua

Anys enrere, i en el nostre context cultural, una reclamació representava una taca perquè podia tenir l'origen en una errada i ningú no es vol equivocar. Per tant, la reclamació era quelcom no desitjat, o fins i tot una amenaça, perquè qui rep moltes reclamacions és assenyalat com a persona o ens poc encertat.

En les darreres dècades, fruit d'una mentalitat anglosaxona més oberta i d'una cultura de la millora contínua, que entén que les mancances i/o les errades dels sistemes no provenen d'una intencionalitat, la reclamació ha esdevingut un tresor, perquè ens ha permès detectar les llacunes dels sistemes en el seu normal funcionament i estudiar la manera d'evitar noves errades i de compensar correctament les que s'han comès.

No obstant això, són poques les reclamacions que es presenten, llevat de les qüestions relacionades amb sancions econòmiques o tributs. La ciutadania sovint desconfia de l'honestedat de l'Administració, pensant que hi preval l'afany recaptatori. Un altre factor que justificaria la manca de reclamacions és senzillament el desconeixement de les alternatives o la incapacitat d'expressar-se amb un mínim de garanties d'èxit.

Davant aquest escenari, la gent gran representa un col·lectiu molt actiu quant a reclamacions, i a vegades sorprèn per la claredat i la coherència amb què s'expressa. A més no es queixa sense motiu, i en molts casos la qüestió de fons està associada a l'edatisme; és a dir, a les limitacions imposades per procediments que no tenen en compte que les persones d'edat avançada no sempre tenen ni els coneixements tècnics ni la disposició d'eines que els donin accés a l'exercici dels seus drets. El cas més repetit és el de la cita prèvia, que en el nostre Ajuntament s'atorga en molts de departaments sols per via digital, mitjançant el web oficial.

3. Estadístiques generals de les reclamacions a la Defensora

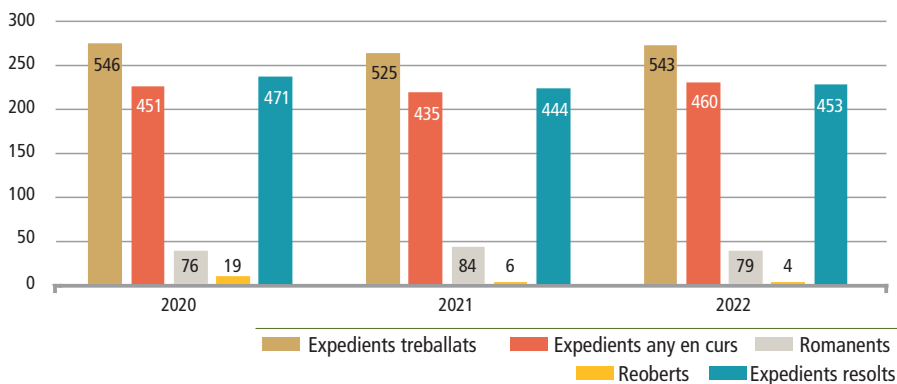
Abans d'iniciar l'anàlisi enfocada amb el factor envelliment que ens ocupa, cal entendre la metodologia de treball de la institució i es fa necessària una breu exposició sobre el nostre funcionament.

Així, la Defensora de la Ciutadania ordena la seva feina d'acord amb el tipus d'expedients que rep per ser eficaç i optimitzar els recursos de què disposa; així ho fa constar a la seva memòria anual, en la qual ret comptes al Ple municipal.

És per això que divideix la tasca d'acord amb la història prèvia de les reclamacions i si té o no competència per atendre-les. D'aquesta manera, si un ciutadà compareix davant la Defensora per presentar una reclamació de la qual encara no ha fet recurs a l'àrea municipal competent, o si el cas no és de competència municipal, la Defensora orientarà la persona reclamant perquè rebí l'atenció que pertoca. D'aquesta acció, la Defensora obrirà un expedient IMA⁵ per fer seguiment de l'atenció i, si s'escau, tenir-ne referència si posteriorment torna el ciutadà.

Finalment, si arriba una reclamació de la qual el ciutadà o ciutadana ja havia fet denúncia a les àrees municipals i no ha rebut resposta o aquesta no és satisfactòria, la Defensora admetrà a tràmit un expedient DC, del qual s'iniciaran les consultes i, si s'escau, es pot emetre una recomanació adreçada a les àrees municipals amb la finalitat de reorientar la pràctica administrativa de l'Ajuntament. La Defensora també pot començar expedients d'ofici davant la detecció d'una vulneració flagrant de drets a causa de l'actuació o la inactivitat de l'Administració municipal. Al llarg de 2022, l'Oficina de la Defensora ha treballat un total de 546 expedients, dels quals 460 s'han obert el 2022; la resta són expedients romanents d'altres anys (vegeu el gràfic 1).

Gràfic 1 | Expedients DC, IMA i DP



Font: Oficina de la Defensora de la Ciutadania (2023)

Com es pot observar al gràfic anterior, el volum global d'expedients s'ha mantingut estable malgrat la pandèmia, si bé és cert que el canal digital ha assolit un protagonisme

5. La Defensora classifica els seus expedients segons la seva competència i el moment procedimental en **expedients IMA** (informació, mediació i assessorament), segons siguin qüestions de primera instància o fora de competència; **expedients DC** (Defensora de la Ciutadania), propis de la Defensora per competència d'acord amb el RODC, i **expedients DP** (Defensor del Poble), en els quals sols actua com a tramitadora de les consultes del defensor del poble.

que abans s'atorgava a la presencialitat, i ha superat el 50% de les reclamacions presentades per primera vegada en la història de la nostra institució. Evidentment, aquest fet ha tingut conseqüències sobre el perfil de les persones reclamants, sovint per davall dels cinquanta anys.

Quant a les preocupacions que la ciutadania trasllada a la Defensora, es practica una doble classificació que, d'una banda, determina la causa de la reclamació i, de l'altra, l'àrea o les àrees implicades i competents en la possible resolució de la reclamació. Així doncs, una queixa de les més reiterades pel conjunt de la ciutadania és l'originada pel renou, que podria tenir l'origen en unes obres, amb llicència o sense, però també en el desenvolupament d'una activitat de negoci, o senzillament en l'incivisme d'uns veïnats que no respecten ni els horaris ni els límits raonables per garantir la convivència. En conseqüència, seguint l'exemple anterior, una queixa associada a una molèstia per renous podria implicar l'Àrea de Seguretat Ciutadana, si hi hagués intervingut la Patrulla Verda de la Policia Local per una sonometria; el Servei de Seguretat i Control II de Llicència d'Activitats, si es tractàs de renou per una activitat sense títol habilitant; el Departament de Disciplina Urbanística, si fos una obra sense llicència, o l'Àrea de Sanitat, si el problema fos d'horaris.

4. Les reclamacions de les persones més grans de seixanta anys

Davant el context exposat, el primer problema amb què es troben les persones grans en la seva relació amb l'Administració pública, i sovint amb altres entitats privades, és de forma, perquè, malgrat tenir el dret garantit, la realitat imposa una sèrie d'entrebancs que limiten, fins a fer-los inaccessibles, els serveis, els drets, les llibertats, i també la possibilitat de reclamar, excloent-ne absolutament la ciutadania en aquestes circumstàncies.

A l'Oficina de la Defensora rebem contínuament reclamacions sobre aquestes dificultats d'accés i hem fet palesa reiteradament als responsables d'algunes àrees municipals la necessitat de recuperar els canals que permeten una atenció personal i directa de la ciutadania; una atenció que hi havia abans de la pandèmia iniciada el 2020 i que avui no existeix.

Igualment, la imposició de la cita prèvia, que ha vingut per quedar, s'ha convertit en un parany insalvable, perquè gairebé en la majoria dels serveis municipals s'obté exclusivament per via digital, mitjançant el web de l'Ajuntament, cosa que n'exclou qualsevol persona que no tingui competències digitals; sovint en són la gent més gran de seixanta anys els més perjudicats.

4.1. Atenció diferencial

Conscients d'aquesta realitat, des de l'Oficina de la Defensora de la Ciutadania s'han mantingut oberts sempre tots els canals,⁶ llevat dels moments de confinament imposats, amb la finalitat de garantir l'accés a la via de la reclamació.

Amb aquest mateix objectiu, el personal de la nostra oficina es posa a disposició de qui hi compareix per emplenar els documents que permeten formalitzar la reclamació, ja que algunes persones es veuen limitades a l'hora de redactar el que han estat capaços d'expressar verbalment.

Per tant, qui compareix a l'Oficina de la Defensora, tingui l'edat que tingui, no necessita res més que un motiu de reclamació i alguna acreditació que l'identifiqui com a persona legítima per exercir el seu dret.

Així doncs, en aquestes circumstàncies, el volum total d'expedients DC de 2022 va ser de 80, dels quals 17 eren reclamacions presentades per persones més grans de seixanta-un anys, el 21,25%. Extrapolant aquesta xifra al total d'expedients, podríem afirmar que, dels 460 expedients oberts el 2022, incloent-n'hi IMA, DC i DP, el nombre d'expedients iniciats gràcies a la participació de la gent gran sumaria quasi un centenar de reclamacions.

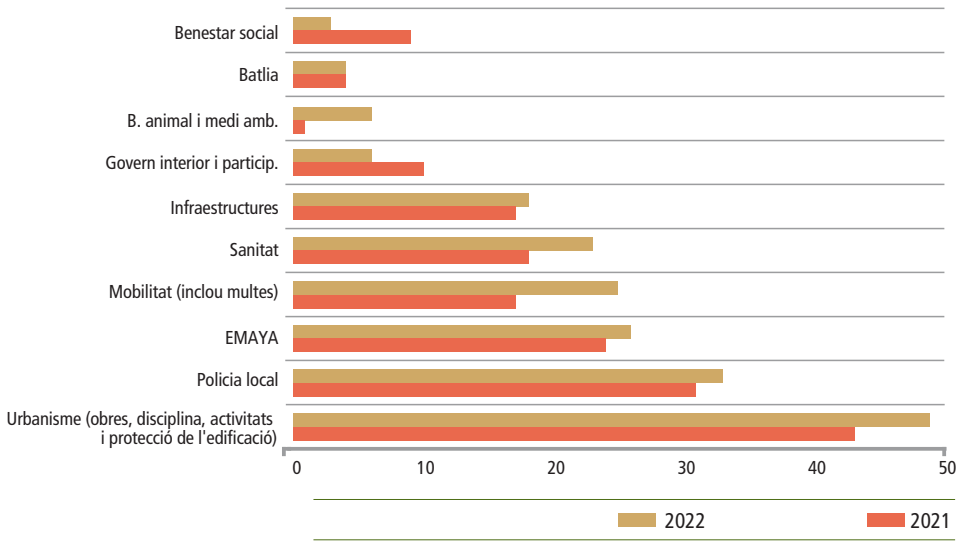
4.2. Tipologia de reclamacions

A les memòries de la Defensora de la Ciutadania es pot consultar la tipologia de les reclamacions. Al gràfic 2 de la Memòria 2022, observam que el conjunt de la ciutadania té com a principals reclamacions les associades a les àrees d'Urbanisme (actualment anomenada Model de Ciutat), Policia Local, EMAYA i Mobilitat Sostenible.

Al gràfic 3, observam la dissociació de les àrees implicades en les reclamacions interposades per persones amb una edat igual o superior a seixanta-un anys. És evident que algunes de les preocupacions generals són compartides pel col·lectiu de persones grans i, per exemple, les àrees d'Urbanisme o Mobilitat Sostenible figuren entre les que més reben reclamacions, però l'origen d'aquestes difereix en la majoria dels casos quan parlem de la gent gran, ja que solen tenir com a causa la manca d'accés als serveis, mentre que per al conjunt de la població tenen com a origen la inactivitat/ineficàcia de les actuacions municipals en lloc de la demora.

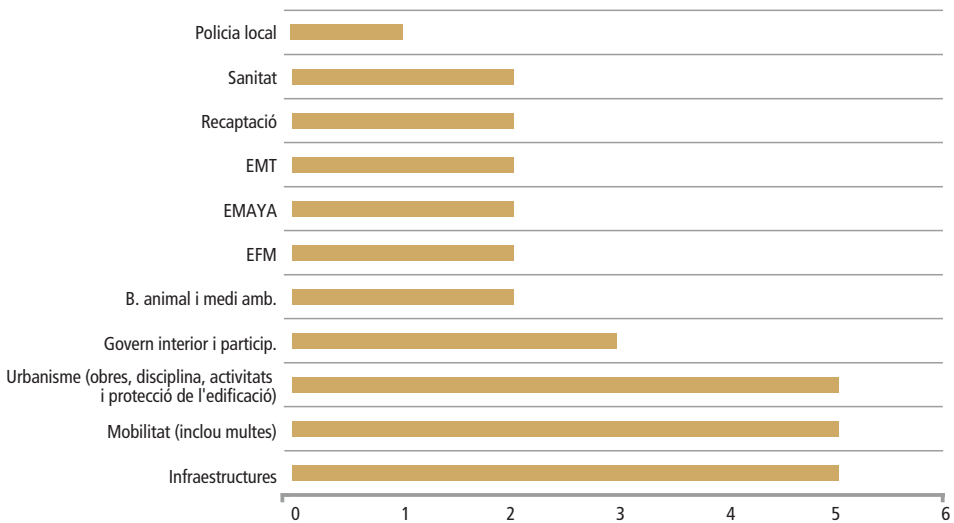
6. La Defensora de la Ciutadania manté obert des de l'inici els canals presencial, telefònic i digital, mitjançant l'enviament de correus electrònics. No és habitual, però també s'han rebut reclamacions i suggeriments per via del 010 (DMS) i mitjançant l'entrada de documents al Registre Municipal.

Gràfic 2 | TOP 10 - Àrees implicades. DC - 2022, total de la població



Font: Oficina de la Defensora de la Ciutadania (2023)

Gràfic 3 | TOP 10 - Àrees implicades. DC - 2022, , més grans de seixanta anys



Font: Oficina de la Defensora de la Ciutadania (2023)

D'altra banda, també són significatives entre la població de més edat les reclamacions per la manca d'aplicació d'avantatges econòmics reconeguts; per exemple, bonificacions de taxes o reducció en els càrrecs d'imposts, sigui per la dificultat de la tramitació o per la d'accés als serveis que les tramiten.

Ens il·lustra clarament aquesta qüestió la reclamació d'un ciutadà de més de vuitanta anys que va exposar davant la Defensora les dificultats burocràtiques per obtenir la bonificació en el rebut d'aigua gestionat per l'empresa municipal EMAYA, on no sols li oferien la documentació per via web exclusivament, sinó que, a més, li demanaven documentació que ja figurava en poder de l'Administració (certificat d'empadronament, dades de l'IRPF...) i l'obligaven a renovar la bonificació anualment, amb l'agreujant que des d'EMAYA no se'n feia cap avís, de manera que, si les persones beneficiàries no feien la renovació puntualment, els aplicaven novament la tarifa íntegra en el càrrec següent.

També destaca que pràcticament el total de reclamacions presentades contra l'empresa municipal funerària EFMSA provenen de persones grans i tenen a veure amb el cobrament indegut de les taxes carregades a les unitats d'enterrament. En aquest cas, ens va servir per conèixer una pràctica estesa en la qual l'EFMSA intentava prolongar l'exigència de pagament a terminis que anaven molt més enllà dels de prescripció; taxes que, a més, no s'havien comunicat als contribuents dins el termini i en la forma escaient, per la qual cosa no els en podien exigir el pagament.

Quant a les reclamacions, cal dir que, en sintonia amb la resta de la població, el volum d'aquestes d'entitats associatives del col·lectiu de gent gran és molt petit. Sols dues entitats s'han acostat a l'Oficina de la Defensora com a associacions de gent gran o amb problemàtiques específiques. La primera va ser l'Associació de Gent Gran de Sant Agustí, amb una qüestió sobre un problema del transport públic a Sant Agustí; la segona, una plataforma de gent gran, Garantitzem les Pensions, creada per donar suport a una pensió digna. El nostre suport fou més moral que efectiu, pel fet de tractar-se d'una reclamació d'àmbit estatal i estar fora de l'espai executiu municipal; per tant, aliena també a la competència de la Defensora.

No obstant això, no podem oblidar una qüestió essencial que hem constatat en la nostra experiència durant els darrers vuit anys, que és la participació cada vegada més incipient i nombrosa de persones de més de seixanta anys a les associacions de veïns. Aquest fet ens indica, d'una banda, un envelliment del teixit associatiu, que s'ha de tenir molt present per garantir la continuïtat dels moviments socials, certament; però en clau més positiva, ens presenta un col·lectiu responsable i generós, la gent gran, que vol invertir el temps que els dona el seu nou estat, sovint la jubilació, en benefici dels seus veïnats i del bé comú.

4.3. Importància de les reclamacions

Si una reclamació és un tresor, a l'Administració li correspondria facilitar els mitjans per fer-la possible, però no és així. Com explicàvem al principi, la càrrega negativa d'una reclamació continua pesant en la nostra realitat molt més que l'oportunitat de millora que ens ofereix el fet que algú es molesti per exposar el seu descontentament.

Així, el temps que hi dedicam i la serenor són dos factors essencials per recollir les reclamacions, i a l'Oficina de la Defensora ho sabem, i no anam amb presses, ni ens avançam a les explicacions de la ciutadania amb possibles justificacions com faria, potser, un departament directament implicat en la causa. Per a les persones grans, per la nostra experiència, el temps i l'escolta activa són encara més importants que per a la resta de la població, perquè en algunes ocasions els és difícil exposar ordenadament els fets per construir un relat que ens permeti actuar-hi correctament.

D'altra banda, hi ha qüestions materials que poden afectar la ciutadania de qualsevol edat, però ens hem trobat amb dificultats més grans amb persones d'edat avançada, com ara la dificultat per escriure o fins i tot signar, o problemes per accedir al web de cita prèvia municipal, i aquestes persones necessiten un suport de la unitat administrativa que els atén, que no sempre troben. En el cas de la Defensora, tenim molt clar que, en aquests casos, cal fer una passa endavant, i és obligació de l'Administració catalitzar l'accés a un dret bloquejat únicament per una limitació personal (manca de coneixements digitals, discapacitat, etc.) que no justifica en cap cas l'abandonament de la ciutadania a la seva sort.

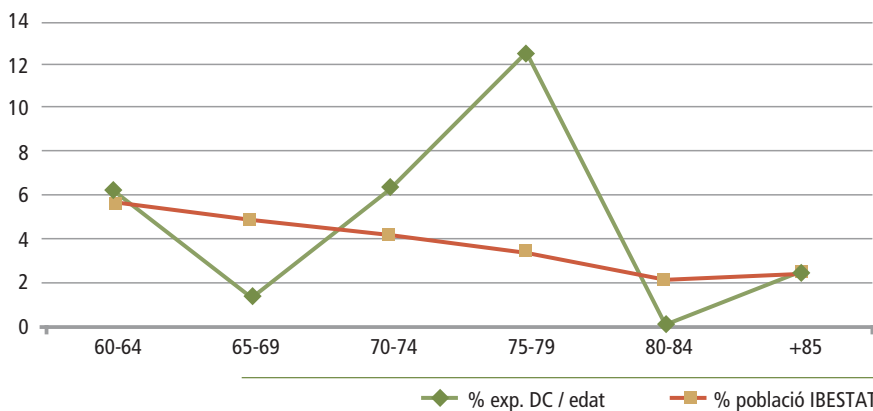
És molt significatiu, quant a la responsabilitat i la implicació de les persones grans en persistència per a la defensa dels seus drets, el volum de reclamacions davant la Defensora de la Ciutadania, ja que presenta uns percentatges molt més alts que els que caldria esperar en relació amb el volum de població i les limitacions amb què es troben. Destaquen les franges d'entre setanta i setanta-nou anys, amb un nombre de reclamacions molt superior a la seva representació poblacional, i fins i tot molt superior a algunes edats adultes molt menys actives, d'acord amb les dades de l'IBESTAT (2022).⁷

Així, a més dels drets inherents a les persones, si sols fos per importància de les reclamacions de les persones grans, aquestes tenen prou volum i impacte en el sistema per no perdre el seu testimoni tenint en compte l'espai de millora que suposen. La preocupació de les persones grans va indubtablement més enllà del tòpic de les seves pensions, i la importància, pel seu volum i impacte, de les seves reclamacions ens

7. Dades de franja d'edat correlacionades amb el municipi de Palma, extretes de les taules de l'IBESTAT https://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/933ae75d-c922-494f-bc1a-04341d1f13a9/7699dcbe-8ab8-4fa5-80fa-9adedadaf375/es/pad_t1b4_22.px

presenta un col·lectiu actiu i responsable que reclama sobre qüestions que afecten el conjunt de la població.

Gràfic 4 | *Comparativa entre percentatge d'expedients DC i franja de població per edats*



Font: Oficina de la Defensora de la Ciutadania (2023) i IBESTAT (2022)

4.3.1. Recomanacions, advertiments i suggeriments (RAS)

Les recomanacions de la Defensora són la màxima expressió de les actuacions de la nostra institució i responen a la conclusió d'una reclamació en la qual, després de la tramitació d'un estudi acurat, es proposa a l'Administració competent un canvi en l'orientació de les seves actuacions, sigui per acció o inacció.

Les RAS, sigla amb la qual s'identifiquen aquestes actuacions, es redacten amb un format de resolució que inclou els antecedents de fet que contenen la formulació de reclamació i les consultes a les àrees, les fonts de dret que contenen els arguments tècnics i jurídics que avalen l'opinió de la Defensora i, finalment, una conclusió amb la proposta de reorientació per a l'Administració.

En el context que tractam, disposam d'exemples en els quals les reclamacions de persones grans han esdevingut RAS de rellevància i impacte sobre el col·lectiu de gent gran, i també sobre el conjunt de la ciutadania; en destacaríem dues: la primera, per la seva importància quantitativa i, la segona, per la seva importància qualitativa.

RAS 2/2021, de 15 d'octubre, sobre l'atenció presencial a la ciutadania en l'exercici dels seus drets davant els serveis municipals.

Iniciada per l'acumulació d'innombrables reclamacions de persones de totes les edats, però de manera molt significativa per persones grans que, davant la seva impotència i la frustració, s'adreçaren a la Defensora per denunciar la passivitat dels serveis municipals per a la recuperació de l'atenció presencial o facilitar cites prèvies per altres canals a més del digital.

Des de la conclusió de la pandèmia, el degoteig de queixes era i continua essent constant, atès el bloqueig d'algunes àrees municipals que, durant els confinaments, havien orientat tota la seva pràctica cap a la via digital i que ara, recuperada la «nova normalitat», menystenen el dret de la ciutadania a triar el canal de relació amb l'Administració.⁸

En data de 15 d'octubre de 2021, la Defensora comunicava a la Comissió del Ple de Reclamacions i Suggeriments l'existència d'un *greuge* i l'emissió d'una Recomanació en els termes següents:

PRIMER. La recuperació de l'atenció presencial, adoptant les mesures pertinents per no col·lapsar l'Administració, ordenant l'assistència de la ciutadania, ja sigui per mitjà de sistemes de cita prèvia o per altres sistemes, però sempre accessibles per diverses vies, no sols a través del canal web, ja que provocariem una exclusió d'aquells veïnats que no són usuaris digitals.

SEGON. Cal garantir el dret d'accés a una informació de qualitat i oportuna pels canals previstos per la normativa, i per això és urgent dotar els serveis municipals del personal suficient i necessari que permeti facilitar l'atenció a la ciutadania en temps i forma.

TERCER. Cal que l'Administració posi el focus de la seva activitat en les persones més vulnerables perquè tots podem ser susceptibles de vulnerabilitat i perquè l'Administració Pública millora quan s'acosta a la ciutadania i dona facilitats perquè els veïnats i les veïnades s'hi acostin. D'altra banda, caure en inèrcies excoents podria fer que una administració com la municipal, que fa bandera del factor de la proximitat amb els seus administrats, s'allunyàs de la ciutadania, o fins i tot fos causant d'exclusió. (Anna Moilanen, 2021, Recomanació 2/2021, Memòria 2021).

Sobre aquesta qüestió, s'ha parlat amb els regidors, els responsables d'àrees i el batle des de 2021 fins a pràcticament avui. Per incidir-hi d'una manera més detallada, l'any 2022 la Defensora va redactar un document amb quatre blocs, fruit de l'estudi de la

8. D'acord amb l'article 14.1 de la Llei 39/2015, d'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques.

qüestió: Cita prèvia, Digitalització, Recursos humans i materials, i Humanització de l'Administració. S'hi tractava sobre la qualitat dels serveis públics, i molt especialment sobre l'exclusió que en molts casos generen les administracions públiques en la seva pràctica diària.

Com s'exposarà en els apartats següents, a més del volum de reclamacions que varen originar la RAS, també el volum de persones sobre les quals podria repercutir un canvi d'actitud de l'Administració (impacte real) i l'impacte mediàtic en els mitjans han estat molt significatius. Tristament, l'Administració continua sense prestar atenció presencial o oferint una atenció molt limitada en molts serveis.

I la segona Recomanació que serveix d'exemple, amb un caràcter més qualitatiu, la RAS 1/2023, de 12 de gener, sobre la gestió administrativa de la bonificació de les tarifes d'EMAYA per ingressos baixos, ens presenta una realitat diferent en la qual una única persona gran s'adreça a la Defensora amb un problema que molt probablement afecta moltes persones que no reclamen, sigui per desconeixement o per manca de confiança en l'Administració. El reclamant, octogenari, va exposar verbalment la seva queixa i es va haver de construir el relat perquè l'explicació, que no era gens clara, acabàs en l'exposició d'un greuge en tota regla sobre tots els entrebancs greus per ser beneficiari d'una bonificació en les tarifes d'EMAYA.

En data 12 de gener de 2023, la Defensora comunicava una Recomanació a la Comissió del Ple de Reclamacions i Suggeriments, amb les reflexions següents:

PRIMERA. Cal revisar les vies de presentació, en modalitat digital i en paper, per a la gestió de la bonificació de tarifes d'EMAYA per ingressos baixos, adaptant-les als principis i la normativa indicats al llarg de la recomanació per tal de millorar l'atenció de la ciutadania i [...].

SEGONA. Revisar la idoneïtat o no de la renovació anual per a persones de perfils determinats, atorgant períodes més extensos de durada, ateses les circumstàncies de cada cas, com ara persones grans amb limitacions de mobilitat i sense canvis substancials en els requeriments previstos per a atorgar la bonificació. [...].

TERCERA. Preveure i trametre l'avís de conclusió del termini anual de bonificació per als usuaris que l'any anterior n'hagin estat beneficiaris. [...].

QUARTA. Oferir, en funció de les possibilitats que doni la digitalització de les dades, l'atorgament automàtic de la bonificació, tal com es fa des d'altres administracions autonòmiques com ara la Conselleria de Benestar Social, que en funció de criteris establerts, fa creuament de dades amb l'Agència Tributària i ingressa automàtica-

ment, a les persones amb necessitats, un ajut econòmic per al subministrament de llum (bo energètic). (Anna Moilanen, 2023, Recomanació 1/2023).

Quant a aquesta proposta, el regidor que té la presidència d'EMAYA va comunicar a la Defensora la voluntat de traslladar-la als tècnics de l'empresa municipal perquè estudiassin i acceptassin les propostes.

4.3.2. La vessant mediàtica

No és tasca de la Defensora donar abast mediàtic a les seves actuacions, però és raonable pensar que uns mitjans de comunicació professionals prendran interès en allò que diu una figura com la Defensora, pel seu caràcter independent i autònom.



Imatge 1. *Diario de Mallorca*, 23-10-2021



Imatge 2. *Última Hora*, 17-12-2022

És així que les nostres actuacions obtenen atenció mediàtica ben diferent i més associada a l'actualitat del context social, l'oportunitat del moment i la decisió dels mitjans que a la voluntat de la nostra institució.

Així, ens trobam amb recomanacions com l'exposada a l'apartat anterior sobre l'atenció presencial que han tingut tots els focus mediàtics i han estat motiu de publicació de diversos mitjans de comunicació en reiterades ocasions.

La capacitat mediàtica de la gent gran i les associacions que la representen és també limitada i, sovint, els mitjans només donen visibilitat a les seves reclamacions sobre les pensions o a qüestions molt esbiaixades d'un perfil parcial, ja que, com hem dit, les persones grans estan integrades en gran part del teixit associatiu. No obstant això, quan el tema té interès, els periodistes hi paren atenció.

4.3.3. Impacte real

Distingim prèviament entre l'impacte del problema sobre la ciutadania, i en especial sobre el perfil de persones grans, i l'impacte de les actuacions de la Defensora sobre la resolució del problema, per no confondre.

Quant al primer impacte, cal esmentar que els casos que fins ara ens han arribat de persones grans tenen un component multiplicador, ja que, si es resolguessin, podrien

influir en una població gran. Són casos que identifiquen la punta d'un iceberg i la seva resolució implicaria un impacte extraordinari sobre moltes persones en les mateixes circumstàncies; d'aquí el caràcter multiplicador de la seva resolució. Les queixes amb que s'acosten les persones grans no solen ser puntuals i personals, exclusivament.

Pel que fa a l'impacte de les actuacions de la Defensora, no podem dir que l'Ajuntament accepti de manera general les recomanacions; encara més, malgrat l'obligatorietat de donar suport a la Defensora i, per tant, respondre raonadament a les RAS, com les propostes de reorientació que representen, sovint passen mesos fins que les àrees responen a la Defensora, i no sempre amb els arguments jurídics que justificarien les seves actuacions.

Els dos casos més dolosos són avui per a nosaltres el de la negativa *de facto* d'oferir atenció presencial d'algunes àrees, que no tenen argument jurídic ni tècnic que avaluï aquesta actitud, i el cas de l'atorgament de cita prèvia exclusivament per via digital de molts de serveis municipals, que n'exclou gran part de la població, gent gran inclosa.

Això no impedeix que s'hagin fet passos endavant gràcies a les recomanacions, també quant a presencialitat, i s'hagin recuperat alguns serveis, però queda molta feina, i el suport de la ciutadania, tant individualment com del teixit associatiu, serà indispensable per recuperar i conservar drets.

5. Conclusions

Tal com s'explica al llarg d'aquest breu article, és un fet acreditat que l'Administració pateix mancances importants quant a les facilitats que es donen a la ciutadania per exercir els seus drets i llibertats, sempre associats a requeriments que a vegades esdevenen una carrera d'obstacles. És cert que també hi ha iniciatives de bones pràctiques, però, llevat d'algunes excepcions, som lluny d'una situació ideal.

I, si el comú dels mortals, en plenes facultats físiques i mentals, té problemes, les persones més vulnerables, com ara la gent gran, veuen en l'Administració una màquina deshumanitzada que imposa el rodet d'uns procediments que sovint no tenen ni l'aval d'una exigència normativa, com és el cas de la cita prèvia, imposada com una part més del procediment administratiu, quan no ho és.

Com exposàvem a l'inici, en un context ideal els drets haurien de ser independents d'altres factors com l'edat, el sexe, la raça, etc., però la realitat no perdona i, a pesar que els drets es conserven intactes en l'esfera del que és eteri, poder accedir-hi es bloqueja.

És per això que, atesa l'experiència de la Defensora de la Ciutadania, plantejam les reflexions següents:

PRIMER. Les administracions públiques haurien de ser les primeres a garantir l'exercici real dels drets de les persones més vulnerables, i ser referents de bones pràctiques. Ens sobren arguments jurídics i ens manquen recursos i lideratges valents que s'imposin, que donin atenció diferenciada a les persones amb capacitats diferents.

SEGON. Les persones grans han de poder accedir als seus drets i, quan no sigui així, han de tenir totes les facilitats per reclamar, perquè tenen molt per aportar (capacitat, experiència professional i vital, seny i temps). Mantenir aquesta actitud de bloqueig, a més d'una il·legalitat, seria un malbaratament irresponsable de valor.

TERCER. Quant a les reclamacions de les persones grans, a l'Oficina de la Defensora hem comprovat que, normalment, els temes dels quals es queixen van més enllà dels seus condicionants d'edat o dels tòpics (pensió i cura pels doblers). Exposen qüestions que, si es resolguessin, podrien influir positivament en el conjunt de la ciutadania.

QUART. Les persones grans tenen una gran implicació en els moviments socials de la nostra ciutat, probablement perquè moltes ja havien estat vinculades al teixit associatiu de joves, la qual cosa ens presenta un col·lectiu actiu i proactiu, generós i responsable amb el seu entorn pròxim. No obstant això, en el cas de les associacions de veïns, seria important valorar l'envelliment dels seus responsables i la necessitat de promoure-hi el relleu generacional.

CINQUÈ. De la correlació entre les estadístiques de la Defensora i les dades de població de l'IBESTAT per les franges d'edat a partir de seixanta-un anys, podem concloure que la gent gran és tant o més activa que la resta de la població i que, quan li donen els mitjans i la confiança oportuns, no renuncien a reclamar i a posar les seves capacitats a disposició de qui vulgui escoltar. En aquest sentit, ateses les seves característiques, podrien ser uns informadors excel·lents de la realitat de carrer de la nostra ciutat i a l'Oficina de la Defensora ho constatarem quasi cada dia.

En conclusió, és urgent erradicar l'edatisme a la nostra societat perquè és una xacra imperdonable, i una bona manera de començar a fer-ho seria donant-ne exemple dins l'Administració Pública.

Referències bibliogràfiques

Ajuntament de Palma. (2005). *Reglament orgànic dels drets de la ciutadania de l'Ajuntament de Palma*.

<https://seuelectronica.palma.cat/-/reglament-org%C3%A0nic-dels-drets-de-la-ciutadania-de-l-ajuntament-de-palma>

Butler, R. (1980). Ageism: A foreword. *Journal of Social Issues*, 36, 8-11.

<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1980.tb02018.x>

Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea, 18 de desembre de 2000 (364/01), part II del Tractat pel qual s'estableix una constitució per a la UE (art. 41).

https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf

Carta Europea per a la Salvaguarda dels Drets Humans a la Ciutat.

Defensor del Pueblo Europeo. (2002). *El Código Europeo de Buena Conducta Administrativa*. Defensor del Pueblo Europeo.

https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_es.pdf

D'Ors, A. (2004). *Derecho privado romano*. Ediciones Universidad de Navarra. EUNSA.

Defensora de la Ciutadania. (2023). *Convivència. Memòria 2022*. Ajuntament de Palma.

<https://defensorciutadania.palma.cat/-/mem%C3%B2ria-defensora-de-la-ciutadania-2022-presentada-el-28-de-mar%C3%A7-de-2023>

Defensora de la Ciutadania. (2022). *Convivència. Memòria 2021*. Ajuntament de Palma.

<https://defensorciutadania.palma.cat/-/mem%C3%B2ria-defensora-de-la-ciutadania-2021-presentada-el-28-de-juny-de-2022>

Durán, M. A. (2013). Discriminación por edad y bienestar social: algunos problemas de conceptualización y medición. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*.

Duro, R. R. (coord.) (2022). *Pla d'Humanització a l'Àmbit de la Salut 2022-2027*. Servei de Salut de les Illes Balears. <https://www.ibsalut.es/servei/que-es-ibsalut/plans-i-estrategies/4107-pla-d-humanitzacio-en-l-ambit-de-la-salut-2022-2027>

Institut d'Estadística de les Illes Balears. (2022). Padró (xifres de població).

https://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/933ae75d-c922-494f-bc1a-04341d1f13a9/7699dcb8-8ab8-4fa5-80fa-9adedadaf375/es/pad_t1b4_22.px

Mahler, C. (2021). *Informe sobre el disfrute de todos los derechos humanos por las personas de edad, Consejo de Derechos Humanos 48º período de sesiones*. Asamblea General de Naciones Unidas, A/HRC/48/53.

<https://www.ohchr.org/es/hr-bodies/hrc/regular-sessions/session48/list-reports>

Nelson, T. D. (2016). Ageism in the Public Sector: Implications for Governmental Organizations. A T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and Prejudice against Older Persons*, 231-248. MIT Press.

Pascual, E. (2015). Los diputados del común y el síndico personero del Ayuntamiento de Palma (1766-1808). *Cuadernos de Ilustración y Romanticismo, Revista Digital del Grupo de Estudios del Siglo XVIII*, 21, 249-266.

Reial decret 208/1996, de 9 de febrer, pel qual es regulen els serveis d'informació administrativa i atenció al ciutadà. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 55, de 4 de març de 1996. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1996/02/09/208/con>

Autors

ANNA MOILANEN JAAKOLA

Oulu, (Finlàndia) (1963). Educadora social per la UNED el 2008. Coordinadora autonòmica d'UNICEF a les Illes Balears (1999-2010) i oficial de projectes UNICEF Espanya (2010-2014). Actual Defensora de la Ciutadania de Palma, des de 2016, i nomenada novament el 29 de juliol de 2021 pel ple municipal.

VICENTE RODRIGO RAMÍREZ

Palma (1970). Diplomat en Professorat d'Educació Primària el 1992. Màster en Gestió de Polítiques Públiques, 2019-20, per la Universitat de les Illes Balears. Adjunt de la Defensora de la Ciutadania des de 2017 i membre de l'Oficina del Defensor des de 2007, amb el nomenament del primer Defensor de la Ciutadania.

**L'EUTANÀSIA EN LA SENECTUT,
MÉS ENLLÀ DE LA PATOLOGIA
CLÀSSICA: A PROPÒSIT D'UNA FITA I
DE CAMÍ A LA UTOPIA**

L'eutanàsia en la senectut, més enllà de la patologia clàssica: a propòsit d'una fita i de camí a la utopia

Jaume Ramon Sampol
Toni López Rodríguez

Resum

La llei d'eutanàsia defineix com a casos susceptibles de mort avançada la malaltia greu i incurable i el sofriment físic o psíquic insuportable i irremeiable produït per limitacions sobre l'autonomia de la persona. En aquest context, en la primera part de l'article, explicam com una persona amb demència pot acollir-s'hi sota aquests supòsits, si en el passat així ho ha previst dictant-ho en un document d'instruccions prèvies (DIP). Analitzam el fonament jurídic que converteix la llei espanyola en referència mundial quant a aquesta possibilitat i aportam una perspectiva personal sobre la naturalesa del sofriment en la condició de deteriorament cognitiu adquirit i irreversible. Seguint la línia del moviment civil de la mort digna, en la segona part de l'article desglossam el concepte de plena disponibilitat de la pròpia vida i l'aproximam a la vellesa, argumentant com és possible desitjar la mort avançada sense cap malaltia terminal sinó sota la reivindicació de qui considera la seva vida complida. Emmarcam l'assaig en l'àmbit de les humanitats mèdiques, fent de la filosofia, la literatura i la reflexió les eines mitjançant les quals podem obtenir explicacions i nous paradigmes socio-sanitaris.

Resumen

La ley de eutanasia define como casos susceptibles de muerte avanzada la enfermedad grave e incurable y el sufrimiento físico o psíquico insoportable e irremediable producido por limitaciones sobre la autonomía de la persona. En este contexto, en la primera parte del artículo, explicamos cómo una persona con demencia puede acogerse bajo estas suposiciones, si en el pasado así lo ha previsto dictándolo en un documento de instrucciones previas (DIP). Analizamos el fundamento jurídico que convierte la ley española en referencia mundial respecto a esta posibilidad y aportamos una perspectiva personal sobre la naturaleza del sufrimiento en la condición de deterioro cognitivo adquirido e irreversible. Siguiendo en la línea del movimiento civil de la muerte digna, en la segunda parte del artículo desglosamos el concepto de plena disponibilidad de la propia vida y lo aproximamos a la vejez, argumentando cómo es posible desear la muerte avanzada sin ninguna enfermedad terminal sino bajo la proclama de quien considera que su vida está cumplida. Enmarcamos el ensayo en el ámbito de las humanidades médicas, haciendo de la filosofía, la literatura y la reflexión las herramientas mediante las que obtener explicaciones y nuevos paradigmas socio-sanitarios.

1. Introducció

La Llei orgànica de regulació de l'eutanàsia (LORE) —Llei 3/2021, de 24 de març— ha estat una conquesta històrica per a la societat espanyola i una vertadera passa

endavant per seguir consolidant drets humans. Moltes n'han estat les celebracions i no poques les veus que en fan una lectura críticament constructiva.

Així, s'identifica la lluita civil per la mort digna amb el desenvolupament de l'eutanàsia (per abreviar, hi incorporam el suïcidi assistit), i el marc actual legitima l'avançament voluntari de la mort com el mal menor d'una persona perquè sofreix. La demanda de dignitat aleshores apel·la a la compassió humana, la qual és una exigència humil, però un sentiment universal.

Nosaltres, els autors, som un testimoni més de l'acceptació civil i professional del nou dret, i en aquest article volem exposar, sota el fil conductor de la plena disponibilitat de la pròpia vida, dues circumstàncies inherents a aquest moviment. Presentam un debat que transcendeix el famós principi d'autonomia com a categoria bioètica i plantejam el desig de mort anticipada dins l'essència de l'absoluta llibertat de les persones, sense separar-lo, però, de les cures sanitàries.

Extraiem en aquesta anàlisi dues de les circumstàncies més novelles de les quals el nou estatus espanyol disposa: les peticions d'eutanàsia en el context de la demència i el debat sobre la radical elecció de la mort, entesa com el reconeixement de la plena disponibilitat de la pròpia vida.

2. Acollir-se al dret a l'eutanàsia en situació de demència

El deteriorament cognitiu progressiu, associat a altres disfuncions superiors, és un signe freqüentment observable en les persones grans. Això no constitueix una característica afectuosa de la vellesa, sinó que és en si mateix una malaltia, la demència. En la seva forma més prevalent, l'Alzheimer (i en altres com les parkinsonianes, de Lewy, etc.), l'individu és al principi conscient dels símptomes (amnèsia, agnòsia, apràxia, etc.) i, si s'hi fa un correcte abordatge sociosanitari, podrà restar molts d'anys amb relativa independència funcional i amb capacitat de raonament. És aleshores una oportunitat, la que té la persona, de poder pensar en el seu futur a curt i mitjà terminis, quan inevitablement el dany neurològic pugui ser suficientment gran i irreversible per necessitar tuteles quotidianes i judicials.

Quan hom pensa en eutanàsia i neurologia és probable que tenguim la imatge de l'esclerosi lateral amiotròfica (ELA), car els pacients sovint s'acullen al dret de la limitació de l'esforç terapèutic per la naturalesa de la seva morbiditat, que deteriora moltíssims sistemes, llevat de la cognició, la qual es manté indemne fins al final. Nosaltres, aleshores, volem presentar el cas de les demències, en què, degudament expressat el desig al testament vital, el sofrent es pot acollir al dret a l'eutanàsia en un estat de malaltia avançada fins i tot quan hagi perdut tota funció intel·lectual.

En el moment d'escriure aquest article, quan s'han complit ja dos anys de l'aprovació de la Llei, són poques les dades oficials que han estat publicades sobre la casuística. A disposició pública només consta l'informe ministerial sobre les morts voluntàries de 2021, en què el dret va entrar en vigor a partir del mes de juny. Així, hi llegim que el 53% de les eutanàsies foren per malaltia neurològica (40 en nombres absoluts), i llavors segueix a distància la causa oncològica, amb gairebé el 30% (22 casos) (Ministeri de Sanitat, 2022). Per mor d'una insuficient transparència de l'Administració, ara per ara no podem saber quins d'aquests casos neurològics foren sobre degeneració del sistema neuromotor i quins altres partien de l'afectació de la cognició i les funcions superiors. És necessària aquesta diferència, perquè hi ha matisos clínicament i legalment importants a l'hora de parlar de processos eutanàsics per a demències o per a altres dolències com l'esclerosi. Així, la història natural de les malalties pot ser oposada, perquè en la demència l'evolució del cervell i la de la resta dels òrgans seguiran camins independents i fins i tot el cos es pot conservar en excel·lent estat si es disposa de bona atenció geriàtrica.

2.1. Sobre la dignitat

Sobre aquest concepte, molt se n'ha escrit i no és la nostra intenció presentar-ne una dissertació, sinó que assumim que l'individu és qui elabora i explora el seu propi emblema. Digne és, per a nosaltres, qualsevol motiu de vida que pugui ser acceptat —des de l'assumpció d'alguns fins a l'exigència dels altres— com a tal per part de la persona. I en aquest sentit aquí presentam el desig d'avançar la mort quan la malaltia en qüestió és la demència i no cap altra.

Molts en són els motius, però l'eix fonamental que porta a sol·licitar l'eutanàsia per demència és la pèrdua de la noció del *jo*. El patiment físic hi és, però el sofriment no és tant pel dolor del cos sinó per l'adveniment de la prostració crònica i el fet de saber-se un futur cos errant. Les persones que així ho senten consideren que, un cop perdut l'intel·lecte, la vida orgànica els manca d'importància. El pronom feble *els* ara emprat és prova suficient que les consideracions aquí fetes sobre dignitat, vida i éssers humans s'apliquen solament a qui ho pensa així, i no és una valoració sobre altres iguals. Quan Ramón Sampedro demanava el seu dret a la mort voluntària perquè ell sofria tetraplegia no estava declarant indigna la tetraplegia en general ni de molt dels seus sofrents, sinó indigne que se l'obligàs a romandre ell mateix en aquella situació per designi de l'autoritat. Dignitat, aleshores, és poder viure fins al final amb la determinació que hom ha volgut prendre durant la vida.

A vegades es descriu l'estat de demència com si fos una nova infància. L'observador —cuidador, sanitari, familiar, veïnat o transeünt— hi pot destacar, amb condescendència, una innocent i simpàtica caricatura del passat. Aquest regrés als primers anys de vida,

Iloat moltes vegades, pot ben bé ser vist com una regressió, sobre la qual algunes persones prefereixen la mort.

Així com presumiblement anirà en augment la prevalença d'aquesta afectació, necessitam des del món sanitari saber com enfrontar-nos-hi. González Ingelmo i López de Lu (2019) ens apopen «l'atenció centrada en la persona» (ACP):

D'aquí sorgeix la necessitat de considerar cada persona de manera individualitzada i única, i no com la suma de símptomes provinents de la demència. En una extensa revisió bibliogràfica de les definicions de l'ACP es va determinar que els sis dominis més prominents que la conformen són: la cura holística o centrada en la persona, el respecte i valor, l'elecció, la dignitat, l'autodeterminació i el projecte de vida plena (González Ingelmo i López de Lu, 2019, p. 337).

El paràgraf citat és interessant per observar com la retòrica i les reivindicacions d'autodeterminació i dignitat, sovint emprades en el llenguatge de la mort voluntària, són també eines que els diferents autors necessiten per parlar de les cures en general.

És, per tant, acceptat que fins al final s'ha de tenir en compte el projecte de vida de la persona, elaborat dia a dia i tal volta resumidament expressat sobre un fonamental paper medicolegal: el document d'instruccions prèvies (DIP), metafòricament conegut com a testament vital o voluntats anticipades. La llei d'autonomia del pacient el defineix així:

[...] una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud [...] (Llei 41/2002, p. 9).

Entenem que efectivament és possible emprar aquesta eina com a garantia perquè, fins i tot en aquells darrers moments de vida en què hom pot no ser capaç d'expressar-se ni ser conscient dels esdeveniments, la dignitat pròpia —imatge del projecte biogràfic— no sigui violentada amb ingerències sobre la vida i el cos d'un mateix.

2.2. Sobre el DIP i el deteriorament cognitiu

Un cop assumit que la sol·licitud d'eutanàsia és apta per a les persones que compleixen els supòsits legals de «Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante» (Llei 3/2021, p. 5), ara toca plantejar-ho en la peculiaritat del deteriorament intel·lectual adquirit.

Ja fa molt de temps que el pacient capaç pot rebutjar qualsevol tipus de mesura terapèutica —sempre que no vagi en perjudici d'un tercer—, malgrat que aquesta decisió condueixi directament o indirectament a la mort. Així, abans de l'aprovació de l'eutanàsia, s'entenia com **la sort de la màquina** el fet que algunes persones poguessin posar fi a la seva vida sense sofrir i legalment acompanyades per un equip assistencial, perquè la seva fisiologia depenia del funcionament d'un aparell mèdic extern, com per exemple el famós cas de l'andalusa Inmaculada Echevarría l'any 2007. Quan el pacient rebutjava conscientment tal suport, era bona praxi mèdica ajudar-lo segons la seva voluntat. Per tant, a Espanya ens trobam amb suficient recorregut quan parlem en aquests termes.

Sota la mateixa circumstància d'adequació de l'esforç terapèutic, abans de l'entrada en vigor de la LORE, hom podia exigir en el seu DIP que, si en un futur es patia demència i s'arribava a perdre la facultat d'alimentar-se satisfactòriament via oral, renunciava a qualsevol mesura agressiva d'alimentació assistida enteral o parenteral.

Per tant, que ara es prevegi l'aplicació de la mort avançada en una persona amb demència, les característiques clíniques de la qual concorden amb els supòsits de la llei, no hauria de ser cap revolució. No obstant això, som davant un important pas en la lluita pels drets civils que només un altre país del món, els Països Baixos, accepta en l'actualitat en el grup d'Estats que han regularitzat la mort voluntària. Ni tan sols ocorre a Bèlgica, on en el DIP solament serà vàlida una sol·licitud d'eutanàsia si la patologia que condiciona l'estat d'incapacitat del pacient és per estat vegetatiu permanent, i no s'accepta el deteriorament cognitiu progressiu (Associació Dret a Morir Dignament, 2022).¹

2.3. Sobre el sofriment i la consciència

Parlem sobre el final de vida per injecció letal en una persona que així ho ha sol·licitat al DIP amb plena consciència i de manera voluntària abans del deteriorament. És previsible que el debat que ens ocupa des d'ara mateix giri entorn del consens sobre quines són les circumstàncies de la demència que poden encaixar amb els dos supòsits de la LORE:

- Padecimiento grave, crónico e imposibilitante: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin

1. Informació recollida per l'associació Dret a Morir Dignament juntament amb la Universitat del País Basc.

posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico.

- Enfermedad grave e incurable: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva (Llei 3/2021, article 3).

La demència s'hi correspon perfectament, no només en l'essència de la patologia, orgànica en tot cas, car s'origina en el dany irreversible del teixit neurològic, sinó que, i aquí sorgeix el debat, el sofriment que suposa sobre un mateix pot ser criteri de mort voluntària.

A l'inici d'aquest article hem exposat un punt de vista peculiar sobre el sofriment de saber-se limitat per aquesta malaltia. Per correspondre legalment amb l'eutanàsia, arribades les circumstàncies, és essencial que la voluntat del pacient hagi estat escrupolosament escrita en el DIP, amb una descripció fàcilment objectivable del que un mateix considera sofriment indigne de ser viscut. L'associació Dret a Morir Dignament ha elaborat el paràgraf següent, que pot ser introduït en el document:

Consider un patiment físic o psíquic constant i intolerable, incompatible amb la meua dignitat personal, que alguns patiments greus crònics i impossibilitants, com les malalties neurodegeneratives (demència tipus Alzheimer o qualsevol altra), provoquin tal deteriorament de la meua personalitat i les meves facultats mentals, que sigui incapaç de tenir consciència de la meua pròpia malaltia i el meu esquema de valors. Per això, encara que no ho expressi, no ho recordi o, segons el parer d'altres persones, no mostri signes externs de sofriment, en el moment en què no pugui valer-me per mi mateixa o no reconegui els meus familiars o persones properes, o em trobi en una situació clínica equiparable a una demència moderada (GDS-FAST 5, segons les escales de Reisberg), desitj que es respecti la meua voluntat de finalitzar la meua vida mitjançant l'eutanàsia (Associació Dret a Morir Dignament, 2021).

El primer element clau d'aquesta esmena és la identificació del que significa, per al ciutadà que així ho escriu, sofriment incompatible amb el manteniment de la vida. El nivell GDS-FAST 5 descrit és el punt d'inflexió entre una demència moderada i el que suposarà, en el següent nivell 6, un ventall d'alteracions conductuals i de gran necessitat d'assistència. Dins l'estat moderat encara el pacient pot sol·licitar, amb un discurs coherent i ferm, la voluntat d'eutanàsia, però, perquè no pugui ser menyspreada per l'avaluador sota sospita d'incapacitat, és recomanable tenir-la escrita abans del diagnòstic o en els primers estadis evolutius. I afegim que hauria

de ser protocol d'obligat compliment l'ofertament d'informació sobre els drets al final de la vida i la possibilitat d'elaborar el DIP a tota persona diagnosticada d'afectació cognitiva progressiva, perquè suposa aleshores una darrera oportunitat per reflexionar i enregistrar aquests desigis.

També és capital la sentència que preveu «encara que no ho expressi, no ho recordi o, segons el parer d'altres persones, no mostri signes externs de sofriment», perquè precisament, com hem exposat al principi de l'article, l'observador pot veure en la figura de la demència un fals benestar pel simple fet d'estar desconnectat del medi. La legalitat espanyola permet que sigui o bé el representant o fins i tot el metge responsable del pacient el que, obeint les instruccions del **qui-va-ser i ja-no-és**, posi en marxa l'eutanàsia.

El fet que nosaltres, ciutadans, puguem confiar en els nostres familiars, amics i sanitaris perquè ens ajudin a morir, tot i no recordar-ho, és una mostra de solidaritat radical i permet allargar tranquil·lament la vida fins al punt de no retorn del **jo**. Quan l'ajuda a la mort voluntària encara estava penada a Espanya, moltes persones amb malalties degeneratives que haurien volgut viure mesos o fins i tot alguns anys més decidien suïcidar-se quan encara ho podien fer elles soles (per exemple, en una ELA, calia aprofitar el moment per matar-se abans de perdre l'agilitat de les mans) sense implicar-hi terceres persones per evitar-los l'empresonament. Paradoxalment, per tant, la legalització de l'eutanàsia ha aportat temps de vida a algunes persones que volen tenir el control fins al final, ja que ara poden confiar que seran ajudades, sigui quin sigui el seu estat físic. I la demència n'és un exemple més.

Qui millor ens pot transmetre el que acabam de contar és una persona en aquesta situació. Carme Elías, l'actriu guanyadora d'un Goya, ha escrit *Cuando ya no sea yo*, un llibre per deixar testimoni del que suposa viure amb Alzheimer incipient i en el qual deixa clara la seva voluntat d'avançar la mort:

Cuando mis palabras se enrosquen en un idioma indescifrable,
 cuando mire sin ver,
 cuando vea sin mirar, vagabunda, ajena a lo que sucede,
 cuando me duerma recién vestida o me despierte recién dormida,
 cuando reaccione a un sonido amable o me asuste una vaguedad indescifrable,
 cuando mi cuerpo no responda a un estímulo aunque obediente se pliegue al sonido conocido,
 cuando las voces amadas no me arranquen una sonrisa o las poesías preferidas ya no rieguen mi rostro con gotas suaves como caricias,
 entonces, quiero una muerte digna.

«Y pido una muerte digna», dins *Poesía alzheimerica*

I s'acomiada dient-nos que «Mientras tanto, mientras sea yo, seguiré adelante» (Elias, 2023).

2.4. Sobre les amenaces

Hem exposat com Espanya es converteix en un país pioner a acceptar que la planificació sobre les cures al final de la vida i la mateixa mort poden organitzar-se, amb els instruments adequats, perquè l'autonomia del pacient sigui el criteri de consens entorn del qual els cuidadors ens hem de disposar. Tanmateix, sobre aquest fet sorgeixen opinions dispars, que desautoritzen el DIP com si fos fruit d'una nit de borratxera. Per exemplificar aquestes discrepàncies, compartim un fragment en què Javier Judez, de la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia, qüestiona que es pugui donar veracitat al DIP si s'hi demana l'eutanàsia per a futures situacions d'incapacitat.

Un documento de instrucciones previas no garantiza por sí mismo completar el proceso deliberativo y las decisiones y solicitudes del paciente previstas en el procedimiento para la realización de ayuda para morir regulado en la LORE. Con un par de artículos (5.2 y 6.4), sin sustento en reflexiones previas, se produce una confusa asimetría donde solo hay una única expresión (supuestamente) genuinamente autónoma sin el proceso deliberativo que se realiza con el sujeto capaz a lo largo de varias entrevistas y varias semanas (Judez, 2023).

Aquesta és una de tantes opinions que enyoren una doctrina més paternalista de la medicina, en què encara la voluntat de morir no pot ser concebuda en la seva vesant serena. Valoram el debat perquè sempre hem de voler construir, en conjunt, una millor societat de cures mútues i de respecte. La LORE necessitarà, com molts edificis jurídics, afegits i apedaçaments, però el que no es pot posar en perill és el valor suprem que ens reconeix als pacients com a ciutadans lliures i conseqüents amb les nostres decisions. Qui es preocupa de vèncer tota la burocràcia que s'imposa a l'hora d'enregistrar el DIP, qui elabora cada dia dins seu el relat de vida i de mort i és capaç d'expressar-ho sobre un formulari és una persona adulta i llurs decisions mereixen ser respectades com a tals.

Més enllà de la justificació de l'eutanàsia fonamentada en la dignitat de la pròpia existència —per a nosaltres motiu suficient per ordenar instruccions sanitàries—, podem fer ús al nostre favor dels textos legals que a poc a poc van dictant sentència. El Tribunal Constitucional avala íntegrament la LORE, i com a mostra exposam unes línies en què queda clar que la legislació espanyola consta d'uns pilars robusts per als assumptes que aquí lleugerament comentam:

La decisión de predisponer la solicitud de la prestación de ayuda para morir ha de ser siempre, como la solicitud formulada de presente, madura y responsable y el legislador bien puede presumir, por tanto, que la voluntad así manifestada sigue siendo real y efectiva en tanto no haya sido rectificada en forma por quien la expresó en su día. [...] Por lo demás, resulta manifiestamente inconsistente la consideración de que el citado documento podría contrariar la «voluntad actual» del paciente incurso en la situación de incapacidad de hecho, en la medida en que tal situación se produce, precisamente, cuando el paciente no se encuentra en el pleno uso de sus facultades ni puede prestar su conformidad libre, voluntaria y consciente para realizar las solicitudes. En tanto no se alcanza esa situación no entra en juego el referido documento que, como se acaba de indicar, es en todo caso revocable [...] (STC 19/2023, de 22 de març de 2023).

2.5. Sobre el testamento vital com a eina reflexiva

És palès que el major dels tabús de la nostra societat és morir. Per això, doncs, volem presentar el testament vital com el paradigma del *memento mori*. És l'instrument mitjançant el qual podem contribuir a la necessària normalització de la finitud de la vida, i vertaderament és una societat millor aquella que no té por de parlar-ne. El DIP s'hauria d'acceptar com una de les més meravelloses aportacions del món de la sanitat al conjunt de la societat, perquè demostra el compromís dels cuidadors cap als pacients i de la ciutadania sobre si mateixa.

Tot i respectant que l'ombra de la mort pot ser violenta per a algunes persones, hem d'aprofitar el DIP per fer-ne néixer la llavor. Si volguéssim sistematitzar una tasca tan sana com és la contemplació i reflexió de la vida i el fet de morir, no podríem desenvolupar una eina millor que la que ja tenim, el testament vital. Hem de reivindicar aquest paper burocràtic com una oportunitat de parlar amb els éssers estimats i, en l'àmbit professional, amb els pacients sobre els valors acceptables i desitjables per a una vida millor. És aleshores com es pot projectar l'harmònic final.

Canta Antònia Font «i jo me vull morir allargat damunt sa barca amb un tassó de vi». És des del plaer de la vida, de l'exaltació de l'amor, la felicitat i el goig que podem mirar la mort amb un somriure, abraçant-la com a promesa amb un mateix per descobrir l'univers fins a la dolça fita llunyana. Somniar una mort digna és l'ànim que necessitam els coratjosos per procurar-nos una existència igualment digna.

Allargant la metàfora, anomenar-lo testament vital no és emprar l'atribut en va. És, aquest document, essencialment una funció de vida.

3. La plena disponibilitat de la pròpia vida, un assumpte de llibertat

El moviment internacional sobre el dret a la mort digna abraça un gran ventall de circumstàncies: des de la universalització de les cures pal·liatives, passant per la legalització de l'eutanàsia com a prestació de l'estat de dret, fins al sùmmum que suposa el reconeixement de la plena disponibilitat de la pròpia vida.

Tot i que sembli un joc de paraules, consisteix en la reivindicació de la llibertat absoluta reconeguda sobre cada persona per poder configurar tots els aspectes que constitueixen la mateixa existència, i dins aquest projecte biogràfic s'inclou l'elemental darrer episodi, que és morir. Sota aquesta filosofia, l'elecció de la mort d'un mateix no ha de respondre a cap altra autoritat o consentiment que els dissenys de la racional voluntat. Assumint l'axioma que la vida és gojosament desitjable, el procés de morir aleshores esdevé només una manera —potser sublim— de posar-hi fi per mantenir la coherència, l'honor i el benestar fins al final.

Continuant l'anàlisi dels teixits jurídic i sanitari que permeten ara per ara l'eutanàsia en malalties com la demència, volem parlar d'aquesta altra vessant de la mateixa temàtica. Hi ha un moviment polític, social i intel·lectual que demana avançar cap a la legalització de l'eutanàsia en aquelles persones que consideren que la seva vida ja no pot estendre's més perquè ja n'han gaudit al màxim —vida complida— o perquè els anys que els resten només els afegirien sofriment vital. Hi és subjacent la característica que aquests individus no tenen una malaltia terminal ni un patiment greu i crònic, fet que els impedeix acollir-se a la petició d'ajuda a morir de les lleis actuals.

3.1. Sobre el sofriment vital i la vida complida

En aquest mateix Anuari, en una altra edició, Moreno et al. (2018) introdueixen el següent:

Ara bé, més enllà de l'eutanàsia, si ens referim a les persones d'edat avançada, que es poden sentir cansades o amb la sensació de vida completa, algunes d'elles poden voler ajuda per morir abans de patir una malaltia greu que sigui font d'un sofriment intolerable[...]. L'interès de persones d'edat avançada de comptar amb mitjans per suïcidar-se de manera segura i sense violència es posa de manifest en diferents països. [...] Naturalment, els aspectes físics del patiment són els més fàcils de solucionar però, en l'actualitat, queda una àmplia franja del dret de morir dignament que encara s'ha d'afrontar i que es produeix quan el patiment «insuportable» deriva del sentiment de pèrdua de la dignitat associat a la dependència i al deteriorament de funcions i òrgans (Moreno et al., 2018, p. 226).

La retòrica que s'empri en aquest debat és perillosament mal interpretable, car hom podria percebre com a fracàs social el fet que hi hagi gent gran que prefereixi morir a viure amb marcades limitacions funcionals característiques de l'envelliment. Nosaltres, els autors, consideram un atemptat contra la dignitat de les persones grans els desnonaments i la pèrdua d'habitatge —alguns dels quals són desencadenants de desesperats suïcidis—, així com la soledat no desitjada, la manca d'accés a cures sanitàries i medicaments a baix cost, la falta d'ajuda per portar una vida independent a domicili, tot i patir problemes de mobilitat, l'abandonament de tants padrins en residències que —algunes— no compleixen uns mínims estàndards, etc.

Consideram un problema de salut pública la gran prevalença de mort violenta en la tercera edat i coincidim amb les receptes que Orte et al. (2022) ens proposen:

A més de posar en marxa plans de prevenció del suïcidi en persones grans, és important: sensibilitzar la societat sobre aquest tema; combatre l'edatisme i la discriminació de les persones grans; promoure una cultura de la resiliència, i l'adaptació als diferents estadis de la vida i als canvis que es produeixen en l'edat avançada; avançar-se a situacions de risc, i promoure el diagnòstic i l'atenció precoç dels intents de suïcidi i del suïcidi mateix (Orte et al., 2022, p. 257).

Així mateix, escrivim aquestes línies per donar suport a l'intel·lecte d'alguns que demanen ajuda per posar fi a una vida en què, més enllà d'aquest punt d'inflexió de l'assumpció de la voluntat de morir, tot el que els resta és innecessari i, si és prolongat, es materialitza en sofriment.

Richards (2017) aporta consistència bibliogràfica a la plena disponibilitat de la pròpia vida i resumeix en sis eixos alguns dels motius que poden portar una persona gran —«the fourth age of life»— a desitjar la mort avançada: alteracions psicològiques, deteriorament fisiològic i cognitiu, dependència, solitud, pèrdua de significat i manca d'objectius i finalment la consideració que la vida d'un mateix ja està ben complida i satisfeta. Alguns d'aquests plantejaments, i efectivament per algunes persones —«arguably a rather extreme personality»—, no són susceptibles de ser remeiabls.

No s'ha d'entendre com un fracàs sociosanitari, sinó que les cures que amb la millor de les intencions oferim no sempre poden tenir efecte, sobretot si la persona a qui van destinades no les considera aptes. Així com el suport vital i l'alimentació forçada poden ser un abús, amb humilitat i autocrítica hem d'entendre que una llar d'ancians no sempre guarirà les penes aquí descrites. I, sabent-ho, és el ciutadà gran qui ho pot rebutjar i som nosaltres, els seus acompanyants, els que ho hem de respectar.

«A good life followed by a good death», com bé escriu Richards, és la darrera voluntat d'algunes persones que veuen com ja no poden seguir vivint en la felicitat i bucòlica harmonia que els ha proporcionat sempre el gaudi dels sentits i la funcionalitat: la vista per a la lectura, l'oïda per a la música, la cognició per a una agradable conversa, les articulacions per a un passeig, etc. Ella ens cita la filòsofa Mary Warnock per exemplificar que no és la por a la fragilitat el que incita a morir, sinó la vida sense els plaers que s'estimen, derivada d'aquesta fragilitat, el que porta a determinar una bona mort que celebri el que ha estat una excel·lent vida.

Aquest emblema porta implícit que no parlem de sentiments homogenis, sinó que el que realment legitima la voluntat de morir d'aquesta peculiar gent gran és, com ens il·lustra l'autora, l'avaluació pròpia i holística de la vida passada i el possible futur de cada un. Aquest «old age rational suicide», a sobre, no és menys vàlid perquè, recull ella, consti d'ambivalències emocionals —car el final de vida pot emanar malenconia i altres sentiments no patològics—, sinó que gràcies a l'escolta empàtica de la persona s'hi acaba veient un consens entre la raó i el cor. Aquesta consideració de l'individu com a ésser capaç de determinar la pròpia vida, sigui quina sigui la seva edat, és el que ens assegura que «they have lived a “completed live” and feel ready to die».

3.2. Sobre el que ens expliquen els poetes

Ara se'n comença a investigar, sobre aquest tema, però els que aquí escrivim estam convençuts que la voluntat de governar la vida és inherent al raonament humà, i com a arguments d'autoritat no tenim millors referències que els testimonis de la literatura. Així, Joan Alcover ja fa cent anys que ens parla de sofriment molt millor del que podem aportar amb bibliografia:

Jo só l'esqueix d'un arbre, esponerós ahir, que als segadors feia ombra a l'hora de la sesta; mes branques, una a una, va rompre la tempesta, i el llamp, fins a la terra, ma soca migpartí.

Brots de migrades fulles coronen el bocí obert i sens entranyes que de ma soca resta; cremar he vist ma llenya; com fumerol de festa, al cel he vist anar-se'n la millor part de mi.

Il'amargor de viure xucla ma arrel esclava, i sent brostar les fulles, i sent pujar la saba, i m'aida a esperar l'hora de caure un sol conhort: cada ferida mostra la pèrdua d'una branca: sens jo, res parlaria de la meitat que em manca; jo visc sols per plànyer lo que de mi s'és mort.

(Alcover, 1909)

La soledat no volguda és un fracàs perquè suposa l'abandó d'una persona en la seva misèria i obscuritat quan fins i tot ella ens demana ajuda. En canvi, la mirada del **qui-sobreviu** cap als estimats que ja han mort —parella, amics o fills— és un sentiment inefable, i sobreviure'ls massa temps pot convertir-se en sofriment, que no sempre pot ser guarit amb bones paraules, intencions o passejades els diumenges al parc. La mort així pot ser volguda per una persona que ha vist desaparèixer tot el seu univers.

La banalització d'aquesta desolació —l'ambivalència emocional abans esmentada— és la condemna d'una persona i la seva història, que, en versos d'Antònia Vicens,

[...] Bastava mirar-li els ulls sense gens de verdet / per saber que es buidava / com es buida i es mor lentament un cranc roquer / amb una mordala rompuda si està fora de l'aigua. / A vegades estenia la mirada cap al cel / igual que un captaire estén la mà cap als qui passen. [...] (Vicens, 2019)

Més enllà del dolor, altres veus han celebrat la utopia somniada d'una mort dolça i elegible. Nietzsche escriu en la seva *Moral per a metges*:

Morir con orgullo cuando ya no es posible vivir con orgullo. La muerte, elegida por propia iniciativa, la muerte, consumada a su debido tiempo, con lucidez y alegría, rodeada de hijos y testigos: de modo que todavía sea posible una verdadera despedida, en la que todavía está allí aquel que se despide, así como una verdadera estimación de lo logrado y querido, un balance de la vida [...] (Nietzsche, 1889)

Heinrich von Kleist, autor romàntic alemany, atalla qualsevol sospita de buidor existencial quan el 1811, a un dia del seu suïcidi, deixa escrit: «[...] muero, porque nada en la tierra me queda ya por aprender o por alcanzar [...]» (Kleist, 1811).

Torna al diàleg Antònia Vicens, per recordar que no idealitzam morts prematures, sinó que, mentre hi hagi possibilitats i ànims de cultivar la vida, la fi s'allarga un cop més a l'endemà. Ens exclama: «morir-te / encara no / tens massa deutes amb les flors» (Vicens, 2015).

Creiem que l'estudi de les humanitats mèdiques com a disciplina formal i fonamental és la millor eina per mantenir-nos els professionals de la sanitat en contacte amb la realitat. Els pensaments aquí expressats no són eteris, sinó que justifiquem que formen part del nostre entorn, materialitzat en exquisides obres dignes de ser preses en consideració.

3.3. Sobre el marc legal

És factible que la nostra societat disposi del suport jurídic suficient perquè es pugui complir el desig de mort voluntària per vida complida? Als Països Baixos, on ja poden presumir de més de vint anys d'experiència en eutanàsia legal, hi ha hagut diversos moviments polítics i socials que promouen convertir en realitat els clams a la mort pacífica que aquí hem descrit. Així, tot i paralitzat, el partit holandès D66 —lliberal progressista— n'ha presentat un projecte.

Joan Carles Carbonell, catedràtic de Dret Penal a la Universitat de València, defensa que la LORE es deu fidedignament al principi de dignitat de la persona, que la Constitució espanyola garanteix amb la consideració que els ciutadans són propietaris de son destí sense altra limitació que es reconeixin els drets dels altres (Carbonell, 2021). Sota aquesta fonamentació, es pot ser optimista cap a un futur en què la llei respecti l'acompanyament de les persones en la seva mort elegida més enllà del context eutanàsic actual, limitat per la compassió.

4. Conclusions

El moviment de la mort digna acull tots aquells finals de vida que són respectuosos amb la voluntat de l'individu: des del compliment amb el sagrament de l'extremunció fins a l'eutanàsia, passant per les imprescindibles tècniques sanitàries pal·liatives.

Hem exposat que mitjançant el DIP hom pot configurar les cures que vol rebre en el transcurs de la seva vida en aquells moments en què la cognició està malmesa. Celebrem que el marc jurídic espanyol sigui ferm, estenent l'eutanàsia fins i tot en casos de demència i per a aquelles persones que han ordenat ser respectades fins al final d'acord amb el seu projecte de vida. És necessari no banalitzar el sofriment que el deteriorament cognitiu irreversible suposa en la constitució de dignitat de molta gent gran.

En contra de l'abandonament i la mirada condescendent cap a la gent gran a la societat, hem aportat nous punts de vista per poder combatre l'edatisme en favor d'un envelliment actiu en què també es respecti, fins i tot amb admiració, el lliure desenvolupament de la personalitat.

I sota els mateixos dissenys d'autogovern, hem introduït el concepte de vida complida, amb l'esperança que els debats dels pròxims anys valorin la mort no com una derrota, sinó com un motiu de celebració vers la benvolguda vida. Davant les adversitats, reivindicam els versos de W. E. Henley: «I am the master of my fate, I am the captain of my soul».

Agraïments

A les persones que ens han aportat textos per a l'ocasió: Fernando Marín, Loren Arseguet, Victoria Castañeyra i Elisa Casas.

Referències bibliogràfiques

Alcover, J. (1997). *Cap al tard*. Consell Insular de Mallorca. (Treball original publicat el 1909).

Associació Dret a Morir Dignament. (2021). *Haz tu testamento vital*. <https://derechoamorir.org/testamento-vital/#balears>

Associació Dret a Morir Dignament. (2023). *La eutanasia en el mundo*. <https://derechoamorir.org/eutanasia-mundo/>

Carbonell, J. C. (2021). Ley de la eutanasia: una ley emanada de la dignidad. *Teorder*, 29, 46-71.

Elias, C. (2023). *Cuando ya no sea yo*. Madrid: Editorial Planeta.

Ministeri de Sanitat (2022). *Informe anual 2021 de la prestación de ayuda para morir*. Govern d'Espanya.

González, M. I. i López, C. (2019). Una visió general sobre les demències. A C. Orte (Ed.). *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2019*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Judez, J. (2023, 31 de març). *Un nuevo paradigma para atender y acompañar las demencias tras la LORE*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. <https://www.segg.es/actualidad-segg/2023/03/31/un-nuevo-paradigma-para-atender-y-acompa%C3%B1ar-las-demencias-tras-la-lore>

Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i de documentació clínica. (2002). *Butlletí Oficial de l'Estat*, 274, de 15 de novembre.

Llei orgànica 3/2021, de 24 de març, de regulació de l'eutanàsia. (2021). *Butlletí Oficial de l'Estat*, 72, de 25 de març.

Moreno, C., Alberdi, R. M., Alorda, M. C., i Sansó, N. (2018). El compromís ètic de les infermeres en la defensa del dret de les persones grans a morir dignament. A C. Orte (Ed.). *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2018*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Nietzsche F. (2022). *Crepúsculo de los ídolos* (Ed. J. B. Llinares). Tecnos (Treball original publicat el 1889).

Orte, C., Valero, M., i Sánchez-Prieto, L. (2022). El suïcidi entre la gent gran. Perfil sociodemogràfic, factors de risc i protecció, i estratègies de prevenció. C. Orte (Ed). *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2022*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Richards, N. (2017). Old rage rational suicide. *Sociology Compass*, (11) e12456 <https://doi.org/10.1111/soc4.12456>

Sentència del Tribunal Constitucional 19/2023, de 22 de març.

Vicens, A. (2015). *Fred als ulls*. Jardins de Samarcanda. Barcelona: Eumo Editorial SAU.

Vicens, A. (2019). *Lovely*. Jardins de Samarcanda. Barcelona: Eumo Editorial SAU

Von Kleist, H. (2008). *El terremoto de Chile* (Trad. J. L. Ribas, M. Sáenz i J. J. Del Solar). Atalanta. (Treball original publicat el 1807).

Autors

JAUME RAMON SAMPOL

Nascut a Lloseta (Mallorca) el 1997. Metge per la Universitat Complutense de Madrid, promoció 2016-2022. Metge resident de medicina familiar i comunitària. Activista de l'associació Dret a Morir Dignament i gran interessat en la lluita ciutadana per la defensa de l'eutanàsia. Divulgació dels drets al final de la vida en diferents àmbits com l'acadèmic, l'educatiu, el polític i el sanitari, mitjançant taules rodones, tallers, xerrades, assessorament, etc. Experiència en pràctiques en l'àmbit de les cures pal·liatives i la cronicitat. Treball de fi de grau de Medicina en què es tracta de la mort voluntària a la novel·la *La muntanya màgica*, de Thomas Mann.

TONI LÓPEZ RODRÍGUEZ

Nascut a Lloseta (Mallorca) el 1997. Infermer per la Universitat de les Illes Balears, promoció 2015-2019. Actualment treballa a un servei d'hemodiàlisi, amb gran experiència professional en cures del pacient crític i en banc de sang. Autor del poemari *Valhalla* (El Gall Editor, 2017), en què expressa, entre d'altres, la relació personal i intel·lectual amb la mort. Treball de fi de grau d'Infermeria en què es tracta del vincle entre la poesia i les cures al final de la vida.

**IMPACTE DE LA COVID-19 I DE LES
MESURES PER COMBATRE-LA EN LES
TAXES DE MORTALITAT DE LA POBLACIÓ DE
LES ILLES BALEARS**

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 2020-2021

Myriam García-Olalla

Eliseo Navarro Arribas

Pilar Requena Cabezuelo

Resum

Aquest treball consisteix en una anàlisi de l'impacte de la COVID-19 en les taxes de mortalitat de la població resident a les Illes Balears l'any 2021 i una comparació amb les taxes de 2020. Igualment, es compara la situació de les Illes Balears amb la del conjunt de la població espanyola. Per això, s'apliquen tècniques actuàrials de «graduació» que permeten eliminar part de l'aleatorietat d'un fenomen com és la mortalitat per a obtenir estimacions de les taxes de mortalitat edat per edat (des d'1 fins a 99 anys). Seguint amb l'estudi previ que es va portar a terme per a analitzar l'impacte de la pandèmia l'any 2020, aquest treball se centra, a diferència de la majoria de les anàlisis sobre aquest tema, en les taxes de mortalitat i no en el nombre de morts, cosa que proporciona una imatge diferent de les conseqüències de la pandèmia en la població. D'aquesta manera, les ràtios de les taxes de mortalitat dels períodes 2021, 2020 i 2018-2019 posen de manifest que la COVID-19 ha impactat de manera molt diferent en els diferents trams d'edat i en les poblacions masculina i femenina. D'altra banda, els resultats obtinguts mostren alguns patrons comuns en el comportament de la mortalitat balear i de l'espanyola tant durant l'any 2020 com durant el 2021. I entre els resultats més destacables cal assenyalar l'importantíssim increment en les taxes de mortalitat de la població femenina al voltant dels 10 anys, que en el cas de les Illes Balears arriba a estimar-se en un 80%, contrarestat per una important caiguda de les taxes de mortalitat en el tram entre 40 i 60 anys. Mentre que en la població espanyola també es dona el primer fenomen (encara que amb molta menys intensitat), no s'hi observa el segon. Finalment, pot observar-se que les taxes de mortalitat de la població de més edat (més de 80 anys) tornen a situar-se en valors pre-pandèmics (o fins i tot inferiors en el cas de les Illes Balears), si bé encara es mantenen altes (pròximes al 10% per sobre de les de 2018-2019) per al tram entre 60 i 80 en el cas de la població masculina tant de les Illes Balears com d'Espanya. Per a la població femenina entre 60 i 80 anys observem unes certes diferències entre les Illes Balears i Espanya: mentre que a les Illes Balears les taxes van tornar a nivells pre-pandèmics, en el conjunt d'Espanya la tornada sembla que és una mica més lenta i s'observen encara taxes un 10% superiors a les del període 2018-2019 al voltant dels 70 anys.

Resumen

En este trabajo se procede a analizar el impacto del COVID-19 en las tasas de mortalidad de la población residente de las Islas Baleares en el año 2021 y su comparación con lo acontecido en 2020. Igualmente, se procede a comparar la situación de Baleares con el conjunto de la población española. Para ello, se aplican técnicas actuariales de "graduación" que permiten eliminar parte de la aleatoriedad de un fenómeno como es la mortalidad para obtener estimaciones de las tasas de mortalidad edad por edad (desde 1 hasta 99 años). Siguiendo con el estudio previo que se realizó para analizar el

impacto de la pandèmia en el any 2020, este treball se centra, a diferència de la majoria de anàlisis sobre este tema, en les taxes de mortalitat i no en el nombre de fallecidos lo que proporciona una imatge diferent de les conseqüències de la pandèmia en la població. De esta forma, les ratios de les taxes de mortalitat de los períodes 2021, 2020 y 2018-19 ponen de manifest que el COVID-19 ha impactat de manera molt diferent en los diferents trams d'edat i en les poblacions masculina i femenina. Per otra part, los resultats obtinguts mostren alguns patrons comuns en el comportament de la mortalitat balear i de la espanyola tant durant el any 2020 com en 2021. Y entre los resultats més destacables cabe señalar el importantísim increment en les taxes de mortalitat de la població femenina al voltant de los 10 anys que en el cas de Balears arriba a estimar-se en un 80 % contrarrestat per una important caiguda de les taxes de mortalitat en el tram entre 40 y 60 anys. Mentre que en la població espanyola també se dona el primer fenomen (aunque con mucha menos intensidad) no se observa el segundo. Por último, puede observarse que las tasas de mortalidad de la población de mayor edad (más de 80 años) vuelven a situarse en valores prepandémicos (o incluso inferiores en el caso de Baleares) aunque aún se mantuvieron altas (cerca del 10 % por encima de 2018-19) para el tramo entre 60 y 80 en el caso de la población masculina tanto de Baleares como España. Para la población femenina entre 60 y 80 años observamos ciertas diferencias entre Baleares y España: mientras en la primera las tasas volvieron a niveles prepandémicos, en el conjunto de España, la vuelta parece estar siendo algo más lenta, observándose todavía tasas un 10 % superiores a las del periodo 2018-19 al voltant de los 70 años

1. Introducció

És ben sabut que la irrupció de la pandèmia de COVID-19 va causar un increment en la mortalitat de la població. Al mateix temps s'ha pogut comprovar que tant la pandèmia com les mesures que es van adoptar per a combatre-la han afectat de manera molt diferent les poblacions masculina i femenina i els diferents trams d'edat. De la mateixa manera, es poden apreciar diferències significatives entre diferents territoris. De fet, García-Olalla et al. (2022) van fer una aproximació a les variacions relatives que havia produït la pandèmia en les taxes de mortalitat de la població de les Illes Balears l'any 2020 i les van comparar amb les del conjunt de la població espanyola. Alguns dels resultats van ser sorprenents, sobretot perquè la idea preconcebuda que la COVID-19 havia afectat fonamentalment la població de més edat quedava en dubte. Això es deu al fet que la majoria dels estudis previs sobre les conseqüències de la COVID-19 se centren en el nombre de morts o en l'esperança de vida de la població. No obstant això, encara que la població més envellida va ser la que va aportar un nombre més gran de víctimes, es va poder comprovar que, tant a Espanya com a les

Illes Balears, va haver-hi segments de població que van veure incrementar les seves taxes de mortalitat tant o més que els més grans. Més encara, va haver-hi alguns trams d'edat com la població infantil que va veure com les seves taxes de mortalitat es van reduir bruscament a conseqüència, probablement, del confinament, que va reduir de manera molt important l'exposició dels nens al risc. La clau d'aquests resultats és que en aquest estudi es va analitzar l'impacte de la pandèmia en termes relatius, és a dir, el treball es va centrar a quantificar l'increment (o la disminució) percentual de les taxes de mortalitat, la qual cosa va permetre obtenir una nova visió sobre l'impacte de la pandèmia en els diferents grups d'edat, sexes i fins i tot territoris. D'aquesta manera, petites variacions en el nombre de defuncions en determinats grups d'edat poden amagar increments o decrements importantíssims en les taxes de mortalitat. En efecte, de l'estudi esmentat anteriorment es desprenien diverses conclusions especialment rellevants relatives a l'impacte de la COVID-19 a les Illes Balears durant l'any 2020.

Es va produir una importantíssima disminució de les taxes de mortalitat en la població infantil, tant en les nenes com els nens (en algunes edats va ser superior al 40% en els nens i al 50% en les nenes).

L'impacte en la població d'edat més avançada ha estat relativament reduït i ha afectat fonamentalment els homes entre 70 i 85 anys i les dones entre 80 i 90 anys, amb increments màxims en les taxes de mortalitat del 3% per a les dones i del 6,5% per als homes.

Un dels grups d'edat més afectat per la COVID-19 va ser el col·lectiu de les dones en el grup d'edat entre 30 i 40 anys, probablement a conseqüència del predomini laboral de les dones en el sector sociosanitari.

Es va poder observar un clar comportament diferencial de la població de les Illes Balears respecte a la resta d'Espanya. Així, la disminució de la mortalitat infantil va ser molt més intensa a les Illes Balears que a la resta d'Espanya. D'altra banda, l'increment de les taxes de mortalitat dels homes i les dones adults va ser moltíssim més acusat a Espanya que a les Illes Balears, amb l'excepció del tram de les dones entre 30 i 40 anys referit anteriorment.

Transcorregut un any addicional, en aquest treball es pretén analitzar el comportament de la mortalitat en el segon any de la pandèmia i tractar de quantificar l'impacte global de les diverses onades de la malaltia que es van anar produint al llarg de l'any 2021, així com algunes de les mesures adoptades per a combatre la malaltia. Entre aquestes darreres destaquen les primeres vacunes que es van posar a la disposició de la població més gran tant a Espanya com a les Illes Balears, procés que es va iniciar, precisament, amb l'arribada a Espanya de les primeres vacunes a final de desembre de 2020.

2. Metodologia

La metodologia aplicada en aquest estudi és la que s'utilitza a García-Olalla et al. (2022) i Navarro i Requena (2023). Aquesta metodologia consisteix a aplicar tècniques de graduació per a fer estimacions de les taxes de mortalitat d'una població amb la hipòtesi que les taxes de mortalitat poden descriure's mitjançant una funció dependent de l'edat prou suau. Recordeu que per graduació¹ s'entén un procediment d'ajust aplicat a un conjunt d'estimacions de la taxa de mortalitat amb l'objectiu d'obtenir valors corregits que siguin pròxims a un patró raonable i, en particular, que no presentin un comportament erràtic.

A partir de les xifres de població del moviment natural de la població espanyola i de la població resident de les Illes Balears publicades per l'Institut Nacional d'Estadística i de les defuncions publicades per Eurostat, es van estimar les taxes brutes de mortalitat corresponents a l'any 2021 de la població espanyola i de la població de les Illes Balears, respectivament.

Com ja s'ha indicat, la metodologia emprada per a calcular les taxes brutes de mortalitat és la mateixa que la que es va utilitzar a García-Olalla et al. (2022) i Navarro i Requena (2023) per a l'estimació de les taxes per als períodes 2018-2019 i 2020.

El primer pas va consistir a graduar les corbes de mortalitat de les poblacions espanyoles masculina i femenina, aplicant per a això splines cúbics, tal com es descriu a García-Olalla et al. (2022). Aquest pas previ és necessari per a poder estimar les taxes graduades de mortalitat de la població de les Illes Balears pel fet que també el 2021 observem que el nombre de defuncions en diverses edats, tant en la població femenina com la masculina, va ser igual a zero.

Recordem que les funcions splines cúbiques utilitzades en aquest article poden representar-se com a:

$$s(x) = \sum_{j=0}^3 \alpha_j \cdot x^j + \sum_{h=1}^m \beta_h \cdot [(x - \xi_h)_+]^3 \quad (1)$$

on α_j i β_h representen els coeficients de la combinació lineal d'una base de l'espai vectorial de funcions spline i, per tant, per a cada spline específic aquests coeficients són únics, i on $(x-h)_+ = \text{Max}\{x-h, 0\}$ per a $h= 1, 2, \dots, 8$, i h és la posició de cadascun dels nusos interns de la funció spline.

Els resultats de l'ajust per a les poblacions masculina i femenina d'Espanya corresponents a l'any 2021 es recullen a la taula 1.

1. Vegeu al respecte Denuit, Haberman et al. (2009)

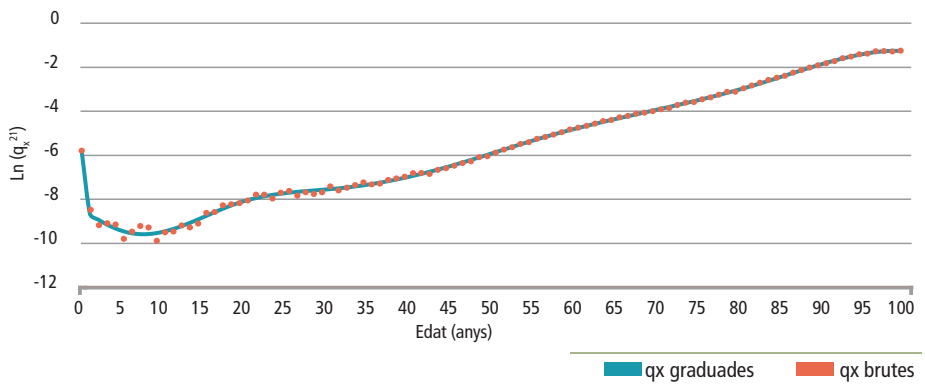
Taula 1 | *Parámetros estimados de las funciones spline utilizadas para la graduación de las tasas de mortalidad 2021, España*

j/h	Població masculina			Població femenina		
	α_{j-1}	ξ_h	β_h	α_{j-1}	ξ_h	β_h
1	-8,445686	6,25	-0,001532	-7,891506	6,25	0,006572
2	-0,292986	18,75	0,001286	-0,827384	18,75	0,000215
3	0,013478	31,25	-0,000377	0,130097	31,25	-0,000123
4	0,000600	43,75	-0,000089	-0,006708	43,75	-0,000009
5		56,25	0,000168		56,25	0,000145
6		68,75	-0,000001		68,75	-0,000080
7		81,25	-0,000247		81,25	-0,000235
8		93,75	-0,000304		93,75	0,000750

Font: Elaboració pròpia

A efectes il·lustratius, a les gràfiques 1 i 2 es representen les taxes brutes i graduades de les poblacions masculina i femenina, respectivament, d'Espanya de l'any 2021.

Gràfic 1 | *Taxes de mortalitat brutes i graduades de la població masculina espanyola, 2021*

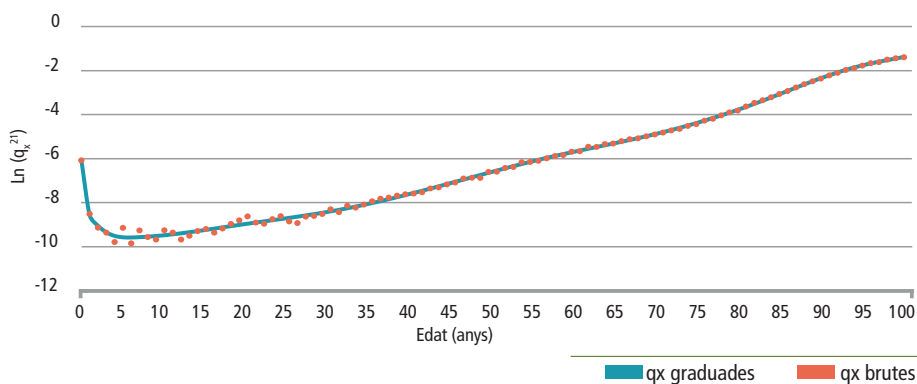


Font: Elaboració pròpia

Per a contrastar la qualitat de la graduació s'ha aplicat una bateria de tests i a la construcció d'interval·ls de confiança per al veritable valor de les taxes de mortalitat. Els tests estadístics aplicats inclouen el test dels signes i el test de ratxes, que ens ajuden a detectar si hi ha biaixos d'aquestes estimacions en alguns trams de la corba de mortalitat i la independència dels errors d'estimació per a les diferents edats.

Els resultats es recullen en les taules 2 i 3, corresponents a les poblacions masculina i femenina d'Espanya, respectivament. Per a il·lustrar la qualitat de l'ajust s'han representat també els intervals de confiança basats en la hipòtesi que el nombre de defuncions d'individus amb una determinada edat durant l'any 2021 es distribueix segons una variable aleatòria binomial² (vegeu els gràfics 3 i 4).

Gràfic 2 | *Taxes de mortalitat brutes i graduades de la població femenina espanyola, 2021*



Font: Elaboració pròpia

Taula 2 | *Tests de graduació de la població espanyola, 2021*

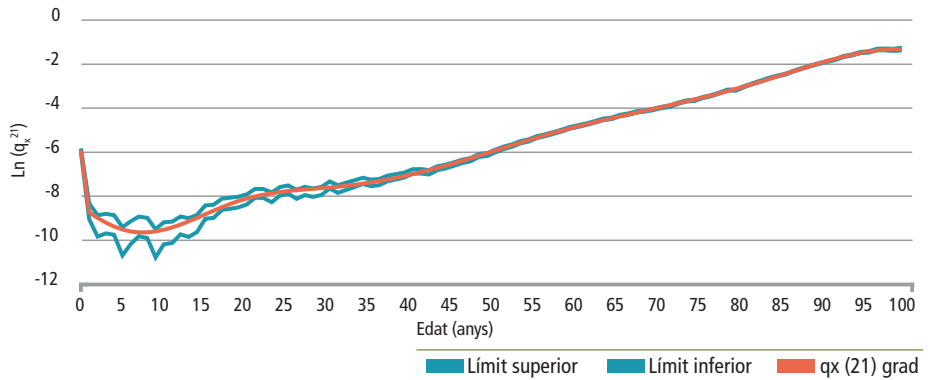
	Població masculina	Població femenina
Desviacions fora de l'interval de confiança al 95% ($1 \leq x \leq 99$)	11*	11*
Test dels signes ($d_x > E_x \cdot q_x; 1 \leq x \leq 99$)	51	47
Test de ratxes (nombre de canvis de signe) ($1 \leq x \leq 99$)	47	46

Nombre d'observacions = 99; * Significatiu al 95%

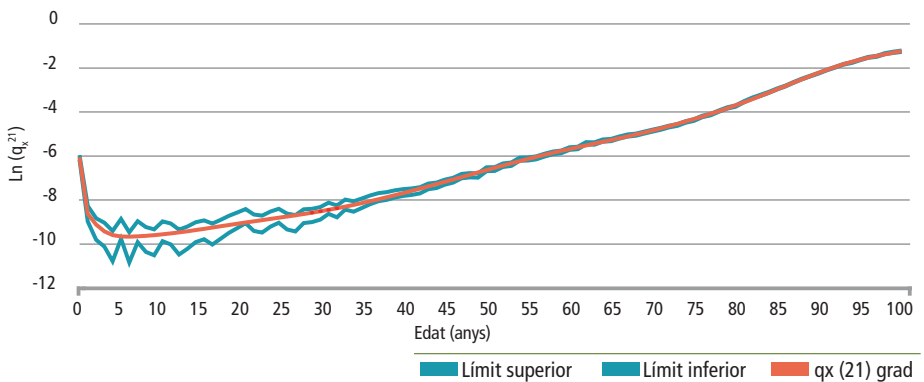
Tant el test dels signes com el de ratxes proporcionen resultats satisfactoris. En relació amb les desviacions fora dels intervals de confiança, ha de destacar-se que, encara que el nombre de desviacions és significativament superior al valor crític amb un nivell de significació del 95%, totes es donen a partir de 60 anys, en què s'observen algunes oscil·lacions brusques en les taxes brutes de mortalitat difícilment compatibles amb la hipòtesi d'un creixement prou suau de les taxes de mortalitat.

2. Per a una discussió d'aquesta hipòtesi i altres alternatives, vegeu Helligman i Pollard (1980), Forfar et al. (1988), McCutcheon (1985), i Pitacco et al. (2009).

Gràfic 3 | *Intervals de confiança per a les taxes de mortalitat i valors graduats d'aquestes taxes. Població espanyola masculina, 2021*



Gràfic 4 | *Intervals de confiança per a les taxes de mortalitat i valors graduats d'aquestes taxes. Població espanyola femenina, 2021*



Una vegada obtingudes les taxes de mortalitat de la població espanyola, estimarem les de la població de les Illes Balears. Igual que ocorria en l'estudi de les taxes de mortalitat per als períodes 2018-2019 i 2020 (García-Olalla et al., 2022), ens trobem amb el problema que hi ha nombroses edats en les quals no es va produir cap defunció durant 2021, tant en la població femenina com en la masculina, especialment en la primera. Per aquesta raó, abans d'obtenir les taxes de mortalitat graduades de la població de les Illes Balears, es van reestimar les taxes brutes de mortalitat suposant que en els trams de la corba de mortalitat en els quals efectivament trobem edats amb zero defuncions,

les taxes de mortalitat de les Illes Balears poden reestimar-se com una translació lineal del logaritme neperià de les taxes de mortalitat espanyoles³, és a dir,

$$\ln(q_x^{IB}) = \alpha + \beta \cdot \ln(q_x^E) ; \quad \alpha, \beta \in R \quad (2)$$

on q_x^{IB} són les taxes de mortalitat de les Illes Balears i q_x^E són les taxes de mortalitat d'Espanya estimades anteriorment.

En concret, s'ha aplicat aquest procediment per a reestimar les taxes brutes de mortalitat entre 1 i 36 anys en el cas de la població femenina i entre 1 i 25 anys en el cas de la població masculina.

D'aquesta manera, seguint la hipòtesi que el nombre de morts durant el període d'observació segueix una distribució binomial, el logaritme de la funció de màxima versemblança ve donat per:

$$\begin{aligned} \ln[L(\alpha, \beta; E_x, \theta_s)] &= \\ &= \sum_{x=x_0}^{x_f} \theta_x \cdot [\alpha + \beta \cdot \ln(q_x^E)] + (E_x - \theta_x) \cdot [\ln(1 - \exp(\alpha + \beta \cdot \ln(q_x^E)))] \\ &+ C \end{aligned} \quad (3)$$

on x_0 i x_f on representen l'edat inicial i final del tram de la corba de mortalitat utilitzat per a estimar els paràmetres α i β del model anterior (3)⁴. Els resultats obtinguts han estat recollits a la taula 3.

Taula 3 | *Estimació de les taxes de mortalitat de les Illes Balears en el tram inicial de la corba de mortalitat a partir de les taxes de mortalitat graduades de la població espanyola*

	Població masculina	Població femenina
x_0	1	1
x_f	25	36
$\hat{\alpha}$	1,79378169	-2,17144823
$\hat{\beta}$	1,19396038	0,73763314

Font: Elaboració pròpia

3. L'alternativa de no incloure les dades corresponents a edats amb zero morts en l'estimació de les taxes graduades de mortalitat evidentment produiria una sobreestimació en eliminar, precisament, aquelles dades en què les morts han estat menors.

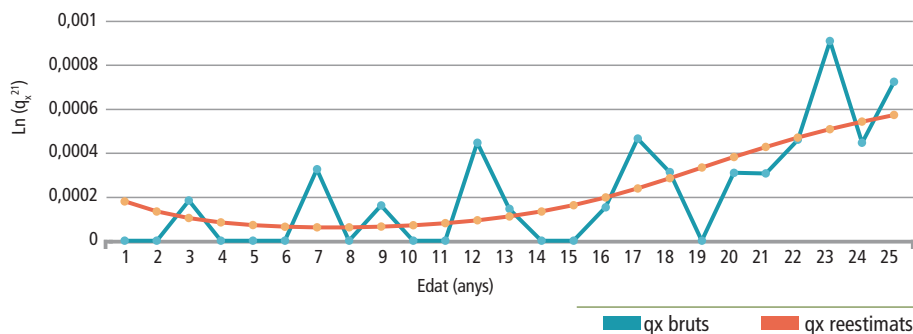
4. Per a una descripció d'aquesta metodologia, vegeu Navarro (1991), Navarro et al. (1997) i García-Olla et al. (2022).

Ha d'assenyalar-se que, encara que les estimacions dels paràmetres α i β s'han fet amb les dades descrites a la taula 3 (des de x_0 fins a x_f , ambdós inclosos), en la graduació global de la corba de mortalitat només s'han substituït les dades entre x_0 i $(x_f - 2)$ per a evitar la substitució de dades al voltant de x_f , perquè les reestimacions al voltant de x_f podrien estar condicionades per alguna oscil·lació extrema de les taxes brutes de mortalitat al final d'aquest tram de la corba.

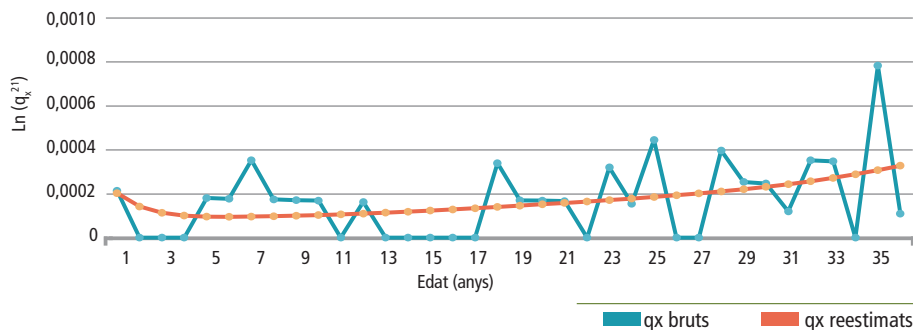
Les dades brutes de les taxes de mortalitat i les seves reestimacions aplicant el mètode descrit es recullen en els gràfics 5a i 5b.

Gràfic 5 | *Taxes de mortalitat brutes de les Illes Balears en el primer tram d'edat, taxes de mortalitat graduades d'Espanya i taxes de mortalitat de les Illes Balears reestimades suposant una translació lineal de les taxes de mortalitat graduades espanyoles*

a) Població masculina



b) Població femenina



Tal com s'indicava a García-Olalla et al. (2022), aquesta substitució de les taxes brutes de mortalitat per les reestimacions a partir de les taxes graduades de la població espanyola podria evidentment distorsionar l'anàlisi, si la forma de les corbes de mortalitat de les poblacions de les Illes Balears fos molt diferent de la de la població espanyola. En aquest sentit, la reestimació serà correcta en la mesura en què les diferències entre totes dues poblacions consisteixin en diferències en el nivell i en el pendent de les corbes de mortalitat. En qualsevol cas, com veurem més endavant, els resultats finalment obtinguts no ens permetrien rebutjar la hipòtesi recollida en l'equació (2).

El pas següent és procedir a la graduació de les taxes de mortalitat de la població de les Illes Balears corresponents a l'any 2021. La metodologia emprada serà similar a la que s'ha utilitzat per a la població espanyola, és a dir, ajustar a les taxes brutes una funció spline cúbica amb vuit nusos interns equidistants (vegeu l'equació (1)) aplicant-hi per a això mínims quadrats ordinaris. Els resultats es recullen a la taula 4.

Taula 4 | *Paràmetres estimats de les funcions spline utilitzades per a la graduació de les taxes de mortalitat, 2021, Illes Balears*

j/h	Població masculina			Població femenina		
	α_{j-1}	ξ_h	β_h	α_{j-1}	ξ_h	β_h
1	-8,235956	6,25	-0,001080	-7,950691	6,25	0,005586
2	-0,403378	18,75	0,001518	-0,652884	18,75	-0,000077
3	0,028013	31,25	-0,000412	0,105936	31,25	0,000320
4	-0,000007	43,75	-0,000209	-0,005587	43,75	-0,000594
5		56,25	0,000275		56,25	0,000624
6		68,75	-0,000019		68,75	-0,000376
7		81,25	-0,000271		81,25	0,000051
8		93,75	-0,002057		93,75	-0,003033

Font: Elaboració pròpia

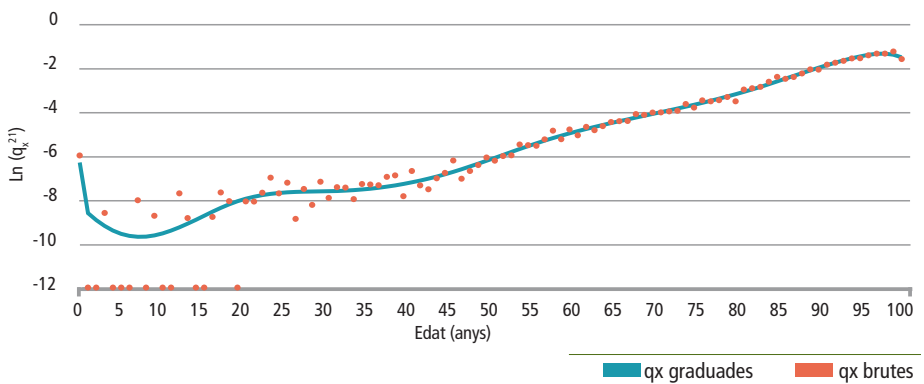
Els resultats de la graduació s'il·lustren a els gràfics 6 i 7, en les quals s'han representat per a les Illes Balears les taxes brutes de mortalitat i les taxes graduades de la poblacions masculina i femenina, respectivament⁵.

Per a contrastar la bondat d'ajustament de les taxes de mortalitat, de nou s'han aplicat els mateixos tests estadístics indicats per a la població espanyola, i els resultats es recullen

5. Quan el nombre de morts en una edat concreta és zero, al logaritme de la taxa de mortalitat bruta corresponent, $\ln(qx_{21})$, se li ha assignat un valor igual a -12 a efectes merament il·lustratius.

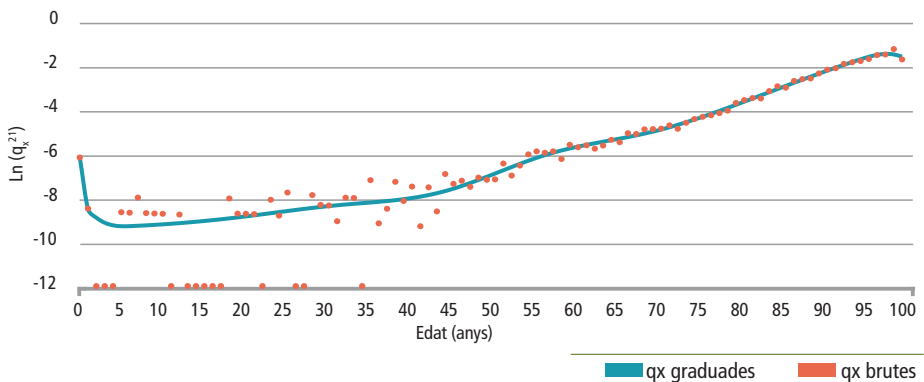
a la taula 5. En aquest cas, tots els tests produeixen resultats satisfactoris. A els gràfics 8 i 9 es representen els intervals de confiança per als valors de $\ln(qx_{21})$ i les corresponents taxes de mortalitat graduades. En aquests gràfics s'observa que les taxes graduades s'ajusten adequadament als intervals de confiança, encara que, com pot veure's en els trams inferiors de la corba de mortalitat, aquests intervals són molt amplis, per la qual cosa els resultats per a aquest tram d'edat han de prendre's amb una certa cautela.

Gràfic 6 | *Taxes de mortalitat brutes i graduades de la població masculina de les Illes Balears, 2021*



Font: Elaboració pròpia

Gràfic 7 | *Taxes de mortalitat brutes i graduades de la població femenina de les Illes Balears, 2021*

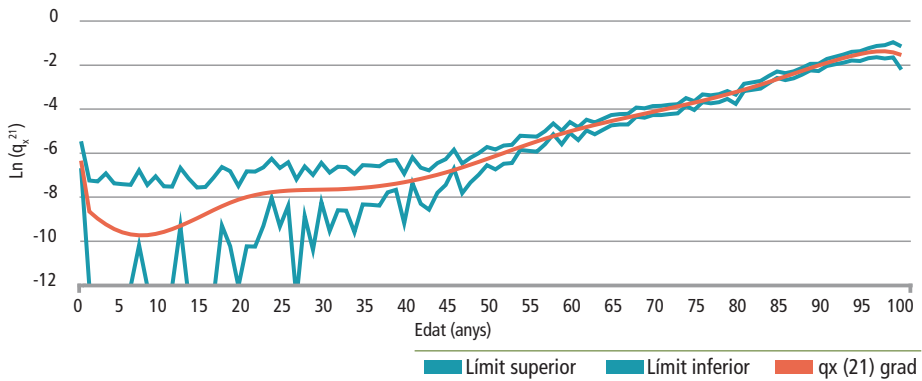
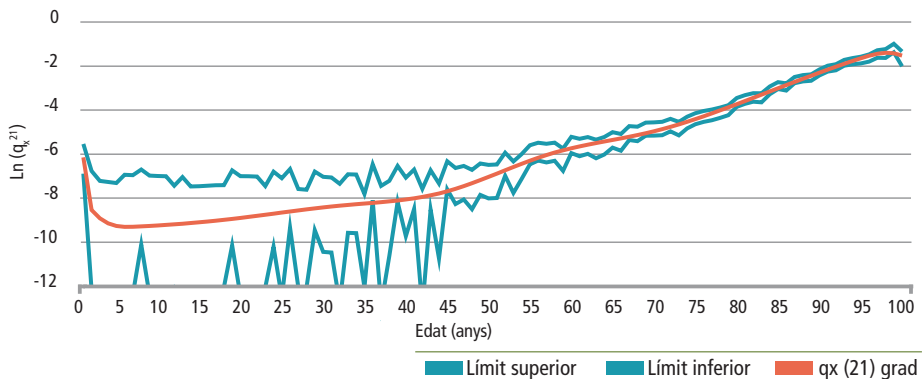


Font: Elaboració pròpia

Taula 5 | *Tests de graduació de la població de les Illes Balears, 2021*

	Població masculina	Població femenina
Desviacions fora de l'interval de confiança al 95% ($1 \leq x \leq 99$)	4	3
Test dels signes ($d_x > E_x \cdot q_x$; $1 \leq x \leq 99$)	46	53
Test de ratxes (nombre de canvis de signe) ($1 \leq x \leq 99$)	55	52

Nombre d'observacions = 99; * Significatiu al 95%

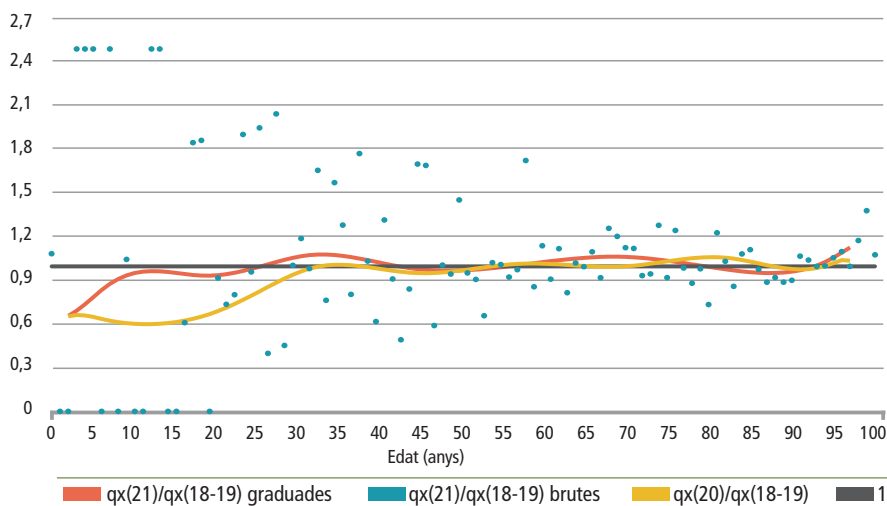
Gràfic 8 | *Intervals de confiança per a les taxes de mortalitat i valors graduats d'aquestes taxes. Població masculina de les Illes Balears, 2021***Gràfic 9** | *Intervals de confiança per a les taxes de mortalitat i valors graduats d'aquestes taxes. Població masculina de les Illes Balears, 2021*

3. Impacte de la COVID-19 en la població de les Illes Balears el 2021

Tal com es va fer a García-Olalla et al. (2022) i Navarro i Requena (2023), per a mesurar l'impacte de la COVID-19 en la població tant espanyola com balear durant l'any 2021, es calcularà la ràtio entre les taxes de mortalitat de l'any 2021 i les del període pre-pandèmic 2018-2019. Ràtios superiors a la unitat indicarien increments relatius de la mortalitat el 2021 respecte a la situació prèvia a l'aparició de la pandèmia. Per contra, ràtios inferiors a la unitat impliquen que les taxes de mortalitat experimentades per la població durant l'any 2021 han estat inferiors a les anteriors a la pandèmia.

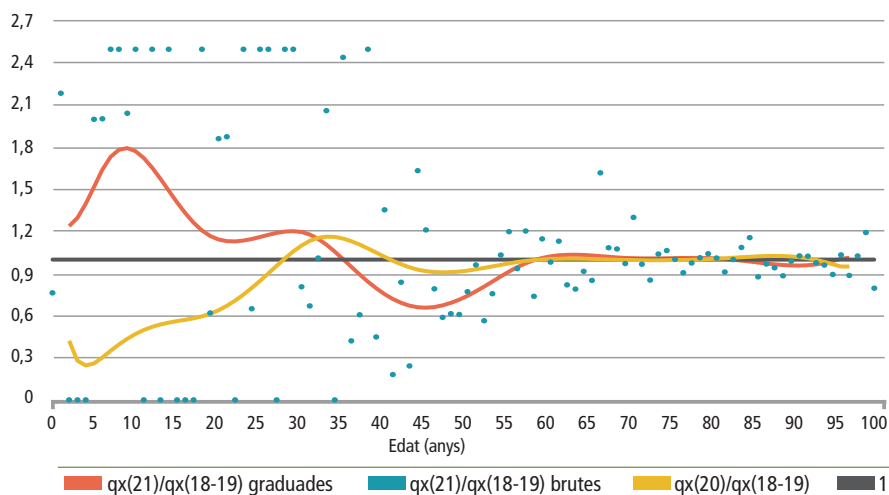
Per a una anàlisi que ens il·lustri sobre quina ha estat l'evolució de la mortalitat el 2021 en relació amb la situació prèvia a la COVID-19, als gràfics 10 i 11 s'han representat les ràtios tant de les taxes brutes com de les taxes graduades, cosa que posa de manifest la utilitat de les tècniques de graduació per a obtenir una imatge més nítida del que ha esdevingut en el període d'estudi. El gràfic 10 representa el comportament de les ràtios entre les taxes de mortalitat masculina, i el gràfic 11, el de la femenina⁶. S'inclouen també en aquests gràfics les ràtios corresponents a les taxes graduades entre l'any 2020 i el període 2018-2019 per a analitzar-ne l'evolució de l'any 2020 a l'any 2021.

Gràfic 10 | *Ràtio entre les taxes de mortalitat de l'any 2021 i les del període 2018-2019 i entre el període 2020 i 2018-2019. Illes Balears. Població masculina*



6. Els quocients corresponents a les taxes brutes de mortalitat s'han col·locat a efectes merament il·lustratius a l'extrem superior del gràfic quan en el període 2018-19 la taxa de mortalitat va ser zero.

Gràfic 11 | *Ràtio entre les taxes de mortalitat de l'any 2021 i les del període 2018-2019 i entre el període 2020 i 2018-2019. Illes Balears. Població femenina*



El primer que podem observar és que hi ha diferències substancials entre les poblacions masculina i femenina. Així, en el cas de la població masculina, es pot comprovar que la disminució de les taxes de mortalitat infantil i preadolescent que va tenir lloc el 2020 es manté entre les edats d'1 any i de 12-13 anys, encara que a uns nivells molt menys pronunciats. Cal destacar també una pujada de les taxes de mortalitat el 2021 en el tram entre 25 i 40 anys, que assoleix un increment màxim una mica superior al 8% al voltant dels 32-33 anys, en contrast amb el que succeeix amb les taxes de mortalitat en aquest tram d'edat de la població masculina el 2020, que a penes va patir modificacions. S'observa també un lleuger increment de la mortalitat en el tram entre 60 i 75 anys (l'any 2020 aquest increment es va produir entre 70 i 85 anys), mentre que a partir de 75 anys les taxes de mortalitat van ser similars o fins i tot inferiors a les del període 2018-2019. Cal preguntar-se si aquesta disminució de les taxes de mortalitat en relació amb l'any 2020 és conseqüència de l'inici del procés de vacunació, que, com bé sabem, va començar l'any 2021 amb la població de més edat. Finalment, s'observa un increment en les taxes de mortalitat a partir de 95 anys, encara que aquestes dades sempre han de prendre's amb molta cautela, atesos els problemes que solen presentar les dades corresponents a aquestes edats.

En relació amb la població femenina, els canvis són moltíssim més pronunciats: destaca de manera especial un increment de les taxes de mortalitat en el tram d'edat entre 2 i 20 anys i s'arriba a un increment màxim del 80% en relació amb el període

prepandèmic al voltant de 9-10 anys d'edat, fenomen que no s'observa en la població infantil o preadolescent masculina. De fet, entre 6 i 12 anys es van produir en els dos anys utilitzats com a referència a la situació anterior a la pandèmia un total de 3 defuncions, mentre que només l'any 2021 el nombre de decessos en aquest tram d'edat en la població infantil femenina va ser de 7. En el tram d'edats entre 3 i 15 anys les defuncions el 2018-2019 (dos anys) i 2021 (un sol any) van ser 10 i 8, respectivament. És aquest preocupant fenomen el que recull de manera molt evident el gràfic 11.

Ha de posar-se de manifest que l'any 2020, a conseqüència probablement del confinament de la població, les taxes de mortalitat en aquests trams d'edat van disminuir a les Illes Balears més d'un 50%. Ha de tenir-se en compte que, atès que el nombre de defuncions en aquests trams d'edat és molt reduït, el comportament de les taxes de mortalitat és bastant volàtil. No obstant això, com veurem més endavant en comparar el comportament de les Illes Balears amb el conjunt d'Espanya, es tracta d'un fenomen compartit amb la resta dels espanyols, encara que es manifesta amb una intensitat més gran en el cas de les Illes Balears.

Seguint amb la població femenina, pot observar-se de nou un important increment de les taxes de mortalitat al voltant dels 30 anys. Això ja es va observar durant l'any 2020. No obstant això, ara s'observa una intensa caiguda de les taxes de mortalitat entre 35 i 60 anys, que arriba al 30% al voltant de 45 anys. Entre 60 i 80 anys les taxes de mortalitat, igual que va ocórrer el 2020, no experimenten canvis significatius respecte als nivells prepandèmics. Finalment, pot observar-se com a partir de 85 es produeix una reducció de les taxes de mortalitat en relació amb el període 2018-2019, que s'acosta al 5% al voltant de 90 anys, fenomen que s'observa també en la població masculina.

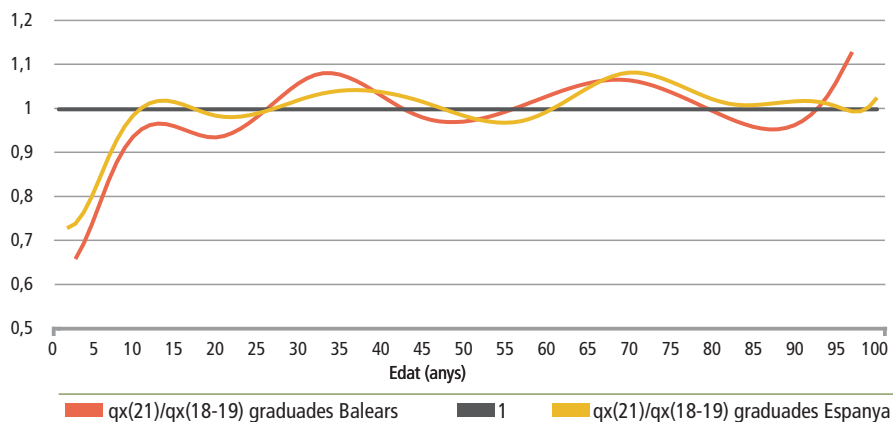
4. Comparació de l'impacte de la COVID-19 el 2021 entre la població de les Illes Balears i la població espanyola

Ja en l'estudi de l'any 2020 (García-Olalla et al., 2022) es va poder comprovar un comportament clarament diferencial de les taxes de mortalitat entre la població general espanyola i la població de les Illes Balears, especialment en el tram de més edat. De nou podem observar aquestes i altres diferències l'any 2021. Per a il·lustrar-les, a els gràfics 12 i 13 hem representat conjuntament les ràtios entre les taxes de mortalitat graduades de les Illes Balears i les del conjunt d'Espanya. El gràfic 12 recull les dades de la població masculina, i el gràfic 13, les de la població femenina.

En relació amb la població masculina, podem observar una pauta de comportament similar en totes dues poblacions, encara que amb variacions una mica més pronunciades en el cas de les Illes Balears. Així, la reducció de les taxes de mortalitat en la

població infantil és una mica més acusada en el cas de les Illes Balears. De la mateixa manera, l'increment en les taxes de mortalitat al voltant de 32 i 33 anys se situa prop del 10% a les Illes Balears, mentre que al conjunt d'Espanya el màxim es produeix al voltant de 36-37 anys i és inferior al 5%. On sí que s'observa una diferència rellevant és en la caiguda de la mortalitat en la població més gran: mentre que a les Illes Balears es produeix una reducció de les taxes de mortalitat respecte a les prèvies a la pandèmia, que arriba gairebé al 5% per a l'edat de 87 anys, per al conjunt d'Espanya la situació, tot i que molt millor que el 2020, és encara similar a la prèvia a l'esclat de la pandèmia.

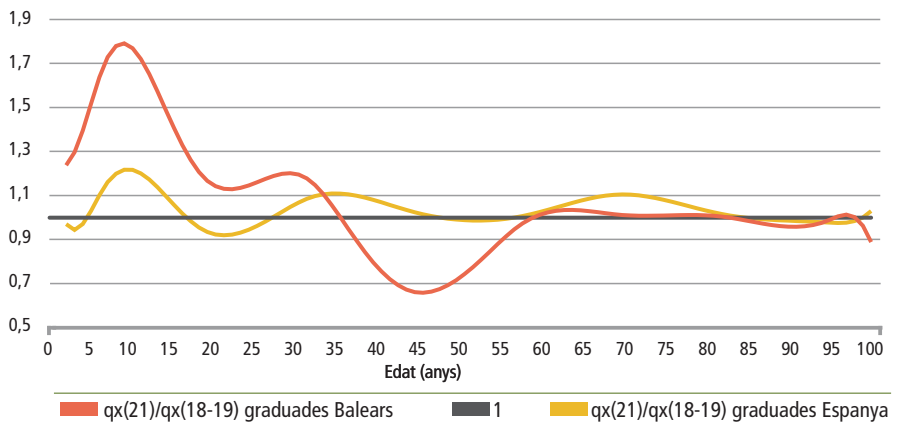
Gràfic 12 | Ràtios entre les taxes de mortalitat graduades.
Espanya i les Illes Balears. Població masculina, 2021 i 2018-2019



On sí que es troben diferències molt importants entre la població espanyola i la balear és en la població femenina. En primer lloc, encara que en el conjunt d'Espanya també s'observa l'alarmant increment en les taxes de mortalitat al voltant de 9-10 anys, aquest increment és moltíssim més pronunciat (80%) en el cas de la població de les Illes Balears i abasta un tram de la població més ampli (fins a 20 anys). D'altra banda, l'increment en les taxes de mortalitat de la població femenina al voltant de 30 anys, que ja es va observar l'any 2020, és ara una mica superior i arriba a increments de les taxes de mortalitat pròxims al 20%. En el cas de la població espanyola, aquest màxim s'assoleix al voltant de 34-35 anys, però és molt menys intens (una mica superior al 10%). La forta reducció de la mortalitat que s'observa en la població femenina balear entre 35 i 60 anys, que arriba a ser superior al 30%, no s'observa en la població espanyola. I l'altra gran diferència entre Espanya i les Illes Balears és que, mentre que a les Illes Balears les taxes de mortalitat el 2021 van ser, per al grup d'edats superiors a 65 anys, similars

o inferiors a la situació anterior a l'aparició de la COVID-19, en la població espanyola aquesta tornada a la normalitat només es dona a partir de 80 anys d'edat, amb un manteniment de l'increment observat el 2020 de les taxes de mortalitat entre 60 i 80 anys, que arriba a ser superior al 10% al voltant de 70 anys, en comparació amb el període 2018-2019.

Gràfic 13 | Ràtios entre les taxes de mortalitat graduades.
Espanya i les Illes Balears. Població femenina, 2021 i 2018-2019



5. Conclusions

En aquest treball s'ha fet un seguiment de l'impacte de la COVID-19 l'any 2021, comparant la situació que es va donar aquell any amb el que va passar el 2020 i amb el conjunt de la població espanyola. La primera conclusió a la qual s'arriba és que gràcies a les tècniques de graduació podem observar un comportament diferencial important entre els diferents trams d'edat, entre la poblacions masculina i femenina i també entre la població espanyola (incloent-hi les Illes Balears) i la balear. De l'anàlisi portada a terme cal destacar els fenòmens següents.

En relació amb la població infantil i preadolescent, hi ha grans diferències entre els nens i les nenes. En el cas dels nens i els joves es va produint, a poc a poc, una tornada a la normalitat, amb taxes de mortalitat que, tot i que continuen sent encara inferiors, comencen ja a ser similars a les existents abans de la pandèmia. No obstant això, resulta extremadament alarmant l'increment de la mortalitat al voltant de 10 anys de la població femenina, amb increments que, en el cas de les Illes Balears, poden arribar

a ser del 80% (aquest fenomen també es dona en el cas de la població espanyola, però molt menys pronunciat i arriba a un màxim una mica superior al 20%).

En el cas de la població femenina, es continua observant (fins i tot amb més intensitat) un important impacte de la mortalitat en les dones al voltant de 30 anys, mentre que, per contra, s'observa una importantíssima reducció de la mortalitat en el tram entre 35 i 55 anys, que arriba a ser superior al 30% al voltant de 45 anys, fenomen que no s'observa en les poblacions d'Espanya ni en la masculina de les Illes Balears.

I respecte a la població més gran de 65 anys, també hi ha diferències significatives entre les poblacions masculina i femenina i entre Espanya i les Illes Balears. Així, en el cas de la població masculina, observem una tornada a la situació prepandèmica per als més grans de 80 anys (o fins i tot una reducció en el cas de les Illes Balears), deguda potser al procés de vacunació que es va iniciar el 2021 i que va començar a aplicar-se a la població de més edat. No obstant això, continuen sent altes les taxes de mortalitat en el tram entre 60 i 80 anys per als homes, tant a Espanya com a les Illes Balears. En el cas de la població femenina, observem aquest mateix comportament per a la població femenina espanyola (taxes elevades entre 60 i 80 anys i tornada a taxes prepandèmiques a partir de 80 anys d'edat), però no en la població femenina de les Illes Balears, en la qual les taxes de mortalitat per a aquest tram d'edat (més grans de 60 anys) van ser ja similars o inferiors a les que es van donar en el període prepandèmic de referència (2018-2019).

Referències bibliogràfiques

Forfar, D. O., McCutcheon, J. J., i Wilkie, A. D. (1988). On graduation by mathematical formula. *Journal of the Institute of Actuaries*, 115, 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. Illes Balears 2022* (p. 19-46). Universitat de les Illes Balears.

Helligman, L., i Pollard, J. H. (1980). The age pattern of mortality. *Journal of the Institute of Actuaries*, 107(1), 49-80.

Instituto Nacional de Estadística (INE). *Cifras de población*,
<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=6546>

Eurostat: Deaths by age and sex (Spain),
https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MAGEC__custom_2874248/default/table?lang=en

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.

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

Navarro, E., Ferrer González, C., i Nave, J. (1995). Tablas de mortalidad de la Comunidad Valenciana 1990-91. Metodología y fuentes. A Institut Valencià d'Estadística, *Censos de població i habitatges, monografies*. Volum I. Ed. Generalitat Valenciana.

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 d'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 elaborat nombroses publicacions per a revistes científiques d'àmbit nacional i internacional, així com llibres publicats en editorials de prestigi. La seva activitat investigadora ha estat objecte de diferents premis i ajudes. Ha realitzat estades de recerca a les universitats de Califòrnia a Berkeley (EUA) i Bangor (RU). Entre altres, ha exercit els càrrecs de directora acadèmica de la Fundació Universidad de Cantabria para el Estudio e Investigación en el Sector Financiero (UCEIF) i de 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 per la Universitat Heriot-Watt d'Edimburg. Ha desenvolupat la seva carrera acadèmica a les universitats de València, Castella-la Manxa i Alcalá, en la qual actualment és catedràtic d'Economia Financera. En aquests moments és director del Màster en Ciències Actuarials i Financeres de la Universitat d'Alcalá, i les seves línies de recerca s'han centrat en l'anàlisi de riscos i, en particular, els riscos de variació dels tipus d'interès i de mortalitat. Ha publicat diversos llibres i articles científics en revistes com ara *Journal of Banking and Finances*, *European Journal of Operational Research*, *Quantitative Finance* o *European Financial Management*, i més recentment al *Journal of Public Health*. Ha estat també investigador principal de diversos projectes de recerca de caràcter competitiu nacionals i autonòmics.

PILAR REQUENA CABEZUELO

Actuària d'assegurances, doctora en Economia i Gestió Empresarial per la Universitat d'Alcalá. En l'actualitat desenvolupa la seva carrera acadèmica a la Universitat d'Alcalá com a professora titular d'universitat. Ha tingut diversos càrrecs de gestió acadèmica, entre altres, com a directora del Màster en Ciències Actuarials i Financeres de la Universitat d'Alcalá. Ha participat en el disseny i implementació 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 duu a terme en la línia d'anàlisi de riscos financers i de longevitat de productes com les rendes actuàries de supervivència.

OXIDACIÓ I INFLAMACIÓ EN PERSONES GRANS

Oxidació i inflamació en persones grans

Margalida Monserrat Mesquida

Cristina Bouzas Velasco

Antoni Sureda Gomila

Josep Antoni Tur Marí

Resum

Els éssers humans envelleixen amb el pas del anys, i la conseqüència de l'envel·liment és un fenomen conegut com a oxidació. En l'oxidació es produeixen radicals lliures, els quals participen directament en l'envel·liment i en nombroses patologies. L'oxidació va acompanyada del procés d'inflamació, que s'origina quan hi ha una lesió en un teixit. L'oxidació i la inflamació són les responsables de l'aparició de moltes de les malalties més prevalents. En aquest capítol s'expliquen els processos d'oxidació i inflamació amb detall i, a més, dues de les malalties associades al desenvolupament d'aquests processos: la síndrome metabòlica i la malaltia del fetge gras no alcohòlic, les quals són silencioses i desconegudes per la societat. D'aquesta manera, creem consciència de la importància de cuidar-se, dur una vida saludable, seguir una dieta mediterrània i fer activitat física diària.

Resumen

Los seres humanos envejecen con el paso de los años, y la consecuencia del envejecimiento es un fenómeno conocido como oxidación. En la oxidación se producen radicales libres, que participan directamente en el envejecimiento y en numerosas patologías. La oxidación va acompañada del proceso de inflamación, el cual se origina cuando hay una lesión en un tejido. La oxidación y la inflamación son los procesos responsables de la aparición de las enfermedades más prevalentes. En este capítulo se explican los procesos de oxidación e inflamación con detalle y, además, dos de las enfermedades asociadas al desarrollo de estos procesos: el síndrome metabólico y la enfermedad del hígado graso no alcohólico, las cuales son silenciosas y desconocidas por la sociedad. De este modo, se pretende concienciar a los lectores sobre la importancia de cuidarse, llevar una vida saludable, seguir una dieta mediterránea y realizar actividad física a diario.

1. Oxidació

Tots sabem que l'oxigen és indispensable per a la vida perquè, com que és un element molt reactiu químicament, provoca reaccions d'oxidació que alliberen energia. L'oxidació és un procés químic, mitjançant l'acció de l'oxigen, que té lloc al cos diàriament perquè necessitem aquesta energia per realitzar les funcions vitals. Amb la respiració agafem molècules d'oxigen de l'exterior, que, unides a l'hemoglobina, arriben a totes les cèl·lules del cos per produir l'energia necessària per assegurar la vida.

Però l'oxidació no només té efectes beneficiosos, sinó que també produeix subproductes residuals, com són les espècies reactives d'oxigen o radicals lliures. Les espècies reactives

d'oxigen i els radicals lliures són altament reactius i inestables, a més de tenir un efecte tòxic. Quan es genera una sobrecàrrega d'aquests radicals lliures i espècies reactives d'oxigen es produeix un estat anomenat estrès oxidatiu (figura 1). Aquest fa referència a un desequilibri entre aquestes molècules i les defenses antioxidants, substàncies encarregades de l'eliminació dels radicals lliures i que s'adquireixen a través dels aliments o dels suplementes. És a dir, quan la generació d'espècies reactives supera els mecanismes de defensa antioxidant.

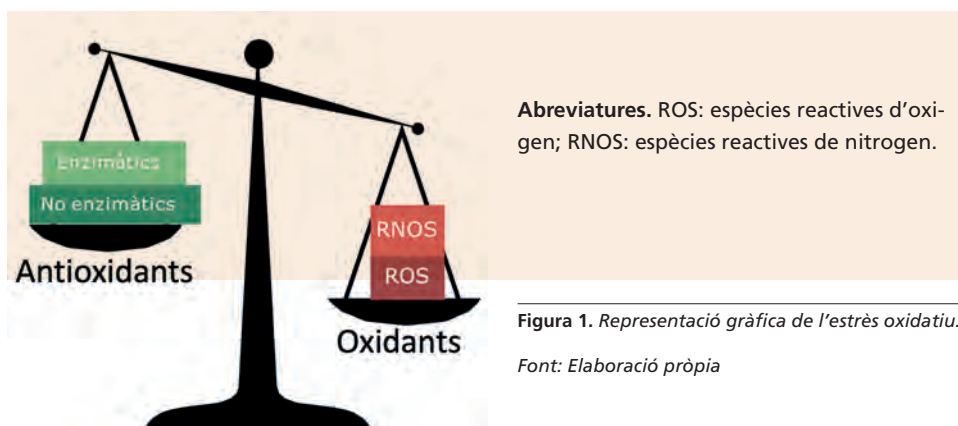


Figura 1. Representació gràfica de l'estrès oxidatiu.

Font: Elaboració pròpia

La regulació d'aquest equilibri (estat antioxidant/oxidant) es coneix com a redox i és fonamental per a la viabilitat, l'activació, la proliferació i la funció de les cèl·lules i dels òrgans. L'estrès oxidatiu provoca nivells intracel·lulars elevats d'espècies reactives que poden causar modificacions en la composició dels lípids, les proteïnes i l'ADN i, si no es reverteix, pot fins i tot causar la mort cel·lular. Les espècies reactives d'oxigen i els radicals lliures provenen, generalment, de la respiració cel·lular en el mitocondri, encara que hi ha factors externs que contribueixen a la producció excessiva d'aquestes substàncies, com el fum del tabac, la contaminació atmosfèrica i una dieta inadequada, entre d'altres.

Cal destacar que el procés d'oxidació accelera l'envelliment. Un exemple d'oxidació és l'aparició d'arrugues a la cara, ja que en aquest procés s'eliminen els lípids de la pell i això dona lloc a la pell encartonada, apareix el rostre flàccid i, fins i tot, poden aparèixer taques. L'envelliment és una conseqüència de l'oxidació, la qual es produeix de manera lenta i gradual, encara que hi ha alguns factors que acceleren aquest procés i fins i tot es veu en persones joves que presenten un rostre amb envelliment prematur.

L'envelliment es caracteritza per una acumulació de les macromolècules (lípid, proteïnes i ADN) danyades i per un desgast progressiu dels mecanismes de reparació

i degradació. L'oxidació d'ADN pot provocar alteracions mutagèniques; l'oxidació dels lípids, anomenada peroxidació lipídica, afecta principalment la ruptura de les membranes cel·lulars i la consegüent mort de les cèl·lules; l'oxidació de proteïnes afecta principalment la modificació de la cadena lateral dels aminoàcids, i n'altera la funció. Totes aquestes oxidacions s'associen a l'aparició del 98 per cent de les malalties, com són els càncers, les malalties cardiovasculars (diabetis, hipertensió, infart agut de miocardi, insuficiència cardíaca), malalties del sistema nerviós, síndrome metabòlica, malaltia del fetge gras no alcohòlic, etc.

1.1. Defenses antioxidants

L'oxidació i la presència de radicals lliures es pot fer minvar amb les defenses antioxidants. El sistema de defensa antioxidant del qual disposa l'organisme està format per mecanismes endògens (generats per l'organisme) i mecanismes exògens (de l'exterior de l'organisme) i té la funció d'evitar o de neutralitzar els efectes que causen un excés d'espècies reactives (Mirończuk-Chodakowska et al., 2018).

Els mecanismes endògens poden ser enzimàtics i no enzimàtics. Dins dels mecanismes endògens enzimàtics destaquen els enzims antioxidants següents: catalasa, glutatió-peroxidasa, superòxid-dismutasa i glutatió-reductasa. Dins dels mecanismes antioxidants endògens no enzimàtics destaquen el glutatió i la tioredoxina.

Pel que fa als mecanismes exògens de defensa antioxidant, que s'han d'incorporar amb la dieta o els suplementes, s'inclouen les vitamines i els polifenols. Entre les vitamines, destaquen les vitamines E i C.

2. Inflamació

La inflamació és un procés tissular format per fenòmens moleculars, cel·lulars i vasculars amb la finalitat de defensa davant d'agressions físiques, químiques o biològiques. La resposta inflamatòria està caracteritzada per una migració de les cèl·lules immunitàries fins al focus inflamatori que provoca una dilatació dels vasos sanguinis propers a aquest focus i un increment de la permeabilitat dels vasos sanguinis pròxims al lloc d'inflamació amb l'objectiu de facilitar l'arribada de les cèl·lules immunitàries (Kumar et al., 2015).

L'objectiu de la resposta inflamatòria és permetre que l'organisme pugui recuperar les condicions normals, eliminant o inhibint l'agent causant de la infecció o dany cel·lular, i reestructurar la funcionalitat del teixit i l'òrgan afectat.

La resposta inflamatòria es divideix en cinc etapes (figura 2):

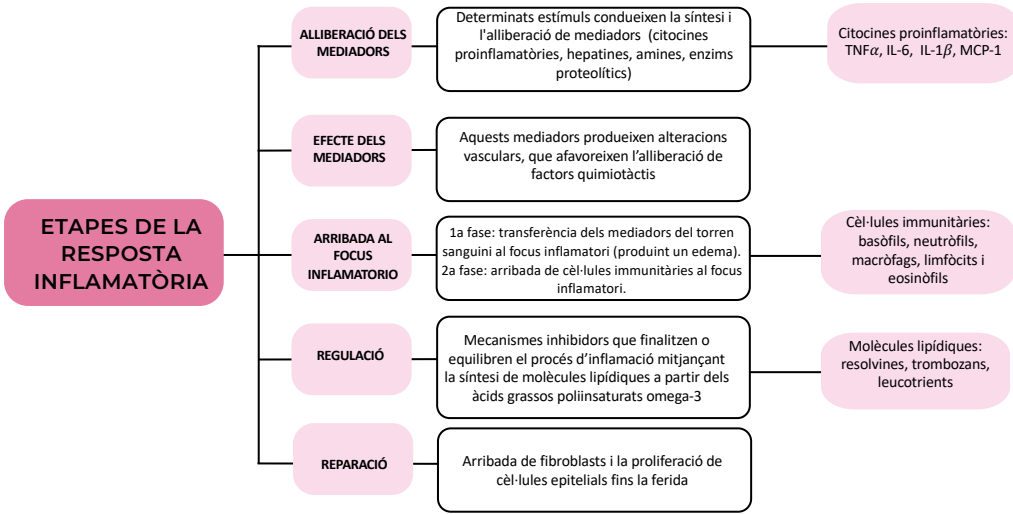


Figura 2. Esquema de les etapes de la resposta inflamatòria.

La resposta inflamatòria pot classificar-se en aguda o crònica segons la durada.

2.1. Resposta inflamatòria aguda

La resposta inflamatòria aguda està provocada per una infecció o dany tissular que condueix a un alliberament de leucòcits i neutròfils cap al focus de la inflamació. Aquesta resposta està caracteritzada per les infeccions, les quals activen els receptors del sistema immunitari innat, i la fan els macròfags presents en el teixit danyat i els mastòcits; ambdós tipus cel·lulars alliberen productes inflamatoris com són les citocines.

La resposta inflamatòria aguda més habitual és la que finalitza amb una resolució completa, es regenera el teixit i es recupera la funcionalitat de la zona afectada. Però no sempre és possible aquesta resolució completa i pot ser que en alguns casos es formi un abscess (acumulació de pus al teixit) o que en altres es curi el teixit danyat cicatritzant el teixit conjuntiu. Per altra banda, en cas que no es pugui resoldre la inflamació ni reparar el teixit, la resposta inflamatòria aguda evoluciona cap a una resposta inflamatòria crònica.

2.2. Resposta inflamatòria crònica

La resposta inflamatòria crònica es produeix quan els mecanismes inflamatoris aguts no són capaços d'eliminar la lesió del teixit i pot conduir a una sèrie de malalties cardiovasculars, aterosclerosi, diabetis mellitus tipus 2, artritis reumatoide i càncers (Sugimoto et al., 2016). Les característiques principals de la resposta inflamatòria crònica són la presència de grans concentracions circulants de molècules mediadores proinflamatòries (factor de necrosi tumoral alfa, interleucina 6, interleucina 1 beta, proteïna C reactiva) i la infiltració o entrada de macròfags i limfòcits T citotòxics dels teixits. La resposta inflamatòria crònica està associada a patologies com l'esteatohepatitis, la qual apareix amb la progressió de la malaltia del fetge gras no alcohòlic si aquesta es prolonga amb el temps i no es tracta de manera adequada.

3. Patologies derivades de l'oxidació i la inflamació

A continuació s'expliquen detalladament dues de les malalties associades a l'oxidació i la inflamació que són poc conegudes per la societat, però d'una gran importància: la síndrome metabòlica i la malaltia del fetge gras no alcohòlic.

3.1. Síndrome metabòlica

La síndrome metabòlica és una de les malalties associades a un augment de l'estrès oxidatiu i la inflamació. La síndrome metabòlica es caracteritza per una acumulació de greix visceral, risc alt de desenvolupar diabetis i malalties cardiovasculars. La prevalença de la síndrome metabòlica ha augmentat els darrers anys a causa de l'alt grau de sedentarisme de la població en general, i s'ha convertit en un dels problemes principals per a la salut pública. A més, cal destacar que la prevalença de la síndrome metabòlica és més alta en dones que en homes, especialment de més de 65 anys. Les causes estan relacionades amb canvis induïts per la menopausa, amb tendència a augmentar el greix abdominal (Beigh i Jain, 2012).

La síndrome metabòlica es defineix com un conjunt de factors de risc cardiovascular que inclouen:

- 1) Obesitat abdominal
- 2) Nivells alts de triglicèrids en sang
- 3) Nivells baixos en sang de colesterol unit a lipoproteïnes d'alta densitat (colesterol HDL), conegut col·loquialment com el *colesterol bo*
- 4) Hipertensió arterial

5) Nivells alts de glucosa en sang en dejuni, també anomenat *resistència a la insulina*

Diverses organitzacions mundials com l'Organització Mundial de la Salut (OMS), l'EGIR (European Group for the Study of Insulin Resistance), l>IDF (International Diabetes Federation) i el JIS (Joint Interim Statement) han desenvolupat els seus criteris per definir la síndrome metabòlica. A la taula 1 es detallen els llistats que proposen aquestes organitzacions.

Taula 1 | *Criteris establerts per les diferents associacions per definir i diagnosticar la síndrome metabòlica*

	OMS 1998	EGIR 1999	IDF 2006	JIS 2009
Obesitat abdominal	Índex cintura/ maluc: H: > 0,90 D: > 0,85	Cintura: H: ³ 94 cm D: ³ 80 cm	Cintura segons ètnia (Europa): H: ³ 94 cm D: ³ 80 cm	Cintura segons ètnia (Europa): H: ³ 102 cm D: ³ 88 cm
IMC	>30 kg/m ²	-	> 30 kg/m ²	-
Glucosa	³ 110 mg/dL	³ 110 mg/dL	³ 100 mg/dL	³ 100 mg/dL
PAS/PAD	³ 140/90 mmHg	³ 140/90 mmHg	³ 130/85 mmHg	³ 130/85 mmHg
HDL-c	H: <35 mg/dL M: <39 mg/dL	<39 mg/dL	H: <40 mg/dL M: <50 mg/dL	H: <40 mg/dL M: <50 mg/dL
TG	³ 150 mg/dL	³ 175 mg/dL	³ 150 mg/dL	³ 150 mg/dL

Abreviatures. D: dones; H: homes; HDL-c: colesterol HDL; IMC: índex de massa corporal; PAS/PAD: pressió arterial sistòlica / pressió arterial diastòlica; TG: triglicèrids en sang (trigliceridèmia).

Tots els criteris descrits anteriorment necessiten dues o més condicions per al diagnòstic de la síndrome metabòlica, excepte el que descriu la JIS 2009, que en necessita tres o més.

La prevalença de la síndrome metabòlica en els països desenvolupats ha augmentat fins a un 20 i un 25 per cent en la població adulta, i la incidència continua augmentant amb el temps (Cano-Ibáñez et al., 2019). A Espanya, la prevalença de la síndrome metabòlica afecta aproximadament el 22,7 per cent de la població i arriba a proporcions epidèmiques, tenint en compte que la incidència augmenta amb l'edat (Cano-Ibáñez et al., 2019).

Durant les darreres dècades, s'han dut a terme múltiples línies d'investigació sobre la síndrome metabòlica. Es postula que l'obesitat, especialment l'abdominal, i la resistència a la insulina induïda per l'oxidació i la inflamació tenen un paper clau i intervien de manera significativa en el desenvolupament de la síndrome metabòlica (Monserrat-Mesquida et al., 2020).

Es coneixen una sèrie de factors que augmenten el risc de patir la síndrome metabòlica. Alguns són la resistència a la insulina, l'obesitat abdominal, l'envelliment, la inactivitat física, l'alimentació insana, la inflamació crònica, l'estrès oxidatiu, les disfuncions en el teixit adipós, les alteracions de la microbiota i la interrupció dels ritmes circadianis (Saklayen, 2018; Xu et al., 2018). Aquests riscos comencen cada vegada més aviat, a la infància i a l'adolescència, i estan associats amb una probabilitat alta de futures malalties cròniques a l'edat adulta. Per aquest motiu, és necessari fer esforços per reconèixer la importància d'aquest risc metabòlic.

3.2. Malaltia del fetge gras no alcohòlic

La malaltia del fetge gras no alcohòlic (MFGNA) es caracteritza per un augment de l'estrès oxidatiu i els marcadors d'inflamació. Concretament, és la malaltia hepàtica crònica més comuna a les societats occidentals, que pot afectar fins al 25 per cent de la població (Younossi, 2019). Es postula com una malaltia greu i un problema clínic creixent amb una prevalença del 90 per cent entre els individus amb obesitat (Younossi, 2019). Si no es tracta de manera adequada, la malaltia del fetge gras no alcohòlic pot progressar fins a l'esteatohepatitis no alcohòlica, la prevalença de la qual varia aproximadament entre el 25 i el 70 per cent entre els pacients obesos.

L'MFGNA és un trastorn caracteritzat per l'acumulació excessiva de lípids, especialment de triglicèrids en els hepatòcits del parènquima hepàtic i, en conseqüència, està fortament relacionada amb el sobrepès, l'obesitat i la resistència a la insulina (Finck, 2018). L'MFGNA s'acompanya d'un ampli espectre de símptomes clínics i manifestacions patològiques gairebé indistingibles de les observades en pacients alcohòlics.

L'acumulació de triglicèrids en el fetge pot tenir diverses causes, entre les quals cal destacar:

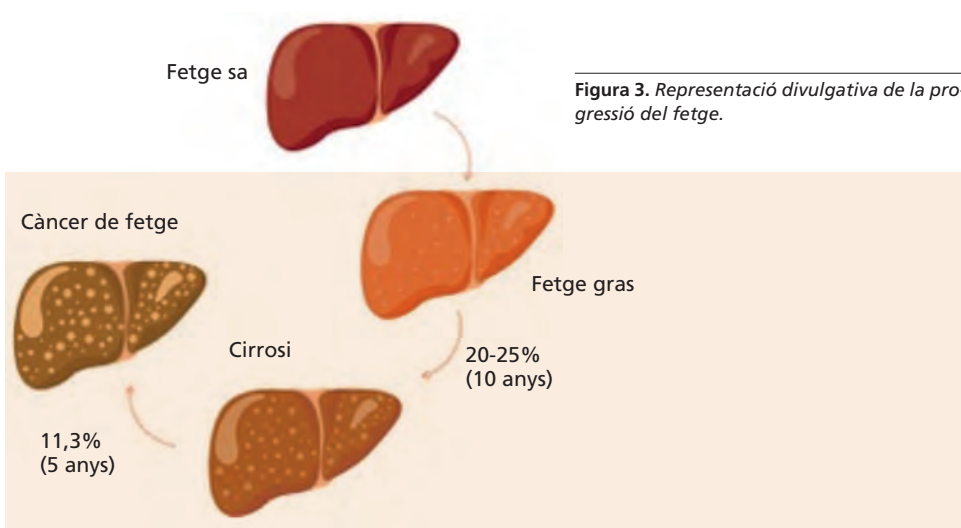
- Un augment dels àcids grassos lliures circulants des del teixit adipós a causa de la lipòlisi. La lipòlisi és el procés metabòlic de degradació dels lípids per obtenir energia.
- Un augment dels àcids grassos de la dieta.
- Una lipogènesi hepàtica elevada. La lipogènesi és el procés metabòlic de conversió dels carbohidrats consumits amb la dieta en àcids grassos, els quals s'emmagatzemen als adipòcits (cèl·lules encarregades d'emmagatzemar el greix).

L'acumulació dels àcids grassos en el fetge provoca canvis en la histologia general del fetge i dels hepatòcits (cèl·lules pròpies del fetge) com, per exemple, un augment de

la mida dels hepatòcits, de l'aspartat aminotransferasa, del dipòsit de col·lagen i de la fibrosi hepàtica. Tots aquests canvis en el fetge i en els hepatòcits causen lipotoxicitat cel·lular, augment de l'estrès oxidatiu i alliberament de citocines proinflamatòries que provoquen infiltració i activació de cèl·lules immunitàries (Pan et al., 2014).

S'ha evidenciat que la resistència a la insulina té un paper central en la progressió de l'MFGNA. La funció principal de la insulina, en una situació no patològica, és la regulació en el fetge de nombroses funcions cel·lulars com són el creixement de les cèl·lules, l'estimulació de la captació i l'emmagatzematge de la glucosa, i l'augment de la captació dels àcids grassos.

La prevalença de l'MFGNA ha augmentat de manera progressiva en els darrers 20 anys. Alguns estudis mostren que aproximadament el 20-30 per cent de la població general pateix MFGNA. S'ha observat que l'MFGNA afecta tots els rangs d'edat, des d'infants fins a avis. En infants, la prevalença és inferior que en adults, i es troba al voltant del 3 per cent. Aquest percentatge és superior en el cas dels infants amb obesitat. S'ha observat que el 30 per cent dels pacients amb esteatosis simple progressen fins a esteatohepatitis no alcohòlica, i que al voltant del 20-25 per cent d'aquests pacients desenvolupen cirrosi després de 10 anys; i d'aquests, l'11,3 per cent dels pacients amb cirrosi després de cinc anys pateixen carcinoma hepatocel·lular, conegut com a càncer de fetge (figura 3).



Entre 2016 i 2030, s'espera un creixement moderat dels casos d'MFGNA si l'obesitat i la diabetis mellitus tipus 2 s'estabilitzen en el futur, encara que es preveu que la prevalença de l'MFGNA augmentarà entre un 15 i un 56 per cent, mentre que la

malaltia hepàtica avançada i la mortalitat hepàtica es duplicaran com a resultat de l'augment de la població i de l'envelliment (Estes et al., 2018). L'OMS ha demanat esforços per aturar l'augment de l'obesitat i la diabetis a escala mundial, per perseguir un desenvolupament sostenible i una reducció en un terç de la mortalitat prematura per malalties no transmissibles per al 2030, mitjançant la prevenció i el tractament (Estes et al., 2018).

Moltes persones que pateixen MFGNA no són diagnosticades fins que la malaltia ha progressat a una etapa més greu i avançada. De fet, en un nombre significatiu de casos, el diagnòstic arriba quan ja hi ha una malaltia hepàtica greu o cirrosi i el pacient pot requerir un transplantament de fetge.

Avui en dia no hi ha cap tractament farmacològic efectiu per a l'MFGNA. S'ha evidenciat que els enfocaments terapèutics per lluitar contra aquesta malaltia són modificacions en l'estil de vida, com la intervenció amb una dieta saludable (per exemple, la dieta mediterrània) i la promoció de l'activitat física (Montserrat-Mesquida et al., 2022).

4. Conclusions

Durant l'envelliment, moltes persones pensen que no val la pena cuidar-se, però és necessari conscienciar sobre la importància de seguir una vida saludable per poder minvar l'oxidació que té lloc durant l'envelliment i la inflamació associada. També per poder reduir l'aparició de totes les malalties comentades anteriorment que apareixen a conseqüència de l'oxidació i la inflamació, especialment, la síndrome metabòlica i la malaltia del fetge gras no alcohòlic, les quals són silencioses i d'alta prevalença entre les persones grans.

A la UIB vàrem demostrar que una intervenció basada en una dieta hipocalòrica (entesa com a baixa en calories) i la promoció de l'activitat física permeté millorar els paràmetres antropomètrics, bioquímics, l'oxidació i la inflamació de persones grans amb sobrepès i obesitat (Montserrat-Mesquida et al., 2022). Així, amb una dieta saludable, com és la mediterrània, i una vida activa es redueix el risc de patir malalties cardiometabòliques i es millora l'estat general de salut.

Referències bibliogràfiques

Beigh, S. H., i Jain, S. (2012). Prevalence of metabolic syndrome and gender differences. *Bioinformatics*, 8(13), 613–616. <https://doi.org/10.6026/97320630008613>

Cano-Ibáñez, N., Gea, A., Martínez-González, M. A., Salas-Salvadó, J., Corella, D., Zomeño, M. D., Romaguera, D., Vioque, J., Aros, F., Wärnberg, J., Martínez, J. A., Serra-Majem, L., Estruch, R., Tinahones, F. J., Lapetra, J., Pintó, X., Tur, J. A., García-Ríos, A., Riquelme-Gallego, B., Delgado-Rodríguez, M., ... Bueno-Cavanillas, A. (2019). Dietary Diversity and Nutritional Adequacy among an Older Spanish Population with Metabolic Syndrome in the PREDIMED-Plus Study: A Cross-Sectional Analysis. *Nutrients*, 11(5), 958. <https://doi.org/10.3390/nu11050958>

Estes, C., Anstee, Q. M., Arias-Loste, M. T., Bantel, H., Bellentani, S., Caballeria, J., Colombo, M., Craxi, A., Crespo, J., Day, C. P., Eguchi, Y., Geier, A., Kondili, L. A., Kroy, D. C., Lazarus, J. V., Loomba, R., Manns, M. P., Marchesini, G., Nakajima, A., Negro, F., ... Razavi, H. (2018). Modeling NAFLD disease burden in China, France, Germany, Italy, Japan, Spain, United Kingdom, and United States for the period 2016-2030. *Journal of Hepatology*, 69(4), 896–904. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.05.036>

Finck, B. N. (2018). Targeting Metabolism, Insulin Resistance, and Diabetes to Treat Non-alcoholic Steatohepatitis. *Diabetes*, 67(12), 2485–2493. <https://doi.org/10.2337/dbi18-0024>

Kumar, V. A., Abbas, A. K., i Aster, J. C. (2015). *Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional* (9a ed.). Elsevier.

Mirończuk-Chodakowska, I., Witkowska, A. M., i Zujko, M. E. (2018). Endogenous non-enzymatic antioxidants in the human body. *Advances in Medical Sciences*, 63(1), 68-78. <https://doi.org/10.1016/j.advms.2017.05.005>

Montserrat-Mesquida, M., Quetglas-Llabrés, M., Capó, X., Bouzas, C., Mateos, D., Pons, A., Tur, J. A., i Sureda, A. (2020). Metabolic Syndrome is Associated with Oxidative Stress and Proinflammatory State. *Antioxidants (Basel, Switzerland)*, 9(3), 236. <https://doi.org/10.3390/antiox9030236>

Montserrat-Mesquida, M., Quetglas-Llabrés, M., Bouzas, C., Montemayor, S., Mascaró, C. M., Casares, M., Llompарт, I., Gámez, J. M., Tejada, S., Martínez, J. A., Tur, J. A., i Sureda, A. (2022). A Greater Improvement of Intrahepatic Fat Contents after 6 Months of Lifestyle Intervention Is Related to a Better Oxidative Stress and Inflammatory Sta-

tus in Non-Alcoholic Fatty Liver Disease. *Antioxidants (Basel, Switzerland)*, 11(7), 1266. <https://doi.org/10.3390/antiox11071266>

Monserrat-Mesquida, M., Quetglas-Llabrés, M., Bouzas, C., García, S., Mateos, D., Gómez, C., Gámez, J. M., Poulsen, H. E., Tur, J. A., i Sureda, A. (2022). Effects of 2-Year Nutritional and Lifestyle Intervention on Oxidative and Inflammatory Statuses in Individuals of 55 Years of Age and over at High Cardiovascular Risk. *Antioxidants (Basel, Switzerland)*, 11(7), 1326. <https://doi.org/10.3390/antiox11071326>

Pan, M. H., Lai, C. S., Tsai, M. L., i Ho, C. T. (2014). Chemoprevention of nonalcoholic fatty liver disease by dietary natural compounds. *Molecular Nutrition & Food Research*, 58(1), 147–171. <https://doi.org/10.1002/mnfr.201300522>

Saklayen, M. G. (2018). The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Current Hypertension Reports*, 20(2), 12. <https://doi.org/10.1007/s11906-018-0812-z>

Sugimoto, M. A., Sousa, L. P., Pinho, V., Perretti, M., i Teixeira, M. M. (2016). Resolution of Inflammation: What Controls Its Onset? *Frontiers in Immunology*, 7, 160. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2016.00160>

Xu, H., Li, X., Adams, H., Kubena, K., i Guo, S. (2018). Etiology of Metabolic Syndrome and Dietary Intervention. *International Journal of Molecular Sciences*, 20(1), 128. <https://doi.org/10.3390/ijms20010128>

Younossi, Z. M. (2019). Non-alcoholic fatty liver disease - A global public health perspective. *Journal of Hepatology*, 70(3), 531-544. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.10.033>

Autors

MARGALIDA MONSERRAT MESQUIDA

Graduada en Bioquímica per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Ha cursat dos màsters: el Màster Universitari en Formació al Professorat i el Màster Universitari en Nutrició i Alimentació Humana per la UIB. Doctora al programa de Doctorat en Nutrició i Ciències dels Aliments de les universitats de les Illes Balears i de Granada amb valoració d'excel·lent cum laude. La seva tesi va ser doblement premiada a la millor tesi de l'Institut de Recerca Sanitària Illes Balears (IdISBa) i del Centre Català de la Nutrició de l'Institut d'Estudis Catalans (CCNIEC). Actualment, és investigadora postdoctoral al grup de recerca en Nutrició Comunitària i Estrès Oxidatiu (NUCOX), membre de la Fundació Institut de Recerca Sanitària Illes Balears (IdISBa), del CIBER Fisiopatologia de l'Obesitat i Nutrició (CIBEROBN) de l'Instituto de Salud Carlos III i de l'Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut (IUNICS) de la UIB. Participa com a investigadora en diversos projectes de recerca subvencionats en convocatòries públiques nacionals i internacionals. És professora del Màster en Nutrició i Alimentació Humana de la UIB. La seva activitat investigadora ha estat en els camps de la nutrició comunitària, l'estrès oxidatiu, la dieta mediterrània, els antioxidants, la inflamació i la prevenció de les malalties cardiovasculars, com el fetge gras i la síndrome metabòlica.

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 ajudant doctora del 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). Investigadora principal de l'estudi PASOS-2022. Codirectora 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. 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 65 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 dues tesis doctorals.

ANTONI SUREDA GOMILA

Llicenciat en Biologia i en Bioquímica i doctor en Nutrició Molecular per la Universitat de les Illes Balears. Catedràtic de Bioquímica i Biologia Molecular i membre 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). Membre de la comissió acadèmica del Màster Universitari en Nutrició i Alimentació Humana i del programa de Doctorat en Nutrició i Ciències dels Aliments; secretari del programa de Nutrició Humana i Patologies Associades de la Universitat de les Illes Balears. Ha fet estades científiques a les universitats següents: Miguel Hernández, Autònoma de Nuevo León (Mèxic), Heidelberg (Alemanya) i Nigde (Turquia). Ha participat en més de 30 projectes de recerca finançats a escala nacional i internacional, n'ha estat investigador principal en quatre, centrats a avaluar els efectes sobre la salut d'intervencions nutricionals i d'estils de vida. Ha participat en vuit projectes d'innovació educativa, i com a investigador principal en dos d'aquests. Autor de 14 capítols de llibre, més de 300 articles científics i una patent. Director de sis tesis doctorals. Membre del consell editorial de les revistes científiques com *Antioxidants* i *Nutrients*.

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 i acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya. Membre (2014-2018) del Comitè Científic de l'Agència Espanyola de Seguretat Alimentària i Nutrició (AESAN), del Consell Autònom 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,

450 articles científics i vuit patents nacionals i internacionals d'aplicació. Investigador principal de 50 projectes d'investigació nacionals i internacionals. Director de 35 tesis doctorals. Membre del consell editorial de les revistes científiques *Antioxidants*, *Nutrients*, *Frontiers in Endocrinology*, *Frontiers in Nutrition*, *Nutrition Metabolism & Cardiovascular Disease*, *Current Nutraceuticals*.

**ENVELLIR VIVINT A CASA AMB POCA
SALUT, SOLEDAT I DEPRESSIÓ. QUINA
REALITAT VIUEN LES DONES GRANS?**

Envellir vivint a casa amb poca salut, soledat i depressió. Quina realitat viuen les dones grans?

Sacramento Pinazo-Hernandis

Resum

Envellir vivint a casa és un objectiu desitjat per la majoria de la gent. La clau per a l'envelliment a casa és mantenir l'equilibri entre les pèrdues i capacitats de les persones i l'entorn on viuen.

Participants: 790 dones que viuen a casa (mitjana: 83 anys). L'objectiu era conèixer la relació entre variables de salut en persones que viuen a casa: salut percebuda, benestar psicològic, depressió, estat funcional i cognitiu, estil de vida (exercici físic, sortir de casa), nombre de vegades que cauen, suport social i soledat.

Es van observar puntuacions moderades de soledat i salut funcional. Així, un 35,7% havia caigut l'últim any, la qual cosa havia provocat alteracions a la vida quotidiana (62,11%). Només un 40% sortia de casa amb freqüència; el 56% no feia exercici cada dia, i el 82,3% havia rebut cures els darrers dotze mesos. Es van observar relacions significatives i negatives entre depressió i benestar, suport social, estat funcional i cognitiu, i salut percebuda; i una relació positiva i significativa entre depressió i soledat.

Entendre els determinants de la qualitat de vida de les persones que viuen a casa és important, perquè augmenta el nombre de persones grans, les quals prefereixen envellir a casa seva.

Resumen

Envejecer en casa es un objetivo deseado por la mayor parte de las personas. La clave para envejecer en casa es mantener el equilibrio entre las capacidades y pérdidas que tienen las personas y el entorno en el que viven.

Participantes: 790 mujeres que viven en casa (media: 83 años). El objetivo era conocer la relación entre variables de salud en personas que viven en casa: salud percibida, bienestar psicológico, depresión, estado funcional y cognitivo, estilo de vida (ejercicio físico, salir de casa), número de caídas, apoyo social y soledad.

Se observaron puntuaciones moderadas de soledad y salud funcional. Así pues, un 35,7% había tenido alguna caída en el último año, con alteraciones en la vida cotidiana tras la caída (62,11%). Sólo el 40% salía de casa con frecuencia; el 56% no realizaba ejercicio diario, y el 82,3% había recibido cuidados en los últimos doce meses. Se observaron relaciones significativas y negativas entre depresión y bienestar; apoyo social, estado funcional y cognitivo y salud percibida; y una relación positiva y significativa entre depresión y soledad.

Entender los determinantes de la calidad de vida de las personas que viven en casa es importante debido al creciente número de personas mayores y las preferencias por envejecer en casa.

1. Introducció

El món s'enfronta a molts reptes derivats de l'envelliment de la societat, no solament pel nombre o la proporció de la població d'edat avançada sinó també per l'estat de salut i la funcionalitat de les persones grans, sobretot les que tenen més de vuitanta anys. La fragilitat de salut i la fragilitat social són indicadors fonamentals de l'estat de salut de la gent gran. La fragilitat es defineix pel deteriorament de múltiples sistemes físics relacionats i molta més vulnerabilitat a diversos tipus d'estrès. S'ha demostrat que la fragilitat condueix a una varietat de resultats adversos per a la salut, incloent-hi la discapacitat, l'atenció institucional i la mortalitat, i és un indicador més eficaç dels riscos per a la salut que l'edat cronològica.

La soledat esdevé un problema de salut pública i sovint és definida com un sentiment subjectiu i desagradable derivat d'un dèficit percebut entre la quantitat i la qualitat de les relacions. Hi ha estudis científics que han demostrat que la soledat és un factor de risc important per a la salut. Tant la fragilitat física com la fragilitat social (soledat, reducció de relacions) necessiten més atenció dels sistemes sanitaris i socials.

És un desig de moltes persones envellir de la mateixa manera i al mateix lloc on han viscut, perquè aquest fet els permet continuar gestionant les seves activitats diàries i els pot ajudar a preservar la seva integració a la comunitat. Totes les persones volem ser autònomes a casa nostra el màxim de temps possible, però això depèn d'aspectes varis, com la depressió, la salut percebuda i la integració al barri. La clau de l'envelliment a casa és mantenir l'equilibri entre les capacitats de la persona que envella i les exigències de l'entorn (Pinazo-Hernandis et al., 2022). Envellir al lloc és possible, fins i tot per a persones grans amb pocs problemes de salut, funcionals o cognitius, si tenen un suport social adequat. Quan la situació de dependència arriba, les relacions socials es redueixen i pot augmentar la soledat i l'aïllament.

Els recursos assistencials de suport perquè les persones es mantinguen al seu domicili són escassos, i a Espanya falten molts recursos socials comunitaris. La quantitat de cures que necessiten les persones dependents és elevada, i majoritàriament les presta la família (fills) i sovint un professional de l'assistència, o tots dos. Hi ha variables de salut diverses relacionades amb el fet d'envellir bé i que permeten envellir a casa.

L'aïllament social i la soledat són més freqüents en adults que pateixen ansietat o depressió i en poden ser causa o conseqüència; a més, són especialment rellevants per a la salut física i mental i la longevitat, perquè les circumstàncies de l'envelliment, com ara la pèrdua de relacions, les morbiditats mèdiques i el declivi funcional, són factors condicionants.

Els efectes de l'aïllament social i la soledat en la salut i la longevitat de les persones grans són considerables i s'associen a un 50% més de risc de desenvolupar demència. A més, hi ha un risc de demència més fort associat a nivells de soledat elevats, contactes socials poc freqüents i poca participació en grups (Kuiper et al., 2015); un 30% més de risc de patir una malaltia coronària o un ictus, i un 26% més de mortalitat per qualsevol causa (Valltorta et al., 2016; Holt-Lunstad i Smith, 2016). Els nivells elevats de soledat, la freqüència baixa d'interacció amb familiars i amics, i els nivells baixos de participació en grups augmenten el risc de deteriorament cognitiu i neurocognitiu (com ara, la demència). Amb la metaanàlisi de Penninkilampi et al. (2018) es va descobrir que viure sol, tenir una xarxa social limitada o una freqüència baixa de contacte social augmentava el risc de demència. El retraïment social és un aspecte potencial de demència i deteriorament cognitiu: les persones tendeixen a desentendre's a mesura que la seva memòria, les habilitats lingüístiques i el raonament es comencen a esvaïr. Hi ha una relació d'influència mútua entre els canvis en la salut física i la salut mental. La depressió condueix a l'aïllament social i a la soledat, els quals poden derivar en una depressió i ansietat clínicament significatives (Domènech-Abella et al., 2017; Falk-Dahl i Dahl, 2010; McHugh et al., 2020).

Els resultats dels estudis demostren que els canvis en un àmbit de la salut (física, social o mental) en les persones grans poden impulsar canvis en un altre àmbit i desencadenar, així, un cercle viciós (Sha et al., 2020). La fragilitat i la depressió estan relacionades (Mayer et al., 2020). Un estudi de Jarach et al. (2020) va descobrir que la salut física influeix més en la salut mental que a la inversa, és a dir, que l'efecte de la fragilitat prèvia a la soledat posterior era més fort que l'efecte de la soledat prèvia a la fragilitat posterior en la gent gran. Les persones grans que estan socialment aïllades solen ser les de més edat, amb un nivell educatiu baix i pocs ingressos (Cudjoe et al., 2020).

La connexió social descriu aspectes estructurals, funcionals i de qualitat de les relacions i interaccions humanes. L'aïllament social és la manca objectiva o l'abast limitat dels contactes socials amb altres persones (és a dir, estat civil, viure sols o amb altres persones). La soledat és la sensació subjectiva de sentir-se sol. El suport social fa referència a la disponibilitat d'altres membres de la xarxa social quan es necessiten.

La soledat i la depressió estan relacionades i es retroalimenten mútuament. Molts dels factors de risc de la soledat i l'aïllament social i depressió es consideren bidireccionals,

ja que la soledat i l'aïllament agreugen les condicions que aïllen encara més l'individu. Les relacions properes i el suport social poden ser deficientes o experimentar-se com a inadequats per part de les persones deprimides a causa de l'angoixa i les discapacitats imposades pel seu estat depressiu. Alguns adults grans deprimits experimenten forts dèficits en les connexions socials, inclosa molta soledat, poc suport social i menys connexions socials (Barger et al., 2014). Algunes persones grans amb depressió clínica o ansietat generalitzada informen de nivells elevats de soledat no relacionats amb mesures estructurals de xarxa social o suport (Domènech-Abella et al., 2017).

Els estudis transversals i longitudinals aporten proves dels efectes recíprocs que tenen l'aïllament social i la soledat amb els trastorns d'ansietat i de depressió, que es poden agreujar amb el temps, i han trobat associacions de soledat i poc suport social i depressió elevada (Schwarzbach et al., 2014; Taylor et al., 2018; Donovan et al., 2016).

La majoria de les persones grans que viuen soles a casa seva són dones. La majoria de les persones en situació de dependència són també dones i tenen més de 80 anys. Les persones grans en situació de dependència puntuen més alt en soledat a mesura que tenen més anys. Un nivell elevat de soledat es va relacionar positivament amb l'empitjorament de l'estat de fragilitat al llarg del temps (Sha et al., 2020). La soledat està relacionada amb factors diversos, com ara la percepció de pitjor salut i nivell funcional.

Tenint en compte els estudis previs, el nostre pretén analitzar els determinants de la qualitat de vida de les persones que viuen a casa amb el suport d'un servei de teleassistència; concretament, la relació entre salut percebuda, benestar psicològic, depressió, estat funcional i cognitiu, estil de vida (exercici, sortir de casa), nombre de vegades que cauen (fragilitat), suport social i soledat.

2. Materials i mètodes

2.1. Participants

Les participants són 790 dones grans que viuen a casa i són usuàries d'un servei de teleassistència. Aquest servei ofereix atenció immediata al domicili a persones en situació de vulnerabilitat, ja sigui per dependència, discapacitat o aïllament social, mitjançant un terminal i/o telèfon i un polsador instal·lats al domicili. La selecció dels participants va ser aleatoritzada entre els usuaris del servei de teleassistència que ofereix serveis d'atenció a la Comunitat Valenciana. Es va contactar amb les dones grans mitjançant entrevistes telefòniques per recollir les respostes. Aquest estudi és quantitatiu i transversal. Les dades es van recollir l'any 2021, moment encara amb un elevat nombre de casos de covid.

Els criteris d'inclusió foren: ser dona, tenir 65 anys o més; viure a casa seva; no tenir deteriorament cognitiu greu (puntuacions inferiors a 8 al Qüestionari breu de l'estat mental de Pfeiffer), i tenir capacitat per a respondre les preguntes de l'entrevista.

2.2. Instruments

Dades sociodemogràfiques. Edat, educació, estat civil, on viu i amb qui viu, cures o suport rebut els darrers dotze mesos, si hi ha cuidador familiar o professional per hores, i freqüència de les cures.

Salut percebuda. Avaluar la salut física en una escala de l'1 (molt dolenta) al 10 (molt bona). Per a la nostra anàlisi, aquesta variable es va puntuar a la inversa.

Benestar psicològic. Escala de Satisfacció amb la Vida (SWLS) (Diener et al., 1985; Pavot i Diener, 2008). Cinc ítems per mesurar judicis cognitius globals de satisfacció amb la pròpia vida. L'escala sol requerir només un minut de temps per a respondre-la. La puntuació oscil·la entre 5 i 35. Com més gran és la puntuació, més gran és la satisfacció.

Depressió. Escala de Depressió Geriàtrica (GDS) (escala breu, 15 ítems) (Sheikh i Yesavage, 1986): 10 ítems indiquen símptomes depressius si es responen afirmativament, i 5 ítems indiquen símptomes depressius si es responen negativament. Les puntuacions van entre 0 i 15, i més de 5 punts indica símptomes depressius.

Estat funcional. Índex de Barthel (Mahoney i Barthel, 1965), que valora el grau de dependència funcional o d'ajuda requerida en deu accions bàsiques de la vida diària. Totalment independent, 10 punts; necessita ajuda, 5 punts; dependent, 0 punts. Les puntuacions van de 0 a 100; com més alta és la puntuació, més independent és la persona.

Estat cognitiu. Qüestionari breu de l'estat mental de Pfeiffer (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975). Deu ítems que avaluen: orientació, memòria de record, concentració i càlcul. Cada element erroni té un valor d'un punt. La puntuació oscil·la entre 0 i 10: 0-2, normal; 3-4, deteriorament lleuger; 5-7, deteriorament moderat; 8-10, deteriorament greu.

Estil de vida. Pràctica d'exercici físic (exercici regular uns quants dies a la setmana, un dia a la setmana, o no fan exercici); sortir de casa (freqüència: cada dia, algunes vegades a la setmana, algunes vegades al mes, molt rarament, mai o gairebé mai); si surten sols o amb un cuidador; nombre de vegades que han caigut el darrer any i els canvis experimentats en la vida diària després d'haver caigut (sí/no).

Suport social. Escala de xarxes socials de Lubben (LSNS-6) (Lubben et al., 2006), que avalua el suport social percebut en funció de la mida de la xarxa social, la confiança que

generen aquests enllaços i la freqüència dels contactes. Sis preguntes en dos dominis: família i amics. La puntuació total de l'escala oscil·la entre 0 i 30. Suma total igual o inferior a 12, «socialment aïllada»; i superior a 12, «socialment integrada».

Soledat. Escala de Soledat de Jong Gierveld (dJGLS) (de Jong-Gierveld i Kamphuis, 1985). Consta d'11 ítems i la puntuació oscil·la entre 0 (sense soledat) i 11 (soledat extrema).

2.3. Procediment

Deu professionals d'un servei de teleassistència preparats per a aquesta finalitat van fer les trucades als participants per a l'entrevista, d'una durada aproximada de 30 minuts. La participació era voluntària i confidencial.

2.4. Anàlisi de les dades

Es van fer anàlisis amb SPSS26: descriptives i bivariants. Per analitzar les diferències entre grups es va fer una t de Student. Per analitzar les diferències en les variables en tres nivells de soledat i depressió es va fer servir l'anàlisi de la variància i proves post hoc.

3. Resultats

Perfil de les participants

La meitat de les participants tenen més de 80 anys. Més de la meitat mai no han anat a l'escola o només han cursat estudis primaris. La major part de les participants són vídues o separades, o divorciades, però només un 30,6% viuen soles. La majoria de les participants viuen a casa seva amb un familiar (cuidador), amb un cuidador professional o amb tots dos. El 82,3% ha rebut cures diàries o setmanals almenys els darrers dotze mesos, sobretot per part de les filles (90,3%) i majoritàriament amb una freqüència diària (60,6%) (taula 1).

Estat cognitiu, funcional, emocional i social

Un 35,7% de les participants havia caigut el darrer any. Després de la caiguda, el 62,11% de les dones grans va experimentar canvis en la vida quotidiana. El 60% no surt de casa amb freqüència i el 56% no fa exercici diàriament (taula 2).

La mitjana de les proves de Pfeiffer i Barthel indiquen un deteriorament cognitiu i un estat funcional moderats. En general, es van observar puntuacions moderades de soledat i depressió (taula 3).

Taula 1 | *Característiques sociodemogràfiques de les participants (N = 790)*

Variables	Categories	n,	%
Edat	60-70	54	6,9%
	71-80	247	27,5%
	81-90	393	49,7%
	91-96	113	14,3%
	>97	13	1,6%
Educació	No va anar a l'escola	383	48,5%
	Escola primària	342	43,3%
	Escola secundària	37	4,7%
	Universitat	28	3,5%
Estat civil	Casada	209	26,5%
	Fadrina	59	7,5%
	Vídua/divorciada/separada	522	66,1%
Lloc on viuen	A casa pròpia o de lloguer	683	86,5%
	A casa d'un fill	90	11,4%
	Altres	17	2,2%
Amb qui viuen	Soles	242	30,6%
	Amb un cuidador familiar	280	35,4%
	Amb un cuidador professional	68	8,6%
	Amb la família i el cuidador	39	4,9%
	En parella	161	20,4%
Cures o suport rebut els últims dotze mesos	No	140	17,7%
	Sí	650	82,3%

Taula 2 | *Estat funcional de les dones entrevistades (N = 790)*

Variables	%
Caure	35,7
Canvis a la vida quotidiana (després d'haver caigut)	62,1
Sortir de casa	60
Sense exercici físic/activitat	56

Taula 3 | *Mitjana i desviació estàndard de les variables*

Variables	Mitjana	DE
Estat cognitiu (Pfeiffer)	6,48	3,05
Estat funcional (Barthel)	51,56	34,68
Salut percebuda (0-100)	53,22	23,07

continua

Variables	Mitjana	DE
Benestar psicològic (Diener)	18,72	3,06
Depressió (Yesavage)	5,10	3,14
Xarxa social (LSNS-6)	10,31	2,58
Soledat (dJGLS)	3,98	2,62

Es van trobar diferències significatives entre les que havien caigut i les que no, quant a depressió ($t(788) = 2,60$; $p = ,009$), soledat ($t(788) = 2,77$; $p = ,006$) i percepció de la salut ($t(788) = -2,68$; $p = ,007$). El grup de les que havien caigut va obtenir puntuacions més elevades en depressió ($X = 5,49$; $DE = 3,14$), soledat ($X = 4,28$; $DE = 2,30$) i percepció de la salut ($X = 50,28$; $DE = 23,59$), en comparació amb les que no havien caigut ($X = 4,88$; $DE = 3,11$; $X = 3,82$; $DE = 2,22$; $X = 54,85$; $DE = 22,63$, respectivament). Segons les dades obtingudes, es trobà que, com més edat, més deteriorament cognitiu, més nivell de depressió i més nivell de dependència (taula 4).

Taula 4 | *Mitjana, desviació estàndard i contrastos significatius entre les que tenen entre 60 i 80 anys i les que en tenen més de 81 en les variables analitzades*

	60-80 anys Mitjana (DE)	Més de 81 anys Mitjana (DE)	T de Student	Valor de probabilitat
Pfeiffer	7,90 (2,21)	5,94 (3,04)	6,47	.000*
Barthel	60,34 (31,34)	47,63 (33,69)	3,65	.000*
Salut percebuda	52,94 (23,77)	53,37 (22,72)	-,24	.806
Diener	18,86 (3,46)	18,86 (3,29)	,011	.991
Yesavage	4,55 (3,00)	5,32 (3,09)	-,23	.017*
LSNS-6	10,25 (2,76)	10,16 (2,45)	,32	.749
dJGLS	4,10 (2,30)	4,15 (2,28)	-,200	.841

Les persones que no necessiten cures tenen menys deteriorament cognitiu, menys simptomatologia depressiva, menys dependència, menys aïllament social i més bona salut percebuda (taula 5).

Pel que fa a la soledat, es va fer una anàlisi de variància en què es van estudiar les mitjanes de les variables en funció del grau de soledat, per comprovar si hi havia diferències en les variables de salut en funció de la soledat de les participants.

L'anàlisi de variància va mostrar diferències significatives en soledat per a la depressió ($F(3,787) = 85,39$; $p < .001$), el benestar ($F(3,787) = 26,66$; $p < .001$), el nivell de dependència

($F_{3,787} = 16,03$; $p < .001$), el suport social ($F_{3,787} = 4,57$; $p = .011$) i la seva salut percebuda ($F_{3,787} = 26,04$; $p < .001$). Pel que fa al nivell de deteriorament cognitiu, s'observen diferències marginalment significatives ($F_{3,787} = 2,96$; $p = .052$). Quan augmenta el nivell de soledat, s'observen pitjors puntuacions a les diferents variables (taula 6).

Taula 5 | *Mitjana, desviació estàndard i contrastos significatius entre cures/ no cures rebudes en les variables seleccionades*

	Sense cures / Cures rebudes Mitjana (DE)	Suport rebut Mitjana (DE)	T de Student	Valor de probabilitat
Pfeiffer	7,34 (2,31)	6,30 (3,15)	3,70	.000*
Barthel	74,82 (30,64)	46,55 (33,46)	9,20	.000*
Salut percebuda	57,26 (22,46)	52,35 (23,12)	2,28	.022*
Diener	18,86 (3,63)	18,69 (3,60)	,49	.618
Yesavage	4,38 (3,27)	5,25 (3,09)	-2,99	.003*
LSNS-6	10,96 (2,66)	10,17 (2,55)	3,32	.001*
dJGLS	4,10 (2,30)	4,15 (2,28)	-,200	.841

Taula 6 | *Mitjanes i desviacions estàndard i soledat*

	Nivell de soledat (SD)	Mitjana	DE
Pfeiffer	Sense soledat	6,83	2,79
	Soledat moderada	6,29	3,19
	Soledat important	6,91	2,29
Barthel	Sense soledat	61,82	34,94
	Soledat moderada	46,80	33,90
	Soledat important	50,61	29,12
Salut percebuda	Sense soledat	59,86	21,20
	Soledat moderada	51,40	23,11
	Soledat important	32,85	18,49
Diener	Sense soledat	19,54	2,96
	Soledat moderada	18,58	3,72
	Soledat important	14,91	3,28
LSNS-6	Sense soledat	10,71	2,55
	Soledat moderada	10,11	2,60
	Soledat important	10,48	2,26
Yesavage	Sense soledat	3,34	2,54
	Soledat moderada	5,68	2,98
	Soledat important	8,85	2,80

Es poden observar puntuacions més elevades en salut funcional, salut percebuda, salut social i benestar per a les persones sense soledat.

En relació amb la depressió, es van analitzar les variacions a les variables de salut. Atenent els diferents nivells de depressió, l'anàlisi de variància va mostrar diferències significatives en el nivell de deteriorament cognitiu ($F_{2,788} = 6,37$; $p = .002$), nivell de dependència ($F_{2,788} = 17,25$; $p < .001$), salut percebuda ($F_{2,788} = 85,81$; $p < .001$), soledat ($F_{2,788} = 92,53$; $p < .001$) i benestar ($F_{2,788} = 121,54$; $p < .001$). Pel que fa al suport social, no es van observar diferències significatives ($F_{2,788} = 1,16$; $p < .312$). S'observen puntuacions més elevades en depressió quan el nivell de soledat és més alt (taula 7).

Taula 7 | *Mitjana i desviació estàndard dels nivells de depressió i la seva relació amb variables de salut*

	Nivell de depressió (DE)	Mitjana	DE
Pfeiffer	Sense depressió	6,79	2,95
	Depressió lleugera	5,98	3,18
	Depressió moderada	6,03	3,02
Barthel	Sense depressió	57,18	34,66
	Depressió lleugera	43,36	33,63
	Depressió moderada	40,87	31,67
Salut percebuda	Sense depressió	59,97	20,25
	Depressió lleugera	47,37	21,58
	Depressió moderada	30,19	22,95
dJGLS	Sense depressió	3,22	1,86
	Depressió lleugera	4,97	2,92
	Depressió moderada	5,77	2,62
Diener	Sense depressió	19,87	2,93
	Depressió lleugera	17,90	3,28
	Depressió moderada	14,36	3,92
LSNS-6	Sense depressió	10,40	2,62
	Depressió lleugera	10,24	2,53
	Depressió moderada	9,97	2,47

4. Discussió

Espanya és actualment un dels països més envellits i longeus del món, i la societat actual prefereix envellir a casa i evitar altres formes de vida, com els centres de cures de llarga durada. Quan la gent gran té un estat de vulnerabilitat o dependència, busca

recursos per poder prolongar la seva estada a la llar. Els serveis de teleassistència són una manera d'evitar o endarrerir la institucionalització mitjançant l'atenció i el suport necessaris per millorar la seguretat, però les cures que necessiten les persones que viuen a casa són moltes i diverses i la teleassistència no arriba a cobrir-les totes (Watson et al., 2021). Aquest estudi pretenia conèixer els determinants de la qualitat de vida de les persones que viuen a casa seva amb el suport d'un servei de teleassistència. Els resultats van mostrar que tenen nivells moderats de soledat i depressió, nivells baixos de benestar, i suport social escàs, deteriorament de l'estat funcional i cognitiu, i un nivell baix de salut percebuda.

La depressió és un dels trastorns de salut més freqüents, especialment entre els adults grans (Cho et al., 2020). Segons dades de l'Organització Mundial de la Salut, s'estima que un 5,7% de les persones de seixanta anys o més que viuen a la comunitat pateixen depressió, i més les dones (Beutel et al., 2019). Els nostres resultats concorden amb els trobats en la literatura científica, ja que les persones grans amb depressió tenen més risc de deteriorament cognitiu (Martin i Velayudhan, 2020); menys mobilitat, més dificultats per fer les activitats de la vida diària i més dependència (Vink et al., 2008); més mal estat funcional (Zuo et al., 2022); més discapacitats (Geerlings et al., 2000) i fan menys activitat física (Lampinen i Heikkinen, 2003). Així mateix, la soledat és un fort predictor de depressió, cosa que coincideix amb els nostres resultats, que mostren que, amb un grau de depressió més elevat, més intensa és la soledat (Cohen-Mansfield i Parpura-Gill, 2007).

L'aïllament social i la soledat en les persones grans ha estat un tema estudiat, però no gaire a Espanya. Hi ha molts estudis que demostren que la prevalença d'aquests problemes augmenta amb l'edat. Les participants, malgrat que rebien un servei de teleassistència, experimentaven nivells elevats de soledat i aïllament social, i algunes van indicar que gairebé no sortien de casa. A més, les persones desconnectades socialment són vulnerables a l'aïllament social i la soledat, perquè tenen xarxes socials petites i participen molt poc en activitats socials de l'àmbit comunitari (Yeh i Lo, 2004). Aquesta desconexió social també els fa més vulnerables a patir trastorns de salut, a percebre que tenen poca salut, al deteriorament de la funció cognitiva, a patir un nivell elevat de depressió, i tenir xarxes socials limitades, entre d'altres (Wilson et al., 2007). Els resultats d'aquests investigadors donen suport als nostres resultats en relació amb la soledat i l'estat cognitiu més deteriorat, menys funcionalitat, menys benestar psicològic i més depressió, i amb menys suport social a aquesta població.

A mesura que augmenta la proporció de població adulta més gran, s'espera que augmentin els resultats negatius per a la salut i més aïllament social. La soledat en si mateixa podria reduir la probabilitat de ser físicament actiu. Un percentatge significatiu de les participants en la nostra recerca indiquen que tot just sortien de casa

i que n'hi havia poques que fessin exercici físic, cosa que, a més de reduir la soledat, també podria millorar-los l'estat de salut i la salut percebuda, la funcionalitat i l'estat d'ànim.

A més, el suport social pot ser important per millorar el benestar psicològic dels adults. El suport instrumental (per exemple, afecte, companyia, transport, cures d'infermeria, etc.) i el suport emocional de la família i dels amics poden contribuir de manera important al benestar dels adults grans. Els dispositius de teleassistència poden millorar el benestar psicològic en augmentar la percepció de seguretat (Hirani et al., 2014). La majoria de les participants en aquest estudi tenen pèrdues funcionals i cognitives, cosa que requereix una cura diària. Per prolongar la seva estada a casa, cal que rebin cures més freqüents i disposar de recursos de suport (neuorehabilitació, entrenament cognitiu, etc.). Si les persones grans volen viure més temps a casa seva, els cuidadors hauran de preparar-se en noves capacitats, recursos i estratègies.

5. Conclusions

Fins ara se sap poca cosa de com viuen les persones que estan soles a casa. Aquest estudi ha analitzat una mostra àmplia de dones grans, incloent-hi un nombre elevat de dones molt grans. S'ha fet la recerca centrada només en dones, perquè envellir com a dona és diferent d'envellir com a home. Cal mirar l'envelliment amb mirada de gènere. Moltes d'aquestes dones han dedicat la vida a cuidar i, ara, en ser grans, no totes reben les cures que necessiten o no tenen un cuidador que se n'ocupi.

S'han analitzat dimensions com ara la salut percebuda, el benestar psicològic, la depressió, l'estat funcional i cognitiu, l'estil de vida (exercici, sortir de casa), el nombre de vegades que han caigut, el suport social i la soledat. Algunes anàlisis han diferenciat per nivells algunes d'aquestes dimensions, com ara la soledat i la depressió.

La majoria dels estudis sobre els efectes del confinament s'han fet en residències de persones grans, però la nostra aportació es basa en persones que viuen al seu domicili. Ací hem entrevistat dones durant el segon semestre de l'any 2020, després de la tancada i en el període de la pandèmia de COVID-19, per la qual cosa podem saber com se sentien en aquell moment aquestes persones grans que vivien a casa seva i patien les restriccions i aïllament de les xarxes socials i familiars.

Una de les limitacions principals d'aquest estudi és que s'ha realitzat amb dones i usuàries d'un servei de teleassistència. És possible que hi haja diferències per sexe i també amb altres dones que no reben aquest servei. Així mateix, s'ha vist que un percentatge important de la mostra compta amb el suport d'un cuidador (ja sigui

familiar, professional o tots dos), per la qual cosa també serà interessant analitzar amb més profunditat com gestionen la seva independència a la llar les persones que no tenen ajuda.

En estudis futurs amb mostres similars es podrien fer anàlisis longitudinals per conèixer millor quines variables són predictores, i estudiar sobre quines variables cal actuar i millorar aquests serveis.

Encara queda molt per conèixer per poder adaptar i millorar els serveis en funció de les necessitats dels usuaris. Són necessaris estudis que analitzin factors del benestar variis. Els serveis han d'adaptar-se a les persones i acostar-se als seus domicilis, on volen viure, si volem donar una bona atenció integral i centrada en la persona.

Referències bibliogràfiques

Barger, S. D., Messerli-Burgy, N., i Barth, J. (2014). Social relationship correlates of major depressive disorder and depressive symptoms in Switzerland: nationally representative cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14, 273. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-273>.

Beutel, M. E., Brähler, E., Wiltink, J., Kerahrodi, J. G., Burghardt, J., Michal, M., i Tibubos, A. N. (2019). New onset of depression in aging women and men: contributions of social, psychological, behavioral, and somatic predictors in the community. *Psychological Medicine*, 49(7), 1148-1155. <https://doi.org/10.1017/S0033291718001848>

Cho, I. Y., Kang, J., Ko, H., Sung, E., Chung, P. W., i Kim, C. (2021). Association between frailty-related factors and depression among older adults. *Clinical Gerontologist*, 45(2), 366-375. <https://doi.org/10.1080/07317115.2021.1952676>

Cohen-Mansfield, J., i Parpura-Gill, A. (2007). Loneliness in older persons: A theoretical model and empirical findings. *International Psychogeriatrics*, 19(2), 279-294.

Cudjoe, T. K. M., Roth, D. L., Szanton, S. L., Wolff, J. L., Boyd, C. M., i Thorpe, R. J. (2020). The Epidemiology of social isolation: National Health and Aging Trends Study. *J Gerontol B. Psychol Sci Soc Sci.*, 75, 107-113. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby037>

De Jong-Gierveld, J., i Kamphuls, F. (1985). The development of a Rasch-type loneliness scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299. <https://doi.org/10.1177/014662168500900307>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., i Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.

Domènech-Abella J., Lara E., Rubio-Valera M., Olaya B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L.A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó J., i Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in the elderly: the role of social network. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 52, 381-390. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>.

Domènech-Abella, J., Mundo, J., Haro, J. M., i Rubio-Valera, M. (2019). Anxiety, depression, loneliness and social network in the elderly: Longitudinal associations from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *J Affect Disord*, 246, 82-88. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.043>

Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A., i Glymour, M. M. (2016). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *Int J Geriatr Psychiatry*, 32, 564-573. <https://doi.org/10.1002/gps.4495>

Falk-Dahl, C. A., i Dahl, A. A. (2010). Lifestyle and social network in individuals with high level of social phobia/anxiety symptoms: a community-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 45, 309-317. <https://doi.org/10.1007/s00127-009-0069-6>

Geerlings, S. W., Beekman, A. T., Deeg, D. J., i Van Tilburg, W. (2000). The longitudinal effect of depression on functional limitations and disability in older adults: an eight-wave prospective community-based study. *Psychological Medicine*, 30(2), 369-380. <https://doi.org/10.1017/S0033291799001890>

Hirani, S. P., Beynon, M., Cartwright, M., Rixon, L., Doll, H., Henderson, C., Bardsley, M., Steventon, A., Knapp, M., Rogers, A., Bower, P., Sanders, C., Fitzpatrick, R., Stanton, J.H., i Newman, S. P. (2014). The effect of telecare on the quality of life and psychological well-being of elderly recipients of social care over a 12-month period: the Whole Systems Demonstrator cluster randomised trial. *Age and Ageing*, 43(3), 334-341. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft185>

Holt-Lunstad, J., i Smith, T. B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart*, 102, 987-989. <http://dx.doi.org/10.1136/heartjnl-2015-309242>

Jarach, C. M., Tettamanti M., Nobili A., i D'Avanzo B. (2020). Social isolation and loneliness as related to progression and reversion of frailty in the Survey of Health Aging Retirement in Europe (SHARE). *Age & Ageing*, 50(1): 258-262. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa168>

Kuiper, J. S., Zuidersma, M., Oude, R. C., Zuidema, S., Van der Heuwel, E., Stolk, R., i Smidt, N. (2015). Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev*, 22, 39-57. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2015.04.006>

Lampinen, P., i Heikkinen, E. (2003). Reduced mobility and physical activity as predictors of depressive symptoms among community-dwelling older adults: an eight-year follow-up study. *Ageing Clin Exp Res*, 15, 205-211. <https://doi.org/10.1007/BF03324501>

Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., i Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European Community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503-513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>

Mahoney, F. I., i Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index: A simple index of independence useful in scoring improvement in the rehabilitation of the chronically ill. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.

Martin, E., i Velayudhan, L. (2020). Neuropsychiatric symptoms in mild cognitive impairment: a literature review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 49(2), 146-155. <https://doi.org/10.1159/000507078>

Mayer, H., Stolz, E., i Freidl, W. (2020). Frailty and depression: Reciprocal influences or common causes. *Soc Sci Med*, 263, 113273. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113273>

McHugh, J., Hannigan, C., Hyland, P., Brennan, S., Kee, F., i Lawlor, B. A. (2020). Depressive symptoms predict increased social and emotional loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*, 24, 110-118. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1517728>.

Pavot, W., i Diener, E. (2008). The Satisfaction with Life Scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology*, 3, 137-152.

Penninkilampi, R., Casey, A. N., Singh, M. F., i Brodaty, H. (2018). The association between social engagement, loneliness, and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimer Dis*, 66, 1619-1633. <https://doi.org/10.3233/JAD-180439>

Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.

Pinazo-Hernandis, S., Blanco-Molina, M., i Ortega-Moreno, R. (2022). Aging in Place: Connections, Relationships, Social Participation and Social Support in the Face of Crisis Situations. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 19, 16623. <https://doi.org/10.3390/ijerph192416623>

Schwarzbach, M., Luppá, M., Forstmeier, S., König, H. H., i Riedel-Heller, S. G. (2014). Social relations and depression in late life—a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 29, 1-21. <https://doi.org/10.1002/gps.3971>

Sha S., Xu Y., i Chen L. (2020). Loneliness as a risk factor for frailty transition among older Chinese people. *BMC Geriatr*, 20(1), 300. <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01714-5>

Sheikh, J. I., i Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale: Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.

- Taylor, H. O., Taylor, R. J., Nguyen, A. W., i Chatters L. (2018). Social isolation, depression, and psychological distress among older adults. *J Aging Health, 30*, 229-246. <https://doi.org/10.1177/0898264316673511>
- Valltorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., i Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart, 102*, 1009-1016.
- Vink, D., Aartsen, M. J., i Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *J Affect Disord, 106*, 29-44. pmid:17707515
- Watson, P., Bearpark, T., i Ling, J. (2021). The impact of rapid response and telecare services on elderly and vulnerable residents. *Health & Social Care in the Community, 29*(4), 897-904. <https://doi.org/10.1111/hsc.13123>
- Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., i Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry, 64*(2), 234-240. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.2.234>
- Yeh, S. C., i Lo, S. K. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality: an International Journal, 32*(2), 129-138. <https://doi.org/10.2224/sbp.2004.32.2.129>
- Zuo, S., Lin, L., Chen, S., Wang, Z., Tian, L., Li, H., i Xu, Y. (2022). Influencing factors of loneliness among older adults in China: a systematic review and meta-analysis. *Psychogeriatrics, 21*. <https://doi.org/10.1111/psyg.12897>

Autora

SACRAMENTO PINAZO-HERNANDIS

València. Doctora en Psicologia. Màster en Psicologia Comunitària. Llicenciada en Pedagogia. Professora titular del Departament de Psicologia Social i membre de l'Institut Interuniversitari de Desenvolupament Local de la Universitat de València. Patrona de la Fundación Pílares. És la presidenta del Comitè de Soledat de la Plataforma de Majors i Pensionistes; la coordinadora del Comitè d'Innovació enfront de la Soledat no Desitjada de l'Agència Valenciana d'Innovació; la presidenta de la Societat Valenciana de Geriatria i Gerontologia (2015-), i ha estat la vicepresidenta de la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia (2015-2018) i la coordinadora de la Universitat dels Majors de la Universitat de València durant vint anys. És la coordinadora del Grup d'Investigació en Intervenció Psicosocial en els Envellements i Cures al llarg del Cicle Vital de la Universitat de València.

LA SOLITUD NO DESITJADA

La solitud no desitjada*

Margalida Burguera Gómez

Maria Isabel Cano Raya

Cristina Eva Clar Colom

Catalina Fernández Mas

Omar Lamin Abeidi

Victòria Eugènia Martorell Amer

Maria Lourdes Monserrat Cañellas

Laura Morado Wunderlich

Alejandra Pizà Bueno

* Una mirada positiva al treball comunitari per reduir la solitud no desitjada. El projecte T'Acompanyam és una resposta i una aportació, entre d'altres, des de l'experiència dels centres de participació activa i comunitària.

Resum

En aquest article explicarem com treballa, quins serveis i quines intervencions utilitza l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) a través dels Centres de Participació Activa i Comunitària (CPAC) per tractar la solitud no desitjada i com proposa noves línies d'actuació a través de la praxi del treball comunitari. Després de la greu crisi sanitària de la covid, es van requerir noves estratègies per reactivar i fomentar la reincorporació de la normalitat en la població i sobretot en aquells col·lectius més perjudicats com el de les persones grans. L'IMAS va crear un nou servei anomenat T'Acompanyam amb la finalitat de contactar amb aquelles persones que ja eren usuàries dels CPAC, conèixer la seva situació després de la covid i treballar el retorn a la normalitat. El projecte T'Acompanyam s'emmarca en un model d'atenció centrat en la persona, amb l'objectiu de prevenir el risc de solitud. Les accions concretes que duu a terme engloben l'acompanyament, la informació i l'orientació a les persones usuàries, així com oferir-los suport i fomentar-ne la participació en activitats i tallers. T'Acompanyam és una eina clau per detectar i analitzar els desitjos de les persones i, consegüentment, per al disseny de polítiques públiques que s'adaptin a la realitat actual.

Resumen

En este artículo explicaremos cómo trabaja, qué servicios e intervenciones utiliza el Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) a través de los Centres de Participació Activa i Comunitària (CPAC) para tratar la soledad no deseada y cómo propone nuevas líneas de actuación a través de la praxis del trabajo comunitario. Después de la grave crisis sanitaria de la covid se requirió de nuevas estrategias para reactivar y fomentar la reincorporación de la normalidad en la población y sobre todo en aquellos colectivos más perjudicados como el de las personas mayores. Desde el IMAS se creó un nuevo servicio llamado T'Acompanyam con la finalidad de contactar con aquellas personas que ya eran usuarios de los CPAC, conocer su situación postcovid y trabajar el retorno a la normalidad. El proyecto T'Acompanyam se enmarca en un modelo de atención centrado en la persona, con el objetivo de prevenir el riesgo de soledad. Las acciones concretas que desarrolla engloban el acompañamiento, la información y la orientación a las personas usuarias, así como ofrecer apoyo y fomentar la participación en actividades y talleres. T'Acompanyam es una herramienta clave para detectar y analizar los deseos de las personas y, consiguientemente, para el diseño de políticas públicas que se adapten a la realidad actual.

La solitud és un dels reptes socials i de salut pública d'importància creixent als quals s'enfronten les societats occidentals d'aquest segle. L'augment de l'esperança de vida, les noves formes de convivència, una organització diferent de l'ús del temps i els canvis en els models de família i de societat ens ofereixen una realitat cada vegada més complexa, de la qual emergeixen nous reptes, entre aquests, el de la solitud en les persones grans.

A principis dels anys vuitanta, Robert Weiss, un dels autors més reconeguts en aquest camp, diferencia conceptualment, per primera vegada, entre la solitud social i la solitud emocional, entenent la primera com la manca o insuficiència de relacions o sentiment de comunitat, i la segona com l'absència de relacions personals íntimes o d'arrelament, i obrint així el debat, avui en dia encara viu, sobre la unidimensionalitat o multidimensionalitat del concepte (Muchnik et al., 1998).

La **solitud** es defineix com un estat subjectiu que s'experimenta en absència de contacte social, quan la persona sent aïllament o manca de pertinença. És una diferència percebuda entre les necessitats socials d'una persona i la disponibilitat de recursos per satisfer-les. Pot ser un estat transitiu i, en aquest cas, pot complir una funció adaptativa, ja que portaria la persona a trobar maneres de superar els obstacles presents per deixar de sentir-se sola; no obstant això, la solitud pot convertir-se en un estat durador, i pot comportar problemes per a la salut física i mental de les persones (Mann et al., 2017).

En l'edat adulta, en aquest estat ens trobem amb variables que es repeteixen i que marquen la diferència perquè la solitud es visqui de manera positiva o negativa; aquests trets són, entre d'altres, el sentiment de pertinença a un grup social, el nombre d'amistats i la freqüència de contacte amb la gent significativa de cada persona. Concretarem que és molt important diferenciar entre la solitud i l'aïllament social. L'aïllament social és la falta substancial de contactes socials i pot mesurar-se de manera objectiva, la persona pot quantificar els seus recursos personals quant a contactes socials, persones amb les quals es relaciona, i quantificar aquestes relacions. I la solitud no desitjada és un sentiment subjectiu, de no tenir la quantitat i/o qualitat desitjada de relacions socials.

La solitud no desitjada es pot definir, per tant, com: l'experiència personal negativa en la qual una persona té la necessitat de comunicar-se amb altres i percep mancances en les seves relacions socials, bé sigui perquè té menys relació que la que li agradaria o perquè les relacions que té no li ofereixen el suport emocional que desitja. Cal dir que la majoria de les persones ens sentirem soles en algun moment de la vida, però la capacitat d'afrontar-ho i superar-ho varia en funció de l'entorn i de les relacions socials i de suport de les quals disposem. Quan el sentiment de solitud s'aguditza i perdura al llarg del temps, pot arribar a tenir un gran impacte en la persona, però també sobre

el conjunt de la societat. Algunes de les causes principals i comunes de la solitud en l'etapa més adulta són el canvi de residència o habitatge, la pèrdua de la parella i les relacions socials significatives, les malalties o limitacions físiques, la reducció d'activitats socials, la violència de gènere, la jubilació, el dol, entre d'altres.

Tot això és clau si entenem el repte demogràfic que tenim. Les darreres dècades ha augmentat significativament l'esperança de vida al naixement en homes i dones; els avenços mèdics i tecnològics i la millora de la qualitat de vida són factors que han afavorit aquest increment. Segons els indicadors demogràfics bàsics que publica l'Institut Nacional d'Estadística (INE) (s/d), entre 2000 i 2020 l'esperança de vida al naixement dels homes a Espanya ha passat de 75,9 a 79,6 anys, i la de les dones, de 82,7 a 85,1 anys. En aquest període s'ha mantingut una diferència apreciable en la incidència de la mortalitat per sexes a Espanya, si bé la ràtio de masculinitat a la defunció (nombre de defuncions d'homes per cada cent defuncions de dones residents a Espanya) ha descendit significativament en aquest període, i ha passat de 110,3 l'any 2000 a 102,1 el 2020.

Segons aquestes projeccions, el 2035 l'esperança de vida al naixement podria passar a 83,2 anys en els homes i a 87,7 anys en les dones, la qual cosa suposa un guany respecte als valors actuals de 3,2 i de 2,3 anys respectivament. Aquests valors serien de 85,8 anys per als homes i de 90,0 anys per a les dones.

L'aspecte clau en l'evolució de les darreres dècades ha estat la millora de les expectatives de vida en les persones d'edat madura i avançada. La reducció sostinguda de la taxa de mortalitat en aquestes edats ha permès un augment en el nombre d'aquestes persones en el conjunt de la població, en què és bastant superior el nombre de dones que aconseguen una edat avançada. La solitud en la gent gran és un tema rellevant i complex en l'estudi de l'envelliment. A mesura que la població espanyola continua envellint, és essencial comprendre la manera com la solitud pot afectar la qualitat de vida de les persones grans i abordar aquest problema de manera integral. La solitud no sols té implicacions emocionals, sinó també físiques i cognitives, la qual cosa la converteix en un tema de recerca i preocupació creixent en el camp de l'envelliment.

Diàriament, observem i escoltem en el nostre dia com a professionals que sembla que tota la cultura de la solitud, especialment la relativa a la vellesa, ens presenta principalment imatges i idees negatives del fet d'estar tot sol, en què la posició més habitual de la gent gran és la passivitat. Poques vegades la solitud es mostra com una oportunitat de connexió amb la interioritat a través de la qual podem accedir a les nostres experiències vitals i en què podem retrobar vivències, plantejar-nos antigues preguntes o algunes de noves, i elaborar camins per continuar vinculats; és a dir, una oportunitat de desenvolupament i, per tant, d'aprenentatges. Probablement, reconèixer aquesta oportunitat contribuiria a reduir estereotips sobre la solitud, i

potser ens ajudaria a pensar la manera com la podem afrontar, com podem preparar els nostres recursos subjectius i com podem coproduir els recursos col·lectius adequats a societats longeves.

Afrontar la solitud no desitjada en la gent gran implica reconèixer-la com a problema de salut pública i prendre mesures per promoure l'establiment i el manteniment de relacions socials significatives en la vida de les persones grans. Això pot incloure programes comunitaris, activitats socials, serveis de suport i polítiques públiques que fomentin la participació social i l'enfortiment de la xarxa social de la gent gran. A més, és fonamental tenir en compte les necessitats i preferències individuals de cada persona gran, per garantir que les intervencions siguin adequades i personalitzades. La solitud no desitjada en la gent gran pot tenir conseqüències negatives en la seva salut i benestar, incloent-hi problemes de salut física i mental, una mortalitat més gran, disminució de la qualitat de vida, més poca funcionalitat i autonomia, i risc més gran d'abús i maltractament. És important abordar aquest problema i promoure la connexió social i el suport en el col·lectiu de gent gran per millorar-ne el benestar i la qualitat de vida.

Per parlar del sentiment de solitud no desitjada de les persones grans des d'una perspectiva de gènere, cal entendre, en primer lloc, que no és el mateix envellir sent home que envellir sent dona. Si posem la mirada en les dones que avui en dia són grans, podríem dir que les seves vides han estat marcades per una combinació més o menys variable de quatre elements: l'assumpció desproporcionada del treball domèstic no remunerat i de cures en el si de les pròpies famílies, una presència més intermitent que la dels homes en el mercat laboral formal, una major presència que els homes en el mercat laboral informal i una certa segregació en nínxols laborals situats entre els pitjors remunerats i menys valorats socialment (Ezquerria et al., 2016). Cal tenir en compte també el factor socioeconòmic com una variable que pren força en l'estudi del gènere i la soledat. Les condicions socioeconòmiques en les quals es troben les dones grans són en general desiguals i inferiors als homes en la majoria dels països de la Unió Europea (Foster i Walker, 2013).

Abordar la solitud no desitjada des d'una perspectiva de gènere és un altre repte que tenim com a professionals i com a persones vinculades a un espai i un territori.

Per treballar de manera integral el tema de la solitud no desitjada, és necessària una visió multidimensional en la qual es tinguin en compte diverses actuacions en diferents àmbits. Aquestes actuacions han d'anar encaminades a la prevenció, la sensibilització, la detecció i la intervenció.

LA PREVENCIÓ: amb l'objectiu d'actuar-hi abans que el fenomen aparegui o es cronifiqui, s'ha de vetllar per aquelles persones que encara no estan en situació de

risc de solitud no desitjada, a les quals, per tant, hem de facilitar l'accés als recursos individuals i comunitaris, per reduir-los els riscos i potenciar la seva participació social i comunitària.

LA SENSIBILITZACIÓ: cal fer polítiques i actuacions encaminades a sensibilitzar la població general. Fomentar la participació de la gent gran en tots els aspectes i situacions dels quals siguin l'objectiu, com ara actuacions puntuals comunitàries en campanyes i estratègies, entre d'altres.

LA DETECCIÓ: cal destacar la importància de la formació dels professionals de referència de la gent gran per identificar i detectar qualsevol indicador de risc, per la dificultat que en alguna etapa, moment o intervenció ens centrem més en una demanda general per la manca de contacte social; aquí rau la diferència entre aïllament social o manca de suport social i solitud no desitjada.

LA INTERVENCIÓ: en aquesta fase intervenim acompanyant les persones que hem detectat que es troben en una situació de solitud no desitjada, fomentant la seva participació en l'entorn més pròxim, facilitant-los l'accés a la participació social, a pertànyer a un grup amb què se sentin identificades, promocionant la seva participació en activitats que millorin el seu estat anímic, entre moltes altres actuacions.

Aquesta visió holística de la solitud ja és considerada i fou elaborada en el document *Estratègia davant el repte demogràfic: envelliment actiu i saludable. 2022-2030*. L'equip de l'Àrea d'Atenció Comunitària i Projectes Estratègics la va desenvolupar a partir del moment en què es definia la necessitat d'abordar els nous reptes demogràfics en les persones grans. L'estratègia de canvi demogràfic i envelliment actiu i saludable de la nostra àrea es desplega a través de 86 accions agrupades en nou línies d'acció operatives i quatre eixos estratègics:

1. *Dret a l'entorn de proximitat al llarg de la vida.* Impuls als serveis públics de la cura, accions de prevenció i programes de lluita contra la solitud no volguda, i suport a la permanència voluntària a la pròpia llar o suport en solucions residencials noves i atractives.
2. *Entorn inclusiu, accessible i amigable.* Desenvolupament de les accions per fer una Mallorca amigable amb les persones grans, fomentant totes les accions que es duen a terme des de l'àrea i, per altra banda, apostant també pel foment de serveis i recursos de proximitat, fent l'espai públic més accessible i afavorint la convivència i l'intercanvi generacional en col·laboració amb la resta de serveis de l'IMAS i altres administracions i entitats.

3. *Envel·liment actiu: aportar i gaudir de la comunitat.* Facilitar l'accés a l'educació i a la cultura al llarg de la vida reduint la fractura digital, potenciar la participació activa i la coproducció de polítiques de les persones grans i fomentar-ne el bon tracte garantint drets i prevenint maltractaments, apostant per polítiques de promoció de l'autonomia de la gent gran i afavorint accions d'intercanvi intergeneracional.
4. *Recerca i planificació per un repte demogràfic equitatiu.* Continuar avaluant les polítiques sobre canvi demogràfic i envelliment i fer-ne un seguiment, impulsar la cooperació interinstitucional (municipis i àrea, Govern i altres administracions i entitats) i aprofundir en l'estudi sobre els efectes socials del canvi demogràfic, específicament sobre les necessitats de les persones grans, amb la col·laboració de l'Observatori de les Persones Majors i d'altres institucions.

En el document citat anteriorment, ja es preveuen diverses accions a dur a terme en aquest nou repte 2030, i es defineixen les línies a seguir per treballar i lluitar contra la solitud no desitjada: **Eix 1. Dret a l'entorn de proximitat al llarg de la vida, per lluitar contra la solitud no volguda de les persones grans.** L'IMAS, a través del Departament de Drets Socials i les seves diverses àrees, promou un envelliment de qualitat i potencia el treball a través dels recursos propis com ara l'Observatori de les Persones Majors, l'EVIF (Equip de Velleïa i Família), el Servei d'Atenció Integral a Domicili (SAID), els centres de Participació Activa o el projecte T'Acompanyam.

L'entorn comunitari i els centres de participació activa i comunitària com a elements clau per detectar i prevenir la solitud no desitjada. Un exemple de bones pràctiques

Les llars, com a centres de participació activa i comunitària per a les persones grans, s'han d'entendre com a espais de canalització de demandes socials, detecció de necessitats, d'oferta de serveis de qualitat i de foment de l'autonomia i d'una participació activa per prevenir la dependència i afavorir la socialització, amb la finalitat de reduir la solitud no desitjada.

Són fonamentals els centres de participació activa i comunitària per a gent gran, conjuntament amb el foment de serveis que permetin la permanència en el seu entorn pròxim, com el Servei d'Atenció Integral a Domicili (SAID), que permet a una persona, si així ho desitja, envellir al seu habitatge amb acompanyament i suport, i alhora és bàsic fomentar actuacions que preveniu i eliminin les situacions de solitud no desitjada. Aquests centres són espais inclusius i espais de detecció que garanteixen l'accessibilitat universal per assegurar i garantir l'accés de totes les persones, evitant-ne l'exclusió i,

consegüentment, l'aïllament i la solitud, centrant l'objectiu del treball en diferents àmbits d'intervenció per prevenir, detectar i atendre la solitud no desitjada. En l'àmbit *personal de la gent gran*, algunes recomanacions inclouen abordar els factors de risc, tenir en compte les expressions indirectes que puguin indicar que la persona se sent sola i activar les aliances i persones i vincles de la seva xarxa relacional. El tercer àmbit és el de la *xarxa de convivència*, el seu espai pròxim; es refereix als aspectes relacionats amb l'espai on viu la gent gran i les persones amb les quals conviuen o es relacionen diàriament, amb qui mantenen un vincle. I l'àmbit de la *xarxa de relacions quotidianes de proximitat*, que seria l'àmbit de l'amistat, amb qui la persona es relaciona i amb qui manté contacte i vincle d'una manera natural, són les relacions que les persones grans estableixen fora del seu nucli de convivència, grup d'iguals, individus amb qui duen a terme una activitat, etc. I, per acabar, l'àmbit de la *dimensió comunitària*, que és l'espai on s'inclouen els aspectes que estan més relacionats amb l'entorn més pròxim i comunitari, on viuen i interactuen amb altres persones, com l'ús de l'espai públic o la vinculació amb equipaments, serveis i entitats del barri, entre d'altres.

Des de les llars es generen espais d'informació i formació sobre temes relacionats amb la promoció de l'envelliment actiu i saludable i la prevenció de la solitud no desitjada, i a la vegada s'ofereixen els espais a altres entitats i serveis comunitaris.

Aquí un exemple de la participació de les persones grans als diferents centres, en relació amb les activitats que s'hi duen a terme amb l'objectiu de facilitar-los i promocionar un envelliment actiu i prevenir la solitud no desitjada.

Taula 1 | *Persones inscrites a les activitats i que les finalitzen per llar i sexe*

Persones inscrites a les activitats per llar i sexe														
Tipus d'activiat	Llar													
	Manacor		Felanitx		Can Real		Son Bru		Avda. Argentina		Reina Sofia		Llucmajor	
	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes
Benestar cognitiu i creatiu	76	19	266	29	30		13		159	38	57	28	389	63
Benestar físic	199	23	240	10	80	4	55		201	36	97	67	293	36
Benestar emocional	55	7	24	2	14		16	1	80	15	28	7	23	3
Bretxa digital	31	11	17	11	9	3	7		87	55	30	19	26	4
Total	421		599		140		92		671		333		837	

continua

Persones que finalitzen les activitats per llar i sexe														
Tipus d'activiat	Llar													
	Manacor		Felanitx		Can Real		Son Bru		Avda. Argentina		Reina Sofia		Llucmajor	
	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes	Do-nes	Ho-mes
Benestar cognitiu i creatiu	62	13	230	23	19		11		140	35	54	22	291	58
Benestar físic	145	64	238	10	41	3	55		176	24	87	49	188	17
Benestar emocional	34	7	24	2	8		13	1	74	13	34	5	20	3
Bretxa digital	23	9	17	11	7	3	7	1	62	36	27	15	7	4
Total	357		555		81		88		671		293		588	

Font: elaboració pròpia

Les diferents actuacions i intervencions, tot i estar emmarcades en blocs diferents, tenen àrees i objectius transversals.

- **Informació, assessorament, orientació i derivació:** actuacions que posin a l'abast de les persones grans els serveis i recursos de la comunitat; fer els recursos accessibles per a les persones grans. A l'hora de planificar i oferir-ho, s'ha de comptar amb la participació de la població destinatària, per saber quins són els seus temes d'interès. La intervenció és individual, grupal i comunitària. Juntament amb altres serveis, administracions, entitats i recursos, es planifiquen sessions grupals per donar-los a conèixer a la població, tant de la llar com general. Les assemblees en cada centre tenen el sentit de donar suport a l'hora de planificar les sessions, ja que la participació de les persones grans servirà per conèixer quins són els temes d'interès i de quina manera serà més efectiu dur-les a terme. Per a demandes individuals s'ofereix un espai d'atenció (durant tot l'any). Les xarxes socials seran fonamentals tant per donar difusió a les actuacions de les llars, com en les relacions entre els diferents serveis que participaran en la difusió i facilitaran la derivació de persones susceptibles a cada actuació. Tant les xarxes socials com WhatsApp ofereixen un acostament més elevat al servei dels usuaris i, en alguns casos, milloren l'accessibilitat. N'és un exemple, per a les persones amb dificultats auditives, la comunicació per WhatsApp, que garanteix una millor comunicació.
- **Promoció de la salut i prevenció de la dependència, aïllament i solitud:** es tracta d'oferir diferents activitats atractives i amb sentit per a les persones grans. El màxim, per tal de garantir un servei de qualitat, és comptar amb les capacitats, habilitats, interessos i desitjos de les persones destinatàries, altrament es podria caure en l'error

d'oferir activitats no atractives ni d'interès i es podria, fins i tot, causar-los un sentiment de rebuig i percepció d'ofensa. Ofereixen un espai de socialització i interacció, foment de les relacions socials i creació de xarxa social, pretenen evitar o disminuir l'aïllament social i la solitud. Per una banda, trobem activitats físicoesportives, que milloren la salut física i mental mitjançant l'exercici físic, ajuden a prevenir o millorar la força muscular, la resistència i/o la flexibilitat, alliberen tensions, augmenten el benestar... Tipus d'activitats: gimnàstica, rutes/caminades, ball, respiració, meditació i relaxació, estiraments, natació...

Per altra banda, les activitats creatives i artístiques també treballen tant aspectes de coordinació i de pensament com emocionals. Es treballa la psicomotricitat, el moviment de les articulacions, l'autoestima, la concentració, la sensibilitat, la capacitat cognitiva, el desenvolupament d'habilitats creatives... Tipus d'activitats: de pintura, de treballs manuals, de fang, punta de boixets, labors, etc.

Quant a les activitats de benestar emocional i creixement personal, pretenen acompanyar les persones en l'adaptació als canvis i situacions i promoure la capacitat d'adaptació d'una manera saludable, a més de donar-los suport a l'hora d'entendre i d'acceptar noves concepcions i situacions i d'afavorir-ne la integració en la societat i el seu avenç. Se cerca ajudar a transformar les percepcions i sentiments negatius i convertir-los en sentiments positius o no dolorosos, a gestionar. També emmarca activitats de plaer, d'estimulació cognitiva i d'adquisició o foment d'eines i habilitats personals. Es treballa la percepció, el raonament, la concentració, l'autoestima, l'atenció... Alguns tipus d'activitat són: tallers d'estimulació cognitiva, taller de lectura, taller d'hàbits d'alimentació, de foment de desenvolupament i creixement personal, risoteràpia, entrenament personal o *coaching*...

Finalment, quant a les activitats per adquirir competències, coneixements i sabers, s'ofereix un ventall d'activitats atractives per als usuaris amb l'objectiu d'augmentar el seu coneixement sobre diferents disciplines d'interès. Alguns tipus d'activitats són: llengües (català, anglès, alemany...), tecnologies de la informació i la comunicació, taller de fotografia, banca i finances, cursos de primers auxilis, cursos de defensa personal...

L'aprenentatge i l'ús de les tecnologies de la informació i la comunicació, com d'altres activitats, és transversal, perquè també representen una eina per a la participació social i d'interacció social.

Dins aquest bloc s'emmarca el servei de podologia, que és un servei sanitari que s'encarrega de la prevenció, diagnòstic, tractament i rehabilitació de les patologies dels peus. És cert que un dels objectius d'aquest projecte és implicar les persones

grans en la comunitat, fomentant-hi l'ús de comerços, serveis, recursos... que ja hi ha al poble o al barri, evitant la internalització de recursos i la creació de guetos. Però, a diferència d'altres serveis, el de podologia està poc estès, per la qual cosa hi ha poca competència al mercat. Per això, oferir el servei a la llar assegura l'accessibilitat econòmica i la igualtat d'oportunitats a tots els usuaris de la llar.

- **Promoció de les interaccions socials i participació social i comunitària:** el servei representa un espai per potenciar i fomentar la participació de les persones a la comunitat, vetllar perquè els usuaris exerceixin els seus drets i deures i donar-los veu en el disseny i la planificació de recursos i serveis dels quals són destinataris. Fins ara, les llars han disposat de la Junta de Govern, formada per usuaris (socis fins al moment), que eren elegits mitjançant un procés democràtic. Així i tot, des de la llar s'han de crear sinergies amb els moviments associatius de la comunitat.

S'ha de fomentar la participació i l'accés dels usuaris a la comunitat i els seus serveis i recursos; per això, s'ha d'evitar caure en l'intent d'internalitzar els que ja existeixen i que són accessibles, com és l'hoteleria, la perruqueria i l'estètica...

La implicació i la participació comunitària es farà a través d'activitats juntament amb altres entitats, serveis, recursos i administracions, com són festes, celebracions i esdeveniments; activitats intergeneracionals amb escoles i instituts; activitats d'oci i culturals, sortides, excursions o viatges... Mitjançant aquestes activitats, les persones tenen un rol actiu dins la comunitat i s'autogestionen a l'hora de planificar-les, organitzar-les i dur-les a terme. Amb tot això, s'aconsegueix aportar als usuaris els beneficis de l'autoestima i d'evitar i minimitzar l'aïllament i la soledat.

La llar, en aquest sentit, ha de tenir un doble vessant, no només ha de vetllar per implicar els usuaris en la comunitat, sinó que també n'ha de ser receptora, oferint espais i activitats comunitaris i a la comunitat.

- **Desenvolupament i suport al programa de voluntariat:** la llar com a receptora i captadora de voluntaris, siguin usuaris o persones externes a la llar.

D'una manera transversal trobem actuacions, principis i intervencions que són l'eix del nou model. Als centres s'ofereix suport psicosocial mitjançant el programa Reactiva't de l'Equip de Velleza i Família (EVIF). Les persones que hi participen poden ser usuàries de la llar, usuàries de l'EVIF, derivades de personal tècnic d'altres serveis, o per demanda directa de la persona. L'EVIF té diferents professionals (treballadors/es socials, educadors/es socials i professionals de la psicologia) que donen suport a la llar i hi duen a terme actuacions i intervencions. El seu paper i presència a la llar és imprescindible per abordar les diferents

situacions de necessitat que es puguin identificar o detectar. La seva oferta de programes és adient per als usuaris a la llar, per això es fan. Aquests programes són, entre d'altres: estimulació cognitiva, Xerra'm de tu, tallers sobre diferents temàtiques, taller de persones que proporcionen cures juntament amb professionals de dependència i de salut...

Per tant, els centres o llars són un element clau en els diferents territoris on estan ubicats, pròxims a la gent gran i accessibles. Un espai que pretén sensibilitzar i prevenir, detectar i intervenir davant la solitud no desitjada. Un model d'intervenció centrat en la persona dins el seu entorn més pròxim, la comunitat, i amb una interacció activa en l'entorn que fa visible el col·lectiu per tal de facilitar la seva participació activa dins la comunitat pròxima a la persona i permetent-los d'accedir als serveis públics i comunitaris per millorar la seva qualitat de vida i donar veu a les seves necessitats i demandes a la societat.

T'Acompanyam

Després de la greu crisi sanitària, es van requerir noves estratègies per reactivar i fomentar la reincorporació de la normalitat en la població i, sobretot, en aquells col·lectius més perjudicats com el de les persones grans. L'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) va crear un nou servei anomenat **T'Acompanyam** amb la finalitat de contactar amb aquelles persones que ja eren usuàries dels centres per conèixer-ne la situació després de la Covid-19 i treballar la tornada a la normalitat.

El projecte T'Acompanyam s'emmarca en un model d'atenció centrat en la persona, amb l'objectiu de prevenir el risc de solitud. Les accions concretes que duu a terme engloben l'acompanyament, la informació i l'orientació als usuaris, així com oferir-los suport i fomentar-ne la participació en activitats i tallers. Les activitats dutes a terme inclouen el contacte directe amb els usuaris per escoltar-los i acompanyar-los, donar-los a conèixer els serveis i recursos interns i externs, i detectar-ne les necessitats, interessos i desitjos, per tal de detectar, prevenir o intervenir en el moment de la interacció i el seguiment del projecte.

T'Acompanyam també és una eina clau per estudiar els nous desitjos de les persones i, consegüentment, per al disseny de polítiques públiques que s'adaptin a la realitat actual. Durant els anys 2022 i 2023, la tècnica responsable del programa T'Acompanyam va contactar telefònicament amb més de 4.000 persones. A través de simples preguntes i, una vegada fet el contacte, s'ha pogut establir un seguiment per donar-los informació, assessorament i s'han fet derivacions a altres recursos comunitaris, en què s'ha registrat informació per a futures intervencions.

Taula 2 | *Projecte T'Acompanyam*

Centres i llars	Nº de persones contactades
1. CAN REAL-PETRA	66
2. SON BRU-PUIGPUNYENT	45
3. LLAR DE MANACOR	1.020
4. LLAR DE FELANITX	695
5. LLAR AVINGUDA ARGENTINA	1.078
6. LLAR REINA SOFIA	659
7. CAN CLAR-LLUCMAJOR	630
TOTAL	4.193

Font: elaboració pròpia

El projecte ha posat de manifest la importància de les relacions socials en la vida de les persones grans i l'existència de la solitud com a problemàtica social i de salut. Les relacions socials tenen un paper fonamental en la vida de les persones grans, ja que no sols els brinden companyia i suport emocional sinó que també són crucials per a la seva salut física i mental. La lluita contra la solitud no desitjada ha esdevingut una prioritat de governs i entitats que duen a terme polítiques i iniciatives per afavorir i enfortir els vincles socials i l'atenció en la comunitat. La comunitat sorgeix com a espai d'interacció d'agents, i es dona importància al fet de potenciar-hi el rol, la inclusió i la participació de les persones. La comunitat pot ser per si mateixa una eina potent de detecció i prevenció. Quan una persona amb una rutina dins la comunitat deixa de fer-la o en minva la intensitat, la comunitat es posa en alerta i activa recursos per comprovar el motiu del canvi sofert per aquella persona. És en aquest moment quan els serveis han de començar a intervenir, i cal estar preparats. És un model que orienta les intervencions a partir de la confiança i el respecte a la persona usuària. El paper del professional consisteix a acompanyar i col·laborar en el procés. L'objectiu del model centrat en la persona és fomentar el creixement i el benestar de la gent gran.

L'objectiu principal del projecte consisteix a prevenir el risc de solitud en les persones grans.

Els *objectius generals* del projecte són els següents:

- Acompanyar, informar i orientar les persones usuàries dels centres.
- Donar informació sobre recursos i activitats dirigides a les persones grans.
- Oferir suport i assessorament als usuaris.

Els *objectius específics* són els següents:

- Fomentar la participació de les persones usuàries en les activitats i tallers dels centres i serveis municipals.
- Donar una resposta a les necessitats d'informació, orientació i assessorament dels usuaris.

Les activitats dutes a terme han estat les següents:

- Contactar amb les persones usuàries per escoltar-les i acompanyar-les.
- Donar-los a conèixer els serveis i recursos interns i externs.
- Detectar necessitats, interessos i desitjos dels usuaris.

En una primera fase del projecte, s'ha dut a terme un contacte telefònic amb els usuaris de les llars de gent gran (Llar de Llucmajor, Llar Avinguda Argentina, Llar Reina Sofia, Llar de Manacor, Llar de Felanitx) i SPAP (Son Bru-Puigpunyent, Can Real-Petra).

Mitjançant el contacte telefònic, es van registrant les dades següents:

- Estat de salut.
- Activitats que fa al centre on està inscrita la persona.
- Necessitats, interessos, desitjos, etc.
- Unitat de convivència, per detectar casos de solitud no desitjada.

Les i els professionals de proximitat situen l'escolta com una de les fonts d'informació primordials per a la detecció de la solitud. Davant d'un fenomen subjectiu i amb una forta càrrega negativa, obrir els sentits ens ajuda a escoltar i poder parlar dels missatges de soledat que evadeixen el que és explícit. És clau la comunicació indirecta de la soledat a partir d'altres expressions. Hem de tenir present la centralitat de l'escolta perquè:

- Contribueix a considerar la subjectivitat.
- Ens ajuda a activar alertes a partir de l'expressió implícita.
- Ens convida a preguntar si la persona se sent sola, ens dona una oportunitat per naturalitzar l'abordatge en la interacció.

Aquest projecte ha enfortit les relacions amb els centres i ha estat clau durant el període posterior a la covid perquè totes les persones que atenem, i sobretot les persones més vulnerables i soles, disposin d'una xarxa de recursos i professionals que les escolten i fan un seguiment de la seva demanda. Aquest projecte ha permès que les participacions en els diferents centres vagi augmentant, i hem reactivat noves demandes i noves accions a partir de les peticions de les persones.

Taula 3 | *Projecte T'Acompanyam. Centres de participació activa i comunitària*

Indicadors	Llar avinguda Argentina	Llar de Lluçmajor	Llar de Manacor	Llar de Felanitx	Llar Reina Sofia	Petra Can Real	Puigpunyent Son Bru
Nombre de persones que fan activitats al centre	300	244	74	197	138	49	22
Nombre de persones que no fan activitats al centre	720	375	797	438	483	14	11
Nombre de persones que viuen soles	259	120	171	107	127	21	11
Nombre persones derivades al centre i serveis interns	20	3	13	13	12	1	0
Nombre de persones derivades a serveis externs (IBSALUT, FBD, SS.SS, Creu Roja etc.)	42	15	33	21	22	2	2
Nombre de persones vulnerables detectades	30	33	20	10	20	6	6
Nombre de persones que no necessiten ajuda	871	600	853	620	590	62	37
Nombre de persones no interessades en contactar o que han canviat de comunitat autònoma	39	11	91	47	29	0	5
Nombre de persones que no contesten	439	200	250	297	117	9	12

Font: elaboració pròpia

Conclusions

Els centres de participació activa comunitària pretenen acompanyar les persones que es poden sentir soles en un moment de la vida oferint-los la capacitat d'afrontar i superar aquesta solitud en funció de l'entorn i les relacions socials i de suport de què es disposa. Es potenciaran les relacions socials i la seva cura com a element important de suport social i per gaudir d'una xarxa social de qualitat.

Quan aquestes relacions es fomenten des dels centres, s'aconsegueix que el sentiment de solitud es redueixi o desaparegui i, d'aquesta manera, s'evita que tingui un impacte sobre la persona, però també sobre el conjunt de la societat i la comunitat.

L'Àrea d'Atenció Comunitària i Projectes Estratègics treballa cada dia per ser al costat de les persones grans, és conscient de tot el que aquestes poden aportar a la societat i ho reivindica. Es pretén comprendre l'envelliment com una etapa més de la vida, contrarestar els conceptes negatius i els estereotips amb el reconeixement de la diversitat en la vellesa, promoure la participació de les persones grans en la presa de decisions, especialment en aquelles en les quals estan implicades, i que els canvis motivats per l'edat siguin objecte de respecte. El nostre objectiu és la visibilització, la incorporació de la lluita contra l'edatisme a totes les esferes socials i l'empoderament de les mateixes persones afectades perquè siguin capaces de detectar aquestes situacions i així posar-hi límits i generar canvi.

Pretenem aportar claus i recomanacions per construir una societat solidària i participativa des del model de l'envelliment saludable, actiu, participatiu i per a totes les edats, i que millori la visibilitat del col·lectiu de persones grans. Els centres o llars s'han d'entendre com a espais de canalització de demandes socials, detecció de necessitats, oferta de serveis de qualitat i de foment de l'autonomia i una participació activa, per prevenir la dependència i la solitud no desitjada, i afavorir la socialització. Amb aquest model de treball pretenem prevenir i millorar l'estat de les persones fent front a problemes com la solitud, sobretot quan no és desitjada. Cal promoure l'autonomia des de la perspectiva preventiva, facilitant l'aproximació de la gent gran a l'entorn i al barri i a la resta de serveis, per treballar des de la mirada comunitària i de la mà per transformar el barri o el municipi i fer-los espais per a totes les persones que hi conviuen i en gaudeixen mitjançant els serveis centrats en la persona. Des d'aquest model d'atenció pretenem promoure la participació de les dones, reorganitzar els espais, els horaris i les formacions segons les seves necessitats. Cal treballar per fomentar la corresponsabilitat en la llar durant l'etapa adulta i la vellesa, ensenyar i aprendre de les capacitats de cada persona, i reduir els estereotips en relació amb el gènere i les activitats pròpies de la llar i tan arrelades en la nostra cultura. Els centres han de ser un espai integrat en el medi social que ofereix des de la comunitat tota classe d'iniciatives que donin

suport al procés d'envelliment, tant a la persona que el viu com a les seves famílies i a la comunitat, acostant els serveis a les persones, que alhora dignifiqui i faciliti que cadascú pugui continuar amb la seva història de vida gaudint dels recursos i serveis que necessiti en cada moment. Un espai on es concreti la inversió en prevenció de la dependència i la promoció de l'autonomia personal, una aposta per articular les necessitats, les preferències i les inquietuds de cada persona i les seves famílies. Caldrà adaptar els espais tenint en compte les persones, la perspectiva de gènere i les seves necessitats. I caldria potenciar la participació dels entorns més pròxims de la persona, creant vincles i reforçant la responsabilitat social del mateix barri, creant-hi una xarxa de suport i seguiment d'aquelles persones més vulnerables a patir un aïllament i solitud no desitjada.

Els nostres àmbits d'actuació seran:

1. Sensibilitzar per iniciar un canvi en la nostra manera de pensar, sentir i actuar pel que fa a l'edat i l'envelliment. Evitar conductes edatistes de la societat en general que ens permeten sensibilitzar sobre la solitud i l'aïllament.
2. Col·laborar perquè les comunitats fomentin les capacitats de la gent gran.
3. Oferir una atenció integral i centrada en les persones i serveis que responguin a les necessitats del col·lectiu.
4. Proporcionar accés a l'atenció a llarg termini per a la gent gran que ho necessiti.

Hem de canviar la mirada de com fomentar l'envelliment saludable i millorar la vida de les persones en aquesta etapa, la de les seves famílies i la comunitat. La nostra actitud sobre l'edat i l'envelliment ha de canviar, modificant què pensem, com sentim i actuem enfront de l'envelliment. L'edatisme és una manera de discriminació social per qüestió d'edat que afecta moltes persones grans. Les paraules que fem servir procedeixen del que pensem i sentim, dels estereotips i els prejudicis que tenim.

S'haurien de crear xarxes de suport i taules de debat municipals o veïnals i implicar-hi serveis i entitats del barri per detectar possibles casos de solitud no desitjada. A partir de l'eina i l'estratègia comunitària es podran multiplicar les accions positives.

Per tot això, les administracions públiques han de capacitar i dotar d'estructura i recursos els equips d'atenció primària (salut i serveis socials) perquè puguin incorporar-hi l'acció comunitària com a part essencial de la intervenció social.

Referències bibliogràfiques

Diputació Foral de Biscaia. (2023) *¿Cómo combatir la soledad no deseada en personas mayores?* Nagusi Intelligence Center Behatokia Informe Monogràfico.
<https://www.bizkaia.eus/es/web/nic/-/como-combatir-la-soledad-no-deseada-en-personas-mayores>

Ezquerria S., Alfama E., i Cruells M. (2016). *Miradas de género al envejecimiento y a la vejez. Edades en Transición de envejecer en el s.XXI*. Ariel-Ciencias Sociales.

Foster, L., i Walker, A. (2013). Gender and active ageing in Europe. *European Journal of Ageing*, 10, 3–10. <https://doi.org/10.1177/0193723511433866>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (s/d). Encuesta de Población Activa.
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/en/operacion.htm?c=Estadistica_C&ci-d=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595

Lamin, O. (Coord.) (s.d.). *Una Mallorca per a totes les persones. Estratègia davant el repte demogràfic i d'envelliment actiu i saludable (2022-2030)*. Direcció Insular d'Atenció Comunitària i Projectes Estratègics de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS).

Mann, F., Bone, J. K., Lloyd-Evans, B., Frerichs, J., Pinfold, V., Ma, R., Wang, J., i Johnson, S. (2017). A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 627–638. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1392-y>

Muchnik, E., Seidmann, S., i Acrich de Gutmann, L. (1998). Soledad y aislamiento: un enfoque cualitativo. *Anuario de Investigaciones - Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires*, 6, 301-312.

Observatori de les Persones Majors de Mallorca (OMM), Royo, J. (2023). *Edatisme*. IMAS, Departament de Drets Socials, Consell de Mallorca.

Observatorio Estatal de la Soledad no Deseada. <https://www.soledades.es/>

Pérez, V., Pérez, A., i Alonso, J. (2020). *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. Estratègia Municipal contra la Soledat*. Àrea de Drets Socials, Justícia Global, Feminismes i LGTBI. Ajuntament de Barcelona.
<https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/arxiu-documents/sole-dat-article-victor-perez-soledat-salut-mental.pdf>

Yanguas, J. (Dir.) (2018). *Siempre Acompañados-Programa de apoyo a las personas mayores «Soledad y Riesgo de aislamiento social en las personas mayores»*. Enquesta. Obra Social la Caixa.

Yanguas, J., Pérez-Salanova, M., Puga, M. D., Tarazona, F., Losada, A., Márquez, M., Pedroso, M. D. S., i Pinazo, S. (2020). *El repte de la soledat en la gent gran*. Fundació Bancària la Caixa.

Autors

Equip de professionals dels centres de participació activa i comunitària (Ilars i SPAP de Gent Gran) de l'Àrea d'Atenció Comunitària (IMAS):

MARGALIDA BURGUERA GÓMEZ

Santanyí (1962). Diplomada en Treball Social per la UIB, funcionària de carrera del Govern, traspasada al Consell de Mallorca, que actualment treballa a l'SPAP Can Real de Petra de l'IMAS.

MARIA ISABEL CANO RAYA

Granada (1982). Educadora social. Postgrau en Animació Estimulativa, Discapacitat i Salut Mental. Col·laboració en el Grup d'Envel·liment Actiu del Col·legi d'Educaadores i Educadors Socials de les Illes Balears. Educadora social del Centre de Participació Activa Comunitària Can Clar, Lluçmajor.

CRISTINA EVA CLAR COLOM

Palma (1976). Educadora social. Experta en Gènere i també en Conflictes de Multiculturalitat. Postgrau en Cooperació Internacional. Directora del Centre de Participació Activa Comunitària Llar de Felanitx.

CATALINA FERNÁNDEZ MAS

Palma (1978). Tècnica en Cures Auxiliars d'Infermeria. Responsable del Centre de Participació Activa Comunitària de Petra i Puigpunyent.

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.

VICTÒRIA EUGÈNIA MARTORELL AMER

Inca (1977). Educadora social. Funcionària de carrera de l'Institut Mallorquí d'Affers Socials. Postgrau en Cooperació per al Desenvolupament. Directora del Centre de Participació Activa Comunitària Llar Avinguda Argentina.

MARIA LOURDES MONSERRAT CAÑELLAS

Palma (1981). Diplomada en Educació Social, experiència principalment com a educadora als Serveis Socials Comunitaris Bàsics, on duu a terme atenció individual, grupal i comunitària. Formada en tècniques expressives (artteràpia i teatre) com a eines per a la intervenció social.

LAURA MORADO WUNDERLICH

Pollença (1991). Treballadora social. Postgrau en Mediació de Conflictes Familiars, Civils i Mercantils. Màster en Model d'Atenció Integral i Centrat en la Persona.

ALEJANDRA PIZÀ BUENO

Palma (1987). Educadora social. Experta universitària en Resolució de Conflictes: Mediació Familiar, Escolar, Comunitària i General. Educadora social del Centre de Participació Activa Comunitària Can Clar, Lluçmajor.

**QUINES SÓN LES BARRERES QUE
DIFICULTEN LA DENÚNCIA DE VIOLÈNCIA DE
GÈNERE A LES DONES GRANS?**

Quines són les barreres que dificulten la denúncia de violència de gènere a les dones grans?

Carmen Orte Socias
Lidia Sánchez-Prieto
Assia El Hindaz Navarro
Aida Gómez Comas

Resum

L'any 1993 l'Organització de les Nacions Unides reconeix la violència de gènere com una problemàtica preocupant a escala internacional. Malgrat tota la normativa que s'aprova després d'aquesta data, les dades estadístiques confirmen que continua sent una realitat que afecta moltes dones i que encara és més invisible quan la víctima és una dona gran.

D'aquesta manera, mitjançant un estudi exploratori de caràcter quantitatiu, es pretén indagar en la temàtica especificant quines són les barreres que dificulten la denúncia a les dones grans en situacions de violència de gènere, així com els elements facilitadors. Per a això, es van dur a terme tallers de sensibilització al municipi de Calvià i es va obtenir una mostra de dones de 65 anys o més (N = 34), a les quals es va passar un qüestionari per poder recollir les dades necessàries.

El qüestionari contenia 18 ítems, que permetien conèixer el perfil de la mostra, quina percepció tenien les dones sobre la violència de gènere i, específicament, quines eren les barreres i els facilitadors de la denúncia.

Entre els principals obstacles, es troben les possibles conseqüències legals després de la denúncia (un 88,2%) i la falta de recursos específics (88,2%). Respecte als elements facilitadors més rellevants, s'inclouen el suport familiar (84%) i el de veïns i amics (70,8%).

Resumen

El año 1993 la Organización de las Naciones Unidas reconoce la violencia de género como una problemática preocupante a escala internacional. A pesar de toda la normativa que se aprueba después de esta fecha, los datos estadísticos confirman que continúa siendo una realidad que afecta muchas mujeres y que todavía es más invisible cuando la víctima es una mujer mayor.

De esta forma, mediante un estudio exploratorio de carácter cuantitativo se pretende indagar sobre la temática, especificando cuales son las barreras que dificultan la denuncia a las mujeres mayores en situaciones de violencia de género, así como los elementos facilitadores. Para eso, se llevaron a cabo talleres de sensibilización en el municipio de Calvià, obteniendo una muestra de mujeres de 65 o más años (N=34), a las cuales se pasó el instrumento para poder recoger los datos necesarios.

El cuestionario contenía 18 ítems que permitían conocer el perfil de la muestra, que percepción tenía sobre la violencia de género i, específicamente, cuales eran las barreras y facilitadores de la denuncia.

Entre los principales obstáculos se encuentran las posibles consecuencias legales después de la denuncia (88,2%) y la falta de recursos específicos (88,2%). Respecto a los elementos facilitadores más relevantes se contemplan el apoyo familiar (84%) y el de vecinos y amigos (70,8).

1. Introducció

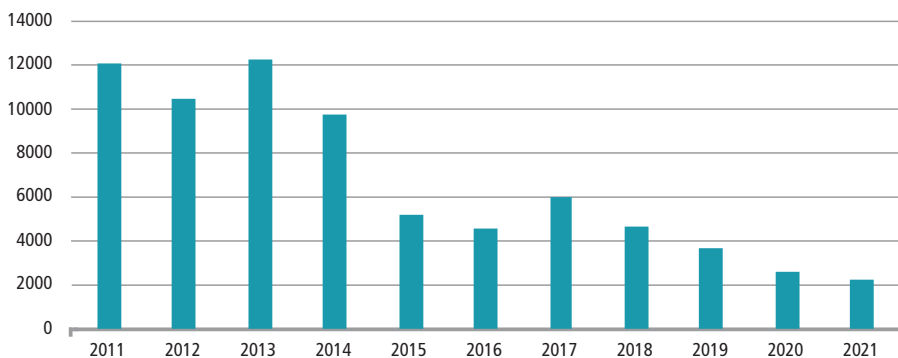
L'Organització de les Nacions Unides (ONU) el 1993 va definir la violència contra la dona com tot aquell acte de violència, ja sigui en la vida privada o en la pública, que pugui ocasionar mal físic, sexual o psicològic. També en formen part l'amenaça de dur-la a terme i els actes de coacció i privació de llibertat (ONU, 1993). Prèviament s'havia considerat la violència de gènere com un problema de l'esfera privada, cosa que provocava que institucionalment no es percebés interès cap a aquest tipus de violència (Mollá-Castells, 2015). De fet, segons Mollá-Castells (2015), aquesta violència es veu lligada a un procés d'invisibilització i normalització al llarg de la història, cosa que ha legitimat les desigualtats de gènere en tots els àmbits de la societat. Aquest fenomen es coneix com a violència estructural de gènere.

No és fins a 1996 que té lloc el reconeixement de la violència de gènere com un problema de salut pública, en la 49a Assemblea Mundial de la Salut (OMS, 1996). Entre d'altres, es destaca la rellevància de la prevenció i es reconeix el paper dels professionals de la salut degut al seu elevat contacte amb possibles víctimes (OMS, 1996).

A escala nacional, destaca la Llei orgànica 1/2004, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, en la qual es reconeix la violència de gènere com un índex de les desigualtats de gènere. També s'hi reconeix l'obligació dels poders públics de garantir els drets de les dones de manera efectiva (BOE, 2004).

Un altre gran referent legislatiu és el Conveni d'Istanbul de l'any 2011, referent a la prevenció i l'abordament de la violència contra la dona. Aquest text té diversos objectius basats en l'afrontament de les violències masclistes, l'eliminació de les discriminacions per raons de gènere, el foment de la cooperació internacional envers aquesta problemàtica i el reforçament de les forces i cossos de seguretat (BOE, 2014). És a partir d'aquest moment que comencen diverses actuacions i estratègies dirigides a prevenir o disminuir la violència de gènere. Resulta un fenomen important pel fet que el nombre de víctimes de violència és molt elevat.

Consultant les xifres més recents, l'any 2022 es van computar un total de 32.644 víctimes de violència de gènere, un 8,3% més respecte de l'any 2021. En el gràfic següent (vegeu gràfic 1), se'n pot observar l'evolució durant els darrers anys (INE, 2023).

Gràfic 1 | *Víctimes de violència de gènere segons l'any*

Font: elaboració pròpia a partir de l'Institut Nacional d'Estadística (INE, 2023).

Segons les dades presentades, l'any 2022 és quan es computen més víctimes de violència de gènere en comparació als darrers anys (INE, 2023). Així i tot, s'han anat mantenint prop de les 30.000 en la darrera dècada i han arribat a superar aquest nombre els anys 2018, 2019, 2021 i 2022.

Un aspecte important és que un gran nombre de víctimes mortals tenen 64 anys o més. Així i tot, són poques les víctimes que denuncien la violència. En referència a les denúncies de l'any 2021, quasi un 2% de les denunciants tenia 65 anys o més (INE, 2022).

El percentatge de víctimes més grans de 65 anys no ha patit variacions gaire notables al llarg dels darrers anys. S'observen màxims entre els anys 2014 i 2017, en què s'arriba al 2% (INE, 2022). Després de les dades dels anys 2018 (1,90%) i 2019 (1,80%), el 2020 el percentatge torna a augmentar i s'arriba a la xifra dels anys anteriors (INE, 2022). En canvi, en referència a les víctimes mortals, segons la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2023), l'any 2022 es registren fins a 7 víctimes que eren més grans de 61 anys. Es tracta de 2 víctimes més respecte de 2021. La variació des de 2018 es mostra a la taula (vegeu taula 1). L'any 2022 es repeteixen les xifres de 2018, però el màxim es presenta el 2020, amb 11 víctimes mortals de 61 anys o més (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2023).

El problema radica en el fet que, encara que hi ha un gran nombre de víctimes de violència grans, moltes queden invisibilitzades. La violència de gènere no cessa o acaba amb l'edat. Però el problema és que la denúncia resulta essencial per poder disminuir el nombre de víctimes, en entrar al sistema d'ajuda i de protecció de les víctimes de violència de gènere. De manera que, encara que és indiscutible que la violència de

gènere és una realitat preocupant que pot conduir a una sèrie de conseqüències físiques i mentals en les víctimes (Vinton, 2011), si les dones no denuncien la seva situació, no reben l'ajuda necessària.

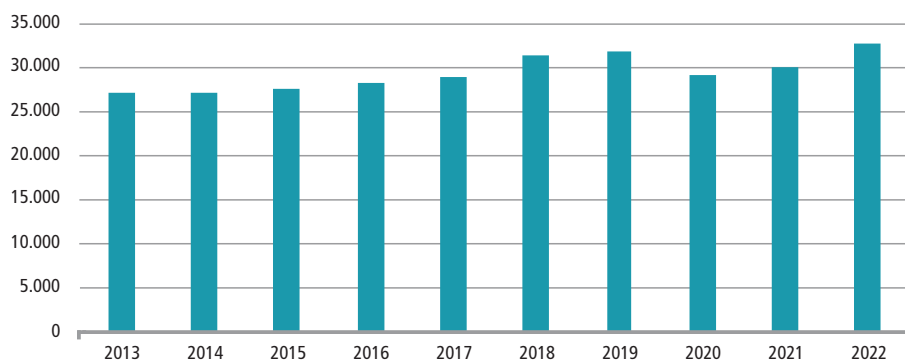
Taula 1 | *Víctimes mortals de violència de gènere per grups d'edat i any*

Trams d'edat	2018	2019	2020	2021	2022
De 61 a 70 anys	3	2	5	2	3
De 71 a 84 anys	3	1	6	3	3
85 anys o més	1	2	0	0	1

Font: elaboració pròpia a partir de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2023).

De fet, la violència de gènere en dones grans en la majoria dels casos s'amaga, es normalitza o passa desapercebuda (Orte i Sánchez, 2010; Sánchez i Mantero, 2011). En el gràfic 2, es pot veure com al llarg dels anys les denúncies per violència de gènere han disminuït (Instituto de la Mujer, 2023). Concretament, l'any 2021 hi va haver un total de 2.283 denúncies (Instituto de la Mujer, 2023), però les víctimes foren 30.141 (INE, 2022).

Gràfic 2 | *Denúncies per violència de gènere*



Font: elaboració pròpia a partir de l'Instituto de la Mujer (2023).

Hi ha diverses barreres que poden dificultar el procés de denúncia. En primer lloc, la dependència física, emocional o econòmica de la víctima cap a l'agressor (Orte i Sánchez, 2021). Beaularier et al. (2005) expliquen que hi ha una relació entre els anys d'una

relació i la necessitat de protegir l'agressor, la qual cosa dificulta que tengui lloc la denúncia. No només això, sinó que també la culpa és un element que hi influeix notablement i que va arrelant a mesura que passen els anys, cosa que provoca la justificació dels abusos (Beaulaurier et al., 2005; McGarry et al., 2017). A la vegada, moltes víctimes senten por davant les conseqüències legals que poden afectar l'agressor (Dunlop et al., 2005), o fins i tot a ser expulsades del seu entorn (Grunfeld et al., 2006)., i a la vegada, segons Bhatia i Soletti (2019) és comú que les dones grans sentin desesperança o resignació. És a dir, senten que ja és massa tard o que no té sentit canviar la situació que viuen. De fet, un 51% de la mostra analitzada a l'estudi de Luoma et al. (2011) afirmen sentir que la denúncia no fomentarà un canvi ni les ajudarà.

Per poder verificar quines eren les principals barreres davant de la denúncia, es desenvolupa un estudi dirigit al col·lectiu de dones grans. L'objectiu general del present estudi és analitzar la percepció de les dones grans víctimes de violència de gènere davant la denúncia. En concret, els objectius específics són els següents:

- Objectiu específic 1: explorar la dificultat percebuda de les dones grans en relació amb la denúncia.
- Objectiu específic 2: identificar les principals barreres percebudes per les dones grans en relació amb la denúncia.
- Objectiu específic 3: identificar els principals facilitadors percebuts per les dones grans en relació amb la denúncia.

2. Metodologia

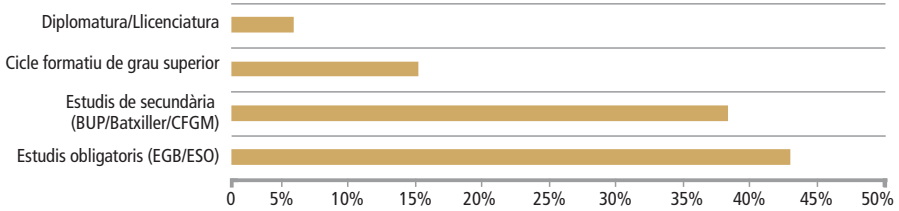
La investigació que es va dur a terme és de caràcter quantitatiu. A partir de les dades que es van obtenir en els tallers de sensibilització amb dones grans es va dur a terme un estudi exploratori.

2.1. Participants

En aquests tallers hi van participar 34 dones grans d'un grup de sororitat i suport mutu que es va crear al municipi de Calvià. Per tant, el mostreig va ser intencional. L'edat de la mostra és de 73,41 anys (DE = 5,853). Atenent els estudis finalitzats, la majoria té estudis primaris (42,86%) i estudis de secundària (38,10%) (vegeu gràfic 3).

Es van seleccionar les participants amb característiques semblants a les possibles víctimes de violència de gènere per controlar les variables estranyes i assegurar una anàlisi fidedigna.

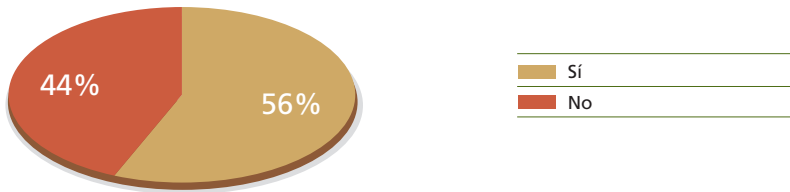
Gràfic 3 | Estudis finalitzats de la mostra



Font: elaboració pròpia a partir de les dades

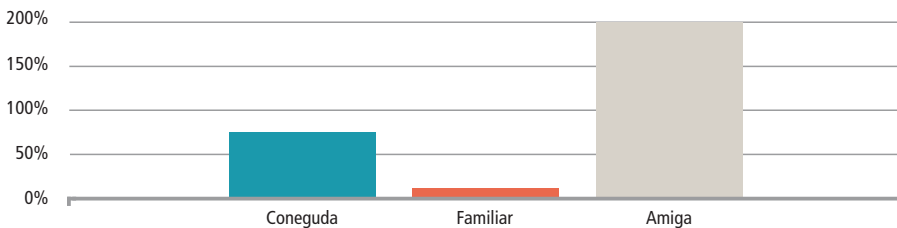
A més, un 56,52% de la mostra coneix alguna víctima de violència de gènere (vegeu gràfic 4), del qual un 75% va assenyalar que les víctimes eren conegudes seves (vegeu gràfic 5).

Gràfic 4 | Conèixer víctimes de violència de gènere



Font: elaboració pròpia a partir de les dades

Gràfic 5 | Relació amb la víctima



Font: elaboració pròpia a partir de les dades

2.2. Instruments

Es va desenvolupar un qüestionari a través del qual es pretenia obtenir la percepció de les dones grans sobre la temàtica. Aquest qüestionari estava compost per un total de 18 ítems, distribuïts de la manera següent:

1. Dades sociodemogràfiques (5 ítems)
2. Coneixements sobre la violència de gènere (6 ítems)
3. Procés de denúncia (7 ítems)

El darrer bloc és el que resulta d'interès per a aquest estudi i consta de diversos ítems referents al procés de sol·licitud d'ajuda i denúncia de l'agressor, la percepció sobre les conseqüències que l'afecten, els motius pels quals les víctimes no denuncien i els elements facilitadors de la denúncia.

2.3. Procediment

Es van dur a terme tallers de sensibilització amb dones grans com a destinataris. Prèviament, amb l'objectiu d'efectuar una avaluació prèvia i identificar les percepcions de les dones sense esbiaixar ni condicionar-ne les respostes, es va passar el qüestionari a les participants. La confidencialitat de les participants es va transmetre abans de començar els tallers.

2.4. Anàlisi de dades

Es tracta d'una anàlisi quantitativa, en què a partir dels estadístics descriptius, es va efectuar una anàlisi de dades de caràcter exploratori que va permetre identificar la percepció sobre la temàtica de les dones destinataris.

3. Resultats

A partir de l'anàlisi es van determinar les barreres i els facilitadors per a la denúncia que percebien les dones grans destinataris. Els resultats es mostren a continuació.

A. Percepció davant la possibilitat de sol·licitar ajuda o denunciar

D'aquest aspecte és important destacar el fet que només el 26,4% de la mostra va considerar que podria demanar ajuda. Un 58,8% determina que les víctimes grans no demanen ajuda.

Pel que fa a la denúncia, un 57,9% va afirmar que les víctimes grans de violència de gènere no denunciarien. Els resultats exploren el primer objectiu plantejat sobre l'existència de la dificultat en la denúncia.

B. Elements que obstaculitzen la denúncia

Un dels objectius plantejats va ser identificar les barreres percebudes davant la denúncia. Una de les barreres identificades són les conseqüències legals de la denúncia. El 88,2% de la mostra percebia les conseqüències legals com a obstacle, i un 63,1% creia que aquestes conseqüències podien ser greus.

Una altra de les barreres percebudes es relaciona directament amb les possibles conseqüències en la família (66,7%) i en l'agressor (52,6%). La dependència econòmica també va ser una de les barreres identificades. Un 82,4% de la mostra considera que la dependència econòmica actua com a barrera, i un 66,6%, que la dependència emocional també hi actua.

Un 88,2% de la mostra determinava que la falta de recursos específics cap a les dones grans actua com a barrera, així com el fet de no rebre el suport suficient dels serveis d'atenció a víctimes de violència de gènere (33,4%) (vegeu taula 2). Finalment, una altra de les barreres percebudes (76,5%) és la falta d'informació a les víctimes sobre el que té lloc després de la denúncia.

Taula 2 | *Elements que obstaculitzen la denúncia*

Elements obstaculitzadors	Percentatge (%)
Conseqüències legals	88,2
Conseqüències en la família	66,7
Conseqüències en l'agressor	52,6
Dependència econòmica	82,4
Dependència emocional	66,6
Falta de recursos específics	88,2
Falta de suport per part dels serveis d'atenció a víctimes de violència de gènere	33,4

Font: elaboració pròpia a partir de les dades

C. Elements facilitadors de la denúncia

En primer lloc, es determinen el suport i l'ajuda com un dels majors elements facilitadors de la denúncia. Un 84% de la mostra va destacar el suport familiar com a facilitador, seguit pel suport d'amics i veïns (70,8%) (vegeu taula 3).

En segon lloc, un 78,2% de la mostra determina que les campanyes publicitàries poden actuar com un element facilitador de la denúncia. Un 86,9% explica que la consciència per part de les víctimes de la situació de violència de gènere podria influir en la decisió de denunciar. Per això, es va considerar la sensibilització de les víctimes com a facilitadora de la denúncia.

En tercer lloc, un 95,3% de la mostra va remarcar la necessitat de proveir les víctimes de recursos econòmics. Les ajudes psicològiques també són assenyalades com a facilitadores, concretament per un 91,6%. Un 87,5% marca les ajudes socials com a facilitadores. Finalment, un 95,8% assenjala que el fet de poder conservar l'habitatge habitual pot actuar com a factor facilitador.

Taula 3 | *Elements facilitadors de la denúncia*

Elements facilitadors de la denúncia	Percentatge (%)
Suport familiar	84
Suport d'amics i veïns	70,8
Campanyes publicitàries	78,2
Consciència de la situació	86,9
Recursos econòmics	95,3
Ajuda psicològica	91,6
Ajuda social	87,5
Possibilitat de conservar l'habitatge habitual	95,8

Font: elaboració pròpia a partir de les dades

4. Conclusions i discussió

L'estudi de Fisher i Regan (2006) assenjala que la violència psicològica és més comuna en dones grans que en dones joves. Així i tot, la percepció general és que la violència disminueix o cessa amb l'edat (Orte i Sánchez, 2010; Vinton, 2011). Aquest fet té el suport de les respostes de les participants, de les quals només el 31,3% afirma que les dones grans tenen consciència de patir violència de gènere.

Hi ha una escassa identificació de la violència psicològica, cosa que podria dur a la invisibilització del fenomen o a la normalització de la violència. Respecte a la tipologia de violència més freqüent associada a dones grans, el 70% de la mostra indica que és la violència psicològica, mentre que el 30% restant va considera que són altres tipologies, com la física i/o l'econòmica.

Com indiquen Makaroun et al. (2020), l'absència de denúncies interposades per les dones grans influeix provocant una percepció de que la violència disminueix amb l'edat. En canvi, els autors indiquen que s'incrementa a edades temperanes. El 89,5% de la mostra coincideix que la violència psicològica s'exerceix més contra les dones grans que contra les joves.

Quan els van demanar sobre la probabilitat que les dones grans sol·licitessin ajuda en cas de patir violència de gènere, només el 26,4% va respondre afirmativament i només el 36,8% va indicar que denunciaria la violència. Això confirma la hipòtesi que el procés de denúncia i la sol·licitud d'ajuda es perceben com a difícils per al col·lectiu de dones grans.

Les principals barreres davant la denúncia identificades van ser la falta de recursos específics dirigits a dones grans (88,2%), la dependència econòmica cap a l'agressor (82,4%), les possibles conseqüències legals per a la víctima (88, 2%) i la dependència emocional (no se n'esmenta el percentatge).

Quant a possibles facilitadors davant la denúncia, es van identificar tres elements clau: poder mantenir l'habitatge de tota la vida —un 95,8% de les dones van afirmar que si els garantien aquest fet seria més fàcil denunciar; rebre ajudes econòmiques, psicològiques i socials, i comptar amb suport directe d'amics, família i professionals.

Respecte a la sol·licitud d'ajuda i el procés de denúncia de la violència de gènere, són difícils per a les dones grans a causa de diverses barreres, com la falta de recursos específics i la dependència econòmica cap a l'agressor. No obstant això, facilitadors com mantenir l'habitatge, rebre suport econòmic i psicològic i comptar amb suport social poden encoratjar les dones grans a denunciar i cercar ajuda en situacions de violència de gènere. Aquestes troballes poden contribuir al desenvolupament d'intervencions específiques dirigides a aquest col·lectiu.

Referències bibliogràfiques

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

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2023). *Denuncias por violencia de género*. <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es>

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2023). *Mujeres víctimas mortales por violencia de género*. <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es>

Dunlop, B. D., Beaulaurier, R., Seff, L., Newman, F. L., Malik, N., i Fuster, M. (2005). *Domestic Violence Against Older Women: Final Technical Report*. The Center on Aging of Florida International University for The National Institute of Justice.
<https://www.ojp.gov/pdffiles1/nij/grants/212349.pdf>

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

Grunfeld, A. F., Larsson, D. M., Mackay, K., i Hotch, D. (1996). Domestic violence against elderly women. *Canadian Family Physician*, 42, 1485-1494.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2146823/>

Instituto de la Mujer (2023). *Denuncias de víctimas de violencia de género*.
<https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Violencia/AmbitoJudicial.htm>

Instituto de la Mujer (2023). *Víctimas mortales por violencia de género según grupo de edad de la víctima*.
<https://www.inmujeres.gob.es/MujerCifras/Violencia/VictimiasMortalesVG.htm>

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022) *Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género (EVDVG)*. https://www.ine.es/prensa/evdvg_2021.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023) *Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género (EVDVG)*.
https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206

Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011 (2011). *Butlletí Oficial de l'Estat*, 137, sec. I, de 6 de juny de 2014, 42946-42976. [https://www.boe.es/eli/es/ai/2011/05/11/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/ai/2011/05/11/(1))

Llei orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere (2004). *Butlletí Oficial de l'Estat*, 313, sec. I, de 29 de desembre de 2004, 42166-42197. <https://www.boe.es/eli/es/lo/2004/12/28/1/con>

Luoma, M.-L., Koivusilta, M., Lang, G., Enzenhofer, E., De Donder, L., Verté, D., Reingarde, J., Tamutiene, I., Ferreira-Alves, J., Santos, A. J., i Penhale, B. (2011). *Prevalence Study of Abuse and Violence against Older Women. Results of a Multi cultural Survey in Austria, Belgium, Finland, Lithuania, and Portugal (European Report of the AVOW Project)*. National Institute for Health and Welfare (THL). <https://hdl.handle.net/1822/16541>

Makaroun, L. K., Brignone, E., Rosland, A. M., i Dichter, M. E. (2020). Association of health conditions and health service utilization with intimate partner violence identified via routine screening among middle-aged and older women. *JAMA Network Open*, 3(4), e203138-e203138 <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2764599>

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

McGarry, J., Simpson, C., i Hinchliff-Smith, K. (2011). The impact of domestic abuse for older women: a review of the literature. *Health and Social Care in the Community*, 19(1), 3-14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2010.00964.x>

Mollá-Castells, M. T. (2015). La violencia de género estructural: ¿La más invisible de las violencias?. *Seminario Internacional contra la Violencia de Género: Eliminar obstáculos para alcanzar la igualdad*, 4, 164-176. <http://isonomia.uji.es/11519/>

Mouton, C., Rodabough, R., Rovi, S., Brzyski, R. G., i Katerndahl, D. A. (2010). Psychosocial effects of physical and verbal abuse in postmenopausal women. *Annals of Family Medicine*, 8(3), 206-213. <https://doi.org/10.1370/afm.1095>

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. https://www.congreso.es/docul/docum/ddocum/dosieres/sleg/legislatura_12/spl_25/pdfs/15.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1996). *49ª Asamblea Mundial de la Salud*. <https://iris.who.int/handle/10665/203895>

Orte, C., i Sánchez, L. (2010). Invisibilitat de la violència de gènere en les dones grans a Mallorca. A C. Orte (dir.), *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2010* (p. 389-418). Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal. Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració i Universitat de les Illes Balears. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5046593>

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

Orte, C., Sánchez-Prieto, L., i Santacreu-Oliver, E. (2021). *La violencia de género en la mujer mayor de 65 o más años. Protocolo de detección*. <http://www.calvia.com/servlet/Model.web.ShowDoc?KDOCUMENTACIO=57657&TABLENAME=WEB.DOCUMENTACIO&pageProcessKey=LOADINGDOCUMENT&ts=1637329294356>

Sánchez, L., i Mantero, S. (2013). Sensibilització sobre la violència de gènere a les dones grans: començant a combatre. A C. Orte (dir.), *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2013* (p. 320-340). Palma: Universitat de les Illes Balears. https://dpde.uib.cat/digitalAssets/257/257865_anuari_enve_2013.pdf

Sánchez, L. (2011). Creences de les persones grans sobre la violència de gènere. A C. Orte (dir.), *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2011* (p. 522-586). Palma: Universitat de les Illes Balears. https://gifes.uib.es/digitalAssets/401/401706_ATT3LOBT.pdf

Sánchez, L., Orte, C., Vives, M., i Macias, L. (2013). Violencia de género en las mujeres mayores: necesidad de intervención sociosanitaria. A M. C. Pérez i M. M. Molero (dir.), *Acercamiento multidisciplinar a la salud en el envejecimiento* (p. 323-328). Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4320532>

Sánchez, L., Orte, C., i Ballester, L. (2012). La figura absent en les campanyes contra la violència de gènere: la dona gran. A C. Orte (dir.), *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2012* (p. 210-231). Palma: Universitat de les Illes Balears. https://dpde.uib.cat/digitalAssets/222/222487_anuari_2012.pdf

Vinton, L. (2001). *Violence against older women*. A C. M. Renzetti, J. L. Edleson i R. K. Bergen (ed.), *Sourcebook on violence against women* (p. 179-192). Sage.

Autores

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 245 articles en revistes nacionals i internacionals; 520 aportacions en llibres i capítols de llibre; 590 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 l'ha dirigida fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears. 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 (Imserso) del Govern d'Espanya.

LIDIA SÁNCHEZ-PRIETO

Cadis (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.

ASSIA EL HINDAZ NAVARRO

Sa Pobla (2002). Estudiant del grau d'Educació Social a la Universitat de les Illes Balears. També ha rebut formació complementària sobre inserció sociolaboral de persones amb diagnòstic de salut mental i sobre tècniques de gestió emocional. Ha

realitzat voluntariat a l'entitat Llar de Memòria, destinada a l'atenció de persones amb Alzheimer i altres demències. També ha treballat com a tècnica en un projecte de sensibilització sobre violència de gènere en dones grans al municipi de Calvià.

AIDA GÓMEZ COMAS

Marratxi (2002). Estudiant del grau d'Educació Social a la Universitat de les Illes Balears. He realitzat un voluntariat a l'associació Siloé, aquesta va destinada a persones exdrogodependents

**ANALITZANT LA REALITAT DE LES
PERSONES GRANS LGTBI DES DE LA
MIRADA DELS PROFESSIONALS**

Analitzant la realitat de les persones grans LGTBI des de la mirada dels professionals

Marga Vives Barceló
Liberto Macías González
Deima Jonusaityte

Resum

L'article que presentam descriu el projecte que s'ha dut a terme amb el títol «Anàlisi de la realitat de les persones majors LGTBI des de la mirada dels professionals», aprovat per l'Àrea de Justícia Social, Feminisme i LGTBI de l'Ajuntament de Palma.

Les persones grans són un col·lectiu molt heterogeni que cada any va augmentant segons les projeccions sociodemogràfiques tant estatals com internacionals. En aquesta realitat, les persones grans poden sofrir una discriminació per edat (edatisme), que es veu duplicada si pertanyen al col·lectiu LGTBI i, en cas de les lesbianes o dones trans, sofrir una triple discriminació. Aquesta situació fa que moltes persones LGTBI grans siguin un col·lectiu invisibilitzat o, en tot cas, que hagin de viure la seva sexualitat dins el seu entorn més íntim, fet que dificulta que tots els serveis als quals poden acudir no coneguin ni la seva realitat, ni les seves necessitats, ni tampoc puguin identificar canals per participar de manera completa en la societat. El projecte pretén iniciar el camí de donar a conèixer la xarxa de recursos i possibilitats d'activitats a les quals les persones que formen el col·lectiu poden acudir en el moment de voler participar i assistir a alguna activitat organitzada per una entitat, o si senten la necessitat de resoldre algun dubte o problema o passen per una situació complicada en la vida.

El projecte ha possibilitat treballar amb una diversitat d'entitats per tal de poder cobrir el màxim d'àmbits de la vida de la persona gran LGTBI, des de salut, habitatge i convivència a participació en activitats, presa de decisions o aspectes legals i econòmics, entre altres. Les entitats participants són: la Creu Roja (maltractament, solitud), Metges del Món (prostitució, salut sexual), Ben Amics i Balears Diversa (associacionisme), ALAS (prevenció i assessorament sobre VIH), centres residencials i centres de dia (habitatge), casals de barri i associacions veïnals (activitats comunitàries), serveis socials i centres de salut primària (atenció primerenca). La població indirecta del projecte han estat les persones grans LGTBI, que són les que rebran el suport i els recursos sorgits d'aquest projecte.

Resumen

El artículo que presentamos describe el proyecto que se ha llevado a cabo con el título «Anàlisi de la realitat de les persones majors LGTBI des de la mirada dels professionals», aprobado per el Área de Justicia Social, Feminismo y LGTBI del Ajuntament de Palma.

Las personas mayores son un colectivo muy heterogéneo que cada año va aumentando según las proyecciones sociodemográficas tanto estatales como internacionales. En esta realidad, las personas mayores pueden sufrir una discriminación por edad (edadismo), que se ve duplicada si pertenecen al colectivo LGTBI y, en caso de las lesbianas o

mujeres trans, sufrir una triple discriminación. Esta situación hace que muchas personas LGTBI mayores sean un colectivo invisibilizado o, en todo caso, que tengan que vivir su sexualidad dentro de su entorno más íntimo, lo que dificulta que todos los servicios a los que pueden acudir no conozcan ni su realidad, ni sus necesidades, ni tampoco puedan identificar canales para participar de forma completa en la sociedad. El proyecto pretende iniciar el camino de dar a conocer la red de recursos y posibilidades de actividades a las que las personas que forman el colectivo pueden acudir en el momento de querer participar y asistir a alguna actividad organizada por una entidad, o si sienten la necesidad de resolver alguna duda o problema o pasan por una situación complicada en su vida.

El proyecto ha posibilitado trabajar con una diversidad de entidades para poder cubrir el máximo de ámbitos de la vida de la persona mayor LGTBI, des de temas de salud, vivienda y convivencia a participación en actividades, toma de decisiones, aspectos legales y económicos, entre otros. Las entidades participantes son: la Cruz Roja (en cuestiones de maltrato, soledad), Médicos del Mundo (prostitución, salud sexual), Ben Amics y Balears Diversa (asociacionismo), ALAS (prevención y asesoramiento sobre VIH), centros residenciales y centros de día (vivienda), centros de barrio y asociaciones vecinales (actividades comunitarias), servicios sociales y centros de salud primaria (atención primaria). La población indirecta del proyecto han sido las personas mayores LGTBI, que son las que recibirán el apoyo y los recursos surgidos de este proyecto.

1. Introducció

El projecte se centra en la comunitat LGTBI. La Federació Espanyola de Lesbianes, Gais, Transsexuals i Bisexuals (FELGTB) va dur a terme una estimació (publicada l'any 2002) de 2.000 milions de persones grans d'aquí a cinquanta anys, un 22% de la població general. D'aquestes, al voltant de 200 milions seran gais o lesbianes (Vives i Macías, 2014); per una altra banda, l'associació Advocacy & Services for LGBT Elders (SAGE), l'any 2014, assenyalava que als Estats Units, aproximadament 1,5 milions de persones més grans de seixanta-cinc anys s'identificaven com a lesbianes, gais o bisexuals, i que aquesta xifra augmentaria a quasi el doble el 2030 (Macías i Vives, 2019). El juny de 2023 Ipsos Global Advisor publicà un informe en què conclou que Espanya es troba entre els països amb una població LGTBI més gran; l'estudi s'ha dut a terme en trenta països amb l'objectiu d'analitzar la situació actual del col·lectiu LGTBI en el món. Com s'especifica a l'informe, un 9% de la població, com a mitjana a escala global, es declara LGTBI, un percentatge que en l'àmbit nacional augmenta fins a un 14%, i situa Espanya com el segon país, darrere del Brasil (15%), amb un nombre més gran de persones adultes que es declaren LGTBI (Ipsos, 2023).

En l'àmbit normatiu, les Illes Balears, es regeixen per la Llei 8/2016, de 30 de maig, per garantir els drets de lesbianes, gais, trans, bisexuals i intersexuals i per erradicar l'LGTBI-fòbia; llei que està subordinada a la normativa estatal: la Constitució espanyola, articles 9.2, 10 i 14, així com la Llei 23/2018, de 29 de novembre, d'igualtat de les persones LGTBI. Si obrim la mirada cap a Europa, també hi trobam normativa que fa referència a la igualtat i el respecte dels drets LGTBI elaborada pel Parlament Europeu, la Unió Europea i el Consell d'Europa. En aquesta normativa que garanteix els drets a les persones LGTBI, es pot observar que sempre es tracta el col·lectiu d'una manera genèrica, normalment s'empra el terme «persones LGTBI» sense especificar cap franja d'edat; en canvi, cal tenir present que les situacions vulnerables no poden ser generals, ja que a cada edat es pot ser susceptible de partir situacions de discriminació i que aquesta discriminació pot augmentar a mesura que anem complint anys.

S'ha de destacar l'article 1.2 de la Llei 8/2016 de les Illes Balears, que especifica que:

«2. Les mesures que estableix aquesta llei per fer efectiu el dret de les persones lesbianes, gais, bisexuals, transsexuals, transgènere i intersexuals a la igualtat i a la no discriminació [...], afecta:

[...]

»b) Totes les etapes de la vida i a totes les contingències del seu decurs, com poden ser qualsevol canvi en l'estat civil, la formació d'una família, la malaltia, la incapacitació, la privació de llibertat o la mort.»

Més enllà d'aquest apartat ja no es troben més referències, en aquest cas que ens ocupa, al grup de les persones de més edat. Quant al Consell LGTBI, que és organitzat en diverses comissions de treball, cal destacar que n'hi ha una que se centra en la joventut, la Comissió d'Educació, Esport, Joventut i Temps Lliure, la qual deixa sense espai el col·lectiu de les persones grans LGTBI, un dels grups que poden experimentar més tipus de discriminació, edatisme per raó de l'edat, LGTBI-fòbia per la seva orientació i identitat sexual i sexisme, en el cas de les dones, pel fet de ser dona lesbiana.

Cal destacar l'elaboració i l'aprovació del II Pla estratègic de polítiques públiques LGTBI i en matèria de diversitat sexual, familiar i de gènere del Govern de les Illes Balears (2021-2024), molt important per anar avançant, encara que no preveu mesures específiques per a les persones més grans.

A part de la normativa que s'ha exposat més amunt, no hi ha publicacions, en l'àmbit nacional o autonòmic, que aportin unes dades més actuals; d'aquí la importància de tenir la possibilitat de dur a terme estudis i projectes que posin damunt la taula la

realitat de les persones grans LGTBI. Les referències incorporades confirmen que la quantitat de persones més grans de seixanta-cinc anys va en un augment progressiu, i el grup de les persones LGTBI que es van fent grans també anirà augmentant, i com a societat no ens podem permetre no ser conscients d'aquesta situació. Una societat moderna, democràtica i desenvolupada ha de tenir tota la ciutadania amb unes condicions de vida com més adequades millor. No es pot permetre tenir una part de la població invisibilitzada, oculta per les diverses discriminacions que pot sofrir. Un exemple de discriminació és el que assenyalava González:

«...la discriminació múltiple que sofreixen les persones grans LGTBI es reflecteix en qüestions fonamentals com el menor accés als recursos econòmics, la manca d'atenció i cures a alguns aspectes de la salut i menor accés als recursos socio-sanitaris i de cures» (González, s.d.).

Tenint presents aquestes dades, el projecte que descrivim ha tingut una visió holística, una visió a llarg termini. Aquest projecte ha englobat, per una banda, conèixer el màxim d'entitats, institucions, organismes, etc. que treballen amb les persones que formen part del col·lectiu LGTBI o que les atenen. És important conèixer la visió que en tenen aquests professionals, ja que seran els informadors clau de la situació real dins les seves pròpies institucions. Per una altra banda, es va considerar interessant fer una aproximació al col·lectiu, donar-los veu, pel fet que són els protagonistes del seu procés d'envelliment i del seu procés com a persona LGTBI que ha hagut de passar per diverses situacions, i no totes agradables, segurament; encara que aquesta part no s'ha treballat —en aquest projecte ens centrarem en la visió dels professionals—, deixam la porta oberta a una segona fase en què poder tractar amb els i les protagonistes.

A l'article de Vives i Macías (2014), l'objectiu era dur a terme un estudi qualitatiu per donar veu a una representació de les persones grans LGTBI, però, encara que varen tenir suport d'entitats, associacions, etc., i s'aconseguien testimonis, no va ser una mostra prou àmplia per poder ser representativa. La seva veu relatava experiències viscudes que deixaven veure una mica la situació que patien i com es percebien a si mateixes.

L'oportunitat del projecte, com s'ha esmentat anteriorment, ha estat poder disposar d'un mapa de recursos, dins Palma, per als professionals i que aquest mapa pugui servir de referència d'aquells serveis, activitats, etc., que s'hi poden dur a terme, i tenir disponible una guia per als usuaris, és a dir, per a les persones grans LGTBI ateses als diversos serveis. És una manera de fer-los visibles, de donar-los un espai, espai que es mereixen per cada any de lluita, de silenci, de cops, d'insults que han hagut de suportar, i una manera de poder conèixer i coordinar les actuacions professionals des de diferents àmbits.

És important tenir un mapa de recursos actualitzat i publicitat per arribar a una igualtat real d'oportunitats. Totes les persones han de tenir ben ateses les seves necessitats, i el fet de tenir una identitat i/o orientació sexual determinada no és raó per no poder accedir als recursos, de diferents tipus, per tenir cobertes les necessitats vitals.

Les persones grans són un col·lectiu molt heterogeni que cada any augmenta segons les projeccions sociodemogràfiques tant estatals com internacionals. En aquesta realitat, les persones grans poden sofrir una discriminació per edat (edatisme) que es veu duplicada si pertanyen al col·lectiu LGTBI i, en cas de les lesbianes o dones trans, sofrir una triple discriminació. Aquesta situació fa que moltes persones LGTBI grans siguin un col·lectiu invisibilitzat o, en tot cas, que hagin de viure la seva sexualitat dins el seu entorn més íntim, fet que dificulta que tots els serveis als quals poden acudir no coneguin ni la seva realitat, ni les seves necessitats, ni tampoc puguin identificar canals per poder participar de manera completa en la societat. El projecte ha estat la primera passa per iniciar el camí de donar a conèixer la xarxa de recursos i l'oferta d'activitats a les quals les persones del col·lectiu poden acudir en el moment de voler participar i assistir a alguna activitat organitzada per una entitat o si en un moment determinat senten la necessitat de resoldre algun dubte o problema o passen per una situació complicada en la vida.

La proposta va ser treballar amb una diversitat d'entitats per tal de poder cobrir el màxim d'àmbits de la vida de la persona, des de temes de salut, habitatge i convivència fins a informació d'activitats, presa de decisions, temes legals i econòmics, entre altres, a través d'una xarxa de professionals. Les entitats a les quals es va convidar a participar varen ser: la Creu Roja (qüestions de maltractament, solitud), Metges del Món (prostitució, salut sexual), Ben Amics i Balears Diversa (associacionisme), ALAS (prevenció i assessorament sobre VIH), centres residencials i centres de dia (habitatge), casals de barri i associacions veïnals (activitats comunitàries), serveis socials i centres de salut primària (atenció primerenca). La població indirecta del projecte són, sens dubte, les persones grans LGTBI, que són les que rebran el suport i els recursos que en són el resultat.

2. Objectius

Els objectius generals del projecte són quatre, dividits en objectius específics:

1. Conèixer aquelles entitats que ofereixen o tenen dins la seva cartera de recursos l'atenció, en tots els àmbits de la vida, a les persones grans LGTBI a Palma.

- 1.1. Identificar entitats que treballen amb persones grans LGTBI.

- 1.2. Revisar els serveis de les entitats.
 - 1.3. Actualitzar-ne les dades.
2. Elaborar un mapa de recursos que servirà com a eina de treball per als professionals, i com una guia als usuaris de Palma:
 - 2.1. Crear un mapa de recursos renovat i actualitzat.
 - 2.2. Dissenyar la guia per a les persones grans LGTBI.
3. Donar veu als professionals que treballen amb persones grans LGTBI per tal d'identificar les necessitats d'aquest col·lectiu (3.1) i analitzar la realitat i les necessitats pel que fa al tracte amb persones grans LGTBI (3.2):
 - 3.1. Identificar les necessitats de les persones grans LGTBI.
 - 3.2. Conèixer la realitat dels professionals.
 - 3.3. Elaborar un informe.
4. Creació d'una xarxa de professionals estable que treballi amb les persones grans LGTBI a Palma:
 - 4.1. Crear una xarxa de treball i que sigui pública, per poder-la usar.

3. Metodologia

Donar veu a les persones grans LGTBI no és una tasca fàcil; a les dificultats pròpies de qualsevol investigació relacionada amb la identificació de la mostra, s'afegeixen dificultats relacionades amb aspectes ètics (el fet de no voler manifestar l'orientació sexual, per exemple) i dificultats que tenen a veure amb els prejudicis de ser persona gran (edatisme), que estan relacionades amb el fet de valorar les persones grans sense relacions afectivosexuals, especialment les dones, i amb el fet de pertànyer al col·lectiu LGTBI (LGTBI-fòbia).

Conscients d'aquestes dificultats, es va considerar que, per poder tenir testimonis directes sobre les qüestions relacionades amb aquest col·lectiu i d'aquesta manera poder valorar-ne la qualitat de vida i les necessitats i donar-los una resposta adaptada i adequada, és a dir, amb un model centrat en la persona o amb projectes on es posen els destinataris al centre (per exemple, el projecte Ciutats Amigables amb Persones Grans de l'OMS), era necessari, primer, sensibilitzar la població en general perquè fos possible veure aquesta realitat i, per una altra banda, empoderar aquest col·lectiu perquè hi prengui part activa.

Per aconseguir aquesta primera passa, el projecte es va enfocar en els professionals que treballen amb les persones grans, conscients que, dins aquests grups, pot haver-hi persones grans LGTBI que no ho manifestin de manera oberta o que ho manifestin en cercles més íntims. El motiu de seleccionar aquests treballadors va ser, per tant, doble: per una banda, poden conèixer de manera directa la vida d'aquestes persones, i la gent gran els identifica com a persones de referència, atès que poden dur a terme competències professionals i d'habilitats socials que permetin establir vincles segurs amb ells; i, en segon lloc, aquesta tria permet també tenir una mirada professional vers l'atenció de qualitat centrada en la persona.

Les tècniques d'investigació qualitativa emprades són dues:

1. Anàlisi **DAFO** de les necessitats de persones grans LGTBI, a partir de l'experiència directa dels professionals que fan feina en serveis, centres, oficines, etc., amb les persones objecte d'estudi.
2. Mètode **DELPHI**, centrat en els indicadors prioritaris per a una atenció de qualitat.

El mètode **DAFO** permet crear estratègies d'atenció preferent (amenaces-debilitats); estratègies de reorientació (debilitats-oportunitats); estratègies preventives (amenaces-fortaleses) i estratègies de qualitat de vida (oportunitats-fortaleses), tant centrant-se en una síntesi d'anàlisi de les necessitats com d'anàlisi dels casos. La seva elecció es justifica amb tres propietats d'aquest mètode:

- a) No se centra sols en els aspectes negatius.
- b) Permet la integració d'una mirada interdisciplinària.
- c) Permet la identificació d'àrees de necessitat, objectius sobre els quals treballar, i n'afavoreix l'avaluació (Oliver et al., 2003; Ballester et al., 2017).

Per una altra banda, el mètode **Delphi** identifica línies estratègiques sobre les quals poder treballar per a la millora, en aquest cas, de la qualitat de vida de les persones grans LGTBI. Diversos autors (Martínez, 2003; Ballester et al., 2017) ja l'identificaven com una de les eines més adequades per consultar els implicats en les avaluacions de programes. A més, no sols identifica les opinions d'experts qualificats sinó que també pretén aconseguir un consens entre ells amb un mètode amb més de cinquanta anys d'existència i altament emprat en el camp socioeducatiu (Padilla et al., 2002; Ballester et al., 2017).

Es considera bàsic que, per acostar-nos a la realitat de les persones, és necessari disposar d'una mirada dels professionals amb qui confien i que tenen uns criteris tècnics per poder millorar la seva qualitat de vida i poder començar a sensibilitzar la societat

d'aquesta realitat i oferir-los la possibilitat d'aportar, en el moment que vulguin, la seva experiència vital com a base per treballar la millora de la qualitat de vida.

A escala professional, les mirades interdisciplinàries ja formen part de les dinàmiques de les intervencions socioeducatives i permeten, en l'àmbit local, identificar les realitats del context i **crear xarxes professionals**. Per aquest motiu, al projecte es va plantejar, d'una manera transversal, de crear una xarxa local que pogués treballar interdisciplinàriament coneixent la realitat sobre la qual incideix i potenciant recursos, coneixements i iniciatives interdisciplinàries. En aquest sentit, es plantejaren tres fases per assolir aquest objectiu, en què els professionals havien de participar de manera activa:

Fase 1: elaborar i revisar una fitxa de cada entitat amb els seus recursos, amb una atenció especial al col·lectiu LGTBI, quedant especificades les característiques del recurs, els requisits per accedir-hi, el perfil de la persona que pot accedir-hi, i la informació de l'entitat.

Fase 2: participació en la investigació sobre les necessitats del col·lectiu LGTBI gran. Aquesta fase es va dur a terme de manera directa amb la participació en l'anàlisi DAFO i/o Delphi, i de manera indirecta afavorint la participació d'altres professionals.

Fase 3: participació en la xarxa de professionals que treballa amb el col·lectiu LGTBI gran.

Totes les entitats formen part d'una xarxa que va possibilitar que la feina amb els usuaris pogués ser més dinàmica i de qualitat oferint-los espais de debat i de generació de coneixement i de transferència.

Pel que fa als recursos per a la investigació, la proposta plantejada presentava garanties per poder dur-se a terme amb criteris de qualitat. Per una banda, les dues persones que han dirigit i coordinat el projecte són professionals amb experiència en intervenció directa amb persones grans, en gestió de projectes, i amb una producció científica diversa des de diferents mirades respecte a les dimensions de la qualitat de vida de les persones grans i la transferència de coneixement, com ho avala, per exemple, la seva participació en aquesta publicació, *l'Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears*, des del seu inici.

El projecte també té un vessant investigador, en aquest cas basat en la metodologia qualitativa. A partir de la hipòtesi inicial i els objectius de la investigació, es va fer una recerca bibliogràfica de l'estat de la qüestió, permetent plantejar el plantejament metodològic més apropiat i recolzant-se amb programes com NVIVO i SPSS pel

tractament de dades. La redacció de l'informe final va anar acompanyat de diferents produccions científiques (com ara articles i contribucions a congressos especialitzats); sempre amb una mirada per a la transferència de coneixement a través, en aquest cas, de la creació de la xarxa de professionals i dels recursos, propostes i productes que se'n derivin.

El pla de treball que s'ha seguit per dur a terme el projecte es desglossa en quatre fases:

- **Fase 1: elaboració del mapa de recursos**

Durant aquesta fase es va dur a terme la selecció de les entitats participants i del seu col·lectiu. En tot moment, es va tenir present que, segons l'entitat, el perfil de persones grans amb qui aquesta té contacte directe pot ser diferent, per tant, la intenció va ser preveure la màxima heterogeneïtat per poder plasmar la màxima realitat de les persones grans LGTBI.

A partir d'aquest moment, es va dissenyar una fitxa per gestionar un mapa de recursos que tenia en compte els indicadors per obtenir la informació necessària, amb la finalitat de complir els objectius prevists i, en cas que fos necessari, actualitzar les dades o informacions de les entitats que treballen amb persones grans LGTBI.

Cada fitxa havia d'incloure informació sobre la categoria de la institució, el tipus de servei o programa que duu a terme, les característiques d'aquest, a qui es dirigeix, la manera d'accedir-hi, observacions i/o objectius del servei i la informació de contacte de l'entitat.

- **Fase 2: anàlisi qualitativa de les necessitats de les persones grans LGTBI**

A la primera fase es preveien dues anàlisis sistemàtiques: una de relacionada amb els programes d'atenció a persones grans LGTBI i la segona sobre guies d'atenció a persones grans LGTBI. Aquestes passes varen permetre aconseguir els indicadors necessaris per poder elaborar una anàlisi Delphi i, a través dels professionals de les entitats seleccionades, poder conformar la selecció d'experts participants en la Delphi.

Complementàriament, es va elaborar un DAFO sobre la realitat de les persones grans LGTBI i de les seves necessitats amb els professionals de la comunitat autònoma.

- **Fase 3: elaboració d'informes**

Una vegada tancada la fase 1, el mapa de recursos, i la fase 2, DAFO i Delphi, es va elaborar un informe dels resultats obtinguts seguint les indicacions de la convocatòria. A part d'aquest informe final, també es va elaborar un tríptic informatiu per a la societat en general per, d'aquesta manera, difondre els resultats del projecte. Aquest

tríptic el tindran els serveis i servirà per obtenir informació actualitzada dels recursos que estan en marxa en aquest moment a Palma.

- **Fase 4: elaboració de producció científica**

Les dades obtingudes de l'anàlisi DAFO, de la Delphi i de les revisions sistemàtiques també han estat i seran difoses a la comunitat científica a través de la participació en congressos especialitzats i publicacions en revistes d'impacte.

Al llarg de tot el projecte, es varen plantejar i es varen tenir presents tres accions transversals:

1. Creació d'una xarxa de professionals i participació activa en quatre reunions. Aquestes reunions han estat bimensuals i el seu objectiu era informar sobre els avanços del projecte i intercanviar opinions, suggeriments i aportacions dels i les professionals en un espai de debat i de generació de coneixement i de transferència. Es va aprofitar el temps de la reunió per revisar, actualitzar i elaborar les diferents fitxes de cada entitat per crear el mapa de recursos, amb una atenció especial al col·lectiu LGTBI. Cal mencionar la investigació sobre les necessitats del col·lectiu LGTBI més gran, la qual ha estat directa, amb la participació en l'anàlisi DAFO i/o Delphi, i indirecta, afavorint la participació d'altres professionals, així com la incorporació de referències bibliogràfiques del seu àmbit de coneixement.
2. Seguiment i coordinació del projecte. Durant tot el projecte l'equip ha anat fent reunions de treball per establir les pautes a seguir i complir amb els terminis previstos a l'inici del projecte.
3. Difusió de les activitats del projecte a través de les xarxes socials. La part tècnica de l'estudi va activar diversos perfils a les xarxes socials com a mètode de difusió del projecte.

4. Conclusions

Un cop conclòs el projecte i escoltada la veu dels professionals que treballen d'una manera directa o indirecta amb persones grans LGTBI a través de diferents vies (mapa de recursos, panel d'experts Delphi, DAFO o reunions de la xarxa de professionals), es volen destacar cinc punts clau:

1. La necessitat de mantenir activa la xarxa de professionals creada. La xarxa de professionals hauria de continuar en marxa, ja que tant nosaltres com els i les

professionals que han participat en els diferents serveis i entitats consideren que la feina que s'ha fet ha estat productiva i la seva continuació seria un element positiu per poder dur a terme altres accions i mantenir el treball interdisciplinari tan necessari en aquest àmbit.

2. El mapa de recursos ha d'estar disponible i ser visible i accessible per a tota persona gran LGTBI resident a Palma (especialment), però també per al seu entorn més proper i clarament per als professionals que hi puguin estar en contacte. La versió digital n'ha de permetre una actualització constant i regular.
3. S'han de mantenir les consultes als professionals. En aquest projecte s'han creat dos espais de consulta (DAFO i Delphi) i un espai de reflexió conjunta (xarxa de professionals) que, a parer nostre, han creat la base per iniciar una millora en l'atenció a les persones grans LGTBI dins la nostra comunitat, però cal disposar d'espais de reflexió conjunta, com ara grups de discussió, que ajudin a conèixer les accions que s'hi duen a terme, els reptes, les bones pràctiques...
4. Cal mantenir i continuar la generació de coneixement científic sobre aquest tema; el panel Delphi, amb la creació del document base i la participació en dos congressos o la publicació d'un capítol de llibre, ha ajudat a generar debat científic, però cal continuar sent presents en l'àmbit científic.
5. Finalment, i el que creiem que és més important, i que també s'ha recollit tant a la xarxa de professionals com al DAFO i al Delphi, és necessari ara centrar els esforços a conèixer la visió de les mateixes persones grans LGTBI, donar-los veu i que tinguin un paper actiu en les línies prioritàries d'atenció per a la millora de la seva qualitat de vida, que puguin decidir com viure aquesta etapa vital amb plenitud de drets i amb la llibertat que es permet quan s'eliminen prejudicis i estigmes.

Projecte d'investigació qualitativa i de divulgació en matèria de diversitat sexual i de gènere engegat per la Universitat de les Illes Balears, i finançat per l'Ajuntament de Palma, des de l'Àrea de Justícia Social, Feminisme i LGTBI.

Dades del projecte

Adreça electrònica: projecte.grans.lgtbi@gmail.com
 Instagram: [@granslgtbi](https://www.instagram.com/granslgtbi)
 Facebook: [facebook.com/projectegranslgtbi](https://www.facebook.com/projectegranslgtbi)
 Twitter: [@GransLgtbi](https://twitter.com/GransLgtbi)

Referències bibliogràfiques

Ballester, L., Nadal, A., i Amer, J. (2017). *Métodos y técnicas de investigación educativa*. 2a edició. Edicions Universitat de les Illes Balears.

González, L. (s.d.). Las personas LGTBI tienden a «volver al armario» a medida que se hacen mayores. <https://www.geriatricarea.com/2020/01/14/las-personas-lgtbi-tienden-a-volver-al-armario-a-medida-que-se-hace-mayores/>

Ipsos Global Advisor. (2023). LGBT+ Pride 2023. A 30-country Ipsos Global Advisor Survey. <https://www.ipsos.com/sites/default/files/ct/news/documents/2023-05/Ipsos%20LGBT%2B%20Pride%202023%20Global%20Survey%20Report%20-%20rev.pdf>

Llei 8/2016, de 30 de maig, per garantir els drets de lesbianes, gais, trans, bisexuals i intersexuals i per erradicar la LGTBI-fòbia. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 157, de 30 de Juny de 2016 <https://www.boe.es/buscar/pdf/2016/BOE-A-2016-6310-consolidado.pdf>

Llei 23/2018, de 29 de novembre, d'igualtat de les persones LGTBI. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 10, d'11 de gener de 2019 <https://www.boe.es/buscar/pdf/2019/BOE-A-2019-281-consolidado.pdf>

Macías, L., i Vives, M. (2019). Les persones grans LGTBI. Una mirada actual. A. C. Orte (Dir.) *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears. 2019*, 275-307.

Martínez, E. (2003). La técnica Delphi como estrategia de consulta a los implicados en la evaluación de programas. *Revista de Investigación Educativa*, 21(2), 449-463.

Oliver, J. L., Ballester, L., i Orte, C. (2003). El anàlisi DAFO aplicado a la evaluación de necesidades en un contexto comunitario: una base para la actuación municipal en relación a programas de prevención del conflicto. *Congreso Internacional de Convivencia Juvenil: Repensar el conflicto*.

Padilla, M. T., Moreno, E., i Vélez, E. (2002). La técnica Delphi en la evaluación de necesidades: una aplicación al tratamiento de género en los centros escolares. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 54(1), 83-94.

Salazar, O. (2015). La identidad de género como derecho emergente. *Revista de Estudios Políticos*, 169, 75-107.

Vives, M., i Macías, L. (2014). Les persones grans lesbianes, gais, transsexuals i bisexuals a les Illes Balears. A. C. Orte (Dir.) *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears. 2014*, 313-331.

Autors

MARGA VIVES BARCELÓ

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

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 associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Tècnic especialista i coordinador tècnic de la Universitat Oberta per a Majors (UOM) de 2007 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. És col·laborador 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).

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). Maquetadora editorial i educadora, actualment treballa com a docent d'anglès i arts plàstiques.

**L'ENTRENAMENT DE LES HABILITATS
SOCIALS EN PERSONES GRANS
VULNERABLES. L'EXPERIÈNCIA DEL TALLER
«VINCLES EN HARMONIA: POTENCIANT LES
NOSTRES HABILITATS SOCIALS»**

L'entrenament de les habilitats socials en persones grans vulnerables. L'experiència del taller «Vincles en Harmonia: Potenciant les nostres habilitats socials»

Júlia Maria Batalla Cardona

Lidia Sánchez-Prieto

Resum

Un tipus de vulnerabilitat que limita les persones grans és la falta de relacions familiars i/o els dèficits en les interaccions interpersonals. Aquesta limitació pot afectar la seva qualitat de vida. Per tant, és rellevant desenvolupar intervencions destinades a millorar aquesta situació.

L'estudi respon a la necessitat de desenvolupar i potenciar les habilitats socials de les persones grans vulnerables institucionalitzades a la Llar d'Ancians de Palma. Per poder respondre a aquesta necessitat, es va dissenyar i implementar el taller «Vincles en harmonia: Potenciant les nostres habilitats socials». La mostra es va compondre d'un total de 16 persones grans vulnerables, amb una edat mitjana $M = 80,06$ ($DE = 9,27$).

Els resultats varen verificar l'eficàcia del taller en la millora de les competències emocionals i l'assertivitat dels participants. No es varen aconseguir millores estadísticament significatives en les habilitats socials generals. La literatura avala la rellevància d'aquestes per fomentar les interaccions socials. Per tant, es destaca la necessitat d'entrenar aquestes habilitats de manera permanent, per poder afavorir una millor qualitat de vida. En els resultats es va comprovar com hi ha diferències significatives entre els dos grups quant a les competències emocionals i l'assertivitat, per això el taller ha tingut una eficàcia parcial, a causa del seu impacte positiu en les persones que hi han participat, ja que una simple millora de les habilitats provoca un augment en la qualitat de vida.

En conclusió, el taller va tenir un impacte positiu a l'hora de fomentar i potenciar les habilitats socials en les persones grans vulnerables institucionalitzades a la Llar d'Ancians, per això, es va reconèixer la importància d'entrenar aquestes habilitats de manera permanent per poder-les millorar i afavorir un desenvolupament personal de la persona i una millor qualitat de vida.

Resumen

Un tipo de vulnerabilidad que limita a las personas mayores es la falta de relaciones familiares y/o los déficits en las interacciones interpersonales. Esta limitación puede afectar a su calidad de vida. Por lo tanto, es relevante desarrollar intervenciones destinadas a mejorar esta situación.

El estudio responde a la necesidad de desarrollar y potenciar las habilidades sociales de las personas mayores vulnerables institucionalizadas en el Llar d'Ancians de Palma. Para poder responder a esta necesidad, se diseñó e implementó el taller: «Vínculos en armonía: Potenciando nuestras habilidades sociales». La muestra esta-

ba compuesta de un total de 16 personas mayores vulnerables, con una edad media $M = 80,06$ ($DE = 9,27$).

Los resultados verificaron la eficacia del taller en la mejora de las competencias emocionales y la asertividad de los participantes. No se consiguieron mejoras estadísticamente significativas en las habilidades sociales generales. La literatura avala la relevancia de éstas para fomentar las interacciones sociales. Por lo tanto, se destaca la necesidad de entrenar estas habilidades de manera permanente, de forma que se pueda favorecer una mejor calidad de vida. En los resultados se comprobó que existen diferencias significativas entre los dos grupos respecto a las competencias emocionales y la asertividad. Por ese motivo, el taller tuvo una eficacia parcial. De manera que, tuvo un impacto positivo en los personas que participaron, ya que una simple mejora de las habilidades provoca un aumento en la calidad de vida.

En conclusión, el taller tuvo un impacto positivo en referencia a fomentar y a potenciar las habilidades sociales en los personas mayores vulnerables institucionalizadas en la Llar d'Ancians. Por eso, es reconoció la importancia de entrenar estas habilidades de manera permanente, para poder mejorar y favorecer el desarrollo personal de la persona, así como, mejorar su calidad de vida.

Introducció

El creixement de l'envelliment de la nostra societat és totalment innegable (INE, 2022), fet que planteja centrar-se en nous desafiaments per millorar l'atenció i la cura de les persones grans (Lara et al., 2020). La realitat de la població espanyola és que augmenta de manera considerable el percentatge de persones grans, a causa de la disminució de la mortalitat i morbiditat, l'augment de l'esperança de vida, la disminució de la natalitat i els fluxos migratoris (Orte, 2022). Hi ha diferents definicions i conceptes sobre el moment en què es considera que una persona entra en la categoria de persona gran. No obstant això, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha establert que a partir de 60 anys es pot catalogar algú com a adult gran, cosa que significa que a partir d'aquest moment s'entra en l'etapa de la vellesa. Encara que a aquesta edat una persona podria semblar relativament jove, a causa dels avenços en l'esperança de vida, especialment en països en desenvolupament i en altres ja desenvolupats, no sols l'edat és un indicador dels canvis associats a l'envelliment. Aspectes com l'estat de salut, la participació en la societat, la independència, entre altres, també exerceixen un paper fonamental en aquest procés (OMS, 2022). L'envelliment, doncs, és un fenomen natural en la vida de les persones, un procés que s'inicia des del naixement i que provoca canvis en aspectes de caire físic, psicològic i socials, que poden afectar tant l'individu com la seva família (Campos i Huertas, 2011).

Es troben dues postures en relació amb l'envelliment, una de més tradicional i una de més atípica. Aristòtil afirma que la vellesa és «la darrera etapa de la vida humana, considerada com una malaltia natural» i de declivi, una posició més tradicional que la que trobem en diferents autors, que, en contrapartida, consideren que aquesta etapa pot ser un punt d'inflexió per a les persones grans i de noves oportunitats en la vida (Gil, 2004; De Castro, 1990). És necessari canviar la visió i mentalitat negativa que es té sobre les persones grans i aportar una altra perspectiva, en la qual es reconegui la vellesa com una etapa en què hi ha canvis psicològics, físics i socials, però sense que aquests comportin una visió negativa.

Arran d'això, la societat es troba amb un envelliment poblacional creixent que implica fer canvis en tots els àmbits de la vida (Benavides, 2017) per així poder millorar la qualitat de les persones i satisfer les seves necessitats futures (Cardona i Peláez, 2012; Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2016). De fet, s'ha de procurar promocionar totes les estratègies dirigides a evitar l'envelliment, les situacions de dependència o l'aparició de limitacions vinculades a l'edat (Fernández-Ballesteros, 2004).

A més, en casos en els quals se sumen experiències de desprotecció i/o maltractament prèvies, deterioració cognitiva, dependència i dificultats en habilitats socials, la situació es torna encara més delicada (Sánchez i Egea, 2011). Aquest fenomen s'ha de focalitzar, especialment, a les residències de gent gran. De fet, és rellevant que les residències puguin aportar un espai segur a les persones grans i satisfer les seves necessitats diàries mitjançant l'assistència i atenció professional. A més, s'han d'enfocar a promoure el seu benestar emocional i social (Gutiérrez et al., 2011).

En concret, és essencial treballar amb les habilitats socials, ja que tenen una gran influència en les relacions interpersonals i intrapersonals. Aquestes habilitats s'aprenen des de la infantesa i ajuden a facilitar les relacions amb els altres, com també proporcionen les eines bàsiques per reivindicar els drets de les persones (Hinojo i Fernández, 2002). Les habilitats socials poden ser apreses o ensenyades, i impliquen l'existència de relacions interpersonals, amb la finalitat d'establir-les i aconseguir una bona qualitat per poder generar vincles. A més, s'ha de tenir en compte que hi influeixen l'entorn en el qual es desenvolupen les persones, així com les característiques personals i les experiències que han viscut les persones grans durant la seva vida, ja que aquests fets es relacionen amb els comportaments apresos obtinguts de les habilitats socials (Monjas, 2000).

Les habilitats socials són fonamentals en la vida, perquè a partir d'unes bones habilitats socials augmenta el benestar i la qualitat de vida de les persones i, a més, ajuden a facilitar les relacions amb les altres persones, la comunicació emocional i la resolució de problemes personals. Per això, desenvolupar o enfortir les habilitats socials tindrà una gran importància. Així doncs, es pot dir que qualsevol mena d'augment o millora

de les habilitats socials pot ser un recurs per obtenir més benestar i una qualitat de vida positiva (Hinojo i Fernández, 2002).

Serán especialment rellevants en el cas de les persones grans si aquestes són vulnerables. Una tipologia de vulnerabilitat consisteix en l'aïllament d'aquestes persones grans, en la seva baixa interacció social o en la poca relació amb la família. La soledat afecta directament la seva qualitat de vida; per tant, és important desenvolupar intervencions destinades a millorar la seva interacció. Això possibilitaria evitar l'augment de la vulnerabilitat.

L'objectiu d'aquest capítol consisteix a analitzar l'eficàcia del taller «Vincles en Harmonia: Potenciant les nostres habilitats socials» en les habilitats socials de persones grans vulnerables.

Metodologia

Participants

La mostra es compon d'un total de 16 persones, amb una edat mitjana $M = 80,06$ ($DE = 9,27$), i està equiparada respecte al gènere. Es tracta d'una mostra de persones grans que presenten qualche tipus de vulnerabilitat: nivells de deteriorament cognitiu, baix nivell socioeconòmic o nivell d'estudis, relació familiar complicada, etc. Respecte a l'estat civil, un 6,3% tenien parella. Un 62,6% presentaven ingressos econòmics baixos o mitjans (vegeu taula 1). La majoria dels participants, un 56,3%, eren autònoms, és a dir, que es podien valer per si mateixos, la resta tenien un grau de dependència I o II. Un 56,3% residien a la Llar per prioritat social, en canvi, l'altre 43,8% hi eren per ordenança.

Taula 1 | *Característiques sociodemogràfiques de la mostra*

Característiques	n	%
Gènere		
Home	8	50
Dona	8	50
Estat civil		
Fadrí/ina	5	31,3
Casat/ada	1	6,3
Vidu/Vídua	6	37,5
Divorciat/ada	4	25,0

continua

Característiques	n	%
Nivell socioeconòmic		
Baix	5	31,3
Mitjà	5	31,3
Alt	6	37,5
Nivell d'estudis		
Nul	2	12,5
Baix	4	25,0
Mitjà	8	50,0
Alt	2	12,5

Font: elaboració a partir de les dades

Es varen tenir en compte diferents criteris per a l'elecció de la mostra. A continuació es pot observar a la taula 2.

Taula 2 | *Criteris d'inclusió i de retirada seguits durant la investigació*

Criteris d'inclusió
<ul style="list-style-type: none"> - Edat \geq 55 anys - Institucionalitzats a la Llar d'Ancians - Nivell de vulnerabilitat
Mostra
<ul style="list-style-type: none"> - Èxitus - Retirada voluntària de la investigació - Cancel·lació de la participació d'algunes persones grans per part de la directiva de la Llar

Font: elaboració a partir de les dades

Instruments

Es varen recollir dades sociodemogràfiques i de condicions de vulnerabilitat dels participants mitjançant un qüestionari d'elaboració pròpia.

A la vegada, l'avaluació principal es va fonamentar en un qüestionari que avaluava tres dimensions principals:

- a. Habilitats socials generals
- b. Assertivitat
- c. Competències emocionals.

El qüestionari es componia d'un total 110 ítems amb respostes de tipus Likert. Alguns tipus de resposta Likert utilitzats són: molt en desacord, en desacord, d'acord i molt d'acord. Alguns exemples d'ítems que contenien els qüestionaris: «*Em sent una persona tan valuosa com les altres*», «*Som capaç de mantenir el bon humor, encara que passi una cosa dolenta*» o «*Puc anomenar fàcilment la majoria dels meus sentiments*».

En l'estudi hi hagué dos moments d'avaluació, pretest (abans de fer el taller) i posttest, i es varen passar els qüestionaris en dues condicions d'investigació, experimental i control.

De manera general, el qüestionari va obtenir unes bones propietats psicomètriques i una elevada consistència interna, que han ajudat a obtenir resultats satisfactoris quant a les respostes. Tots els participants varen signar el full de consentiment i varen acceptar de participar a la investigació i al taller.

Procediment

Es va crear un taller pioner, anomenat «Vincles en Harmonia: Potenciant les nostres habilitats socials», fruit del Treball de Fi de Grau del grau d'Educació Social realitzat per l'estudiant Júlia Maria Batalla Cardona. L'objectiu del TFG era desenvolupar i potenciar aquestes habilitats socials, les quals exerceixen un paper fonamental en la qualitat de vida i el benestar de les persones grans. A la vegada, va analitzar les dades obtingudes de les persones grans participants al taller.

Resultats

La mostra es caracteritza per presentar una certa vulnerabilitat. De fet, un 81,3% dels participants presentaven un grau de deteriorament cognitiu lleu. De la mateixa manera, un 43,8% presentava nivells de dependència. Així i tot, el grau de dependència i de deteriorament cognitiu varen permetre contestar adequadament els qüestionaris.

Alguns participants havien patit situacions de risc que augmentaven els seus nivells de vulnerabilitat. En concret, dos participants havien patit maltractament. D'igual manera, una persona havia patit negligència (vegeu taula 2). S'ha de destacar que fins a un 81,4% dels participants reconeixien que la seva relació amb la família no era bona. Aquesta situació feia que es trobassin en una situació de soledat, que empitjorava la situació de risc. De fet, un 43,8% formaven part del programa de prioritat social.

Taula 3 | *Condicions de vulnerabilitat de la mostra*

Característiques	n	%
Grau de dependència		
Grau I	4	25,0
Grau II	3	18,8
Autònom	9	56,3

continua

Característiques	n	%
Nivell de deteriorament cognitiu		
Lleu	13	81,3
Moderat	3	18,8
Maltractament		
Sí	2	12,5
No	14	87,5
Negligència		
Sí	1	6,3
No	15	93,8
Prioritat social		
Sí	7	43,8
No	9	56,3
Relació familiar		
Nul·la	3	18,8
Dolenta	3	18,8
Regular	7	43,8
Bona	3	18,8

Font: elaboració a partir de les dades

El taller d'habilitats socials va provocar millores en els participants. En concret, es varen aconseguir millores significatives en els nivells d'assertivitat ($Z = -2,460$; $p = .014$). Els participants varen incrementar l'assertivitat d'una mitjana abans del taller de $M = 4,125$ ($DE = 1,784$) a una mitjana després del taller de $M = 3,562$ ($DE = 1,547$) (vegeu taula 4). D'igual manera, es va observar una millora en les competències emocionals, que augmentaren d'una mitjana pretest de $3,937$ ($DE = 0,928$) a una mitjana posttest de $4,250$ ($DE = 1,000$). Encara que no és estadísticament significatiu, es produeix una tendència segons la prova de Wilcoxon ($Z = -1,890$; $p = .059$).

En canvi, no s'identifiquen millores significatives en les habilitats socials dels participants ($Z = -0,577$; $p = .564$).

Taula 4 | Comparació de mitjanes amb la prova de Wilcoxon

Competència	Mesura pretest	Mesura posttest	Z	p
Habilitats socials	3,250 (0,683)	3,312 (0,704)	-0,577	.564
Competències emocionals	3,937 (0,928)	4,250 (1,000)	-1,890	.059
Assertivitat	4,125 (1,784)	3,562 (1,547)	-2,460	.014

Font: elaboració a partir de les dades

Discussió

En el context de l'envelliment de la població espanyola, la població de persones grans ha experimentat un creixement significatiu degut a l'augment de l'esperança de vida i els avenços dels metges (Pérez, 2010). A partir d'aquí, neix la necessitat de plantejar-se nous desafiaments per promoure un envelliment saludable i garantir el benestar dels més grans. En aquest context, és essencial reconèixer la importància de prestar una atenció centrada en la persona, per millorar així la seva qualitat de vida.

Treballar a partir de les habilitats socials per satisfer les necessitats i millorar el benestar social de les persones és fonamental, ja que això les ajudarà a mantenir interaccions significatives i relacions afectives, a ser capaces de participar en activitats comunitàries i de poder desenvolupar un sentiment de pertinença (Casas, 1999). D'aquesta manera, cal tenir present que el benestar d'una persona, les seves habilitats socials i la qualitat de vida estan interrelacionats, fet que produeix unes relacions socials més satisfactòries, una xarxa de suport més sòlida i una major sensació de connexió i pertinença a un grup (Roca, 2003).

La investigació ha demostrat que el taller ha estat eficaç per millorar l'assertivitat i les competències emocionals de les persones grans vulnerables participants. Les millores han estat estadísticament significatives. Així i tot, no ha aconseguit millores en l'autoestima dels participants.

A partir d'aquest resultat, es confirma l'objectiu principal de l'estudi, que intenta demostrar que els tallers (o les intervencions adequades) destinats a persones grans, encara que estiguin en una situació de vulnerabilitat, poden implicar la millora en les habilitats socials. Els resultats es vinculen amb un estudi realitzat a Lleida per Caballero (2011), en el qual es pot observar com, en el cas de l'autoestima, a partir del foment de l'autovaloració i l'autoconeixement, sí que els participants varen recuperar la confiança en ells mateixos i en les seves capacitats. A la vegada, la comunicació assertiva els va ajudar a mantenir la seva identitat, drets i opinions (Caballero, 2011). A l'estudi, tampoc no s'han detectat millores en l'àrea de comunicació, i la majoria dels participants s'han decantat per tenir una postura silenciosa per evitar conflictes, així com una postura de rigidesa davant el canvi d'estil de comunicació.

Per tant, amb el taller s'ha demostrat que la participació ha ajudat a fomentar el desenvolupament d'habilitats socials, s'han facilitat aprenentatges. Un aspecte rellevant del taller consistia a practicar la posterior aplicació d'habilitats socials en contextos reals a partir d'activitats i situacions dissenyades amb aquests objectius (joc de rols, entre d'altres). S'espera que les habilitats proporcionaran beneficis individuals, també al nivell social i emocional. De fet, el nombre d'estudis que donen suport a la relació entre les habilitats socials i el benestar de les persones va en augment.

Cal tenir en compte que les habilitats socials tenen un paper fonamental en la vida de les persones (encara que no són determinants per a una vida de qualitat, sí que són un recurs principal per fomentar aquesta qualitat de vida) (Reig, 2000, citat a Yanguas, 2006). En un estudi que es va realitzar a Corea, es va demostrar que la millora de les habilitats socials en les persones grans estava associada amb una millor qualitat de vida i una major participació en activitats socials, per tant, aquestes persones desenvolupaven nivells més alts de satisfacció amb la vida (Kim i Ghim, 2018). Segons Roca (2003), qualsevol petita millora en les habilitats socials suposarà un increment en el benestar i qualitat de vida, ja que aquestes habilitats permeten tenir una comunicació efectiva amb les altres persones, mantenir relacions interpersonals satisfactòries i, a més, aporten benestar personal i social.

En concret, un altre dels aspectes rellevants d'aquesta investigació és la relació que hi ha entre les habilitats socials i la vulnerabilitat social de les persones grans institucionalitzades. La investigació s'ha volgut centrar en persones grans vulnerables, perquè moltes d'elles es caracteritzen per presentar poques interaccions o presentar-les amb dèficits. Un nombre reduït dels participants tenen parella i la majoria presenta poca o nul·la relació amb la família (81,4% dels participants). Per tant, la implementació d'intervencions centrades en habilitats socials en aquest col·lectiu es converteix en un element clau per evitar-ne l'aïllament i per millorar-ne les interaccions. És recomanable, especialment, dur a terme dinàmiques orientades a entrenar-les. Per tant, oferir serveis a les persones grans vulnerables per entrenar aquestes habilitats pot ajudar a aconseguir una major qualitat de vida, ja que és indispensable entrenar-les per promoure un espai positiu i eficàcia personal (Ramos, 2001).

Conclusions

En la implementació d'aquest taller, s'ha elegit treballar diferents tipus d'habilitats socials en diverses sessions (habilitats socials generals, assertivitat i competències emocionals). El fet d'haver posat en marxa el taller d'habilitats socials per a persones grans institucionalitzades a la Llar d'Ancians, ha implicat brindar un espai segur i de suport on treballar en el desenvolupament i la potenciació d'aquestes habilitats. Els participants han pogut començar a construir relacions més saludables i a millorar les pròpies habilitats socials. Se'ls ha dotat de noves competències, que els ajudaran a aconseguir resultats més satisfactoris en les interaccions interpersonals, especialment rellevants en un col·lectiu vulnerable caracteritzat per tenir poca o nul·la relació familiar.

En conclusió, s'ha pogut comprovar com hi ha hagut millores significatives quant a les competències emocionals i l'assertivitat dels participants una vegada realitzat el taller «Vincles en Harmonia: Potenciant les nostres habilitats socials». És per això que

es recomana continuar duent a terme intervencions semblants, per la importància de l'entrenament d'aquestes habilitats.

Així i tot, els resultats són limitats, ja que la mostra era reduïda i la implementació estava subjecta a condicions concretes. A més, s'ha de tenir en compte que l'estudi s'ha realitzat amb persones grans vulnerables institucionalitzades en una residència, per això podria haver-hi diferències amb els resultats de persones que no estan institucionalitzades.

Línies futures d'intervenció amb persones grans vulnerables haurien de continuar treballant les habilitats socials en les quals no s'ha vist una millora, per aconseguir una eficàcia completa en un futur.

Referències bibliogràfiques

Benavides, C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107-112.

<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>

Caballero, F. (2011). Elaboración y aplicación de un programa de desarrollo de habilidades sociales en adultos mayores. *Eureka: Asunción*, 8(1), 100-113.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2220-90262011000100011&lng=es&nrm=iso

Campos, L., i Huertas, C. (2011). Hacia la comprensión integral de los procesos de vejez y envejecimiento desde las diferentes perspectivas. *Tendencias y Retos*, 1(16), 111-123.

Cardona, D., i Peláez, E. (2012). Envejecimiento poblacional en el siglo XXI: oportunidades, retos y preocupaciones. *Revista Salud Uninorte*, 28(2), 335-348.

Casas, F. (1999). Calidad de vida y calidad humana. *Papeles del Psicólogo*, 74(1), 46-54.

<https://www.papelesdelpsicologo.es/resumen?pii=812>

De Castro, A. (1990). La Tercera Edad, tiempo de ocio y cultura. Madrid: Narcea.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). La psicología de la vejez. *Encuentros Multidisciplinarios*, 6(16), 11-22.

<http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistanº16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf>

Fernández i Rodríguez (2018). Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Las Personas Mayores en España. Colección de Personas Mayores.

<https://www.segg.es/media/descargas/informe-personas-mayores-2018-IMSERSO.pdf>

Gil, E. (2004). El poder gris: una nueva forma de entender a la vejez. Barcelona: *Espasa Calpe*.

Gutiérrez, B., Linares, J. J., i Grande, M. L. (2011). El concepto de bienestar en las residencias de personas mayores. *Evidentia*, 8(36).

<http://www.index-f.com/evidentia/n36/ev3600.php>

Hinojo, L., i Fernández, F. (2002). Diseño de un programa formativo para la mejora de las habilidades sociales en personas mayores. *Pedagogía Social: Revista Interuniversitaria*, 9, 309-319.

<https://www.redalyc.org/pdf/1350/135018332016.pdf>

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2022). Indicadores de estructura de la población. <https://www.ine.es>.

- Kim, Y., i Ghim, H. (2018). The Effects of Social Skills Training Program in the Elderly. *The Korean Journal of Developmental Psychology*, 31(2), 61-82
<https://doi.org/10.35574/KJDP.2018.06.31.2.61>
- Lara, R., Vázquez, M. L., Ogallar, A., i Godoy-Izquierdo, D. (2020). Psychosocial resources for hedonic balance, life satisfaction and happiness analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 1-18.
<https://doi.org/10.3390/ijerph17165684>
- Monjas, M. I. (2000). *Programas de enseñanza de habilidades de interacción social (PEHIS) para niños y niñas en edad escolar*. Madrid: Editorial CEPE. Ciencias de la Educación Preescolar y Especial.
- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo: un marco político (2002). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(S2) 74-105.
<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanolageriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-activo-un-marco-politico-13035694>
- Orte, C., Sánchez-Prieto, L., i Valero, M. (2022). Introducció. A Orte, C. (dir.). *Anuari de l'Envelliment. Illes Balears 2022*. Palma: Universitat de les Illes Balears.
- Pérez, J. (2010). El envejecimiento de la población española. *Investigación y ciencia*, 410, 34-42.
- Ramos, F. (2001). Salud y calidad de vida en las personas mayores. *Tabanque: Revista Pedagógica*, 16, 83-104.
- Roca, E. (2003). *Cómo mejorar tus Habilidades Sociales: programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional*. Valencia: ACDE Ediciones.
- Sánchez, D., i Egea, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de Población*, 17(69), 151-185.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Yanguas, J. (2006). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional*. Colección Estudios Serie Personas Mayores. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales.

Autores

JÚLIA BATALLA CARDONA

Maó (2001). Graduada en Educació Social per la Universitat de les Illes Balears. Pràctiques del grau realitzades a la Llar d'Ancians de Palma.

LIDIA SÁNCHEZ-PRIETO

Cadís (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.

**LA CONTRIBUCIÓ DEL PROGRAMA DE
TERMALISME SOCIAL DE L'IMSESO
A L'ENVELLIMENT SALUDABLE EN
UNA SOCIETAT DEMOGRÀFICAMENT
HIPERENVELLIDA**

La contribució del Programa de Termalisme Social de l'Imsero a l'envelliment saludable en una societat demogràficament hiperenvellida

Pablo Saz Peiró
Olga Martínez Moure

Resum

En l'actualitat, Espanya té una població envellida, una realitat que és resultat de les tendències demogràfiques que es poden rastrejar dècades enrere. Aquesta situació és comuna a molts països de la Unió Europea. Amb un increment cada vegada més notable del grup d'edat de persones grans, és essencial centrar l'anàlisi en els factors que promouen l'envelliment actiu. És precisament en aquest context d'anàlisi que volem situar el Programa de Termalisme Social de l'Imsero, que és l'objecte d'estudi d'aquest treball. Aquest programa constitueix una prestació sociosanitària complementària a les que ja ofereix la Seguretat Social i el seu propòsit principal és oferir als adults grans que necessitin per prescripció mèdica un tractament per a malalties respiratòries o osteoarticulars l'oportunitat d'accedir a estades en balnearis associats al programa a preus reduïts.

En les pàgines següents, i mitjançant enfocament interdisciplinari, ens centrarem a analitzar aquest programa. El nostre objectiu final és destacar la necessitat de promoure aquest programa al màxim, ja que es presenta com un servei assistencial essencial per millorar la qualitat de vida d'una població que envelleix progressivament. Específicament, després d'analitzar-ne els aspectes clau, abordarem la relació entre el nombre de persones de 65 anys o més i la disponibilitat de places ofertes per a l'any actual, 2023. A més a més, considerarem l'evolució històrica de les dades. Simultàniament, en farem una anàlisi regional i provincial, ja que considerem fonamental analitzar també aquest fenomen des de la perspectiva territorial.

Per aconseguir-ho, aquest treball adopta un enfocament multimètode. Una vegada establert el marc teòric, abordam la perspectiva quantitativa de l'estudi com un seguiment evolutiu de les dades per comprendre l'evolució del Programa de Termalisme Social de l'Imsero en termes de places disponibles, balnearis afiliats i el seu pressupost assignat. L'anàlisi estadística de les dades, basada en una modelització de regressió, es complementa amb una breu anàlisi territorial. El treball conclou amb una sèrie de propostes destinades principalment a revitalitzar els balnearis que actualment estan tancats i que, havent demostrat les propietats saludables de les seves aigües, seria molt convenient que recuperassin l'activitat anterior. A més, destacam que aquesta optimització de l'activitat hauria de basar-se en un nou estudi detallat de l'aigua i en una reconfiguració integral dels espais.

Resumen

En la actualidad, España cuenta con una población envejecida, una realidad que es el resultado de las tendencias demográficas que se pueden rastrear décadas atrás. Esta situación es común en muchos países de la Unión Europea. Con un incremento cada vez más notable en el grupo de edad de las personas mayores, es esencial centrar el análisis en los factores que promueven el envejecimiento activo. Es precisamente en

este contexte de anàlisi que volem situar el Programa de Termalismo Social del Imsero, que és el objecte de estudi de este treball. Este programa constitueix una prestació sociosanitària complementària a la que ofereix la Seguritat Social, i el seu propòsit principal és brindar als adults majors que necessiten, per prescripció mèdica, un tractament per malalties respiratòries o osteoarticulars la oportunitat d'accedir a estancies en balnearis associats al programa a preus reduïts.

En les pàgines següents, i mitjançant un enfocament interdisciplinari, ens centrarem en analitzar este programa. El nostre objectiu final és ressaltar la necessitat de promoure al màxim este programa, ja que es presenta com un servei assistencial essencial per millorar la qualitat de vida d'una població que envella progressivament. Específicament, després d'analitzar els aspectes clau, abordarem la relació entre el nombre de persones de 65 anys o més i la disponibilitat de places ofertes per a l'any actual, 2023. A més, considerarem l'evolució històrica dels dades. Simultàniament, realitzarem un anàlisi regional i provincial, ja que considerem fonamental també analitzar este fenomen des de la perspectiva territorial.

Per aconseguir-ho, este treball adopta un enfocament multimètodo. Una vegada establert el marc teòric, abordem la perspectiva quantitativa del estudi com un seguiment evolutiu dels dades per comprendre l'evolució del Programa de Termalismo Social del Imsero en termes de places disponibles, balnearis afiliats i el seu pressupost assignat. L'anàlisi estadístic dels dades, basat en una modelització de regressió, es complementa amb un breu anàlisi territorial. El treball conclou amb una sèrie de propostes destinades principalment a revitalitzar els balnearis que actualment estan tancats i que, havent demostrat les propietats saludables de les aigües, seria molt convenient que recuperaran la seva activitat prèvia. A més, destacem que esta optimització de la seva activitat hauria de basar-se en un nou estudi detallat de l'aigua i en una reconfiguració integral dels espais.

1. Introducció i enquadrament metodològic

Tenint en compte les noves tendències demogràfiques, confirmades i analitzades des de diverses dècades per l'INE (2021 i 2023), les estadístiques d'EUROSTAT (2023) i el Llibre Verd de l'Organització Europea (OE) sobre envelliment (Comissió Europea, 2021), és evident que Espanya és una societat que envella progressivament. De fet, en el context concret de la Unió Europea, Espanya es converteix en un dels casos més exemplars d'aquest procés de creixement constant, tot i que la tendència cap a un envelliment extrem és compartida per molts països de la Unió. Per aquest motiu, és essencial fer un anàlisi interdisciplinari sobre la importància de l'envelliment actiu.

En aquest sentit, cal destacar l'existència d'un consens en la doctrina que subratlla la importància de promoure un temps lliure de qualitat i la prevenció en allò que s'ha anomenat «els anys tardans».

És precisament en aquest context d'anàlisi que el Programa de Termalisme Social de l'Imsero, objecte d'estudi d'aquest treball, troba el seu marc. En les pàgines següents, ens centrarem en una anàlisi exhaustiva d'aquest programa. Basant-nos en els múltiples estudis mèdics i socials, tot i que amb un enfocament necessàriament interdisciplinari, que confirmen els beneficis que els banyistes de la tercera edat experimenten després de les estades termals, plantejam una perspectiva sociològica. Aquest enfocament, però, es basa en una evidència mèdica sòlida.

En aquesta anàlisi, examinarem diverses variables associades al programa amb l'objectiu final de subratllar la importància de promoure al màxim aquest servei assistencial, ja que es configura com un recurs essencial per millorar la qualitat de vida d'una població que envelleix progressivament.

Des del nivell més general fins al particular, es presenta la part aplicada de les dades, en què s'analitzen diverses variables i ens ocupam de determinar la ràtio de persones de 65 anys i més en relació amb les places disponibles per a l'any en curs, 2023. A més, aquesta anàlisi es contextualitza mitjançant la història de les dades i incorpora una perspectiva autonòmica i provincial, la qual es considera crucial per a una comprensió més completa des d'un punt de vista territorial.

L'enfocament d'aquest treball es basa en una metodologia multimètode. Inicialment, es parteix d'una base teòrica construïda mitjançant una revisió bibliogràfica, seguint els «lineaments teòrics de la recerca quantitativa en Ciències Socials», com descriu Rivadeneira (2017, pp. 121-127).

La perspectiva quantitativa del treball se centra en l'anàlisi evolutiva de les dades per comprendre com ha evolucionat el Programa de Termalisme Social de l'Imsero. Això implica analitzar les places disponibles, els balnearis afiliats al programa i el pressupost assignat. Pel que fa a l'anàlisi del pressupost, s'utilitzen dades des del 2013 (encara que s'hi inclouen xifres anteriors) fins al 2023. A partir d'aquestes dades, es fa l'estudi estadístic per extrapolar els valors fins al 2026 i analitzar les tendències futures. D'aquesta manera, podem crear funcions que ajuden a predir els valors futurs del pressupost per a l'any 2026. Es parteix de la idea que la dependència estadística és una relació establerta entre variables, la qual ens permet, si coneixem els valors de les variables independents, obtenir una idea aproximada del comportament futur o la tendència de la variable dependent. L'objectiu de la regressió és determinar el valor que agafarà la variable dependent quan coneixem els valors de les variables

independents (en aquest cas, X_1, X_2, \dots, X_n). Aquest model ens ajuda a visualitzar el pressupost en l'interval de temps del 2013 al 2023. Posteriorment, com es descriurà a la secció aplicada de les dades, es realitza un ajust mitjançant una regressió polinòmica de grau 2.

2. El context demogràfic en el qual s'emmarca el Programa de Terminalisme Social de l'Imsero

Segons les anàlisis de prospectiva realitzades per l'Institut Nacional d'Estadística (INE, 2021), la població de la Unió Europea presenta un alt grau d'envelliment, com a resultat de tendències que poden ser rastrejades durant diverses dècades. En el context demogràfic actual, la proporció de persones de 80 anys o més ha experimentat un increment en pràcticament tots els Estats membres de la UE en el període que va des de l'any 2001 fins al 2020. El darrer informe de la Comissió Europea (2023) assenyalava que, per a l'any 2070, hi haurà menys de dos ciutadans en edat activa per cada persona que superi l'edat de jubilació, per país. La preocupació de la Comissió no es limita únicament a les qüestions relacionades amb les despeses en pensions, sinó que abasta tots els aspectes referents a la gestió dels diferents sistemes sanitaris dels Estats membres. De fet, com assenyalen Pérez-Díaz et al. (1998), l'envelliment de la població ha de ser objecte d'un estudi profundament sociològic, atès l'impacte que té en tota la societat i, en particular, en el context dels sistemes de benestar.

Centrant-nos en l'any 2023, tal com assenyalava el Llibre Verd de l'OE sobre envelliment (Comissió Europea, 2021), la ràtio de dependència de les persones de la tercera edat a la Unió Europea adquireix un caire extremadament preocupant. El Llibre Verd de l'OE coincideix amb aquestes conclusions, tal com es desprèn dels informes posteriors de la Comissió Europea (2023). Segons EUROSTAT (2023), en consonància amb l'anterior tesi de la Comissió Europea (2023), la població en edat de treballar a l'OE disminuirà progressivament, tot i prendre en consideració els fluxos migratoris, que contribueixen de manera significativa a la natalitat, arribant al que, segons Pérez (2002), s'anomena la «maduresa de les masses». Pel que fa a Espanya, l'INE ha elaborat diversos informes en els quals destaca l'increment continuat de la població d'edat avançada (INE, 2021, 2023).

Tenint en compte les tendències assenyalades per les fonts esmentades, cal destacar la idea que les polítiques socials han d'orientar-se cada vegada més cap a la satisfacció de les necessitats de la població adulta gran, un grup demogràfic d'importància especial. Aquesta importància no només rau en la seva presència numèrica, significativa a les nostres societats, sinó també en la seva vulnerabilitat, que, en determinats contextos,

pot ser accentuada. Com és àmpliament conegut, l'envelliment de la població implica canvis en diverses esferes, com ara la biològica, psicològica i social. Alguns autors, com Rodríguez i Rodríguez (1999), fins i tot parlen del «repte d'envellir», fent referència al problema de la dependència. En la mateixa línia, Pérez (1999) aborda el tema del «repte de la dependència en la vellesa» a l'obra *Proyección de personas dependientes al horizonte 2021*. La situació demogràfica actual de les societats desenvolupades deriva de diverses transformacions demogràfiques (Pérez, 2001). Per a una perspectiva més àmplia sobre la dependència basada en el principi de solidaritat, es remet el lector a l'article de Saz (2019) titulat «Atención a la dependencia», publicat a la *Revista de Medicina Naturista*.

Tenint en compte el creixent pes de la població adulta gran, és essencial promoure aquestes polítiques socials a les quals fem referència, amb l'objectiu de desenvolupar estratègies i programes que fomentin l'autonomia personal i el benestar d'aquest grup d'edat tan rellevant. En aquest context, els programes amb orientació preventiva i de rehabilitació adquireixen un paper absolutament central.

Les Nacions Unides (ONU, 2023) insten els governs a desenvolupar i promoure diverses iniciatives destinades a fomentar la independència de les persones grans. És crucial posar en marxa un ampli ventall d'activitats relacionades amb la prevenció i la promoció de la salut, des d'una perspectiva integral. Això inclou controlar malalties i malalties cròniques no transmissibles, reforçar els sistemes sanitaris millorant l'accessibilitat i l'eficiència, promoure un envelliment actiu per a les persones grans i oferir-los opcions d'oci de qualitat.

Com es pot observar, aquesta qüestió té unes connotacions mèdiques essencials (Olshansky et al., 1993), però necessàriament ha de tenir també un tractament de caràcter interdisciplinari.

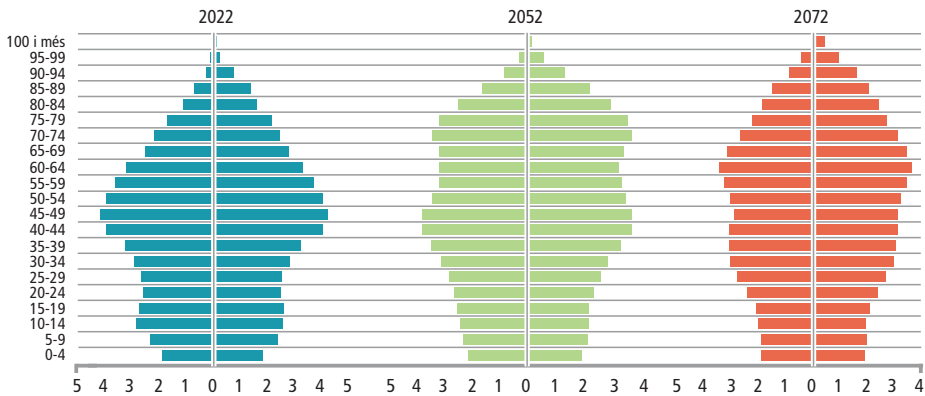
El gràfic següent il·lustra una piràmide d'edat que reflecteix una estructura demogràfica inestable, prenent en consideració la població estimada per a les diverses cohorts d'edat en milions de persones i analitzant les tendències des de l'any 2022 fins a l'any 2072. Es pot observar de manera evident com la forma de la piràmide poblacional experimenta canvis significatius, revelant les característiques pròpies dels diferents models demogràfics.

Les estimacions indiquen que, l'any 2050, aproximadament un 30% de la població resident a Espanya tindrà més de 65 anys. La relació de dependència respecte de les persones grans en el marc de l'OCDE ha de ser necessàriament un desafiament que els països hauran d'assumir els pròxims anys. Tenint en compte que l'envelliment actiu promou la millora de la qualitat de vida, la salut i l'autonomia personal dels adults

grans, és en aquest context que se situa el Programa de Termalisme Social de l'Imsero. En aquest apartat, ens concentrarem en la importància de l'envelliment actiu com a factor clau per millorar la qualitat de vida dels adults grans.

Gràfic 1 | Evolució de la piràmide demogràfica espanyola des de l'any 2022 fins al 2072

Població prevista para cada cohorte de edad. En millones de personas



Font: INE (2023)

3. L'envelliment actiu com a clau per fomentar la qualitat de vida de la població més gran

Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2023), l'envelliment actiu es pot descriure com el procés d'optimització de totes les oportunitats de benestar disponibles en la salut, la participació i la seguretat al llarg de tota la vida, amb l'objectiu de millorar l'esperança de vida i la qualitat dels anys viscuts. Aquesta definició està intrínsecament vinculada amb la independència i la funcionalitat dels adults grans en el context social integral. Així doncs, és en aquest context global que se situa el Programa de Termalisme Social de l'Imsero.

Hi ha un consens en la comunitat científica en relació amb l'envelliment actiu, que destaca la importància de fer exercici físic estructurat i adaptat a les capacitats funcionals de les persones grans. Aquest enfocament contribueix significativament al manteniment de la salut i de les habilitats funcionals de les persones grans, així com a endarrerir el procés de deterioració i fragilitat. Com es descriu en l'estudi de Saz et al. (2011, pp. 18-23), l'exercici físic s'identifica com la millor estratègia per prevenir la

discapacitat associada al procés d'envelliment i reduir els riscos de patologies cròniques. A més a més, l'exercici físic realitzat en entorns naturals, com els balnearis, aporta un valor afegit, ja que, com assenyala Saz (2020), facilita la recuperació de les «habilitats físiques ancestrals».

Hi ha una gran quantitat d'estudis que reforcen aquesta mateixa línia d'argumentació. Un exemple destacat és el treball de Laredo-Aguilera et al. (2017), que es caracteritza per la seva àmplia recerca i anàlisi exhaustiva sobre els efectes positius de l'exercici físic en les persones grans com a mesura eficaç de prevenció. En aquest estudi, es fa una recerca exhaustiva que abasta revisions sistemàtiques, estudis experimentals, estudis quasiexperimentals i estudis descriptius. La selecció de les fonts es basa en les bases de dades IBECs, CUIDEN, LILACS, PUBMED i el cercador Google Scholar. L'objectiu principal de l'estudi és recopilar evidència empírica sobre com l'exercici físic pot endarrerir la deterioració cognitiva i reduir el risc de caigudes i lesions en les persones grans. Els resultats d'aquesta revisió revelen que l'exercici físic en les persones grans endarrerix la discapacitat, la depressió i la deterioració cognitiva. Aquesta evidència subratlla la importància de l'envelliment actiu com una dimensió biogràfica i social, que vol assegurar el benestar i el desenvolupament òptim en totes les etapes de la vida. Aquesta perspectiva, tal com la defineix l'OMS (2002), s'aplica tant de manera individual com grupal, i es basa en l'assoliment del potencial de benestar màxim al llarg de tot el cicle vital.

Aquestes publicacions posen de manifest l'interès creixent de la comunitat científica per destacar el paper crític de l'exercici físic en la prevenció de la deterioració cognitiva. Aquesta qüestió té un ampli suport de les associacions internacionals, com l'American Psychiatric Association. La deterioració cognitiva, com assenyalen Trachtenberg i Trojanowski (2008), es pot definir com una síndrome que es deriva de causes orgàniques i que afecta tant les funcions mentals com les intel·lectuals. Aquesta problemàtica és una de les més preocupants per a la societat, en gran part a causa del seu impacte en les relacions socials (American Psychiatric Association, 1987). És important destacar que, segons diversos estudis nacionals i internacionals, els tractaments farmacològics sovint no són totalment efectius per frenar els efectes negatius de la deterioració cognitiva. Això ha generat un creixent interès per les estratègies no farmacològiques, amb un enfocament especial en l'exercici físic, com una eina fonamental per retardar i prevenir la deterioració cognitiva en el procés d'envelliment. Aquesta perspectiva està en línia amb les recomanacions de l'American College of Sports Medicine (1998, pp. 975-991), que subratlla la importància tant de la quantitat com de la qualitat de l'exercici físic per a la salut de les persones adultes grans.

Els estudis, com el realitzat per Leirós-Rodríguez i García-Soidán (2012), evidencien els efectes positius de l'activitat física en la prevenció dels «síntomes demencials».

Aquests autors subratllen que l'exercici físic al llarg de tota la vida, i particularment durant la maduresa fins a la tercera edat, està associat amb una menor probabilitat de patir deterioració cognitiva (Leirós-Rodríguez i García-Soidán, 2012).

Tal com indiquen Latorre-Román, Arévalo-Arévalo i García-Pinillos (2016), hi ha una relació entre la disminució de l'activitat física i la sarcopènia. A l'apartat següent, ens centrarem en el Programa de Termalisme Social de l'Imsero i les seves característiques principals. Abans de detallar l'operativa de les dades, es presentarà una breu secció en la qual es faran ressaltar les contribucions d'aquest programa a la promoció de l'envelliment actiu.

4. El Programa de Termalisme Social de l'Imsero i la seva contribució a l'envelliment actiu

4.1. Descripció breu del Programa

El Programa de Termalisme de l'Imsero, que forma part de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials del Govern d'Espanya, s'inclou en el marc de les polítiques i les accions públiques de naturalesa social i econòmica. Té com a objectiu principal promoure la salut i la inclusió social de les persones grans, fomentant-ne al mateix temps l'envelliment actiu (Martínez et al., 2013). Per obtenir una descripció més completa i detallada d'aquest programa, vegeu la tesi doctoral titulada «Balnearis de Galícia: estudi antropològic i sociosanitari del Programa de Termalisme Social de l'Imsero», realitzada per Martínez (2012) i dirigida pel Dr. Saz Peiró.

La normativa que serveix de base per al Programa de Termalisme de l'Imsero per a l'any 2023 es troba establerta a l'Ordre SSI/1688/2015, de 30 de juliol, que regula el Programa de Termalisme de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials, i a la Resolució de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials de 21 de novembre de 2022 que convoca les places destinades als pensionistes interessats a participar en el Programa de Termalisme.

4.2. Aportacions del Programa a l'envelliment actiu de l'adult gran

Hi ha consens en la doctrina a l'hora de destacar la importància de combinar l'activitat física amb una dieta saludable. Aquesta combinació ajuda a augmentar la força muscular de les persones grans i a prevenir-ne la fragilitat, millorant-ne, en darrer terme, la qualitat de vida (Rydwik et al., 2010). El Programa de Termalisme Social de l'Imsero, en el marc de la promoció de l'activitat física entre les persones grans, està integrat en el Pla Integral de Promoció de l'Esport i de l'Activitat Física (Pont, 2006). De fet, un dels components clau del Programa de Termalisme Social de l'Imsero que està directament relacionat amb la promoció de l'envelliment actiu és l'agenda d'activitats

físiques que ofereix el programa. Per exemple, a l'Estació Termal de Jaraba, després del reconeixement mèdic als usuaris, els proposen activitats de senderisme i de bicicleta de muntanya.

Són innumerables els estudis que demostren l'increment en la sensació de millora que es produeix després d'un tractament termal. Un exemple d'això es pot trobar en la investigació de Martínez (2010) en la qual, mitjançant un treball de camp a Baños de Molgas, s'han recollit resultats que mostren l'increment del benestar experimentat pels participants després de l'estada al balneari.

Un cop s'ha proporcionat un context general d'anàlisi sobre la contribució del Programa a l'envelliment actiu, l'epígraf següent se centra en l'explicació de l'anàlisi de les dades. Això inclou l'evolució del nombre de balnearis, places i el cost total, així com les places assignades i la ràtio de persones per plaça. L'estudi conclou amb una breu anàlisi territorial, amb l'objectiu de destacar la importància de certes estacions termals que són autèntiques fonts de salut, però que, lamentablement, romanen tancades en l'actualitat.

Així mateix, existeix una àmplia literatura, tant nacional com internacional, que ha demostrat que, des de la perspectiva de la salut, els balnearis representen un estalvi significatiu per al sistema sanitari públic, ja que ofereixen tractaments adequats per prevenir malalties cròniques en la població adulta gran.

5. El Programa de Termalisme Social de l'Imsero des de l'anàlisi de les xifres

En aquesta secció aplicada de l'estudi, s'analitza el Programa de Termalisme de l'Imsero des d'una perspectiva evolutiva a través de les dades quantitatives. En primer lloc, es presenta l'evolució del nombre de balnearis, places i el cost total del Programa des de l'any 1990 fins a l'any en curs, 2023. Aquesta anàlisi abasta un període significatiu que permet extreure'n conclusions rellevants.

Taula 1 | *Evolució del nombre de balnearis, places participants en el Programa i cost total*

Any	Nre. de balnearis	Nre. de places	Cost total (milers d'euros)
1990	31	29.965	
1991	34	36.000	
1992	39	45.000	

continua

Any	Nre. de balnearis	Nre. de places	Cost total (milers d'euros)
1993	43	49.790	
1994	47	53.108	
1995	49	57.960	
1996	49	61.279	
1997	53	65.000	
1998	57	69.000	
1999	57	75.000	13.059,39
2000	61	79.961	14.089,43
2001	65	84.359	14.656,58
2002	69	91.675	15.825,43
2003	69	92.902	16.975,10
2004	67	118.499	17.366,64
2005	68	125.168	18.752,53
2006	76	158.226	24.395,75
2007	80	169.395	27.589,59
2008	84	183.872	31.968,83
2009	90	196.399	31.982,68
2010	103	204.158	33.827,65
2011	105	206.770	34.701,68
2012	103	196.396	32.208,73
2013	103	187.761	30.185,99
2014	104	209.222	34.577,75
2015	103	207.606	35.872,06
2016	98	196.494	29.840,82
2017	99	198.021	31.020,63
2018	100	186.367	32.040,21
2019	104	184.440	32.015,14
2020*	106	10.292	1.702,01
2021	81	2.759	608,07
2022	102	192.000	35.343,36
2023	93	192.000	35.109,12

Font: BOE (2022) (https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-19903)

* A causa del Reial decret 463/2020, de 14 de març, que va declarar l'estat d'alarma per gestionar la crisi sanitària causada per la COVID-19, es varen prendre diverses mesures restrictives, com la suspensió de l'activitat hotelera i la limitació dels viatges i la mobilitat, segons l'article 34 del Reial decret llei 8/2020, de 17 de març, que preveia mesures urgents extraordinàries per abordar l'impacte econòmic i social de la COVID-19. Aquesta situació va tenir un impacte significatiu en el Programa de Termalisme Social de l'Imserso, ja que molts dels balnearis participants varen haver de tancar al públic.

En la taula anterior, es mostra l'evolució del nombre de balnearis, places i cost total del Programa de Termalisme de l'Imsero des de l'any 1990 fins a l'any actual, 2023. A partir de les dades, s'aprecia que el nombre de balnearis ha experimentat un creixement sostingut, tot i que amb algunes oscil·lacions notables, com es posa de manifest en l'anàlisi de les xifres. Les disminucions més significatives varen tenir lloc els anys 2016 i 2017, fins a assolir un màxim de 106 balnearis adscrits al programa l'any 2020. L'any 2021 es va produir una disminució en el nombre de balnearis participants, seguida per una important recuperació el 2022. Finalment, el 2023 es constata una nova reducció en la quantitat de balnearis que participen en el Programa.

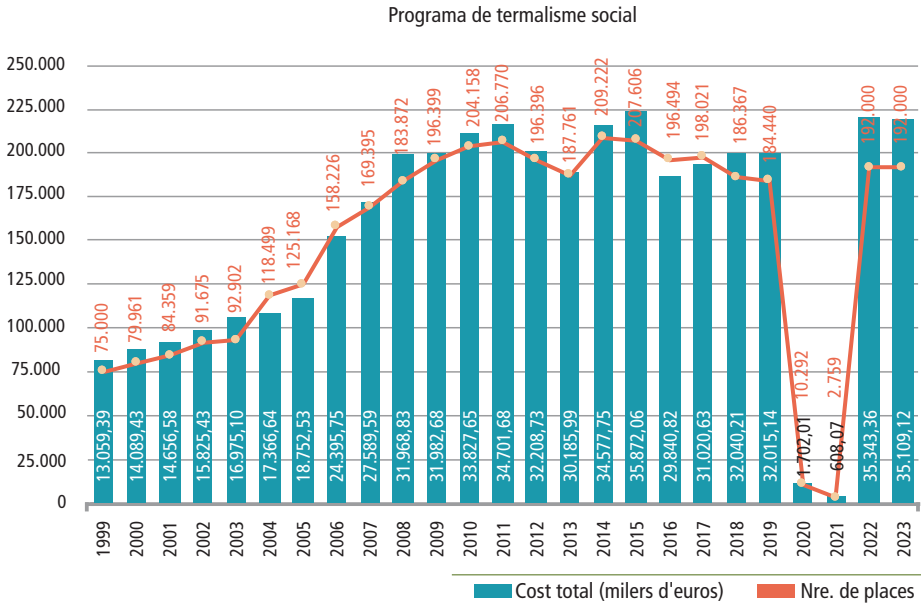
Tenint en compte l'anàlisi del nombre de places que es mostra a la taula 1, es constaten també algunes fluctuacions, i no es pot observar una tendència constant al llarg de tot el període considerat en l'estudi. S'aprecia un màxim de 209.222 places l'any 2014, seguit d'una caiguda dràstica els anys 2020 i 2021, a causa de la pandèmia de covid. Cal recordar que el Reial decret 463/2020, de 14 de març, va declarar l'estat d'alarma, amb la suspensió de l'activitat hotelera i restriccions significatives de mobilitat, segons l'article 34 del Reial decret llei 8/2020, de 17 de març, que va establir mesures urgents extraordinàries per fer front a l'impacte econòmic i social de la covid. La recuperació d'aquesta caiguda s'observa en els darrers anys analitzats, 2022 i 2023, tot i que no s'arriba als nivells registrats els anys 2016 i 2017. A més, és remarcable que els anys 2022 i 2023 mostren exactament la mateixa xifra de places adscrites al Programa.

El cost total del Programa, expressat en milions d'euros, ha experimentat una tendència clarament ascendent, com es pot veure a les xifres presentades a la taula 1, amb alguns descensos pronunciats durant la crisi sanitària, els efectes de la qual ja han estat detallats. Les xifres del cost total del Programa, que superen els 35 milions d'euros en els anys 2022 i 2023, mostren una situació financera saludable, segons el criteri del cost total, tal com s'analitza ara. És important constatar, així mateix, que el programa no es veu afectat en el criteri de cost total atribuït durant els anys de crisi financera. No obstant això, la crisi sanitària de la covid va tenir un impacte significatiu en la variable de cost total, possiblement a causa de la suspensió de l'activitat hotelera.

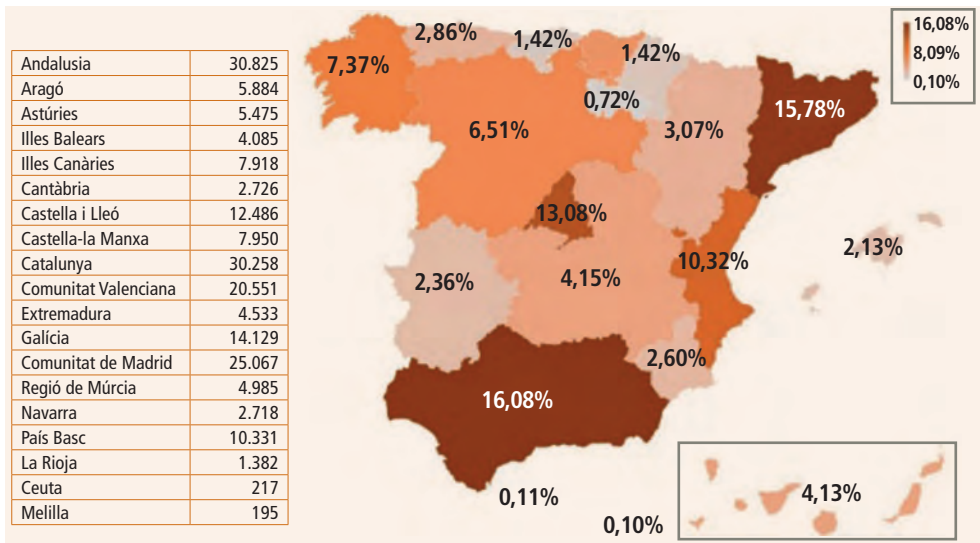
L'evolució dels indicadors nombre de places i cost total (en milers d'euros), per al període de 1999 a 2023, es presenta en el gràfic següent, que il·lustra de manera visual el que s'ha esmentat anteriorment. Es pot observar com els valors de les variables triades experimenten una caiguda pronunciada durant els anys 2020 i 2021, però es recuperen en el darrer any analitzat, 2023, i tornen a nivells similars als valors històrics.

Enguany, el 2023, es disposa d'un total de 192.000 places assignades entre els 93 balnearis participants en el Programa. La distribució territorial d'aquests balnearis a les diferents comunitats autònomes es mostra en el mapa següent.

Gràfic 2 | Evolució d'indicadors nombre de places i cost total (milers d'euros) per al període 1999-2023



Font: Elaboració pròpia

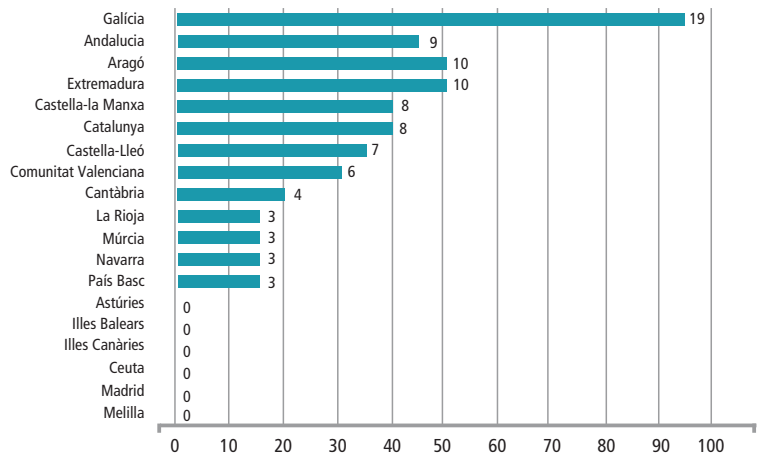


Mapa 1. Oferta de places i distribució percentual de l'any 2023

Font: BOE (2022)

En el gràfic següent es mostren les dades dels balnearis participants l'any 2023 i la seva distribució per comunitats autònomes. Aquesta representació visual posa de manifest la manca de representació territorial d'algunes comunitats en el Programa, ja que per a l'any 2023 n'hi ha que no tenen cap balneari participant (Institut de Gent Gran i Serveis Socials, 2022).

Gràfic 3 | *Nombre de balnearis participants (any 2023)*



Font: BOE (2022) (https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-19903)

Taula 2 | *Ràtio de persones de 65 anys i més per plaça oferta (any 2023)*

	65 anys i més*	Places assignades**	Ràtio de persones per plaça
Andalusia	1.482.200	30.825	48,08
Aragó	274.800	5.884	46,70
Astúries, Principat d'	260.500	5.475	47,58
Balears, Illes	196.400	4.085	48,08
Canàries, Illes	379.900	7.918	47,98
Cantàbria	128.600	2.726	47,18
Castella i Lleó	576.900	12.486	46,20
Castella-la Manxa	368.600	7.950	46,36
Catalunya	1.430.000	30.258	47,26
Comunitat Valenciana	984.800	20.551	47,92

continua

	65 anys i més*	Places assignades**	Ràtio de persones per plaça
Extremadura	213.400	4.533	47,08
Galícia	681.000	14.129	48,20
Madrid, Comunitat de	1.179.900	25.067	47,07
Múrcia, Regió de	241.600	4.985	48,47
Navarra, Comunitat Foral de	126.300	2.718	46,47
País Basc	488.500	10.331	47,28
Rioja, La	65.100	1.382	47,11
Ceuta	12.100	217	55,76
Melilla	7.700	195	39,49

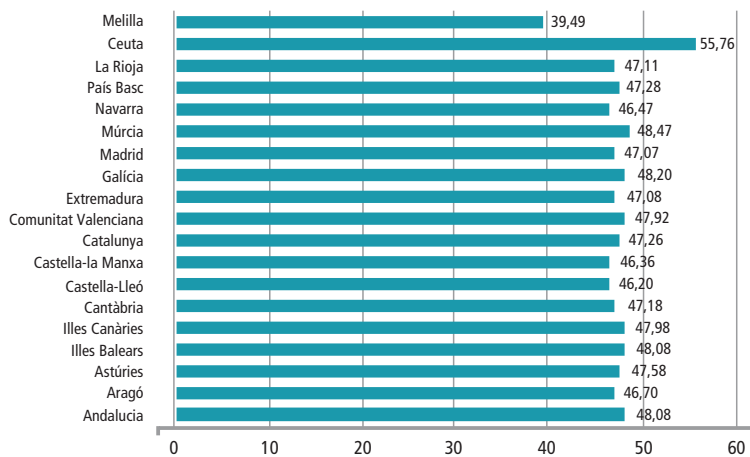
* Valors més actualitzats a l'INE (2021).

** 285 places reservades per a espanyols residents a Europa (places per a l'any 2023).

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE (2023) i de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials (2022). BOE núm. 286, de 29 de novembre de 2022, p. 163253-163275.

Les dades indiquen que en totes les comunitats hi ha una proporció similar de persones de més de 65 anys per plaça, fet que suggereix que les places adscrites al Programa estan distribuïdes de manera bastant equitativa en totes les regions. No obstant això, Ceuta té la major proporció de persones de més de 65 anys per plaça, la qual cosa pot indicar més necessitat de recursos en aquesta àrea. D'altra banda, Melilla mostra una tendència contrària, amb una proporció més baixa segons el criteri establert.

Gràfic 4 | Ràtio de persones de 65 anys i més per plaça oferta (any 2023)



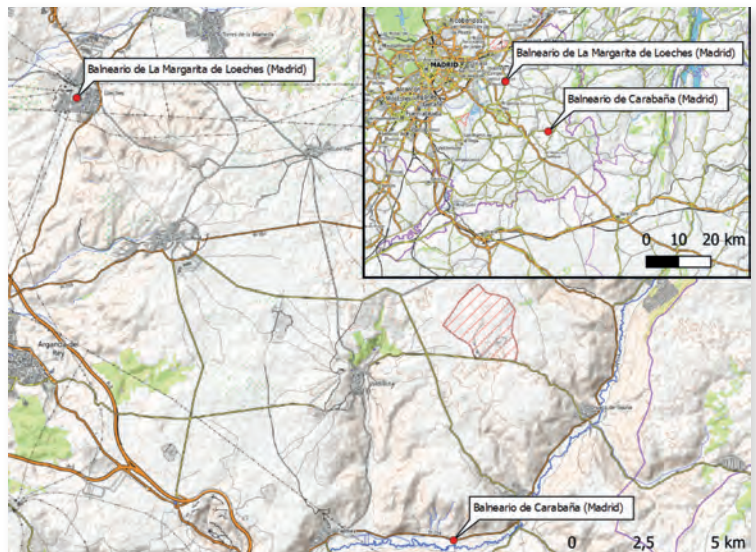
Font: Elaboració pròpia a partir de les dades de l'INE (2023) i de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials (2022). BOE núm. 286, de 29 de novembre de 2022, p. 163253-163275.

Com s'ha exposat en les pàgines anteriors, tot i que existeix una distribució relativament equilibrada de les places segons determinats factors i criteris territorials, és evident que hi ha algunes comunitats autònomes que no disposen de cap balneari adherit al Programa per a l'any 2023, la qual cosa constitueix una manca de representació territorial notable. Concretament, aquestes comunitats no disposen de balnearis participants, segons les dades de l'Institut de Gent Gran i Serveis Socials (2022). Aquest fet implica un desaprofïtament dels recursos hídrics d'aquestes regions. Un cas destacable és el de Madrid, on es troba el balneari de Carabaña, que té una mineralització especial, i el balneari de Loeches, amb instal·lacions gairebé en desús i que té aigües amb propietats curatives per a malalties com l'herpes i diferents trastorns cutanis crònics.



Mapa 2. Situació del balneari de La Margarita (Loeches) i del balneari de Carabaña

Font: Google Maps

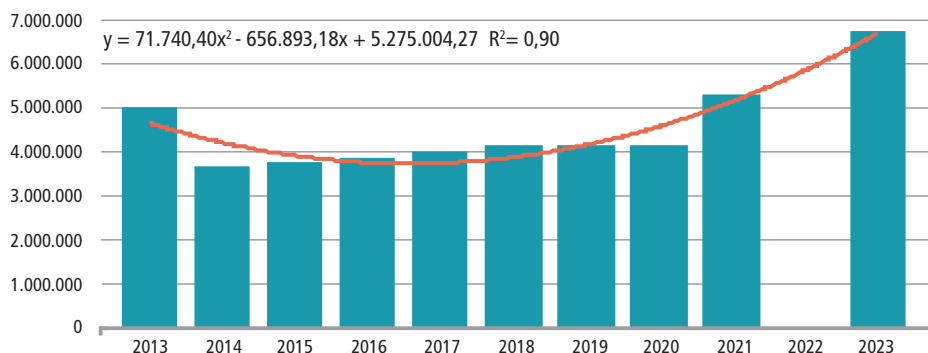


Font: Google Maps

Mapa 3. Situació del balneari de La Margarita (Loeches) i del balneari de Carabaña

Es tanca aquest apartat fent una anàlisi del pressupost destinat al Programa de Termalisme Social de l'Imserso. Començam examinant els valors registrats des de l'any 2013 fins a l'any 2023. A partir d'aquesta informació, extrapolarem els valors per als pròxims anys fins al 2026, amb l'objectiu d'identificar i analitzar les tendències futures. És important destacar que la dependència estadística es refereix a la relació entre les variables, la qual ens permet preveure el comportament o les tendències futures de la variable dependent, encara que no puguem determinar-la amb exactitud. En altres paraules, la regressió ens ajuda a estimar el valor que prendrà la variable dependent (en aquest cas, el pressupost) quan coneixem els valors de les variables independents (en aquest cas, X1, X2, ..., Xn). Per representar gràficament els valors del pressupost en l'interval de temps de 2013 a 2023 i realitzar un ajust mitjançant una regressió polinòmica de segon grau, obtenim la imatge següent dels resultats:

Gràfic 5 | *Pressupost de l'Imserso (2013-2023) en milers d'euros*



Font: elaboració pròpia. * Dades no disponibles per a l'any 2022.

Amb la fórmula obtinguda en el gràfic anterior, podem establir els valors prevists per als pròxims anys.

Taula 3 | *Estimació futura del pressupost de l'Imserso per als pròxims anys en milers d'euros*

2024	2025	2026
7.722.903,71	8.859.520,53	10.139.618,15

Font: Elaboració pròpia

Com es pot apreciar en la previsió, la tendència continua sent la mateixa que en anys anteriors, amb un petit increment en el pressupost cada any.

6. Reflexions finals

Com s'ha esmentat anteriorment en aquest treball, Espanya s'enfronta al desafiament de l'envelliment actiu. L'OMS destaca la importància que la dècada de 2021 a 2030 es dediqui necessàriament a promoure l'envelliment saludable.

En aquest treball, s'ha fet una anàlisi evolutiva del Programa de Termalisme Social de l'Imsero segons diferents criteris d'anàlisi i també una anàlisi específica del pressupost assignat al Programa. Per elaborar-les, hem realitzat un estudi estadístic amb l'objectiu d'extrapolar els valors fins a l'any 2026 i analitzar-ne la tendència, tenint en compte l'històric de dades. Hem desenvolupat funcions que ens permeten preveure els possibles valors futurs del pressupost per a l'any 2026, mitjançant una regressió polinòmica de segon grau, com s'explica a la secció de dades aplicades.

A més de l'anàlisi quantitativa, també hem exposat la contribució del Programa a l'envelliment actiu. Les dades analitzades posen de manifest una infrautilització significativa de les aigües mineromedicinales, les quals tenen un gran potencial per millorar la salut. Malauradament, molts dels balnearis continuen tancats actualment. Hem destacat que existeix una àmplia base teòrica que demostra que els balnearis podrien representar un important estalvi per al sistema sanitari públic mitjançant els tractaments adequats per a la prevenció de malalties cròniques en persones grans que participen en el Programa.

Aquests espais tenen un gran potencial de creixement i, per tant, s'hauria de promoure l'obertura dels balnearis que actualment romanen tancats, amb una perspectiva centrada en la salut, la innovació i la sostenibilitat. Aquesta obertura hauria de ser precedida per estudis detallats de les seves aigües, així com de la condició del terreny i l'accés als balnearis. En aquest treball hem destacat el cas d'alguns balnearis a Madrid que han romàs tancats durant molts anys, fet que resulta en una representació insuficient d'aquesta comunitat autònoma en termes de nombre de balnearis participants en el Programa.

Referències bibliogràfiques

American College of Sports Medicine (1998). American College of Sports Medicine position stand. The recommended quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory and muscular fitness, and flexibility in healthy adults. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 30, 975-991.

American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington. Editorial APA.

Cinco Días. Economía (2023). *El envejecimiento poblacional europeo, una crisis económica silenciosa y a cámara lenta*.

<https://cincodias.elpais.com/economia/2023-04-04/el-envejecimiento-poblacional-europeo-una-crisis-economica-silenciosa-y-a-camara-lenta.html>

Comisión Europea. (2021). *Libro verde sobre el envejecimiento. Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones*. Servicios Editoriales de la Comisión. <https://op.europa.eu/es/publication-detail/-/publication/d918b520-63a9-11eb-aeb5-01aa75ed71a1>

Comisión Europea. (2023). *Los efectos del cambio demográfico en Europa*. Servicios Editoriales de la Comisión.

https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/impact-demographic-change-europe_es

EUROSTAT. (2023). *Archive. Estructura demográfica y envejecimiento de la población*. Publicaciones de EUROSTAT.

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/es&oldid=364916

Instituto Nacional de Estadística. (2021, junio). *Una población envejecida. La proporción de mayores de 80 años casi se duplicó entre 2001 y 2020*.

https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-1c.html?lang=es

Instituto Nacional de Estadística. (2023, junio). *Pirámides de población de España: ayer, hoy y mañana*. https://www.ine.es/infografias/infografia_dia_poblacion.pdf

Instituto de Mayores y Servicios Sociales. (2022, junio). *Programa de Termalismo Social del IMSERSO Temporada 2022*.

<https://imserso.es/espacio-mayores/envejecimiento-activo/programa-termalismo-imserso>

Latorre-Román, P., Arévalo-Arévalo, J., i García-Pinillos, F. (2016). Association between leg strength and muscle cross-sectional area of the quadriceps femoris with the physical activity level in octogenarians. *Revista Biomédica*, 36(2), 258- 264.

<https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i2.2654>

Laredo-Aguilera, J. A., Carmona-Torres, J. M., i Mota-Cátedra, G. (2017). El envejecimiento activo. La importancia de la actividad física en las personas mayores. Estudio de revisión narrativa. *Revista de Transmisión del Conocimiento Educativo y de la Salud*, 9(2), 143-166.

Leirós-Rodríguez, R., i García-Soidán, J. (2012). Los programas de revitalización geriátrica: posibilidades de los parques públicos para promocionar la actividad física saludable en personas mayores. Una revisión bibliográfica. *Revista Fisioterapia*, 34(6), 267-274. <https://doi.org/10.1016/j.ft.2012.05.006>

Martínez, O., Saz, P., i Ortiz, M. (2013). El Programa de Termalismo Social del IMSERSO. Evolución y tendencias de futuro. *Aposta: Revista de Ciencias Sociales*, 59, 1-24.

Martínez, O. (2012). *Balnearios de Galicia. Estudio antropológico y sociosanitario del Programa de Termalismo Social del IMSERSO*. Ediciones del Orto.

Martínez, O. (2010). Estudio de la sensación de mejoría de una población balnearia de la tercera edad tras la cura termal en el Balneario de Baños de Molgas. *Revista de Medicina Naturista*, 4 (2), 37-42.

Olshansky, S., Carnes, B., i Cassel, C. K. (1993). Envejecimiento de la especie humana. *Investigación y Ciencia*, 201, 8-15.

Organización de las Naciones Unidas. (2023, marzo). *Europa tiene que abordar el envejecimiento de su población ya*. <https://news.un.org/es/story/2021/03/1489612>

Organización Mundial de la Salud. (2023, marzo). *Década del envejecimiento saludable (2021-2030)*. <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>

Orden SSI/1688/2015, de 30 de julio, por la que se regula el Programa de Termalismo del Instituto de Mayores y Servicios Sociales y la Resolución, de 21 de noviembre de 2022, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se convocan plazas para pensionistas que deseen participar en el Programa de Termalismo. BOE núm. 286, de 29 de noviembre de 2022, 163253-163275.

Orden SSI/1688/2015, de 30 de julio, por la que se regula el Programa de Termalismo del Instituto de Mayores y Servicios Sociales. BOE núm. 190, de 10 de agosto de 2015, 71728-71733.

Pérez, J.D. (1999). Proyección de personas dependientes al horizonte 2021. A R.

Moragas (Ed.), *El reto de la dependencia al envejecer*. Herder.

Pérez, J.D. (2001). *Transformaciones sociodemográficas en los recorridos hacia la madurez. Las generaciones españolas 1906-1945*. (Tesi doctoral, UNED, Madrid). <https://digital.csic.es/handle/10261/16849>

Pérez, J.D. (2002). *La madurez de las masas*. Ediciones del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Pérez-Díaz, V., Chuliá, E., i Álvarez-Miranda, B. (1998). *Familia y sistema de bienestar. La experiencia española con el paro, las pensiones, la sanidad y la Educación*. Fundación Argentaria-Visor.

Rodríguez, P. R. (1999). El problema de la dependencia en las personas mayores. A R. Moragas (Ed.), *El reto de la dependencia al envejecer*. Herder.

Pont, P.G. (2006). *Plan Integral de promoción del deporte y la actividad física*. Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/varios-plandeporte-01.pdf>

Resolución de 21 de noviembre de 2022 del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, por la que se convocan plazas para pensionistas que deseen participar en el Programa de Termalismo. BOE núm. 286, de 29 de noviembre de 2022, 163253-163275.

Rivadeneira, E. M. (2017). Lineamientos teóricos y metodológicos de la investigación cuantitativa en Ciencias Sociales. *Revista In Crescendo Institucional*, 8(1), 121-127.

Rydwik, E., Frändin, K., i Akner, G. (2010). Effects of a physical training and nutritional intervention program in frail elderly people regarding habitual physical activity level and activities of daily living. A randomized controlled pilot study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 51(3), 283-289.

Saz, P., Gálvez, J. J., Ortiz, M., i Saz, S. (2011). Ejercicio físico. *Revista de Medicina Naturista*, 5(1), 18-23.

Saz, P. (2019). Atención a la dependencia. *Revista de Medicina Naturista*, 13(2), 5-6.

Saz, P. (2020). El ejercicio natural. *Revista de Medicina Naturista*, 14(2), 23-30

Saz, P. (2021). Interpretando la situación médica y social del coronavirus. *Revista de Medicina Naturista*, 15(1), 3-5.

Trachtenberg, D., i Trojanowski, J. (2008). Dementia: a word to be forgotten. *Archives of Neurology*, 65(5), 593-595.

World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. WHO Ed.

Autors

PABLO SAZ PEIRÓ

Pablo Saz Peiró és doctor en Medicina i Cirurgia. Ha estat director coordinador del títol propi de la Universitat de Saragossa en Medicina Naturista. També ha exercit com a director del grup de recerca Eudokia, que va ser declarat grup de recerca emergent per la Comunitat Autònoma d'Aragó. Amb més d'un centenar de treballs publicats en el camp de la medicina preventiva, és el director de la Revista Medicina Naturista de la Universitat de Saragossa.

OLGA MARTÍNEZ MOURE

Olga Martínez Moure és llicenciada en Empresarials, graduada en Economia i doctora en Sociologia per la Universitat de Saragossa. La seva tesi doctoral, titulada «Balnearios de Galicia, estudio antropológico y sociosanitario del Programa de Termalismo Social del Imserso», va ser dirigida pel doctor Pablo Saz Peiró i defensada al Departament de Medicina Preventiva i Salut Pública de la Universitat de Saragossa. Des de l'any 2009, és professora a la Universitat a Distància de Madrid (UDIMA). A partir de la tesi doctoral, les seves principals publicacions han estat enfocades en l'àmbit de l'envelliment actiu, especialment en el marc del Programa de Termalismo Social de l'Imserso.

**URGÈNCIES EN PACIENTS GERIÀTRICS.
CAL UN NOU MODEL ASSISTENCIAL**

Urgències en pacients geriàtrics. Cal un nou model assistencial

Bernardí Comas Díaz

Alexandra Guiu Martí

Jordi Puiguriquer Ferrando

Resum

L'envelliment poblacional és una realitat, com també ho és la formació precària en aspectes geriàtrics en els programes formatius dels metges que han d'assistir els pacients grans. És per aquest motiu que conceptes poc emprats a urgències, com el d'ancià fràgil, o algunes escales de qualitat de vida i de dependència s'incorporen al dia a dia dels professionals dels serveis d'urgències. Atès que en l'actualitat hi ha una tendència imparable a l'increment del nombre de pacients amb aquest perfil als hospitals, es fa necessari proposar canvis de models assistencials com el que es planteja en aquest capítol, que integri les escales de valoració de fragilitat i dependència funcional en la pràctica assistencial i on es prioritzin aspectes diferents dels que són vigents i que se centren més a tractar les patologies dependents del temps, i molt poc, o gens, a atendre les necessitats d'una manera més global.

Resumen

El envejecimiento poblacional es una realidad, como también lo es la precaria formación en aspectos geriátricos en los programas formativos de los médicos que deben asistir a los pacientes mayores. Por este motivo, conceptos poco utilizados en urgencias, como el de anciano frágil, o algunas escalas de calidad de vida y de dependencia están incorporándose al día a día de los profesionales de los servicios de urgencias.

Dado que existe una tendencia imparable en estos momentos a que se incremente el número de pacientes con este perfil en los hospitales, se hace necesario proponer cambios de modelos asistenciales como el que se plantea en este capítulo, integrando las escalas de valoración de fragilidad y de dependencia funcional en la práctica habitual, y donde se prioricen aspectos diferentes a los vigentes, que están más centrados en tratar las patologías tiempo-dependiente, y muy poco, o nada, en atender sus necesidades de una manera más global.

1. Introducció

Els canvis demogràfics dels darrers anys, amb un envelliment poblacional evident, ens porten a un escenari actual on la població de més de 65 anys ja arriba al 20% del total, i amb una tendència creixent en els pròxims anys. Aquestes xifres tenen

impacte en molts aspectes paral·lels a la demografia, com són els socials, els econòmics i, òbviament, els sanitaris.

Se sap que, malgrat que aquest grup d'edat de manera global fa un ús més correcte del sistema sanitari que el de les persones més joves, a causa de l'increment del nombre de malalties relacionades precisament amb l'envelliment, presenta unes taxes de freqüentació d'urgències superiors, estades més perllongades, més proves complementàries i necessitats d'ingrés hospitalari notablement superiors a la resta. Aquesta realitat afecta molt més el grup de més fragilitat que, tot i que no és exclusiu, sovint es relaciona amb edats superiors als 84 anys, tal com defineixen les enquestes oficials sobre l'estat de salut de la població espanyola de l'any 2020, on el 52,8% de la població de més de 85 anys presentava alguna limitació per a les activitats bàsiques diàries, mentre que en el grup entre 65 i 69 anys aquest percentatge era només del 5,6% (Institut Nacional d'Estadística, INE, Enquesta Europea de Salut 2020 a Espanya). Una conseqüència d'aquesta situació és l'impacte sobre la taxa de freqüentació d'urgències dels més grans de 84 anys, que gairebé dobra la de la resta de la població (819 vs. 463 per cada 1.000 habitants).

La màxima és evident: la situació funcional dels individus (encara més quan estan malalts) es deteriora a mesura que avança l'edat. Però no va ser fins a finals de la dècada dels 90 que no es va plantejar de difondre el coneixement de l'assignatura de Geriatria com a àrea de la Medicina que s'ocupa de les malalties vinculades amb l'envelliment com a part del programa acadèmic formatiu dels estudiants de Medicina a les facultats del nostre país com una assignatura amb contingut docent propi. La seva manca fins aleshores no va ajudar gens a la conscienciació d'aquest problema, ni tampoc a sensibilitzar-ne de la problemàtica, a moltes generacions de metges que encara estem en actiu. Sortosament, en els darrers anys aquesta deficiència s'ha resolt i, tal com succeeix a la Facultat de Medicina de la UIB, la geriatria ja forma part de la majoria de programes docents.

Però quan ens referim a urgències, als dèficits formatius descrits del passat, cal afegir-hi un nou hàndicap formatiu, ja que els metges que hi treballen parteixen d'una formació acadèmica molt variable a causa de la manca d'especialitat reconeguda, històrica i incomprensible que prevegi un pla formatiu homogeni al nostre país. Això fa que, massa sovint, qualsevol estratègia assistencial davant d'una assistència urgent se centri a tractar principalment la causa de l'episodi (el motiu de consulta) dirigida a descartar o identificar l'existència d'alguna patologia dependent del temps, sense reconèixer o valorar com caldria les necessitats de l'ancià d'una manera més global.

Partint de la premissa que qualsevol estada a urgències ja representa intrínsecament un risc, cal tenir en compte que, en els casos dels pacients més fràgils, aquest risc

s'incrementa de manera notable a causa de la pluralitat de tractaments que reben i de les pluripatologies prèvies que ja patien. Per tant, la possibilitat que sorgeixin més complicacions o efectes adversos que en la resta de pacients és molt alta i, per això, augmenten les estades (i, també, de nou el risc) i se saturen espais assistencials on els recursos són limitats.

Per tot l'esmentat, en els darrers anys han sorgit diverses estratègies per conscienciar les persones en la necessitat de millorar l'assistència a la gent gran a partir del perfeccionament de la detecció i identificació dels casos de més fragilitat i vulnerabilitat, i per propugnar un abordatge integral, possiblement més humanitzat i inexcusablement individualitzat, dirigit de manera fonamental a les seves necessitats. La promoció d'un envelliment saludable i d'un entorn i d'uns hàbits de vida que previnguin l'aparició d'aquesta fragilitat que hem esmentat reiteradament són objectius prioritaris de les polítiques sanitàries recents.

Fruit d'aquestes reflexions i estratègies, al Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Son Espases (HUSE) sorgeix la proposta de la creació d'una unitat d'urgències geriàtriques amb l'objectiu de reorientar l'atenció a la cronicitat en aquest servei de referència de la nostra comunitat autònoma.

2. Dades assistencials globals del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Son Espases

Per adonar-nos del que comporta tot plegat, hem cregut que era oportú aportar dades assistencials globals referents al darrer any 2022, en el qual l'activitat del Servei d'Urgències (SU) ha recuperat els resultats que teníem abans de la pandèmia de la covid, l'any 2019, amb un total de 131.153 urgències ateses en l'àrea d'adults (de més de 14 anys), un 11,5% dels quals van ingressar a planta d'hospitalització. Un 22% de tota aquesta activitat correspon a pacients d'altres sectors sanitaris, en molts casos, per assistències vinculades a la nostra condició d'hospital de referència de les Illes Balears.

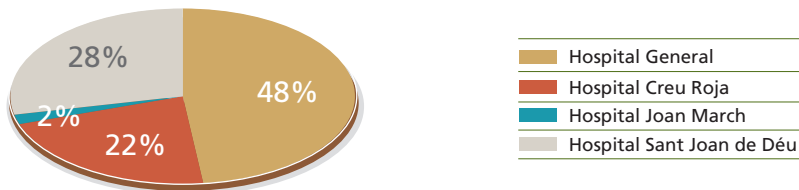
En relació amb l'any precedent (2021), s'han incrementat un 16,33% les urgències d'adults, sense gaire impacte en el nombre de pacients morts (comptabilitzats només els que han tingut lloc en el mateix servei) o els ingressos en planta d'hospitalització. Pel que fa als trasllats a altres centres, sí que han augmentat, tot i que en un percentatge menor (taula 1), i es van centrar principalment (gairebé la meitat del total) en derivacions a Hospitals d'Atenció Intermèdia (HAI), centres sociosanitaris o de llarga estada de la xarxa pública sanitària balear amb els quals tenim convenis (gràfic 1).

Taula 1 | *Evolució en el nombre de pacients atesos entre els anys 2021 i 2022 al Servei d'Urgències d'adults a l'Hospital Universitari Son Espases*

	2022	2021	% de diferència
Ambulatoris	115.069	97.408	18,13%
Èxits	117	116	0,86%
Ingressos	15.124	14.436	4,77%
Trasllats	843	786	7,25%
	131.153	112.746	16,33%

Font. Servei d'Urgències d'adults de l'Hospital Universitari Son Espases (2021-2022)

Gràfic 1 | *Percentatge en el nombre de derivacions des d'urgències als Hospitals d'Atenció Intermèdia (HAI) de la xarxa pública sanitària balear*



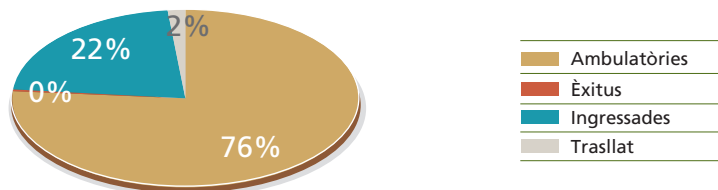
Font. Servei d'Urgències d'adults de l'Hospital Universitari Son Espases (2021-2022)

3. Dades assistencials de pacients de més de 65 anys

L'any 2022, el Servei d'Urgències de Son Espases va atendre 32.596 pacients de més de 65 anys (el 24,78% de les urgències totals). La majoria de les urgències ateses en aquesta franja d'edat van ser donades d'alta (76%) i un 24% van necessitar ingrés en el mateix hospital; si a aquest percentatge li afegim els trasllats a altres centres, observem que el percentatge d'ingrés o d'hospitalització a partir dels 65 anys (gràfic 2) dobla el de la resta de pacients (que està a l'entorn del 13%).

A la taula 2 es presenten les dades assistencials en grups d'edat i se separen els de més de 65 anys en dues franges (de 66 a 80 anys i els de més de 80 anys).

No es disposen de dades concretes relacionades amb el grau de dependència funcional que tenien aquests pacients de més de 65 anys, ja que fins ara no s'han fet servir escales per valorar-la ni per avaluar el grau de fragilitat en el procés assistencial habitual al servei d'urgències.

Gràfic 2 | Nombre d'urgències ateses l'any 2022 en pacients de més de 65 anys, segons destinació

Font. Servei d'Urgències d'adults de l'Hospital Universitari Son Espases (2022)

Taula 2 | Urgències totals ateses l'any 2022, per grups d'edat

Franja d'edat	Nombre total d'urgències ateses
0-14 anys	31.570 (19%)
15-65 anys	98.931 (61%)
66-80 anys	21.915 (13%)
>80 anys	10.681 (7%)
TOTAL	163.097

Font. Servei d'Urgències d'adults de l'Hospital Universitari Son Espases (2022)

Malgrat aquesta mancança, sí que hem pogut saber que durant l'any 2022 es van atendre 13.297 pacients identificats com a pacients crònics complexos (PCC) o pacients crònics avançats (PCA), com es definirà en l'apartat 6.3, amb un increment d'uns 500 pacients més de les mateixes característiques que l'any anterior (un 4% d'increment). Aquestes dades són prou rellevants, i més encara si tenim en compte la premissa que quan un pacient es classifica com a PCA, el seu centre hospitalari de destinació hauria de ser prioritàriament un HAI i hauria d'evitar, sempre que fos possible, el centre de referència.

Les 1.429 atencions a urgències de pacients PCA són un indicador clar de la saturació d'aquest sistema i de la necessitat d'implementar propostes de millora.

4. Estudi EDEN

El projecte EDEN (Emergency Department and Elder Needs) és un grup de treball multicèntric dins el qual participa el Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Son Espases. Va sorgir l'any 2019 promogut per la Societat Espanyola de Medicina d'Urgències

i Emergències (SEMES) i té com a objectiu principal l'ampliació del coneixement sobre aspectes sociodemogràfics, organitzatius, clínics, assistencials i evolutius de la població de 65 o més anys que assisteix a consulta als SU dels hospitals espanyols.

De cada episodi es recollien fins a 228 variables primàries corresponents a dades sociodemogràfiques (edat, sexe, forma d'arribada a urgències, consulta mèdica prèvia, situació d'acompanyament a domicili i disponibilitat d'ajuda social), de comorbiditat, de l'estat funcional (dependència segons l'escala de Barthel, comorbiditat segons l'índex de comorbiditat de Charlson, caigudes en els sis mesos previs i existència de diagnòstics de demència i depressió), dels tractaments de base, d'aspectes clínics, del consum de recursos diagnòstics i terapèutics anteriors a aquest episodi (proves diagnòstiques, actuacions terapèutiques, necessitat d'ingrés o altra utilització de recursos) i del diagnòstic final a urgències. També es van intentar recollir dades de seguiment després d'aquest episodi d'atenció urgent o d'hospitalització mitjançant la consulta de la seva història clínica informatitzada.

Aquest projecte va ser aprovat pel Comitè d'Ètica en Investigació Clínica de l'Hospital San Carlos de Madrid (protocol HCSC/22/005-E) i pretén crear una base de dades d'una cohort de pacients de més de 65 anys, seguint en tot moment els principis ètics de la Declaració d'Hèlsinki.

Com a resultat de totes les dades obtingudes fins ara, s'han publicat, sempre en revistes d'impacte, els resultats relacionats amb aspectes tan rellevants com: la relació de la mortalitat d'aquest grup d'edat amb la seva situació funcional o el lloc on resideixen habitualment, l'impacte de la pandèmia en aquestes edats, el consum de recursos relacionats amb la situació funcional i l'edat dels pacients, i, molt recentment, la importància de començar a integrar les escales de fragilitat com a eines rutinàries als serveis d'urgències.

5. Escales de fragilitat

La fragilitat és un estat clínic, sovint molt associat a l'edat, caracteritzat per la menor reserva fisiològica i de la funcionalitat de múltiples òrgans i sistemes, que genera una disminució de la capacitat per fer front a factors estressants, ja siguin crònics o aguts. Aquest estat clínic s'associa a resultats adversos en salut (més risc de caigudes, més mala recuperació, més infeccions, polimediació, més hospitalitzacions i, aquestes, més perllongades). A més, hi ha una relació clara entre fragilitat i progressió a discapacitat o dependència, però no existeix una eina que es consideri de referència per tal de mesurar aquesta fragilitat. Actualment, les escales es basen a avaluar un model físic o un model multidimensional.

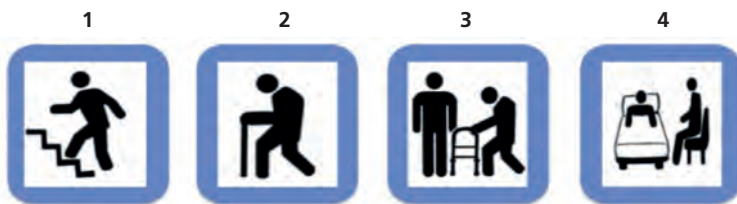
- **Model físic.** L'escala valora la fragilitat en funció de cinc ítems físics: pèrdua de pes, debilitat muscular, fatiga, marxa lenta i baixa activitat física.
- **Model multidimensional.** Són escales que valoren àrees diferents: física, funcional, mental i sociofamiliar. Per exemple, les escales següents:
 - Escala FRAIL (qüestionari de cinc preguntes que valora el cansament, la resistència, la capacitat aeròbica, les comorbiditats i la pèrdua de pes).
 - Índex de Lawton-Brody (mesura la capacitat funcional mitjançant vuit ítems) i índex de Barthel (mesura la capacitat de la persona per realitzar 10 activitats de la vida diària).

Ambdues escales són d'una utilitat i aplicació escasses als serveis d'urgències, ja que sempre fa falta un cuidador per complementar-les i cal molt de temps per poder-les avaluar amb un cert rigor.

Per a serveis d'urgències disposem d'escales utilitzades en alguns estudis recents que permeten fer una valoració més ràpida del pacient i, sobretot, són molt sensibles per identificar pacients ancians amb més risc de tenir una mala evolució a l'episodi. Dins aquest grup més específic per als serveis d'urgències tenim l'escala CFS (Clinical Frailty Scale) i l'escala FIM (Functional Index eMergency).

- L'escala FIM està dissenyada per fer una avaluació abreviada de la situació funcional segons quatre vinyetes. Seria l'equivalent al CFS, més breu i no necessitaria el personal sanitari; la podria respondre el cuidador (gràfic 3).

Gràfic 3 | Representació visual de l'escala FIM (Funcional Index eMergency)



Font. Imatge proporcionada gentilmente per l'autor de l'article (Fernández et al., 2023)

- L'escala CFS valora la comorbiditat, la funcionalitat i l'estat cognitiu, i es basa en el judici clínic del personal sanitari. Ens permet classificar el pacient en nou estadis: de l'estadi 1 (salut plena) fins a l'estadi 9 (pacient malalt de manera terminal; gràfic 4).

Gràfic 4 | Representació visual de l'escala CFS (Clinical Frailty Scale)

Clinical Frailty Scale (CFS)

1) En forma:

Gente robusta, activa, con energía y motivación. Esta gente realiza ejercicios de forma regular. Son los más aptos físicamente para su edad.



2) Bien de salud:

Gente que no tiene enfermedad aguda ni síntomas de enfermedades crónicas pero que realiza menos actividad física que los anteriores. Ocasionalmente hacen ejercicio físico adecuado, por ejemplo, dependiendo de la temporada.



3) Adecuado manejo:

Gente cuyos problemas médicos están controlados pero que no realizan actividad física salvo dar paseos.



4) Vulnerable:

No necesitan ayuda de otras personas para las actividades Básicas de la Vida Diaria, pero los síntomas de sus enfermedades frecuentemente les limitan sus actividades. La queja común es que se sienten muy lentos o cansados durante el día.



5) Levemente frágil:

Gente que habitualmente presenta una evidente marcha lenta y que precisan ayuda para actividades instrumentales de la vida diaria (finanzas, transportes, actividades domésticas pesadas, administración de fármacos). Progresivamente van teniendo dificultad para salir solos, realizar compras, preparación de las comidas y actividades domésticas.



6) Moderadamente frágil:

Gente que necesita ayuda para realizar actividades fuera del domicilio y el cuidado del hogar. Habitualmente requieren ayuda para subir escaleras, ducharse. Precisan ayuda mínima o supervisión para vestirse.



7) Gravemente frágil:

Completamente dependiente de un cuidador ya sea por limitación física o cognitiva. Se encuentran estables y sin alto riesgo de mortalidad a los 6 meses.



8) Muy gravemente frágil:

Gravemente dependiente y que se acerca al final de su vida. Difícilmente recuperables ante una enfermedad menor.



Font. Imatge proporcionada gentilmente per l'autor de l'article (Fernández et al., 2023)

6. Proposta d'un nou model assistencial al Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Son Espases

Aquest escenari ens obliga a planificar noves estratègies de valoració i intervenció, des de la posada en marxa de protocols específics fins a la definició de circuits per a la ubicació final d'aquests pacients.

Se sap que l'ingrés hospitalari convencional, en aquests casos, no sempre va associat al benefici esperat, sinó que augmenta el risc de síndrome confusional aguda, infeccions nosocomials, estrès i situacions de desconfort per a pacients i famílies, increment de la immobilitat, caigudes, polimediació o iatrogènia, ús de catèters, errors i equivocacions, úlceres per pressió, incontinència, així com altres síndromes geriàtriques que deriven en més mortalitat i en un increment de costos econòmics.

S'han publicat diferents maneres d'intentar evitar trasllats a urgències dels malalts pluripatològics avançats en el nostre entorn; la majoria estan orientades a una identificació precoç des d'Atenció Primària d'un perfil específic de pacients, i, en aquests casos, si l'assistència hospitalària és necessària, fer-la directament als HAI. En el nostre cas: Hospital General, Hospital Sant Joan de Déu i Hospital Creu Roja, o bé a centres sociosanitaris (on inclouríem les residències).

Tot i aquesta intervenció de primer nivell, una vegada que el pacient ja ha estat derivat a urgències és important optimitzar els ingressos hospitalaris i adequar l'assistència que s'ofereix a aquest perfil de pacients. Amb aquest objectiu sorgeixen estratègies diferents, no excloents entre si, entre les quals n'hi ha una que volem presentar en aquest treball: la creació d'una unitat d'urgències geriàtriques o d'atenció al pacient crònic, amb circuits i maneig diferencial en relació amb les urgències convencionals, que estigui vinculada al Pla d'atenció a les persones amb patologies cròniques, liderat pel Servei de Salut de les Illes Balears.

6.1. Objectiu principal de la unitat d'urgències geriàtriques o d'atenció al pacient crònic

Implantació d'un model d'actuació específic i diferenciat per a les urgències de pacients geriàtrics amb pluripatologies complexes i/o avançades, prèviament ja identificats, que puguin arribar al servei d'urgències.

6.2. Objectius secundaris d'aquesta unitat

Malgrat que la identificació prèvia dels pacients a qui va dirigida aquesta nova unitat està gairebé sempre garantida abans que arribin, caldrà preveure la possibilitat d'establir un sistema intern de detecció del pacient ancià fràgil a urgències que no estigués detectat prèviament.

A partir de la detecció inicial, l'actuació se centrarà a **optimitzar el maneig a urgències amb circuits assistencials independents**, actualitzar els protocols davant les patologies amb més prevalença en aquest grup d'edat descrites en l'apartat 3 i agilitzar la presa de decisions.

La unitat **revisarà els criteris d'adequació d'ingrés hospitalari** i de la sol·licitud de proves complementàries i intentarà cercar espais d'hospitalització on el trasllat o derivació posterior als HAI o a les residències sigui àgil.

Un pilar fonamental d'aquesta unitat serà el **treball, extern a l'hospital, de coordinació amb aquestes institucions receptores** d'aquest perfil de pacients i, òbviament, amb l'atenció primària, que serà responsable de la identificació inicial i del control evolutiu quan el pacient es trobi al seu domicili. **L'establiment d'un programa de comunicació directe i de coordinació** entre el servei d'urgències i ambdós àmbits és bàsic, com també ho serà la definició de circuits assistencials preestablerts. En aquest sentit, s'ha proposat de definir els motius de derivació de pacients quan estiguin institucionalitzats, adaptat als motius de consulta més habituals, així com crear un protocol per fer-ho que eviti estades massa perllongades a l'hospital i que ajusti la derivació als horaris i torns laborals dels professionals que han de resoldre el problema de salut que el motiva. Per tant, serà fonamental establir una comunicació telefònica fluida entre els professionals d'ambdós àmbits.

Amb tot això, hom considera que podrem assolir una millora de l'atenció global i integral del pacient ancià, encara que únicament pugui suposar una disminució de la seva estada innecessària al servei d'urgències, o a l'hospital una vegada ingressat, ja que totes aquestes mesures tenen un objectiu final clar: oferir una resposta assistencial més adequada a les necessitats d'aquests pacients més fràgils i, com a conseqüència, incrementar-ne la seguretat quan siguin a l'hospital. Estem convençuts que això tindrà un impacte positiu, posterior, tant en els familiars com en els professionals que els atenen.

6.3. Població a qui va dirigit aquest nou model

Un dels punts clau d'aquest projecte és la identificació clara i inequívoca dels pacients als quals va dirigit. Actualment, ja està vigent a Atenció Primària el protocol de detecció de pacients amb dos perfils:

1. PCC (pacient crònic complex): pacients en què coexisteixen diverses patologies cròniques amb descompensacions freqüents i risc alt de pèrdua funcional.
2. PCA (pacient crònic avançat): amb criteris de PCC amb una situació funcional de base que ha evolucionat i que suggereix la necessitat d'evitar qualsevol exploració complementària o teràpia agressiva.

Atès que aquest model ja està instaurat, amb una experiència dilatada en aquesta detecció, no cal fer-hi canvis, i els dos perfils descrits en seran els beneficiaris principals.

Òbviament, el primer (PCC) serà el més habitual, ja que el segon molt sovint ja no passa pel Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Son Espases sinó que els seus ingressos es fan directament als HAI des d'Atenció Primària.

La novetat que podria aportar aquest nou model seria la possibilitat de detectar i incloure pacients en qualsevol de les dues categories (PCC o PCA) a urgències de l'hospital en cas que no haguessin estat identificats prèviament.

6.4. Recursos i organització per a aquesta unitat

Tota nova acció comporta habitualment un increment dels recursos existents, però en aquest cas la nova acció no representa un increment del nombre de pacients atesos sinó un canvi en el model d'assistència en un grup que ja s'atén. Per aquest motiu, no es preveu un increment de professionals, ni de metges ni d'infermeria.

Aquests professionals idealment són els que ja fan feina a les unitats de curta estada (adsrites al Servei d'Urgències). Això sí, han de rebre una formació específica per fer aquestes tasques fins ara alienes (identificació i classificació del grau de dependència dels pacients), a més de conèixer els protocols de funcionament i circuits assistencials que es creïn.

És imprescindible que rebin la col·laboració d'altres professionals de l'hospital que participen de manera menys habitual en l'activitat del servei d'urgències, com són les infermeres gestores de casos, els treballadors socials i l'equip d'atenció al pacient. Les aportacions de cada membre d'aquest equip multidisciplinari són clau per a l'èxit d'aquesta proposta.

7. Conclusions

L'envelliment «saludable» és un eslògan desitjat però també utòpic, i, per tant, hem d'estar preparats per afrontar les conseqüències del deteriorament del cos vinculades a l'edat. Si tenim en compte la societat com a col·lectiu, veiem que l'envelliment demogràfic poblacional és obvi i inevitable i que, a la vegada, coincideix amb una saturació dels recursos sanitaris per poder oferir assistència a les exigències.

En aquest escenari es fa imprescindible ser conscients d'aquesta realitat i començar a introduir eines de valoració estandarditzades en el treball diari a tots els nivells del sistema sanitari, també als serveis d'urgències, per tal d'identificar els individus amb graus de dependència més elevats i la seva fragilitat potencial. Hem vist que aquestes escales de valoració i classificació del grau de dependència existeixen i que són vigents.

L'objectiu, doncs, és clar: adaptar la resposta assistencial del Servei d'Urgències a la situació funcional i a les necessitats de cada pacient, per gran que sigui. S'haurà de formar i fomentar que en la mentalitat dels professionals d'urgències es vagin introduint aquests canvis a les prioritats assistencials i, si cal, fugir de teràpies agressives o dependents del temps molt intenses per d'altres que, malgrat que no siguin les predeterminades pel motiu de consulta que ocasiona la visita, puguin oferir una qualitat de vida millor. En altres paraules, hem d'integrar la medicina geriàtrica a urgències.

Referències bibliogràfiques

Aguiló, S. M. (2023). Identificar al paciente frágil en un servicio de urgencias: un esfuerzo urgente y necesario. *Emergencias*, 35(3), 165-166.

Centre d'Investigacions Sociològiques. (2012). *Barómetro sanitario, 2012*. Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat.

https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/BS_2012/B.S.2012total.mar.pdf

Caffrey, C. (2010). Potentially Preventable Emergency Department Visits by Nursing Home Residents: United States, 2004. *NCHS Data Brief*, 33, 1-8.

Conroy, S. P., Ansari, K., Williams, M., Laithwaite, E., Teasdale, B., Dwson, J., Mason, S., i Banerjee, J. (2014). A controlled evaluation of comprehensive geriatric assessment in the emergency department: the 'Emergency Frailty Unit'. *Age Aging*, 43, 109-114. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft087>

González, J., Jacob, J., García-Lamberechts, E.J., Piñera, P., Alquézar-Arbé, A., Llorens, P., Jiménez, S., Quero, F.B., Aguiló, S., Gil-Rodrigo, A., Fernández, C., Burillo-Putze, G., Espinosa, B., Suero, C., Iglesias, M., Quero, E., Hong, J., Llopis, F., Marrón, R., ... Miró, O. (2022). Sociodemografía, comorbilidad y situación funcional basal de los pacientes mayores atendidos en urgencias durante la pandemia de COVID y su relación con la mortalidad: análisis a partir de la cohorte EDEN-Covid. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 34(6), 428-436.

Duaso, E., i López, A. (2009). Valoración del paciente frágil en urgencias. *Emergencias*, 21, 362-369.

Fernández, A. F. (2002). II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37(supl. 2), 1-122.

Fernández, C., Del Arco, C., Torres, R., Madrigal, J., Romero, R., Bibiano, C., Rodríguez, B., Ruiz, M.S., Gutiérrez, S., Del Rey, A., Fuentes, M.E., Martín-Sánchez, F. J. (2023). Rendimiento de tres escalas de fragilidad para predecir resultados adversos a 30 días en los pacientes mayores dados de alta en los servicios de urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 35(3), 196-204.

Pareja, T., Hornillos, M., Rodríguez, M., Martínez, J., Madrigal, M., Mauleón, C., i Álvarez, B. (2009). Unidad de observación de urgencias para pacientes geriátricos: beneficios clínicos y asistenciales. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(4), 175-179.

Repullo, J. R. (2013). Primaria y estrategias de crónicos: venciendo reticencias propias e ignorando despropósitos ajenos. *Atención Primaria*, 45(7), 335.

Rivero-Santana, A., Pino-Sedeño, T. D., Ramallo-Fariña, Y., Vergara, I., i Serrano-Aguilar, P. (2017). Valor de los instrumentos ISAR y TRST para predecir resultados adversos en población general geriátrica asistida en los servicios de urgencias: metanálisis. *Emergencias*, 29(1), 49-60.

Servei de Salut de les Illes Balears. (2017). *Plan de atención al paciente crónico complejo y avanzado*. Subdirecció d'Atenció a la Cronicitat. Conselleria de Salut.

Torres, L. F., Morales, J. M., Jiménez, M., Copé, G., Sánchez, S., i Gómez, J. M. (2013). Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos sanitarios urgentes por pacientes crónicos: estudio de cohortes. *Emergencias*, 25(2), 353-360.

World Health Organization. (2009). *2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes*. World Health Organization.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44009>

Autors

BERNADÍ COMAS DÍAZ

Llicenciat en Medicina i Cirurgia. Facultat de Medicina, Universitat de Saragossa. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària (MIR). Atenció Primària. Illes Balears. Cap del Servei d'Urgències, director de la Unitat de Gestió Clínica del Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Son Espases (del 2014 fins a l'actualitat). Màster Interuniversitari en Seguretat del Pacient i Qualitat Assistencial pel Pla de Qualitat del Sistema Nacional de Salut. Màster en Salut Pública i Educació per a la Salut. ICEPPS. Institut de Formació Mèdica Col·legial. Expert universitari en Gestió d'Unitats Clíniques per l'Instituto de Salud Carlos III. Professor associat de la Facultat de Medicina de la Universitat de les Illes Balears. Director de projecte de la nova unitat assistencial geriàtrica al Servei d'Urgències. Per al treball, a més, ha aportat les dades assistencials globals que es presenten. Revisor final del capítol.

ALEXANDRA GUIU MARTÍ

Lleida, 1973. Llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat de Lleida. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària per la Unitat Docent de Mallorca (any 2003). Metgessa d'urgències hospitalàries a l'Hospital Universitari Son Espases (HUSE) des de l'any 2005. Vocal del grup de Seguretat del Pacient d'Urgències i de l'HUSE. Des de l'any 2015, cap de secció del Servei d'Urgències; forma part de l'equip directiu del servei, gestiona i organitza una atenció al pacient més positiva, i promou una atenció organitzada amb la resta dels integrants del sistema sanitari. Ha recopilat les dades assistencials específiques dels més grans de 65 anys per elaborar el treball i és la coordinadora del projecte de nou model que es presenta.

JORDI PUIGURIGUER FERRANDO

Barcelona, 1961. Llicenciat en Medicina per la Universitat Autònoma de Barcelona i doctor en Medicina per la Universitat de Barcelona. Metge d'urgències i, des de l'any 2006, coordinador de la Unitat de Toxicologia adscrita al Servei d'Urgències de l'Hospital Universitari Son Espases. Investigador principal del grup consolidat de Toxicologia Clínica dins l'àrea de Neurociències a l'Institut d'Investigació Sanitària de Balears (IdISBa). Patró fundador i vocal de la Fundación Española de Toxicología Clínica (FETOC). En els darrers 10 anys ha estat autor de més de 40 articles i publicacions en revistes nacionals i internacionals, sempre en l'àmbit de la toxicologia i les urgències.

En aquest treball és el responsable de la idea inicial del projecte, de la valoració de resultats i de la redacció final.

LA PREVENCIÓN DE LA DELINCUENCIA QUE AFECTA LA GENT GRAN

La prevenció de la delinqüència que afecta la gent gran

Ferran Dídac Lluch I Dubon

Resum

Aquest article ens introdueix en un tema no gaire conegut: la delinqüència que afecta la gent gran i els plans que hi ha per prevenir-la dissenyats per les forces i cossos de seguretat de l'Estat, entre els quals hem destacat en aquest article el paper de la Guàrdia Civil. Uns plans que, tot i la vigència i l'interès, moltes vegades passen desapercebuts, fins i tot entre les persones a les quals s'adrecen.

Estructurem aquesta anàlisi en quatre eixos. En primer lloc, donarem a conèixer algunes xifres sobre els delictes que afecten la població de 65 i més anys i en traurem algunes conclusions quant a la tipologia i l'especial incidència que puguin tenir en el col·lectiu, com ara la importància dels delictes relacionats amb el patrimoni, en especial els que es cometen en els domicilis o amb un elevat risc potencial com les estirades de bosses al carrer, i algunes consideracions referides a la tipologia per sexe dels afectats, que fan que la prevalença sigui més elevada en el cas de les dones, com els abusos sexuals o maltractaments. En segon lloc, aproximarem la població a una de les institucions més ben valorades a les Illes Balears i a tot l'Estat: la Guàrdia Civil, que, amb la Policia Nacional, ha dissenyat el Plan Mayor Seguridad. També en parlarem a la resta dels blocs. En tercer lloc, reflexionarem sobre els efectius de les forces i cossos de seguretat de l'Estat destinats a les Illes Balears i les necessitats que hi ha d'una dotació més gran per atendre'n la població real i les dificultats d'accés a l'habitatge que ocasionen problemes per cobrir la plantilla a l'arxipèlag i, en particular, a les Pitiüses. En aquest apartat, fem un breu repàs a la incorporació de la dona en les forces i cossos de seguretat de l'Estat, la qual, tot i la bretxa de gènere, va guanyant protagonisme progressivament. I, finalment, donarem a conèixer les principals mesures de prevenció i actuació en cas de delicte que adrecen les forces i cossos de seguretat de l'Estat a la població gran. Esperem que aquestes aportacions siguin d'interès pràctic a tots els lectors i que, alhora, sàpiguen que les forces i cossos de seguretat treballen no només en el manteniment i restabliment de l'ordre públic, sinó que una funció bàsica i prioritària seva és la prevenció dels delictes i l'assistència a col·lectius amb necessitats específiques com ara la gent gran.

Resumen

Este artículo nos introduce en un tema no suficientemente conocido: la delincuencia que afecta a la gente mayor y los planes existentes para prevenirla diseñados por las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, entre los que hemos destacado en este artículo el papel de la Guardia Civil. Unos planes que, a pesar de su vigencia e interés, muchas veces pasan desapercibidos incluso para las personas a las que se dirigen.

Estructuramos este análisis en cuatro ejes. En primer lugar, daremos a conocer algunas cifras sobre los delitos que afectan a la población de sesenta y cinco años y más, y estableceremos algunas conclusiones sobre la tipología y la especial incidencia que puedan tener en el colectivo, como la importancia de los delitos relacionados con el patrimonio, en especial los producidos en sus domicilios o con un elevado riesgo potencial como los tirones de bolsos en la calle, y algunas consideraciones referidas a la tipología por sexo de los afectados que determinan que la prevalencia sea mayor en el caso de las mujeres, como los abusos sexuales o los malos tratos. En segundo lugar, acercaremos a la población a una de las instituciones mejor valoradas en las Islas Baleares y en todo el Estado: la Guardia Civil, que, conjuntamente con la Policía Nacional, ha diseñado el Plan Mayor de Seguridad. También hablaremos de la Guardia Civil en los apartados siguientes. En tercer lugar, reflexionaremos sobre los efectivos de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado destinados en las Islas Baleares y la necesidad de una mayor dotación de efectivos para atender a la población real, y las dificultades de acceso a la vivienda que provocan problemas para cubrir la plantilla en el archipiélago y, en particular, en las Pitiusas. En este apartado, hacemos un breve repaso a la incorporación de la mujer a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, que, no obstante la brecha de género, va ganando progresivamente protagonismo. Y, finalmente, daremos a conocer las principales medidas de prevención y actuación en caso de delito que dirigen las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado a la población mayor. Esperemos que estas aportaciones sean de interés práctico a todos los lectores y que, al mismo tiempo, sepan que las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado trabajan no solo en el mantenimiento y restablecimiento del orden público sino que una de sus funciones básicas y prioritarias es la prevención de los delitos y la asistencia a colectivos con necesidades específicas como son las personas mayores.

1. Victimitzacions sofertes per la gent gran

1.1. Introducció

Per saber quins són els principals delictes soferts per la gent gran de les Illes Balears, hem recorregut a les estadístiques de victimització que publica el Ministeri de l'Interior (vegeu les fonts consultades).

Pensem que aquestes dades ens permetran aproximar-nos als delictes soferts per aquest col·lectiu i entendre millor les campanyes específiques per prevenir, fins on sigui possible, les principals tipologies de delictes que els afecten, a partir de l'aplicació d'una sèrie de mesures que es recullen al Plan Mayor Seguridad, que presentarem posteriorment.

Tanmateix, hem de tenir en compte que no pretenem analitzar a fons la delinqüència sinó fer una breu introducció a la qüestió, explicant, en primer lloc, el concepte de victimització utilitzat en aquestes taules del Ministeri i exposant, molt breument, quins són els principals tipus de delictes patits per la gent gran al nostre arxipèlag. En tot cas, i com sempre, us convidem a aprofundir en aquesta matèria accedint directament a les estadístiques del Ministeri.

1.2. El concepte de victimització

El concepte de victimització, pel fet que és un concepte complex i que no sempre s'utilitza en un mateix sentit, s'ha d'entendre amb precisió a l'hora d'interpretar el que significa. Per això, tot seguit us oferim l'explicació metodològica que presenta el Ministeri de l'Interior en el portal d'estadístiques de criminalitat.

El concepte de victimització es refereix al nombre de fets denunciats per les persones que manifesten ser víctimes o perjudicades per alguna infracció penal. És diferent del concepte de víctima, ja que aquest es refereix a persones individuals. En una mateixa denúncia es poden produir diversos fets conjuntament i, fins i tot, poden existir diverses víctimes o perjudicats, i la victimització és el terme que engloba els diferents fets que afecten una determinada víctima. Si encara no heu entès bé el concepte, no us preocupeu, amb l'exemple següent que aporta el Ministeri, la diferència entre víctima i victimització crec que us quedarà bastant clara. Una persona presenta una denúncia i manifesta que, en un període de temps determinat, ha estat objecte de tres fets de maltractaments en l'àmbit familiar i d'un delicte d'amenaces. A més, en aquesta mateixa denúncia manifesta que el seu fill de tres anys també ha estat objecte de maltractaments en una ocasió. Així, numèricament, d'aquesta denúncia se'n deriven les comptabilitzacions següents: – Total de denúncies: 1. – Total de víctimes: 2. – Total de victimitzacions: 5 (3 fets de maltractaments a la dona + 1 delicte d'amenaces a la dona + 1 fet de maltractaments al fill).

1.3. Anàlisi de la tipologia penal de les victimitzacions de la població de 65 i més anys a les Illes Balears

Les dades estatals, que només hem ofert com a xifra anual global, mostren una important tendència creixent en la xifra de victimitzacions que afecten la població de 65 i més anys en el període dels darrers sis anys que us oferim (2016-2021). No obstant això, aquesta tendència no es detecta a les Illes Balears i es podria parlar més aviat d'una certa estabilització, tot i que els anys 2020 i 2021 encara estaven marcats, amb major o menor mesura, per la situació pandèmica i caldrà esperar les dades del període postpandèmic per avaluar-ne la tendència amb un criteri més acurat.

Taula 1 | *Victimitzacions per tipologia penal de la població de 65 i més anys a les Illes Balears. 2016-2021. Total*

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total victimitzacions - 65 i més anys Estat espanyol	107.624	111.395	110.799	123.068	125.915	152.681
ILLES BALEARS						
1. CONTRA LES PERSONES	262	283	278	273	269	308
1.1. Homicidis dolosos / assassinats	2	1	3	3	1	4
1.1.1. Homicidis dolosos / assassinats consumats	1	0	0	0	0	1
1.2. Lesions	143	154	135	138	136	151
1.3. Maltractaments en l'àmbit familiar	110	118	129	123	125	143
1.4. Altres contra les persones	7	10	11	9	7	10
2. CONTRA LA LLIBERTAT	231	277	254	303	354	341
2.1. Maltractaments habituals en l'àmbit familiar	17	18	20	33	33	39
2.2. Altres contra la llibertat	214	259	234	270	321	302
3. LLIBERTAT SEXUAL	6	7	10	7	6	4
3.1. Agressió sexual	2	1	2	1	3	2
3.2. Agressió sexual amb penetració	0	0	0	1	1	0
3.3. Corrupció de menors o incapacitats	0	0	0	0	0	0
3.4. Pornografia de menors	0	0	0	0	0	0
3.5. Altres contra la llibertat i la indemnitat sexual	4	6	8	5	2	2
4. RELACIONS FAMILIARS	0	1	0	2	0	1
5. PATRIMONI	3.216	3.358	4.028	4.250	2.711	2.738
5.1. Furts	2.112	2.167	2.560	2.542	1.017	1.189
5.2. Robatoris amb força en les coses	330	321	347	320	196	227
5.2.1. Robatoris amb força en les coses en vehicles	88	58	57	88	59	75
5.2.2. Robatoris amb força en habitatges	169	177	216	159	96	116
5.2.3. Robatoris amb força en establiments	30	38	34	26	20	16
5.3. Robatoris amb violència o intimidació	116	119	152	138	85	96

continua

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
5.3.1. Robatoris amb violència en via pública	63	82	92	89	44	59
5.3.2. Robatoris amb violència en habitatges	35	16	35	29	27	19
5.3.3. Robatoris amb violència en establiments	2	9	9	6	7	11
5.4. Sostracció de vehicles	58	57	120	69	45	40
5.5. Estafes	233	297	436	793	1.048	792
5.5.1. Estafes informàtiques	86	137	304	564	816	617
5.6. Danys	259	254	308	260	221	278
5.7. Contra la propietat intel·lectual/industrial	0	0	1	0	0	0
5.8. Blanqueig de capitals	0	0	0	0	0	0
5.9. Altres contra el patrimoni	108	143	104	128	99	116
6. SEGURETAT COL·LECTIVA	2	0	7	6	2	7
6.1. Tràfic de drogues	0	0	0	0	0	0
6.2. Contra la seguretat viària	1	0	4	2	2	5
6.3. Altres contra la seguretat col·lectiva	1	0	3	4	0	2
7. FALSEDATS	8	14	24	10	20	38
8. ADM. PÚBLICA	0	0	0	0	0	0
9. ADM. DE JUSTÍCIA	39	50	26	23	46	50
10. ORDRE PÚBLIC	18	28	32	13	17	59
11. LEGISLACIÓ ESPECIAL	0	0	0	0	0	0
12. ALTRES INFRACCIONS PENALS	11	14	10	8	6	8
TOTAL INFRACCIONS PENALS	3.793	4.032	4.669	4.895	3.431	3.554
% Illes Balears / total estatal	3,52	3,62	4,21	3,98	2,72	2,33

Notes:

* Es computen dades provinents de la Guàrdia Civil, la Policia Nacional, la Policia Foral de Navarra i policies locals que proporcionen dades al Sistema Estadístic de Criminalitat durant tota la sèrie històrica.

S'hi incorporen dades de l'Ertzaintza a partir de 2019, i dels Mossos d'Esquadra des de 2020.

** El total és la suma dels homes, les dones i els «no consta». En aquesta publicació s'han suprimit els «no consta».

Font: *Ministeri de l'Interior*

Taula 2. | Victimitzacions per tipologia penal de la població de 65 i més anys a les Illes Balears. 2016-2021. Homes

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total victimitzacions – 65 i més anys Estat espanyol	59.030	61.464	62.858	69.072	70.808	84.037
ILLES BALEARS						
1. CONTRA LES PERSONES	121	125	126	137	136	162
1.1. Homicidis dolosos / assassinats	2	1	3	2	0	4
1.1.1. Homicidis dolosos / assassinats consumats	1	0	0	0	0	1
1.2. Lesions	83	91	82	92	93	101
1.3. Maltractaments en l'àmbit familiar	33	29	36	38	39	51
1.4. Altres contra les persones	3	4	5	5	4	6
2. CONTRA LA LLIBERTAT	124	163	150	165	197	184
2.1. Maltractaments habituals en l'àmbit familiar	5	5	7	8	9	12
2.2. Altres contra la llibertat	119	158	143	157	188	172
3. LLIBERTAT SEXUAL	0	1	1	0	1	0
3.1. Agressió sexual	0	0	0	0	1	0
3.2. Agressió sexual amb penetració	0	0	0	0	0	0
3.3. Corrupció de menors o incapacitats	0	0	0	0	0	0
3.4. Pornografia de menors	0	0	0	0	0	0
3.5. Altres contra la llibertat i la indemnitat sexual	0	1	1	0	0	0
4. RELACIONS FAMILIARS	0	0	0	0	0	0
5. PATRIMONI	1.798	1.963	2.414	2.470	1.529	1.601
5.1. Furts	1.112	1.231	1.480	1.390	553	666
5.2. Robatoris amb força en les coses	214	218	218	213	131	147
5.2.1. Robatoris amb força en les coses en vehicles	67	52	44	64	40	55
5.2.2. Robatoris amb força en habitatges	97	109	125	98	60	67
5.2.3. Robatoris amb força en establiments	18	30	25	23	13	12
5.3. Robatoris amb violència o intimidació	53	55	72	68	43	57

continua

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
5.3.1. Robatoris amb violència en via pública	26	34	42	46	21	39
5.3.2. Robatoris amb violència en habitatges	17	10	16	12	15	8
5.3.3. Robatoris amb violència en establiments	1	6	5	5	6	7
5.4. Sostracció de vehicles	40	47	108	58	35	36
5.5. Estafes	140	170	278	498	579	466
5.5.1. Estafes informàtiques	55	86	193	363	460	368
5.6. Danys	179	161	189	172	134	170
5.7. Contra la propietat intel·lectual/industrial	0	0	0	0	0	0
5.8. Blanqueig de capitals	0	0	0	0	0	0
5.9. Altres contra el patrimoni	60	81	69	71	54	59
6. SEGURETAT COL·LECTIVA	1	0	5	4	1	5
6.1. Tràfic de drogues	0	0	0	0	0	0
6.2. Contra la seguretat viària	0	0	3	2	1	4
6.3. Altres contra la seguretat col·lectiva	1	0	2	2	0	1
7. FALSEDATS	6	6	11	6	11	26
8. ADM. PÚBLICA	0	0	0	0	0	0
9. ADM. DE JUSTÍCIA	17	16	7	7	22	22
10. ORDRE PÚBLIC	17	26	27	11	14	58
11. LEGISLACIÓ ESPECIAL	0	0	0	0	0	0
12. ALTRES INFRACCIONS PENALS	5	10	3	4	3	4
TOTAL INFRACCIONS PENALS	2.089	2.310	2.744	2.804	1.914	2.062
% Illes Balears / total estatal	3,54	3,76	4,37	4,06	2,70	2,45

Notes:

* Es computen dades provinents de la Guàrdia Civil, la Policia Nacional, la Policia Foral de Navarra i policies locals que proporcionen dades al Sistema Estadístic de Criminalitat durant tota la sèrie històrica.

S'hi incorporen dades de l'Ertzaintza a partir de 2019, i dels Mossos d'Esquadra des de 2020.

** El total és la suma dels homes, les dones i els «no consta». En aquesta publicació s'han suprimit els «no consta».

Font: *Ministeri de l'Interior*

Taula 3. | Victimitzacions per tipologia penal de la població de 65 i més anys a les Illes Balears. 2016-2021. Dones

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total victimitzacions - 65 i més anys Estat espanyol	48.337	49.639	47.668	53.699	54.799	68.208
ILLES BALEARS						
1. CONTRA LES PERSONES	140	157	150	135	132	146
1.1. Homicidis dolosos / assassinats	0	0	0	1	1	0
1.1.1. Homicidis dolosos / assassinats consumats	0	0	0	0	0	0
1.2. Lesions	59	62	52	45	43	50
1.3. Maltractaments en l'àmbit familiar	77	89	92	85	85	92
1.4. Altres contra les persones	4	6	6	4	3	4
2. CONTRA LA LLIBERTAT	106	109	103	138	157	156
2.1. Maltractaments habituals en l'àmbit familiar	12	13	13	25	24	27
2.2. Altres contra la llibertat	94	96	90	113	133	129
3. LLIBERTAT SEXUAL	6	6	9	7	5	4
3.1. Agressió sexual	2	1	2	1	2	2
3.2. Agressió sexual amb penetració	0	0	0	1	1	0
3.3. Corrupció de menors o incapacitats	0	0	0	0	0	0
3.4. Pornografia de menors	0	0	0	0	0	0
3.5. Altres contra la llibertat i la indemnitat sexual	4	5	7	5	2	2
4. RELACIONS FAMILIARS	0	1	0	2	0	1
5. PATRIMONI	1.417	1.389	1.613	1.776	1.182	1.136
5.1. Furts	1.000	935	1.080	1.152	464	522
5.2. Robatoris amb força en les coses	116	103	129	107	65	80
5.2.1. Robatoris amb força en les coses en vehicles	21	6	13	24	19	20
5.2.2. Robatoris amb força en habitatges	72	68	91	61	36	49
5.2.3. Robatoris amb força en establiments	12	8	9	3	7	4
5.3. Robatoris amb violència o intimidació	62	60	79	67	42	39

continua

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
5.3.1. Robatoris amb violència en via pública	37	44	50	43	23	20
5.3.2. Robatoris amb violència en habitatges	17	6	18	14	12	11
5.3.3. Robatoris amb violència en establiments	1	3	4	1	1	4
5.4. Sostracció de vehicles	18	10	12	11	10	4
5.5. Estafes	93	127	158	294	469	326
5.5.1. Estafes informàtiques	31	51	111	200	356	249
5.6. Danys	80	93	119	88	87	108
5.7. Contra la propietat intel·lectual/industrial	0	0	1	0	0	0
5.8. Blanqueig de capitals	0	0	0	0	0	0
5.9. Altres contra el patrimoni	48	61	35	57	45	57
6. SEGURETAT COL·LECTIVA	1	0	2	2	1	2
6.1. Tràfic de drogues	0	0	0	0	0	0
6.2. Contra la seguretat viària	1	0	1	0	1	1
6.3. Altres contra la seguretat col·lectiva	0	0	1	2	0	1
7. FALSEDATS	2	8	12	4	9	12
8. ADM. PÚBLICA	0	0	0	0	0	0
9. ADM. DE JUSTÍCIA	22	34	19	16	24	28
10. ORDRE PÚBLIC	1	1	5	2	3	1
11. LEGISLACIÓ ESPECIAL	0	0	0	0	0	0
12. ALTRES INFRACCIIONS PENALS	6	4	7	4	3	4
TOTAL INFRACCIIONS PENALS	1.701	1.709	1.920	2.086	1.516	1.490
% Illes Balears / total estatal	3,52	3,44	4,03	3,88	2,77	2,18

Notes:

* Es computen dades provinents de la Guàrdia Civil, la Policia Nacional, la Policia Foral de Navarra i policies locals que proporcionen dades al Sistema Estadístic de Criminalitat durant tota la sèrie històrica.

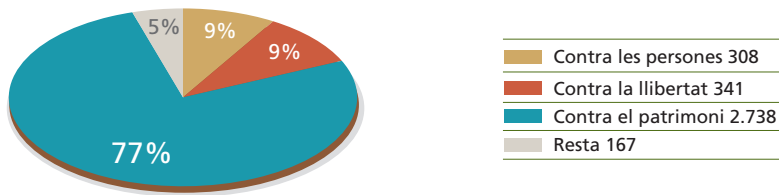
S'h incorporen dades de l'Ertzaintza a partir de 2019, i dels Mossos d'Esquadra des de 2020.

** El total és la suma dels homes, les dones i els «no consta». En aquesta publicació s'han suprimit els «no consta».

Font: *Ministeri de l'Interior*

No obstant això, la xifra de victimitzacions de població de 65 i més anys registrades a les Illes són prou significatives. L'any 2021 arribaren a les 3.554, la qual cosa suposa un 2,33% de les victimitzacions del col·lectiu de tot l'Estat.

Gràfic 1 | *Distribució per grans grups de delictes.
Victimitzacions de la població de 65 i més anys. Illes Balears. 2021*



Font: *Ministeri de l'Interior. Estadística de Victimitzacions*

Per grans grups de delictes, la tipologia que més afecta la gent gran de les Illes són els delictes contra el patrimoni, que inclouen tot un seguit de delictes com ara els furtus (aprofitar l'ocasió per sostreure algun objecte o doblers sense que hi hagi violència contra les persones o les coses), els robatoris de tota classe, sigui amb violència a les persones o a les coses (agredint o amenaçant les persones o violentant panys, finestres o qualsevol sistema de tancament que s'hagi superat per cometre el robatori), la sostracció de vehicles, els danys patits en qualsevol bé posseït, o les estafes, per només esmentar alguns dels principals tipus delictius que inclou aquest gran epígraf.

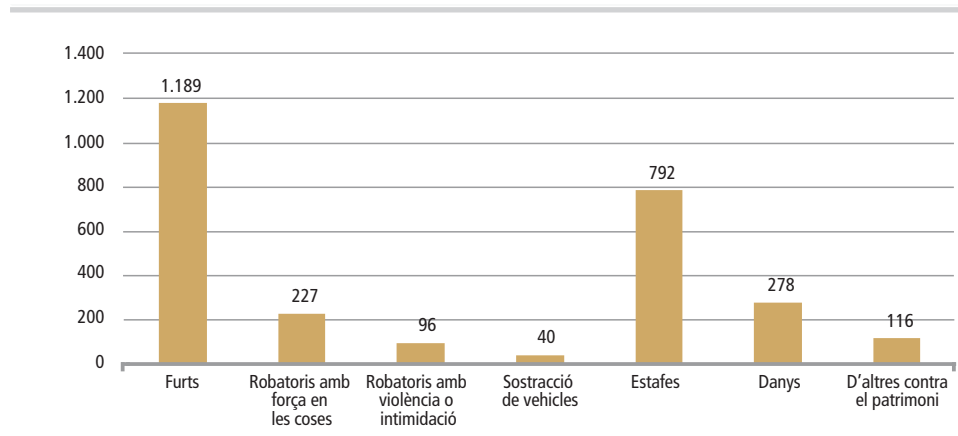
Les victimitzacions patides per la gent gran de les Illes Balears contra el patrimoni superen el 77% del total, amb 2.738 casos. Dit en altres paraules, tres de cada quatre delictes soferts per la gent de 65 i més anys a les Illes s'inclou en aquesta gran categoria. I dins d'aquesta gran categoria, destaquen, en primer lloc, els furtus (1.189), que suposen una tercera part de les victimitzacions totals experimentades per la gent gran de l'arxipèlag i més del 43% de les victimitzacions contra el patrimoni i, en segon lloc, trobaríem les estafes, que amb 792 casos suposen el 22% de les victimitzacions del col·lectiu i prop d'un terç dels delictes contra el patrimoni comptabilitzats.

Hem de tenir en compte que, dins les estafes, les que tenen més protagonisme i presenten una tendència creixent en el temps a les nostres illes són les estafes informàtiques, impulsades per l'ús més elevat que actualment la gent gran fa de les noves tecnologies i l'increment dels delinqüents que aprofiten aquests suports per cometre les seves accions, les quals queden, en molts de casos, impunes, atès que es duen a terme des de països llunyans, molts dels quals sense col·laboració policial amb

l'Estat, i utilitzant mètodes de difícil control. De les 792 estafes referides el 2021, 617 corresponen a l'epígraf d'estafes informàtiques, més del 75%.

També dins l'epígraf de delictes contra el patrimoni, però amb un protagonisme molt menor, trobaríem els danys (278) i els robatoris amb força en les coses (227), que inclouen els robatoris de béns sostrets de vehicles, d'habitatges o establiments.

Gràfic 2 | *Delictes contra el patrimoni patits per la població de 65 i més anys. Illes Balears. 2021*



Font: Ministeri de l'Interior. Estadística de Victimitzacions

A molta distància dels anteriors, trobaríem el grup dels delictes contra la llibertat (341), que suposarien prop d'una de cada deu de les victimitzacions denunciades pel col·lectiu. Els delictes contra la llibertat inclouen tots aquells que van en contra de la capacitat de tot ésser humà de fer el que vol. Així, inclourien des de delictes greus com detencions il·legals o segrestos, fins a amenaces, coaccions i qualsevol altre comportament que limiti la llibertat econòmica, l'expressió, la deambulació i la circulació, el dret a defensar la pròpia ideologia, religió i consciència i altres llibertats fonamentals.

I, finalment, per no fer l'anàlisi excessivament extensa, se situarien els delictes contra les persones (308), amb poc més del 8,5% dels delictes comptabilitzats. Dins aquest epígraf destaquen les lesions, en general, i el que ens pot resultar (o ens hauria de resultar) més alarmant: els maltractaments en l'àmbit familiar (143 delictes comptabilitzats).

En definitiva, més del 95% dels delictes referits a les victimitzacions patides per la població de 65 i més anys de les Illes Balears el 2021 corresponen als delictes contra el patrimoni (77,04%), contra la llibertat (9,59%) i contra les persones (8,67%).

1.4. Anàlisi de les victimitzacions patides per la població de 65 i més anys per tipologia de delicte i sexe i comparació amb el total de les victimitzacions de la població

En aquest epígraf durem a terme una doble anàlisi. D'una banda, intentarem descobrir si hi ha relació entre la víctima que ha patit un delicte i el seu sexe, és a dir, introduïrem la perspectiva de gènere en l'anàlisi de la victimització i, d'altra banda, intentarem posar en relleu si algun tipus de delicte té un impacte relatiu més gran en el grup de població que centra el nostre interès: la població de 65 i més anys.

Val a dir que aquesta anàlisi s'ha fet a partir d'uns indicadors molt senzills. En el cas de la perspectiva de gènere, a través d'un indicador directe simple: el percentatge que suposen els delictes patits per dones de 65 i més anys sobre el total de delictes patits per la població de 65 i més anys i, pel que fa a l'indicador per destacar la prevalença de determinats tipus de delictes experimentats per la població de 65 i més anys, simplement s'ha calculat el percentatge dels delictes soferts per la població del col·lectiu de gent gran sobre els delictes soferts pel total de la població.

Tot i que el nostre centre d'interès especial és el col·lectiu de població de 65 i més anys també el farem extensiu, en certs moments, al conjunt de la població femenina. Així, des de la perspectiva de gènere, podem afirmar que hi ha una sèrie de delictes que afecten les dones d'una manera particularment important. Evidentment, i no crec que ens sorprengui, en determinades tipologies de delictes, el percentatge de delictes patits per les dones s'incrementa d'una manera molt significativa. Un dels grups de delictes en què la proporció de dones afectades (també en el col·lectiu de 65 i més anys) és més gran és el dels delictes contra la llibertat sexual, siguin agressions sexuals amb penetració o sense, siguin altres delictes lligats amb la llibertat i la indemnitat sexuals. Més del 85% dels delictes contra la llibertat sexual registrats el 2021 entre la població de 65 i més anys a l'Estat espanyol foren patits per les dones. I una situació idèntica, fins i tot en percentatge, la trobem en l'estudi del total de la població femenina de l'Estat. A les Illes Balears, atesa la menor dimensió de la mostra i atès que no hi ha hagut cap delicte d'aquest tipus denunciat per homes, el percentatge arriba al 100%.

Però no només són els delictes de tipus sexual els que més semblen afectar les dones, també en trobem d'altres en què el fet de ser dona fa que es tinguin més probabilitats de patir-los. Així, els maltractaments en l'àmbit familiar, que s'inclouen en el grup de delictes contra les persones, i els maltractaments habituals inclosos en els delictes contra la llibertat també semblen afectar amb major mesura les dones de 65 i més anys.

Si voleu aprofundir en el tema de la violència de gènere i les persones grans, us convidem a rellegir l'article publicat a l'*Anuari de l'Envel·liment*, pp. 69-120 (Dubon, 2020), que tracta d'aquesta qüestió d'una manera específica i extensa.

Taula 4. | Victimitzacions per tipologia penal de la població de 65 i més anys i de la població total.
Estat espanyol i Illes Balears. Total i per sexes 2021

	Població de 65 i més anys				% delictes dones de 65 i més anys / total 65 anys	Població total		
	65 anys homes		65 anys dones			TOTAL AMBDO'S SEXES	TOTAL HOMES	TOTAL DONES
	TOTAL ambdòs sexes més 65		TOTAL ambdòs sexes més 65			TOTAL AMBDO'S SEXES	TOTAL HOMES	TOTAL DONES
2021								
TOTAL ESTAT ESPANYOL								
1. CONTRA LES PERSONES	5.109	4.882	10.051	48,57	83.334	104.658	188.256	
1.1. Homicidis dolosos / assassinats	59	48	107	44,86	955	278	1.235	
1.1.1. Homicidis dolosos / assassinats consumats	25	26	51	50,98	194	108	302	
1.2. Lesions	3.569	1.638	5.260	31,14	65.665	32.790	98.661	
1.3. Maltractaments en l'àmbit familiar	1.289	3.023	4.317	70,03	14.454	69.685	84.189	
1.4. Altres contra les persones	192	173	367	47,14	2.260	1.905	4.171	
2. CONTRA LA LLIBERTAT	5.333	4.162	9.542	43,62	66.426	69.861	136.547	
2.1. Maltractaments habituals en l'àmbit familiar	266	736	1.007	73,09	2.124	13.249	15.387	
2.2. Altres contra la llibertat	5.067	3.426	8.535	40,14	64.302	56.612	121.160	
3. LLIBERTAT SEXUAL	22	132	155	85,16	2.340	14.608	17.034	
3.1. Agressió sexual	1	34	35	97,14	228	2.079	2.309	
3.2. Agressió sexual amb penetració	3	8	12	66,67	175	1.774	1.951	
3.3. Corrupció de menors o incapacitats	0	0	0		128	287	423	
3.4. Pornografia de menors	0	0	0		91	110	210	
3.5. Altres contra la llibertat i la indemnitat sexual	18	90	108	83,33	1.718	10.358	12.141	
4. RELACIONS FAMILIARS	19	47	66	71,21	1.546	6.043	7.595	

continua

	Població de 65 i més anys				% delictes dones de 65 i més anys / total 65 anys	Població total		
	2021					TOTAL HOMES	TOTAL DONES	TOTAL AMBDO'S SEXES
	65 anys homes	65 anys dones	TOTAL ambdós sexes més 65					
5. PATRIMONI	69.707	56.824	126.681	44,86	597.680	447.903	1.046.371	
5.1. Furts	23.294	27.018	50.360	53,65	192.557	176.891	369.689	
5.2. Robatoris amb força en les coses	11.848	5.996	17.866	33,56	107.858	50.314	158.304	
5.2.1. Robatoris amb força en les coses en vehicles	2.862	668	3.532	18,91	53.315	18.697	72.030	
5.2.2. Robatoris amb força en habitatges	6.589	4.710	11.313	41,63	28.045	20.623	48.717	
5.2.3. Robatoris amb força en establiments	747	225	972	23,15	11.796	5.989	17.807	
5.3. Robatoris amb violència o intimidació	2.646	3.349	6.009	55,73	29.903	19.893	49.849	
5.3.1. Robatoris amb violència en via pública	1.631	2.190	3.829	57,20	20.176	12.508	32.706	
5.3.2. Robatoris amb violència en habitatges	498	662	1.162	56,97	1.889	1.532	3.425	
5.3.3. Robatoris amb violència en establiments	171	138	312	44,23	3.380	3.354	6.755	
5.4. Sostracció de vehicles	1.129	227	1.356	16,74	16.294	4.839	21.138	
5.5. Estafes	17.952	13.305	31.280	42,54	147.233	135.173	282.565	
5.5.1. Estafes informàtiques	9.253	6.408	15.675	40,88	80.826	75.254	156.168	
5.6. Danyos	10.614	5.274	15.909	33,15	83.965	48.356	132.442	
5.7. Contra la propietat intel·lectual/industrial	7	4	11	36,36	99	45	144	
5.8. Blanqueig de capitals	0	0	0		19	13	32	
5.9. Altres contra el patrimoni	2.217	1.651	3.890	42,44	19.752	12.379	32.208	
6. SEGURETAT COL·LECTIVA	94	44	139	31,65	1.147	553	1.736	
6.1. Tràfic de drogues	10	4	14	28,57	250	75	325	
6.2. Contra la seguretat viària	31	11	43	25,58	526	225	782	

continua

	Població de 65 i més anys				% delictes dones de 65 i més anys / total 65 anys	Població total		
	65 anys homes	65 anys dones	TOTAL ambdós sexes més 65	2021				
				TOTAL HOMES		TOTAL DONES	TOTAL AMBDOÓS SEXES	
6.3. Altres contra la seguretat col·lectiva	53	29	82	35,37	371	253	629	
7. FALSEDATS	845	583	1.430	40,77	10.681	9.009	19.708	
8. ADM. PÚBLICA	4	0	4	0,00	55	64	121	
9. ADM. DE JUSTÍCIA	530	1.232	1.777	69,33	3.794	21.918	25.759	
10. ORDRE PÚBLIC	2.137	98	2.393	4,10	12.129	857	13.635	
11. LEGISLACIÓ ESPECIAL	0	0	0		3	0	3	
12. ALTRES INFRACCIONS PENALS	237	204	443	46,05	3.678	3.267	6.966	
TOTAL INFRACCIONS PENALS	84.037	68.208	152.681	44,67	782.813	678.741	1.463.731	
ILLES BALEARS								
1. CONTRA LES PERSONES	162	146	308	47,40	2.997	4.627	7.632	
1.1. Homicidis dolosos / assassinats	4	0	4	0,00	35	4	39	
1.1.1. Homicidis dolosos / assassinats consumats	1	0	1	0,00	5	1	6	
1.2. Lesions	101	50	151	33,11	2.081	1.106	3.194	
1.3. Maltractaments en l'àmbit familiar	51	92	143	64,34	792	3.431	4.224	
1.4. Altres contra les persones	6	4	10	40,00	89	86	175	
2. CONTRA LA LLIBERTAT	184	156	341	45,75	2.872	2.783	5.668	
2.1. Maltractaments habituals en l'àmbit familiar	12	27	39	69,23	102	604	706	
2.2. Altres contra la llibertat	172	129	302	42,72	2.770	2.179	4.962	
3. LLIBERTAT SEXUAL	0	4	4	100,00	129	670	803	

continua

	Població de 65 i més anys				2021	Població total		
	65 anys homes	65 anys dones	TOTAL ambdós sexes més 65	% delictes dones de 65 i més anys / total 65 anys		TOTAL HOMES	TOTAL DONES	TOTAL AMBDOŠ SEXES
3.1. Agressió sexual	0	2	2	100,00	11	112	123	
3.2. Agressió sexual amb penetració	0	0	0		4	64	68	
3.3. Corrupció de menors o incapacitats	0	0	0		8	11	22	
3.4. Pornografia de menors	0	0	0		4	3	8	
3.5. Altres contra la llibertat i la indemnitat sexual	0	2	2	100,00	102	480	582	
4. RELACIONS FAMILIARS	0	1	1	100,00	81	199	282	
5. PATRIMONI	1.601	1.136	2.738	41,49	14.828	10.722	25.558	
5.1. Furts	666	522	1.189	43,90	5.962	4.337	10.306	
5.2. Robatoris amb força en les coses	147	80	227	35,24	1.691	890	2.582	
5.2.1. Robatoris amb força en les coses en vehicles	55	20	75	26,67	881	424	1.305	
5.2.2. Robatoris amb força en habitatges	67	49	116	42,24	371	264	635	
5.2.3. Robatoris amb força en establiments	12	4	16	25,00	261	131	392	
5.3. Robatoris amb violència o intimidació	57	39	96	40,63	646	263	909	
5.3.1. Robatoris amb violència en via pública	39	20	59	33,90	443	132	575	
5.3.2. Robatoris amb violència en habitatges	8	11	19	57,89	46	38	84	
5.3.3. Robatoris amb violència en establiments	7	4	11	36,36	70	49	119	
5.4. Sostracció de vehicles	36	4	40	10,00	494	180	674	
5.5. Estafes	466	326	792	41,16	3.788	3.577	7.365	
5.5.1. Estafes informàtiques	368	249	617	40,36	2.908	2.829	5.737	

continua

	Població de 65 i més anys				% delictes dones de 65 i més anys / total 65 anys	Població total		
	65 anys homes	65 anys dones	TOTAL ambdós sexes més 65	TOTAL HOMES		TOTAL DONES	TOTAL AMBDS SEXES	
	2021							
5.6. Danys	170	108	278	38,85	1.583	1.079	2.662	
5.7. Contra la propietat intel·lectual/industrial	0	0	0		2	2	4	
5.8. Blanqueig de capitals	0	0	0		1	1	2	
5.9. Altres contra el patrimoni	59	57	116	49,14	661	393	1.054	
6. SEGURETAT COL·LECTIVA	5	2	7	28,57	56	29	85	
6.1. Tràfic de drogues	0	0	0		3	4	7	
6.2. Contra la seguretat viària	4	1	5	20,00	33	13	46	
6.3. Altres contra la seguretat col·lectiva	1	1	2	50,00	20	12	32	
7. FALSEDATS	26	12	38	31,58	295	265	560	
8. ADM. PÚBLICA	0	0	0		0	4	4	
9. ADM. DE JUSTÍCIA	22	28	50	56,00	157	914	1.071	
10. ORDRE PÚBLIC	58	1	59	1,69	325	21	357	
11. LEGISLACIÓ ESPECIAL	0	0	0		0	0	0	
12. ALTRES INFRACCIONS PENALS	4	4	8	50,00	99	90	189	
TOTAL INFRACCIONS PENALS	2.062	1.490	3.554	41,92	21.839	20.324	42.209	

Notes:

* Es computen dades provinents de la Guàrdia Civil, la Policia Nacional, la Policia Foral de Navarra i policies locals que proporcionen dades al Sistema Estadístic de Criminalitat durant tota la sèrie històrica.

S'hi incorporen dades de l'Ertzaintza a partir de 2019, i dels Mossos d'Esquadra des de 2020.

** El total és la suma dels homes, les dones i els «no consta». En aquesta publicació s'han suprimit els «no consta».

Font: *Ministeri de l'Interior*

Quant a intentar destacar si hi ha alguns tipus de delictes que afecta d'una manera relativa, d'una manera particularment intensa, la gent gran, podem afirmar que és així. A banda de la importància dels homicidis dolosos/assassinats consumats de població de 65 i més anys sobre el total de delictes d'aquest tipus registrats i recollits en les estadístiques de victimització, un dels grups de delictes en què sembla més clar que les víctimes d'edat avançada reben un impacte relatiu més gran són els delictes contra el patrimoni. Particularment important i greu és la incidència dels robatoris en els habitatges, sigui amb violència, sigui amb força.

El col·lectiu també pateix l'amenaça de robatoris amb violència pel carrer, moltes vegades mitjançant una estirada per robar la bossa, que generalment duen les dones. Aquesta situació és perillosa, més que pel robatori en si, per les conseqüències que se'n poden derivar, amb situacions en què es poden produir lesions importants si els delinqüents no amollen la bossa i la persona no se la pot deslligar.

I, com hem posat en relleu ja anteriorment, la gent gran té un perill addicional de patir delictes d'estafa i furt, sigui de manera directa, presentant-se i entrant al domicili mitjançant les més variades excuses (inspeccions tècniques, necessitat d'ajuda com aigua, anar al bany...) o mitjançant internet, les xarxes de comunicació social o la línia telefònica fixa, intentant apropiarse de béns materials (joies, doblers en efectiu...) o mitjançant l'obtenció de credencials i contrasenyes que permetran als delinqüents robar el patrimoni dels afectats de manera remota sense que en molts casos els interessats se n'adonin fins molt més tard. *Diario de Mallorca* publicà el 27 de febrer de 2023 el cas d'uns falsos instal·ladors de gas que havien estafat més de 151.000 euros d'ençà de 2020 a uns ancians que resideixen a Palma.

El coneixement d'aquesta problemàtica general que afecta d'una manera particular la gent gran ha fet que les forces i cossos de seguretat de l'Estat hagin preparat un programa que es diu Plan Mayor Seguridad i que consisteix, entre altres coses, en una sèrie d'activitats de formació adreçades a la gent gran o a les persones que treballen en l'assistència a aquest col·lectiu (serveis socials, organitzacions, famílies...), a més de l'edició de material imprès en forma de díptics o tríptics, entre altres actuacions.

Una idea important és que tant per a la Guàrdia Civil com per a la Policia Nacional la gent gran és un col·lectiu d'especial interès i atenció i, per això, volen oferir-los la seva col·laboració i el seu suport.

Abans d'entrar pròpiament en les recomanacions concretes generals que es fan a la gent gran per prevenir la delinqüència i, si escau, actuar-hi després de produït el delictes, farem algunes reflexions sobre les forces i cossos de seguretat de l'Estat a les Illes Balears i, particularment, presentarem l'organització de la Guàrdia Civil i alguns dels seus trets característics.

Podria dir que parlar de la Guàrdia Civil ha estat una decisió objectiva per diversos motius:

- El primer és que es tracta de la institució pública més ben valorada no només pels ciutadans de les Illes Balears sinó en tot el conjunt estatal.
- En segon lloc, es tracta del cos policial que té una presència territorial més gran a les Illes, i es desplega en 62 dels 67 municipis de l'arxipèlag.
- En tercer lloc, atén més de la meitat de la població resident total, particularment en els mesos d'estiu, ja que molts dels municipis on actua tenen una gran quantitat d'hotels, apartaments i residències secundàries.
- En quart lloc, té amplíssimes competències, no només en prevenció, manteniment i restabliment de la seguretat ciutadana sinó en múltiples matèries: control i seguretat del trànsit, salvament de persones a la mar i la muntanya, protecció del medi ambient, desactivació d'explosius, control fiscal i de fronteres, vigilància marítima, i moltes més que presentarem, encara que sigui de manera molt breu, posteriorment.
- En cinquè lloc, col·labora intensament amb altres cossos policials, tant de l'àmbit internacional i nacional com amb policies locals i altres organismes públics, com per exemple la judicatura (tasques de policia judicial) o la Conselleria de Medi Ambient (actuacions conjuntes o col·laboracions del SEPRONA amb els agents de Medi Ambient), per només posar-ne alguns exemples.
- En sisè lloc, la carta de serveis de la Guàrdia Civil de les Illes Balears precisament marca com un dels seus objectius de qualitat la realització de tasques informatives/formatives per als col·lectius o organitzacions de la gent gran que ho sol·licitin.

I si aquests motius objectius no ho justifiquen prou, he de dir que hi ha un motiu personal, per a mi molt més potent, que m'ha permès conèixer millor aquest institut i la seva vocació de servei a tots els ciutadans i en especial a la gent gran. Fins i tot podríem afirmar que ha estat el veritable origen d'aquest article. Aquest motiu és que el meu fill gran, Ramon Xavier Lluch Gràcia, després de graduar-se en Dret i Administració d'Empreses, ha decidit servir els ciutadans de l'Estat entrant en la 128a promoció de guàrdies de la Guàrdia Civil. Quan es publiqui aquest article ja es trobarà servint els ciutadans del nostre arxipèlag amb els valors de constància, sacrifici i dedicació que tenen a veure amb el lema de l'Institut: «L'honor és la meva divisa».

2. La Guàrdia Civil a les Illes Balears

2.1. La Guàrdia Civil: la força de seguretat més valorada a les Illes Balears

La Guàrdia Civil és un institut armat de naturalesa militar i un cos de seguretat de l'Estat que té assignada, d'acord amb l'article 104.1 de la Constitució, una missió genèrica important: la de protegir el lliure exercici dels drets i llibertats i garantir la seguretat ciutadana. Aquest institut té una gran acceptació i valoració per part dels ciutadans. Disposem per afirmar-ho de les dades de la investigació duta a terme per Gadeso en una data tan recent com el mes de gener de 2023. Així, dels resultats de la investigació de la valoració de la població de les Illes Balears sobre les forces de seguretat i els serveis d'emergències, la puntuació més alta de totes, amb un 6,4, és l'assolida per la Guàrdia Civil, seguida, de major a menor, pel Cos de Bombers (6,1), Emergències (5,8) i, sense arribar a l'aprovat, tot i que amb una certa millora respecte a 2018, se situarien la Policia Nacional (4,8) i la Policia Local (4,1), que tancaria la classificació.

Taula 5. | *Valoració de les principals institucions de l'Estat espanyol. 2017-2019*

Institució	Gener de 2017	Gener de 2018	Gener de 2019
Forces i cossos de seguretat de l'Estat	7,1	6,3	6,8
Exèrcit	5,9	5,8	6,3
Monarquia	6	5,7	5,5
Ajuntament*	5,6	5,5	5
Premsa	5,1	5	4,1
Govern autonòmic*	5,4	4,9	4,1
Església	3,5	3,4	3,2
Empresaris	2,3	2,9	2,8
Justícia	3,3	2,8	2,4
Sindicats	2	2,3	2,5
Govern	2,7	2,2	2,7
Senat	1,8	2,1	2,4
Congrés	2,2	1,8	2,1
Partits	1,2	1,2	1,2

* La pregunta es refereix, no a la institució en general, sinó a la que afecta l'enquestat.

Font: *SocioMétrica*

Aquestes xifres són similars a les que trobem en altres enquestes estatals que pretenen posar en relleu mitjançant una escala numèrica la valoració que fan els ciutadans espanyols de les principals institucions de l'Estat, com l'elaborada per SocioMétrica /

El Español a final de 2018 i publicada al mes de gener de 2019. En aquesta enquesta la nota màxima és assolida novament i de manera conjunta per les forces i cossos de seguretat de l'Estat (Guàrdia Civil i Policia Nacional), amb un 6,8; seguits en ordre de valoració per l'Exèrcit, amb un 6,3, la monarquia, amb un 5,5, i els ajuntaments, amb un 5. La resta d'institucions consultades suspenen amb valoracions extremament negatives, com les que fan referència als partits polítics (1,2), però també altres tan significativament baixes com les obtingudes pel Congrés (2,1), el Senat (2,4) i l'Administració de Justícia (2,4).

Aquesta investigació estatal es basa en 1.800 enquestats de setze anys i més grans, de manera proporcional als censos provincials. A més de la valoració global, també indaga sobre la ideologia dels enquestats expressada en el vot atorgat als principals partits d'àmbit estatal, o en l'abstenció, si escau. Novament, cal destacar que els valors de màxima puntuació són assolits per les forces i cossos de seguretat de l'Estat, independentment de la ideologia dels enquestats. El que sí que difereix, i molt, és la valoració quantitativa assolida. Així, la valoració de les forces i cossos de seguretat de l'Estat aniria des de l'excel·lent atorgat pels votants del PP i de Vox (9), passant pel notable atorgat per Ciutadans (8,4) i el PSOE (7,7) i el bé (6) dels qui s'abstenen d'exercir el vot, fins al mínim (4,5), pròxim a l'aprovat, que atorguen els votants d'Unides Podem.

Entre les institucions que no superen l'aprovat en el conjunt d'enquestes, destaca una institució que sí que supera la valoració positiva per part dels votants de dos dels partits representats. Aquest seria el cas de l'Església catòlica, valorada amb un 5,9 pels votants del PP i amb un 5,5 pels votants de Vox.

Taula 6. | *Valoració de les institucions segons els votants de cada partit. 2019*

Institució	PP	PSOE	UP	Cs	Vox	Abstenció
Forces i cossos de seguretat de l'Estat	9	7,7	4,5	8,4	9	6
Exèrcit	8,3	6,9	4,3	7,8	8,7	5,8
Monarquia	8,6	5,6	1,8	6,9	7	3,5
Ajuntament*	2,7	4,6	4,3	2,2	3,4	2,6
Premsa	4,4	4,6	3	4,1	2,5	3,3
Govern autonòmic*	3,4	2,3	2,2	2,6	4,4	1,7
Església	5,9	2,5	1,6	3,5	5,5	2,7
Empresaris	4,5	2,2	1,4	3	3,4	2,5
Justícia	3,5	2,8	1,4	2,7	2	2,2
Sindicats	2,1	3	2,9	2,1	1,3	2,2

continua

Institució	PP	PSOE	UP	Cs	Vox	Abstenció
Govern	3,3	4	3,1	1,9	0,8	1,7
Senat	4,2	2,1	1,3	2,7	3	2
Congrés	2,8	2,8	2	1,9	1,6	1,5
Partits	1,5	1,1	1,3	1,2	0,9	0,8

* La pregunta es refereix al mateix ajuntament, no a la institució en general.

Font: *SocioMétrica*

2.3. Implantació territorial i història de la Guàrdia Civil a les Illes Balears

2.3.1. Breu ressenya històrica

La Guàrdia Civil s'establí a les nostres illes el 1846, només dos anys després que Francisco Javier Girón Ezpeleta, II duc d'Ahumada, l'hagués creada. El 20 de setembre de 1846, vint-i-quatre guàrdies a les ordres del segon tinent Pedro José Sancho, natural d'Artà, s'instal·laren a la planta baixa del convent de Sant Francesc de Palma en el que seria el primer quarter de la Guàrdia Civil a les Illes Balears. L'any 1847 un petit contingent de guàrdies dirigits per un tinent arribaren a Ciutadella per establir-ne el primer destacament a Menorca i, poques setmanes després, un altre destacament s'instal·là a Eivissa.

La direcció de la Comandància de les Illes Balears fou fixada oficialment a Palma el 1857 i el 1871 passà a ser dirigida per un comandant, en haver-se ampliat la xifra d'efectius destinats a l'arxipèlag.

Progressivament, foren creats nous destacaments fins a cobrir tota la geografia de l'arxipèlag; no obstant això, no fou fins el 1928 que s'instal·laren a Formentera amb una dotació d'un sergent, un caporal i nou guàrdies, i el mes de març de 1944, es creà un destacament a l'arxipèlag de Cabrera.

La Comandància de la Guàrdia Civil de les Illes Balears és actualment al quarter del carrer de Manuel Azaña de Palma, que fou inaugurat l'any 1985 pel rei Joan Carles I i que substituï el que des de 1929 es trobava al carrer del General Riera de la capital balear.

2.3.2. Organització, funcions i implantació territorial a les Illes Balears

Cada comunitat autònoma constitueix una zona de la Guàrdia Civil. A les Illes Balears els correspon la número 17, al capdavant de la qual hi ha un coronell en servei actiu. Les zones són les unitats de comandament, coordinació i inspecció de tots els serveis de la Guàrdia Civil existents en l'àmbit del territori que tenen assignades i, a més, en el cas de les Illes Balears, també de la seva mar territorial. Depenen orgànicament

del Comandament d'Operacions, sense perjudici de relacions funcionals amb altres comandaments com el de Personal o de Suport.

La Guàrdia Civil a les Illes Balears assumeix tasques de responsabilitat de seguretat ciutadana en 62 dels 67 termes municipals de la comunitat, la qual cosa suposaria, segons la Carta de serveis 2022-2024, atendre més del 84% del territori de l'arxipèlag i més de la meitat de la població censada. La Guàrdia Civil a les Illes Balears s'organitza en cinc companyies territorials, que geogràficament coincideixen amb la divisió del territori en els partits judicials existents: Calvià, Manacor, Inca, Maó i Eivissa. A la resta del territori es desplega el Cos Nacional de Policia (termes municipals de Palma, Eivissa, Manacor, Maó i Ciutadella).

Les companyies territorials, al seu torn, segons l'entitat i el potencial de servei, s'estructuren en llocs principals, ordinaris i auxiliars.

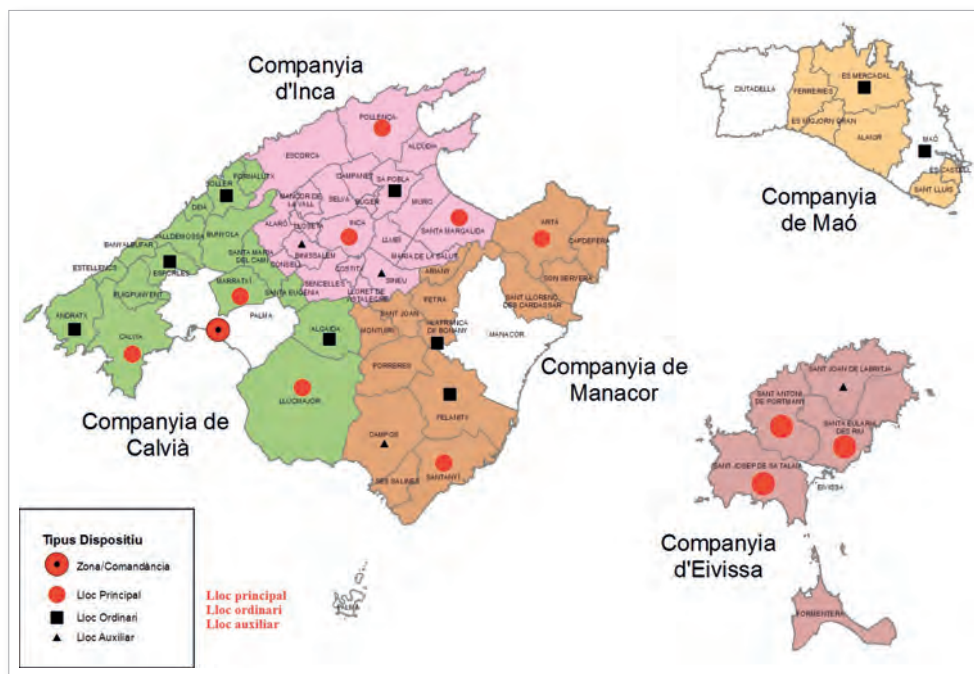


Figura 1. Mapa. Desplegament territorial de la Guàrdia Civil a les Illes Balears

Font: elaboració pròpia

Però, la Guàrdia Civil no només s'ocupa de la seguretat ciutadana, la Llei orgànica 2/1986 li encomana la protecció i vigilància dels ports i aeroports que hi ha a les Illes Balears, fet que significa vetllar per tres aeroports internacionals, cinc ports d'interès

de l'Estat, tres ports de la Comunitat Autònoma i cinquanta-un ports esportius amb més de 22.000 llocs d'amarratge, tot exercint les competències de protecció fiscal de l'Estat i vigilància de fronteres exteriors.

A més de les unitats territorialitzades, la Guàrdia Civil disposa d'una sèrie d'unitats especialitzades que permeten complir amb precisió altres tasques específiques que té encomanades l'Institut. Entre aquestes unitats podem destacar:

- USECIC (Unitat de Seguretat Ciutadana de Comandància): Dona suport a les unitats territorials i té com a missió la protecció de personalitats i la prevenció i el restabliment de la seguretat pública.
- Servei de Protecció del Medi Ambient i la Naturalesa (SEPRONA): S'ocupa de la protecció de la natura i el medi ambient, dels recursos hidràulics, cinegètics, piscícoles i forestals, així com de la lluita contra el comerç d'espècies protegides i els incendis forestals i qualsevol altra tasca mediambiental indicada per les disposicions vigents.
- Servei aeri: Donen suport a les unitats terrestres i garanteixen la seguretat del transport aeri civil.
- Intervenció d'armes: Controla les armes legalment en circulació, així com les activitats lligades amb armes i explosius.
- Resguard fiscal: La Guàrdia Civil és la primera defensa contra el tràfic de drogues, mercaderies il·lícites i el tràfic de persones. A més de les patrulles fiscals i de fronteres, es desplega en els ports i aeroports de les Illes.
- Servei Marítim: Té funcions de policia judicial, fiscal i administrativa. Inclou la custòdia de les costes i el control de la immigració irregular i d'altres de reservades a la Guàrdia Civil en aigües marítimes espanyoles i continentals.
- Servei Cinològic: Mitjançant l'ús de cans ensinistrats, dona suport a altres unitats en la recerca de persones i la localització de drogues, explosius o doblers.
- Servei de Seguretat Viària: Garanteix la seguretat de la circulació en les vies interurbanes, a més de practicar diligències i investigacions en cas d'accidents o delictes contra la seguretat viària.
- Servei de Muntanya: És l'òrgan especialitzat per dur a terme salvaments en àrees d'orografia complicada o cavitats subterrànies. A Mallorca duen a terme una xifra important de rescats.
- Policia Judicial: És la unitat que dona suport a la Fiscalia i òrgans judicials competents per aportar proves fefaents en la investigació dels delictes investigats.

- TEDAX-NRBQ: Duen a terme tasques de detecció i desactivació d'artefactes explosius, incendiaris, radioactius, biològics o químics. De tant en tant, surten en premsa les desactivacions efectuades sobre bombes o granades de la Guerra Civil o procedents d'antics exercicis militars.
- Grup d'Activitats Subaquàtiques: Participen en les tasques de recerca, localització i recuperació de persones i objectes en el medi aquàtic o subaquàtic. Així mateix, també protegeixen el patrimoni cultural, històric i natural i exerceixen funcions de policia judicial en aquest mitjà.

Per si això no fos suficient, la Guàrdia Civil de les Illes Balears s'encarrega de la vigilància i protecció interior del palau de l'Almudaina i de Marivent, de les seus de la Delegació i les direccions insulars del Govern a les Illes Balears i del Banc d'Espanya, a més del control d'accessos i del perímetre exterior dels centres penitenciaris de Palma i Sant Josep de sa Talaia i la vigilància marítima i terrestre de l'arxipèlag de Cabrera.

3. Contingent de les forces i cossos de seguretat de l'Estat a les Illes Balears

3.1. Quants de membres hi ha de les forces i cossos de seguretat a les Illes Balears?

Per respondre a aquesta pregunta, hom pot consultar el butlletí d'estadística del personal al servei de les administracions públiques que publica la Secretaria d'Estat de la Funció Pública, actualment integrada en el Ministeri d'Hisenda i Funció Pública. Aquest butlletí tant es publica en un resum editat en PDF com en una edició de microdades amb taules dinàmiques, que és la font que hem utilitzat.

Gràcies a aquestes dades hem pogut treure una sèrie de conclusions importants sobre les forces i cossos de seguretat de l'Estat espanyol i del contingent present a les Illes Balears.

Segons les darreres dades disponibles, referides al mes de juliol de 2022, hi havia a l'Estat espanyol 145.409 persones integrades en les forces i cossos de seguretat de l'Estat, de les quals 75.049 pertanyien a la Guàrdia Civil i una xifra similar, un poc inferior, a la Policia Nacional (70.360).

A les Illes Balears la dotació d'integrants de les forces i cossos de seguretat de l'Estat arribava als 3.462, dels quals 1.780 pertanyien a la Guàrdia Civil i 1.682 a la Policia Nacional.

Taula 7. | Dotació de la Guàrdia Civil, la Policia Nacional i efectius totals de les forces i cossos de seguretat de l'Estat per sexes, CA i províncies i ràtios de representació femenina

CA i província	GUÀRDIA CIVIL				POLICIA NACIONAL				Forces i cossos de seguretat de l'Estat			
	H	M	Total	% dones/ total	H	M	Total	% dones/ total	H	D	Total	% dones/ total
ANDALUSIA	13.266	654	13.920	4,70	10.419	1.436	11.855	12,11	23.685	2.090	25.775	8,11
ALMERIA	1.382	78	1.460	5,34	600	61	661	9,23	1.982	139	2.121	6,55
CADIS	2.264	104	2.368	4,39	2.180	341	2.521	13,53	4.444	445	4.889	9,10
CÒRDOVA	1.057	53	1.110	4,77	700	79	779	10,14	1.757	132	1.889	6,99
GRANADA	1.559	90	1.649	5,46	944	112	1.056	10,61	2.503	202	2.705	7,47
HUELVA	1.260	77	1.337	5,76	316	41	357	11,48	1.576	118	1.694	6,97
JAÉN	1.345	60	1.405	4,27	440	36	476	7,56	1.785	96	1.881	5,10
MÀLAGA	1.870	90	1.960	4,59	2.750	451	3.201	14,09	4.620	541	5.161	10,48
SEVILLA	2.529	102	2.631	3,88	2.489	315	2.804	11,23	5.018	417	5.435	7,67
ARAGÓ	2.609	277	2.886	9,60	1.437	343	1.780	19,27	4.046	620	4.666	13,29
OSCA	817	98	915	10,71	199	47	246	19,11	1.016	145	1.161	12,49
TEROL	548	50	598	8,36	90	17	107	15,89	638	67	705	9,50
SARAGOSSA	1.244	129	1.373	9,40	1.148	279	1.427	19,55	2.392	408	2.800	14,57
C. F. NAVARRA	1.425	143	1.568	9,12	522	92	614	14,98	1.947	235	2.182	10,77
NAVARRA	1.425	143	1.568	9,12	522	92	614	14,98	1.947	235	2.182	10,77
C. MADRID	11.521	1.634	13.155	12,42	20.521	5.146	25.667	20,05	32.042	6.780	38.822	17,46
MADRID	11.521	1.634	13.155	12,42	20.521	5.146	25.667	20,05	32.042	6.780	38.822	17,46
C. VALENCIANA	6.189	551	6.740	8,18	5.298	1.065	6.363	16,74	11.487	1.616	13.103	12,33
ALACANT	2.207	209	2.416	8,65	1.862	347	2.209	15,71	4.069	556	4.625	12,02

continua

CA i província	GUÀRDIA CIVIL				POLICIA NACIONAL				Forces i cossos de seguretat de l'Estat			
	H	M	Total	% dones/ total	H	M	Total	% dones/ total	H	D	Total	% dones/ total
CASTELLÓ	1.056	114	1.170	9,74	363	81	444	18,24	1.419	195	1.614	12,08
VALÈNCIA	2.926	228	3.154	7,23	3.073	637	3.710	17,17	5.999	865	6.864	12,60
ILLES CANÀRIES	3.074	263	3.337	7,88	3.303	572	3.875	14,76	6.377	835	7.212	11,58
LAS PALMAS	1.595	132	1.727	7,64	1.941	312	2.253	13,85	3.536	444	3.980	11,16
SANTA CRUZ DE TENERIFE	1.479	131	1.610	8,14	1.362	260	1.622	16,03	2.841	391	3.232	12,10
CANTÀBRIA	1.061	110	1.171	9,39	384	95	479	19,83	1.445	205	1.650	12,42
CANTÀBRIA	1.061	110	1.171	9,39	384	95	479	19,83	1.445	205	1.650	12,42
CASTELLA I LLEÓ	5.918	522	6.440	8,11	2.477	429	2.906	14,76	8.395	951	9.346	10,18
ÀVILA	579	52	631	8,24	124	32	156	20,51	703	84	787	10,67
BURGOS	649	67	716	9,36	346	75	421	17,81	995	142	1.137	12,49
LLEÓ	1.251	89	1.340	6,64	451	92	543	16,94	1.702	181	1.883	9,61
PALENCIA	545	62	607	10,21	165	23	188	12,23	710	85	795	10,69
SALAMANCA	709	55	764	7,20	284	31	315	9,84	993	86	1.079	7,97
SEGÒVIA	505	46	551	8,35	164	29	193	15,03	669	75	744	10,08
SÒRIA	402	39	441	8,84	130	21	151	13,91	532	60	592	10,14
VALLADOLID	671	51	722	7,06	670	107	777	13,77	1.341	158	1.499	10,54
ZAMORA	607	61	668	9,13	143	19	162	11,73	750	80	830	9,64
CASTELLA-LA MANXA	4.450	300	4.750	6,32	1.358	198	1.556	12,72	5.808	498	6.306	7,90
ALBACETE	770	39	809	4,82	316	39	355	10,99	1.086	78	1.164	6,70
CIUDAD REAL	1.100	53	1.153	4,60	403	47	450	10,44	1.503	100	1.603	6,24
CONCA	714	46	760	6,05	125	13	138	9,42	839	59	898	6,57

continua

CA i província	GUÀRDIA CIVIL				POLICIA NACIONAL				Forces i cossos de seguretat de l'Estat			
	H	M	Total	% dones/ total	H	M	Total	% dones/ total	H	D	Total	% dones/ total
GUADALAJARA	548	65	613	10,60	146	44	190	23,16	694	109	803	13,57
TOLEDO	1.318	97	1.415	6,86	368	55	423	13,00	1.686	152	1.838	8,27
CATALUNYA	2.677	275	2.952	9,32	3.145	971	4.116	23,59	5.822	1.246	7.068	17,63
BARCELONA	1.522	175	1.697	10,31	2.361	745	3.106	23,99	3.883	920	4.803	19,15
GIRONA	351	27	378	7,14	330	100	430	23,26	681	127	808	15,72
LLEIDA	318	34	352	9,66	177	44	221	19,91	495	78	573	13,61
TARRAGONA	486	39	525	7,43	277	82	359	22,84	763	121	884	13,69
CEUTA	564	26	590	4,41	459	62	521	11,90	1.023	88	1.111	7,92
CEUTA	564	26	590	4,41	459	62	521	11,90	1.023	88	1.111	7,92
ESTRANGER	159	7	166	4,22					159	7	166	4,22
ESTRANGER	159	7	166	4,22					159	7	166	4,22
EXTREMADURA	2.546	151	2.697	5,60	992	98	1.090	8,99	3.538	249	3.787	6,58
BADAJOS	1.442	74	1.516	4,88	704	76	780	9,74	2.146	150	2.296	6,53
CÁCERES	1.104	77	1.181	6,52	288	22	310	7,10	1.392	99	1.491	6,64
GALÍCIA	4.676	369	5.045	7,31	2.439	391	2.830	13,82	7.115	760	7.875	9,65
LA CORUNYA	1.577	126	1.703	7,40	1.065	192	1.257	15,27	2.642	318	2.960	10,74
LUGO	889	68	957	7,11	265	29	294	9,86	1.154	97	1.251	7,75
OURENSE	759	60	819	7,33	204	23	227	10,13	963	83	1.046	7,93
PONTEVEDRA	1.451	115	1.566	7,34	905	147	1.052	13,97	2.356	262	2.618	10,01
ILLES BALEARS	1.586	194	1.780	10,90	1.401	281	1.682	16,71	2.987	475	3.462	13,72
ILLES BALEARS	1.586	194	1.780	10,90	1.401	281	1.682	16,71	2.987	475	3.462	13,72

continua

CA i província	GUÀRDIA CIVIL				POLICIA NACIONAL				Forces i cossos de seguretat de l'Estat			
	H	M	Total	% dones/ total	H	M	Total	% dones/ total	H	D	Total	% dones/ total
LA RIOJA	1.084	98	1.182	8,29	240	45	285	15,79	1.324	143	1.467	9,75
LA RIOJA	1.084	98	1.182	8,29	240	45	285	15,79	1.324	143	1.467	9,75
MELILLA	572	30	602	4,98	443	59	502	11,75	1.015	89	1.104	8,06
MELILLA	572	30	602	4,98	443	59	502	11,75	1.015	89	1.104	8,06
P. ASTÚRIES	1.796	148	1.944	7,61	1.236	195	1.431	13,63	3.032	343	3.375	10,16
ASTÚRIES	1.796	148	1.944	7,61	1.236	195	1.431	13,63	3.032	343	3.375	10,16
PAÍS BASC	1.925	267	2.192	12,18	1.068	144	1.212	11,88	2.993	411	3.404	12,07
ÀLABA	402	53	455	11,65	190	16	206	7,77	592	69	661	10,44
BISCAIA	857	120	977	12,28	478	59	537	10,99	1.335	179	1.514	11,82
GUIPÚSCOA	666	94	760	12,37	400	69	469	14,71	1.066	163	1.229	13,26
R. MÚRCIA	1.833	99	1.932	5,12	1.414	182	1.596	11,40	3.247	281	3.528	7,96
MÚRCIA	1.833	99	1.932	5,12	1.414	182	1.596	11,40	3.247	281	3.528	7,96
Total	68.931	6.118	75.049	8,15	58.556	11.804	70.360	16,78	127.487	17.922	145.409	12,33

Butlletí Estadístic del Personal al Servei de les Administracions Públiques
Taula obtinguda de les microdades
<https://funcionpublica.hacienda.gob.es/funcion-publica/rcp/boletin.html>

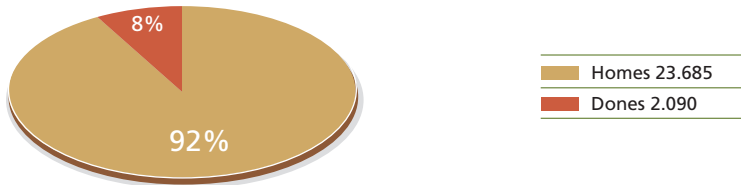
Font: *Butlletí Estadístic del Personal al Servei de les Administracions Públiques. Juliol de 2022*

3.2. Anàlisi per sexes: la incorporació de la dona a les forces i cossos de seguretat de l'Estat

L'anàlisi per sexes ens mostra que hi ha una forta bretxa de gènere pel que fa a la incorporació de les dones a les forces i cossos de seguretat de l'Estat. I aquesta bretxa és més significativa a mesura que s'ascendeix en el comandament.

En el conjunt de l'Estat, prop del 92% dels membres de la seguretat de l'Estat són homes i, per tant, les dones que s'hi integren són menys d'un de cada deu.

Gràfic 3 | *Distribució per sexes del personal de les forces i cossos de seguretat de l'Estat. Total estatal (juliol 2022)*



Font: Butlletí Estadístic del Personal al Servei de les Administracions Públiques. juliol de 2022

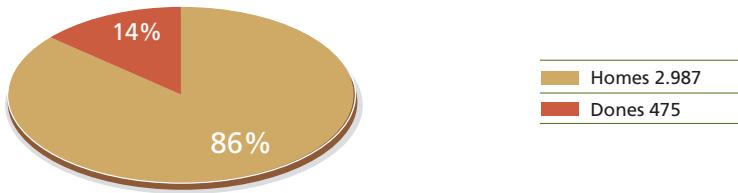
Si analitzem la situació a la Guàrdia Civil i a la Policia Nacional, hi trobem certes diferències, amb menor presència de les dones a la Guàrdia Civil, potser pel seu caràcter militar, que a la Policia Nacional, i això es repeteix en els diferents àmbits territorials analitzats, tant en l'àmbit estatal global com de la comunitat autònoma.

L'anàlisi per sexes a les Illes Balears —tot i que es manté aquesta diferència de gènere— mostra una presència femenina més gran. Així, les 475 dones que hi treballen actualment s'aproximen al 14% del total d'efectius de les forces i cossos de seguretat a l'arxipèlag, que en total arriben als 3.462 efectius. De fet, les Illes Balears són la tercera comunitat autònoma amb un percentatge més gran de dones incorporades a les forces i cossos de seguretat de l'Estat, per darrere de Catalunya (17,63%) i Madrid (17,46%), ambdues comunitats autònomes amb més presència de la Policia Nacional que de la Guàrdia Civil i en què els percentatges d'incorporació de la dona en el cas de la Policia Nacional són molt alts en comparació a altres territoris, que arriben a suposar en el cas de Catalunya un de cada quatre efectius del cos i en el cas de Madrid un de cada cinc efectius.

A les Illes Balears, tot i que hi ha una bretxa de gènere més baixa que en altres comunitats autònomes i que la mitjana estatal, difereix una mica segons la institució analitzada. Així, la presència de la dona a la Guàrdia Civil suposa prop del 11%, amb

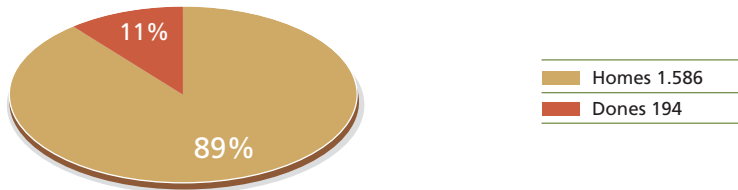
194 dels 1.780 efectius totals amb què compta la institució armada. Mentre que les dones a la Policia Nacional s'aproximen al 17%, amb 281 sobre un total de 1.682 efectius a les Illes Balears.

Gràfic 4 | *Distribució per sexes del personal de les forces i cossos de seguretat de l'Estat. Illes Balears (juliol 2022)*



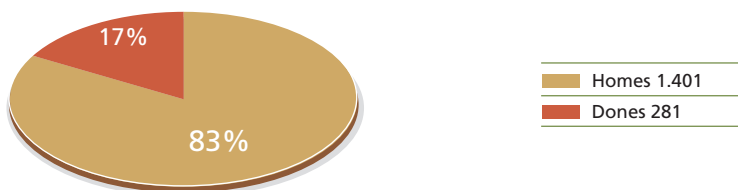
Font: Butlletí Estadístic del Personal al Servei de les Administracions Públiques. Juliol de 2022

Gràfic 5 | *Distribució per sexes del personal de la Guàrdia Civil. Illes Balears (juliol 2022)*



Font: Butlletí Estadístic del Personal al Servei de les Administracions Públiques. Juliol de 2022

Gràfic 6 | *Distribució per sexes del personal de la Policia Nacional. Illes Balears (juliol 2022)*



Font: Butlletí Estadístic del Personal al Servei de les Administracions Públiques. Juliol de 2022

Malgrat això, faltarem a la veritat si no afirmem amb rotunditat que la incorporació de la dona ha avançat de manera molt clara els darrers anys i que, fins i tot, institucions com la Guàrdia Civil plantegen fer ofertes públiques en què es potenciï la integració de més dones a la institució armada. Aquesta reserva de places amb biaix de sexe ha generat, nogensmenys, certa polèmica i oposició per part dels aspirants masculins, en argumentar que opositores femenines podrien ingressar amb menys nota que companys masculins. Val a dir, però, que la reserva de places per a determinats col·lectius és una pràctica habitual i amb tradició històrica a la Guàrdia Civil. Així succeeix amb els alumnes del centre de formació de Valdemoro i aquells que provenen de l'exèrcit.

La incorporació de les dones a les forces i cossos de seguretat de l'Estat és relativament recent. La primera dona que ingressà a la Policia Nacional hi entrà l'any 1980, és a dir, ja dins el període constitucional, en la segona promoció en què es permetia l'accés de les dones al cos. Val a dir, però, que l'accés només era possible a l'escala executiva i no fou fins el 1985 en què es permeté l'accés de les dones a l'escala bàsica. La primera dona que ingressà a la Policia Nacional espanyola es diu Pilar Allué i ha tingut una trajectòria brillant en el cos i ha arribat a ocupar-hi càrrecs importants.

L'ingrés de les dones a la Guàrdia Civil ha estat un poc més tardà i potser això explica en part la menor presència de la dona en la institució armada. Mitjançant el Reial decret llei 1/1988 es permeté l'ingrés de les dones a la Guàrdia Civil. Hi ha un precedent de tasques encomanades a les dones a la Guàrdia Civil, que eren les conegudes com a «*matronas*», que tenien encomanades en els anys quaranta tasques de registre corporal o controls a persones del mateix sexe, però no podien portar armes ni emblemes i eren, generalment, vídues o òrfenes de guàrdies civils i, evidentment, en cap cas no s'equiparaven en igualtat als guàrdies. No és, per tant, fins a la primera convocatòria, de 1988, en què entren 197 dones a la Guàrdia Civil de les 2.917 que s'hi presentaren. I hem d'esperar fins al 1993 perquè la primera dona ingressi a l'Acadèmia General Militar de Saragossa i cinc anys després, el 1998, es converteixi en la primera tinent femenina de la Guàrdia Civil.

Algunes dones que han destacat en el procés d'incorporació a càrrecs importants o d'especials requisits de la Institució són Silvia Gil, la primera dona a assumir una comandància de la institució, i la tinent Mari Sol Rodríguez, que només amb vint-i-cinc anys, el 2021, fou la primera dona a entrar en el GAR (Grup d'Acció Ràpida), la unitat d'elit de la Guàrdia Civil.

3.3. Infradotació i dificultats de les forces i cossos de seguretat a les Illes Balears

Es pot parlar d'infradotació de les plantilles de les forces i cossos de seguretat de l'Estat a les Illes Balears? La resposta és que sí. Per dos motius, el primer i més clar de veure de manera ràpida és perquè les taxes que presenten les Illes Balears són no només inferiors a les estatals sinó molt més baixes que les que presenten la major part de la resta de

comunitats autònomes. S'ha d'anar amb compte a valorar aquestes dades, ja que hi ha comunitats autònomes que disposen de policies autonòmiques amb competències assumides i, per això, presenten unes ràtios molt baixes de personal de les forces i cossos de seguretat de l'Estat que, per tant, en distorsionen a la baixa la mitjana estatal. Els casos contraris els trobaríem a Ceuta i Melilla, però són menys determinants per les petites poblacions que presenten i per l'especificitat de la situació fronterera amb el Marroc i perquè són un lloc important d'entrada d'immigració irregular i que té necessitats específiques de control de persones i mercaderies.

Sigui com sigui i partint de la infraestimació d'efectius de la mitjana estatal i utilitzant aquesta mitjana per comparar-la amb la de les Illes Balears, arribaríem a la conclusió que hi ha una infradotació mínima de 78 guàrdies civils i 60 policies nacionals, amb un total de 138 efectius.

Aquesta xifra, però, no és la dotació necessària. I aquesta circumstància s'explica no només per les estimacions a la baixa que té la mitjana estatal anterior sinó per l'especificitat de l'arxipèlag, fortament marcat per una indústria turística que aporta una aflluència estacional de persones molt important que fan que la població real de les Illes Balears gairebé dupliqui la xifra de persones presents en els moments àlgids de la temporada alta turística. Així, les darreres dades de l'índex de pressió humana, que es calculen amb la població resident més el balanç d'entrades i sortides, aproximen la població de l'arxipèlag als 2.000.000 d'habitants en el moment dels màxims registrats en el mes d'agost. És evident que al llarg de l'any la població que ocupa el territori, fins i tot si mirem els mínims de pressió humana calculats, són considerablement superiors a la població oficial comptabilitzada i, per tant, la infradotació seria encara molt més palesa.

I aquesta infradotació, tot i els reforços estiuencs que suposen la incorporació de plantilles temporals o programes de col·laboració interessants amb altres membres de policies d'altres països per facilitar l'atenció en la llengua nativa dels visitants, són insuficients.

Aquest dèficit s'ha de situar, com a mínim, en diversos centenars d'efectius, davant la vinguda massiva de visitants que, no obstant en una gran part dels casos no suposen cap problema d'ordre públic, en determinats tipus de col·lectius i localitzacions concretes generen una intensitat de presència i actuacions de les forces i cossos de seguretat molt més grans. Només com a exercici de càlcul, a partir de les dades màximes i mínimes mensuals de l'índex de pressió humana i de la mitjana mensual estreta, a partir de la qual s'ha fet una mitjana global anual, que, evidentment és només il·lustrativa, situaria la població de l'arxipèlag més a prop d'1.500.000 habitants que dels prop d'1.200.000 que té com a població oficial registrada. Si considerem aquesta població i hi apliquem les ràtios actuals de l'arxipèlag (ja inferiors a les estatals), podríem situar el dèficit en 547 efectius de la Guàrdia Civil i 517 de la Policia Nacional, és a dir, un dèficit de 1.064 efectius en el conjunt de forces i cossos de seguretat de l'Estat a les Illes Balears, o, dit d'una altra manera, una infradotació del 25%, que significaria que la plantilla es podria incrementar en una persona per cada tres d'existents actualment.

Taula 8. I Membres de les forces i cossos de seguretat de l'Estat i ràtios segons la població oficial per comunitat autònoma. 2022

CA i província	Guàrdia Civil		Policia Nacional		Forces i cossos de seguretat de l'Estat			Ràtio forces i cossos de seguretat de l'Estat / 1.000 habitants	
	Total juliol 2022	Total juliol 2022	Total juliol 2022	Total juliol 2022	Població 2021	Ràtio Guàrdia Civil / 1.000 habitants	Ràtio Policia Nacional / 1.000 habitants	Ràtio forces i cossos de seguretat de l'Estat / 1.000 habitants	
ANDALUSIA	13.920	11.855	25.775	8.472.407	1,64	1,40	3,04		
ARAGÓ	2.886	1.780	4.666	1.326.261	2,18	1,34	3,52		
C. F. NAVARRA	1.568	614	2.182	661.537	2,37	0,93	3,30		
C. MADRID	13.155	25.667	38.822	6.751.251	1,95	3,80	5,75		
C. VALENCIANA	6.740	6.363	13.103	5.058.138	1,33	1,26	2,59		
ILLES CANÀRIES	3.337	3.875	7.212	2.172.944	1,54	1,78	3,32		
CANTÀBRIA	1.171	479	1.650	584.507	2,00	0,82	2,82		
CASTELLA I LLEÓ	6.440	2.906	9.346	2.383.139	2,70	1,22	3,92		
CASTELLA-LA MANXA	4.750	1.556	6.306	2.049.562	2,32	0,76	3,08		
CATALUNYA	2.952	4.116	7.068	7.763.362	0,38	0,53	0,91		
CEUTA	590	521	1.111	83.517	7,06	6,24	13,30		
ESTRANGER	166	0	166	-	-	-	-		
EXTREMADURA	2.697	1.090	3.787	1.059.501	2,55	1,03	3,57		
GALÍCIA	5.045	2.830	7.875	2.695.645	1,87	1,05	2,92		
ILLES BALEARS	1.780	1.682	3.462	1.173.008	1,52	1,43	2,95		
LA RIOJA	1.182	285	1.467	319.796	3,70	0,89	4,59		
MELILLA	602	502	1.104	86.261	6,98	5,82	12,80		
P. ASTÚRIES	1.944	1.431	3.375	1.011.792	1,92	1,41	3,34		
PAÍS BASC	2.192	1.212	3.404	2.213.993	0,99	0,55	1,54		
R. MÚRCIA	1.932	1.596	3.528	1.518.486	1,27	1,05	2,32		
Estat espanyol	75.049	70.360	145.409	47.385.107	1,58	1,48	3,07		

Font: elaboració pròpia

Taula 9. I *Índex de pressió humana per mesos. Màxim, mínim i mitjana. Illes Balears. 2022*

	Màxim	Mínim	Mitjana
2022M12 P	1.241.861	1.206.980	1.224.421
2022M11 P	1.366.053	1.245.402	1.305.728
2022M10 P	1.698.376	1.373.916	1.536.146
2022M09 P	1.861.473	1.696.411	1.778.942
2022M08 P	2.062.428	1.861.786	1.962.107
2022M07 P	2.032.116	1.861.339	1.946.728
2022M06 P	1.859.370	1.732.215	1.795.793
2022M05 P	1.735.446	1.527.479	1.631.463
2022M04 P	1.544.446	1.365.717	1.455.082
2022M03 P	1.351.174	1.254.217	1.302.696
2022M02 P	1.257.325	1.226.873	1.242.099
2022M01 P	1.225.976	1.213.311	1.219.644

Font: IPH-IBESTAT

Com veiem, la forquilla d'infradotació que presentem és àmplia, segons el sistema de càlcul utilitzat, però sigui quina sigui la conclusió a què arribem i malgrat que pensem que possiblement les necessitats se situen en un punt intermedi, la realitat és que les plantilles es troben infradotades i afronten volums de treball molt significatius per l'estacionalitat de l'activitat econòmica de l'arxipèlag, que té repercussions directes en la demanda dels serveis de les forces i cossos de seguretat de l'Estat, no només en temes de prevenció de la delinqüència o d'intervencions per recuperar l'ordre públic sinó també per necessitats específiques com poden ser l'increment de vigilàncies de personalitats que visiten l'arxipèlag, el control en concerts, fires i activitats d'estiu, l'increment de salvaments de muntanya i marítims, com també un increment de l'arribada d'immigrants irregulars, fruit de les millors condicions de navegació estiuenques, entre d'altres.

Un factor molt important incideix sobre les forces i cossos de seguretat de l'Estat a les Illes Balears i fa que siguin molts els membres d'aquestes institucions que no volen venir-hi voluntàriament: el preu dels habitatges, tant en règim de lloguer (opció majoritària temporal, òbviament) com de compra.

Sense anar més lluny, les places disponibles a les Illes Balears per als alumnes de pràctiques de la 128a promoció de la Guàrdia Civil que començaran a fer feina a les Illes el mes de juliol de 2023 han estat de les darreres sol·licitades. Fins i tot, algunes

places a l'illa d'Eivissa, juntament amb algunes de Burgos i Girona, han quedat sense voluntaris entre els alumnes aprovats en la convocatòria de juny.

És cert que en el cas de la Guàrdia Civil disposen de les cases quarter que faciliten l'habitatge a un determinat contingent dels seus membres, però la disponibilitat d'habitatges actualment és nul·la i, en tot cas, inferior a les necessitats generals de la plantilla. Pitjor és la situació de la Policia Nacional en aquest sentit. Tot i que l'accés a l'habitatge és un problema general de la societat, s'ha de considerar que els funcionaris de les forces i cossos de seguretat de l'Estat s'han de desplaçar temporalment i moltes vegades de manera forçosa, i això els causa un impacte especial, ja que en la major part dels casos no disposen de xarxes extenses d'amics o coneguts que els puguin facilitar l'accés a l'habitatge a uns preus raonables. Aquesta situació empitjora en els moments de temporada alta en què precisament se'n reforcen temporalment les plantilles i és significativament més greu en illes com Eivissa i Formentera, però la situació general no és tampoc gaire millor. És per aquest motiu que les associacions professionals reclamen o bé que se'ls faciliti l'accés a un habitatge digne o, si no pot ser, un complement de residència adequat per fer front a les despeses que els genera aquest servei públic. En algun cas, s'ha intentat cedir espais militars per atendre els contingents de reforç estiuenc, però no hi ha una política clara i estructurada en aquest sentit.

Comparats amb altres indrets, els preus dels habitatges a les Illes Balears han esdevingut prohibitius, només a tall d'exemple es pot dir que surt molt més econòmic llogar un pis de tres habitacions i dos banys a Baeza, on se situa l'acadèmia de formació de guàrdies de la Guàrdia Civil, que una habitació en un pis compartit a Palma.

4. El Plan Mayor Seguridad

4.1. La Guàrdia Civil, una institució que treballa amb compromisos de qualitat

La Guàrdia Civil és un cos molt valorat per la població, com ja hem vist anteriorment, i amb una gran implantació territorial a tot l'Estat i a les Illes Balears, i això permet que tingui un contacte més estret i proper amb la població que altres cossos estatals.

La Guàrdia Civil actual és un cos modern i ben preparat, molt lluny de la imatge que alguns encara en tenen. El mínim de titulació per accedir-hi actualment és el de graduat en educació secundària obligatòria, però la realitat és que molts dels que hi ingressen tenen una titulació molt superior, i un percentatge considerable dels alumnes actuals de l'Acadèmia de Guàrdies de Baeza són titulats universitaris, de les més diverses especialitats, des d'enginyers informàtics, fins a químics o graduats en Dret o Economia.

Per veure el grau de dificultat i de competència que hi ha per entrar a la Guàrdia Civil, cal dir que en la convocatòria de 2022 es presentaren uns 26.000 opositors de tot l'Estat per a 1.671 places. Les estadístiques dels opositors són prou clares. En aquesta convocatòria s'ha presentat la xifra de dones més gran de la història, 7.620 opositores, prop del 30% del total d'opositors. A més, destaca la participació de 6.087 titulats universitaris, gairebé una quarta part (23,42%), i d'aquests, 1.554, a més, tenien un màster i 18 un doctorat.

Actualment, són moltes les persones que hi volen accedir i s'enfronten no només a un temari complex i a proves d'ortografia i gramàtica i anglès en la fase inicial, sinó que, a més de les conegudes proves físiques, els aspirants passen per un rigorós procés de tests psicotècnics i entrevistes personals (que en molts casos són més selectius que les mateixes proves físiques) i exhaustius processos de revisió mèdica. Un cop superat el procés de selecció, ve el de formació. Els alumnes aprovats tenen un llarg curs escolar amb matèries específiques necessàries per dur a terme les tasques que té encomanades la Guàrdia Civil. A més, el règim intensiu de treball i estudi es combina amb activitats militars, esportives i d'ús d'armament.

Un cop superada la fase de formació, s'inicia la fase de pràctiques, que duen a terme al llarg de quaranta setmanes en grups de Seguretat Ciutadana i, si escau, en alguna de les destinacions especialitzades sol·licitades i assignades. No és fins després d'haver acabat aquest procés de formació que els alumnes que hagin superat totes les fases amb valoració positiva adquiriran la condició de guàrdies i, a partir d'aquí, podran iniciar, si així ho desitgen, una complicada carrera per pujar en l'escalafó de l'Institut.

Així, per pujar a sotsoficial, s'ha de treballar un mínim de dos anys com a guàrdia, presentar-se a unes noves oposicions i, en cas de superar-les, anar novament a un quarter de formació per un període d'un curs escolar, ja sigui a Baeza (Jaén), ja sigui a Madrid.

En cas de superar aquest procés i de voler continuar ascendint, s'han d'esperar novament dos anys com a sotsoficial i presentar-se a una convocatòria posterior d'ascens a oficial i, superades les exigents proves d'ingrés, passar dos anys més de formació a Madrid. Tot això, a més, amb la dificultat afegida que, un cop assolit cada ascens, l'opositor no sap si podrà romandre a la mateixa destinació o haurà de canviar de lloc de residència per poder exercir les noves funcions encomanades.

I si aquest és el camí que parteix des de la base, molt complicat és el camí que condueix directament a convertir-se en oficial de la Guàrdia Civil un cop acabat el batxillerat. Tan poques són les places convocades que la nota d'accés és superior a la de qualsevol altra carrera universitària. Nogensmenys hi ha una altra via d'accés reservada als qui

ja posseeixen una titulació universitària, en aquest cas, les places són molt escasses i es converteix en una via a l'abast de pocs afortunats.

A banda d'aquests processos d'ingrés o d'ascens, el procés de formació és permanent, amb la realització de cursos periòdics i la necessitat de formació específica si un guàrdia vol accedir a algun dels grups especialitzats de la Guàrdia Civil. Per tot això, podem afirmar que la Guàrdia Civil és un cos extremadament professionalitzat i, en bona part, això afavoreix que sigui una institució tan valorada per la població.

No només es treballa en la formació i la preparació del personal, també es treballa en la modernització dels processos de gestió i en la comunicació de les accions dutes a terme. Així, la Guàrdia Civil de les Illes Balears disposa d'una carta de serveis (vegeu les fonts consultades) que no només ens informa sobre l'estructura i l'organització de la Institució sinó que, a més, planteja una sèrie important d'objectius i indicadors que permeten valorar l'acompliment de les metes dissenyades.

Precisament, un dels objectius és atendre un col·lectiu especialment sensible com és el de la gent gran, sigui a través d'activitats informatives directes, sigui a través dels díptics i tríptics editats, o mitjançant la facilitat d'accés a l'Institut, bé per telèfon bé per altres mitjans de comunicació social que potencia constantment.

4.2. La gent gran, un col·lectiu d'especial interès per a la Guàrdia Civil i la Policia Nacional: el Plan Mayor Seguridad

Una mostra d'aquest especial interès el tenim en les dades d'activitats adreçades al col·lectiu, facilitades pel Gabinet de Comunicació de la Comandància de les Illes Balears, dutes a terme per la Guàrdia Civil l'any 2022. Així, s'impartiren 19 xerrades d'assessorament en matèria de seguretat, tingueren lloc 51 reunions en residències o locals municipals i, a més, es feren 200 telefonades a residències de gent gran per comprovar que no necessitaven cap intervenció o suport de la Benemèrita.

Tot i que al llarg d'aquest article ens hem centrat més en la Guàrdia Civil, cal tenir present que la gent gran és un focus d'acció i atenció important per a totes les forces i cossos de seguretat de l'Estat, i els materials (tríptics, díptics...) s'han editat d'una manera conjunta.

El Plan Mayor Seguridad, com el seu nom indica, incideix en la seguretat adreçada als col·lectius de més edat. Es juga, òbviament, amb el doble sentit de la paraula *mayor*, utilitzada tant per definir el col·lectiu al qual s'adreça l'activitat com per destacar el sentit de grau més elevat, d'atorgar més seguretat als membres del col·lectiu de gent gran de la nostra societat.

Aquest pla posa en relleu que la seguretat dels ciutadans és una missió prioritària de totes les forces i cossos de seguretat de l'Estat, tant de la Guàrdia Civil com de la Policia Nacional. I dins l'atenció ciutadana, la gent de més edat ha de ser objecte d'una especial protecció, tant per ser un col·lectiu més fràgil físicament com pel fet de tractar-se de persones que, per la complexitat de les noves tecnologies, de vegades són més propenses a ser víctimes de determinats abusos o estafes.

És per això que, un cop identificats els delictes que amb una freqüència més gran es perpetren contra la població d'edat avançada, es dissenyen una sèrie de recomanacions a fi d'evitar que aquests delictes s'arribin a cometre.

4.3. Recomanacions del Plan Mayor Seguridad per tipologies

Les recomanacions s'estructuren en situacions quotidianes, en què els consells es poden aplicar d'una manera pràctica i senzilla. Així, el Pla ens informa de les mesures preventives que s'han d'adoptar quan circulem pel carrer, quan anem de viatge, quan ens trobem al domicili, quan anem a fer gestions bancàries o quan naveguem per internet. De la mateixa manera, també ens diu com cal actuar en cas de patir un delicte i en els moments posteriors i, naturalment, ens dona la informació necessària per contactar amb la Guàrdia Civil o la Policia Nacional.

Vegem, tot seguit, aquestes recomanacions.

4.3.1. Precaucions quan se circula pel carrer

- Eviteu fer ostentació de joies i altres objectes de valor, com rellotges de marca. Qui evita el perill, evita l'ocasió.
- Vigileu la bossa i la cartera quan hi ha aglomeracions. Sempre cal dur les cremalleres ben tancades i evitar portar motxilles o altres elements que es puguin obrir des de darrere.
- Desconfieu de propostes que ens facin al carrer, per molt avantatjoses que ens semblin. El més segur és que es tracti d'una estafa.
- Vigileu quan s'acostin a nosaltres més d'una persona, especialment si una ens demana coses mentre l'altra se situa al costat oposat. Possiblement es tracti d'un intent de furt.
- Pel carrer és millor caminar per la part interior de la voravia i dur la bossa o el que portem de valor pel costat de la paret. Millor si duu anses i s'eviten les corretges (pel perill de patir lesions en cas que ens la vulguin prendre).

4.3.2. Precaucions quan anem de viatge

- No oblideu de dur la documentació personal. Si anem a l'estranger, cal consultar quina documentació i tràmits s'han de fer (per exemple, saber si cal el passaport, si s'ha de demanar un visat, si es recomanen determinades vacunes...).
- Porteu el que és estrictament necessari. No cal fer la maleta com si es tractés d'un canvi de domicili. Moltes vegades el que portem no ens farà falta i ens dificultarà els desplaçaments i farà més difícil el control de l'equipatge.
- Manteniu sempre vigilats l'equipatge i les pertinences personals.
- No confieu l'equipatge a persones desconegudes o no degudament acreditades (per exemple, els maleters dels hotels).
- No accepteu mai dur maletes o bosses de cap persona desconeguda. Penseu que sereu responsables del que transporteu (per exemple, drogues, béns robats, objectes de contraban...).

4.3.3. Precaucions al domicili

- No s'han d'obrir mai la porta de casa o el porter automàtic a persones desconegudes.
- Si la porta de casa no té un espiell (sistema per veure qui hi ha darrere), feu-lo instal·lar, així podeu comprovar qui toca a la porta. En cas que es tracti de persones desconegudes, no obriu mai.
- Desconfieu dels qui es presenten com a personal d'un servei tècnic quan no l'hàgiu demanat. Evidentment, cap tècnic no es presenta a un domicili si no és requerit. Possiblement, es tracta de persones que volen accedir a l'habitatge per intentar furtar elements de valor o per cobrar, moltes vegades per una tasca que no han fet o que és deficient, a uns preus molt superiors als del mercat.
- Impediu l'accés al domicili de persones que vulguin accedir-hi amb l'excusa que són d'un organisme oficial, ONG o us ofereixen la venda d'algun producte. Els delinqüents cerquen qualsevol excusa per accedir a l'interior del domicili.
- Una mesura recomanable és identificar els treballadors que deixeu accedir al domicili per fer reparacions, revisions o pagaments.
- Si rebeu telefonades, no faciliteu mai les dades bancàries o personals, encara que diguin que són d'un organisme públic o que necessiten la informació perquè heu de rebre un premi o heu estat els afortunats d'un sorteig.

- No marqueu números de tarifació especial (905, 803, 806...), el cost de les telefonades pot ser extremadament car i, a més, us poden mantenir molt de temps en connexió al·legant qualsevol excusa.
- Per precaució, no contesteu mai a cap telèfon desconegut, que us faci telefonades perdudes o us enviï missatges. Contestar pot suposar contractar serveis no desitjats.

4.3.4. Precaucions al banc

- Procureu no treure'n grans quantitats en efectiu.
- Acudiu acompanyats al banc sempre que hàgiu de fer pagaments, treure'n quantitats de doblers importants o signar documentació rellevant.
- Vigileu l'entorn del caixer. Si observeu algú en actitud sospitosa o que us generi desconfiança, ajorneu l'operació que volíeu dur a terme.
- Procureu no dur anotades les claus de les targetes o les llibretes que utilitzeu.
- Quan pitgeu les claus per accedir a les operacions bancàries, comproveu que ningú no us observa i que el caixer no s'hagi manipulat (per exemple, instal·lant un càmera espia o un lector de targetes sobreposat).
- Sempre que sigui possible, domicilieu els pagaments, això us evitarà haver de dur doblers en efectiu a sobre.

4.3.5. Precaucions per internet

- Desconfieu de missatges que us arribin del banc en què us informen que algú ha iniciat una sessió i que, si no heu estat vosaltres, heu de clicar un enllaç o quan us informen, si no heu ordenat una transferència, que heu de fer alguna acció per anul·lar-la.
- No feu mai cas de missatges suposadament del vostre banc en què us demanen el número del compte o les claus d'accés. Els bancs mai no demanen aquesta informació. L'aplicació de la Banca March, els clients de la qual deuen haver patit molts atacs en aquest sentit, reitera que mai no sol·licitaran ni les claus d'accés ni un codi SMS o una coordenada de la targeta de claus per cap canal, i dona un telèfon per comunicar qualsevol telefonada o missatge rebut en aquest sentit.
- Desconfieu de les grans ofertes per internet. No hi ha duros a quatre pessetes, diu la dita.

- No efectueu compres per internet a pàgines que no siguin segures, sobretot a l'hora d'introduir dades personals i comptes bancaris.
- Les xarxes socials i els perfils són també llocs en què s'ha d'anar amb compte. No doneu informació a desconeguts i no feu pública informació que considereu que més val que no sigui de domini públic.
- Hi ha multitud d'estafes que utilitzen la xarxa per ser comeses. Desconfieu dels missatges mal escrits i fixeu-vos d'on provenen. A ningú no li escriu un advocat des de Nigèria per informar-lo que un parent desconegut li ha deixat una herència milionària o que algú necessita un compte bancari per fer una transferència i a canvi li donarà desenes de milers de dòlars. Els doblers fàcils són molt atractius, però els doblers fàcils no existeixen. Desconfieu de particulars que volen fer una venda per internet i que primer us demanen la transferència dels doblers o que li paguen el transport, probablement no us arribarà mai la mercaderia. Feu servir el sentit comú. I de vegades no basta.

4.3.6. Recomanacions en el moment de la comissió o quan ja s'ha patit el delict

- Si us estiren la bossa, procureu no oferir gaire resistència. Patir una caiguda o una lesió pot ser molt pitjor que el robatori mateix.
- Comuniquen tot d'una els fets a la Guàrdia Civil (062) o la Policia Nacional (091). Intenteu, si és possible, facilitar el màxim d'informació per poder identificar-ne els autors i procedir a detenir-los (alçada, complexió, vestimenta...).
- Si us han robat targetes bancàries o talonaris de xecs, comuniquen-ho immediatament a l'entitat bancària.
- Si us han pres el telèfon mòbil, informen-ne la companyia telefònica. Si teniu instal·lat un sistema de seguiment per GPS, comuniquen-ho a les forces i cossos de seguretat; no seria el primer cas que es localitzen els delinqüents a partir de la localització del dispositiu.
- Si us han robat les claus de la casa, canvien immediatament el pany de la porta.

A més d'aquestes recomanacions, que hem reproduït d'una manera lliure, les quals es faciliten en forma de díptic i tríptic, també es duen a terme una sèrie de tasques informatives, sigui directament a la gent gran, sigui amb mesures de comunicació i formació a persones de l'entorn d'aquest col·lectiu.

Quant al primer bloc d'actuacions, el Pla preveu que funcionaris de la Guàrdia Civil o la Policia Nacional imparteixin conferències en centres de dia, residències o altres llocs determinats per l'Administració o entitats col·laboradores en què s'informarà dels problemes de seguretat que poden afectar més el col·lectiu, com ara:

- Robatoris al domicili
- Robatoris i furtos comesos entorn de les entitats financeres
- Estirades de bosses personals
- Estafes
- Ús no autoritzat i il·legítim de les propietats, fons, comptes i llibretes d'estalvi
- Maltractaments, siguin psicològics o físics
- Riscs derivats de l'ús d'internet i de les noves tecnologies i algunes estratègies bàsiques de prevenció.

Una bona part d'aquestes estratègies i normes bàsiques de prevenció ja les hem posades en relleu en l'apartat anterior. No obstant això, només per establir un sistema eficaç d'ús de noves tecnologies, per evitar molts dels problemes més freqüents, caldria un curs monogràfic i intensiu específic.

Val a dir que les recomanacions que s'adrecen a la gent gran són extrapolables a tota la població general. Això és especialment evident pel que fa a internet i les noves tecnologies. Molts usuaris se senten segurs usant-les, però desconeixen els problemes de seguretat en què incorren amb molta freqüència, entre els quals es trobarien, per exemple, usar els equips informàtics amb un usuari administrador, no fer cas de les actualitzacions del programari, navegar sense programes antivirus i antimalware o donar autoritzacions a programes i aplicacions sense llegir-ne la lletra petita o no fer còpies de seguretat en distints suports conservats en distintes localitzacions físiques, a més de còpies en el núvol, per només esmentar-ne alguns exemples.

Pel que fa a les mesures de comunicació i col·laboració en l'entorn de les persones grans, els experts policials facilitaran l'assistència tècnica i el suport en temes de seguretat que puguin afectar el col·lectiu que atenen mitjançant reunions amb els professionals dels centres i serveis que fan feina amb la gent gran, els seus familiars, les associacions que els atenguin o altres entitats que hi puguin estar interessades.

A les fonts consultades hi ha un enllaç del Plan Mayor Seguridad en què trobareu les publicacions informatives, així com informació específica. Així mateix, si hi ha algú interessat a rebre més informació o rebre formació específica d'alguna d'aquestes matèries, es pot posar en contacte amb la Comandància de la Guàrdia Civil o la Comissaria Superior de la Policia Nacional de Palma i demanar rebre formació específica en el marc d'aquest pla de seguretat.

Referències bibliogràfiques

Allué, P. (s. d.) Notas profesionales, Universidad Isabel I.
<https://www.ui1.es/blog-ui1/8-m-conmemoracion-de-la-primera-mujer-en-entrar-en-el-cuerpo-nacional-de-policia>

Carta de serveis de la Guàrdia Civil de les Illes Balears. (s. d.).
https://www.guardiacivil.es/documentos/pdfs/2021/CS_Zona_Illes_Balears-B_v5_INTERNET.pdf

SocioMétrica. Enquesta d'institucions més ben valorades (gener de 2019).
<https://sociometrica.es/2019/01/policia-guardia-civil-y-ejercito-las-instituciones-mejor-valoradas-incluso-por-votantes-de-podemos/>

Institut d'Estadística de les Illes Balears (IBESTAT). (s. d.). Índex de pressió humana. Illes Balears.
https://ibestat.caib.es/ibestat/estadistiques/e91ffb58-6bdd-457c-bd25-ed2a201f57ae/218ffbad-7444-48b5-a4c0-89a12d1c510d/ca/1106001_1004.px

Institut Nacional d'Estadística (INE). (2021). *Revisió del padró municipal d'habitants a 1 de gener. Dades 2021*.
<https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2853&L=0>

Lluch Dubon, F. D. (2021). Violència de gènere i persones grans. *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears*, 33-91.
https://dpde.uib.cat/digitalAssets/618/618129_anuari-envelliment-2020-complet.pdf

Ministeri de l'Interior. (s. d.). *Estadístiques de criminalitat*.
<https://estadisticasdecriminalidad.ses.mir.es/publico/portalestadistico/portal/seriesAnuales.html>

Ministeri de l'Interior. (s. d.). *Estadístiques de victimitzacions*.
<https://estadisticasdecriminalidad.ses.mir.es/publico/portalestadistico/portal/datos.html?type=pcaxis&path=/Datos4/&file=pcaxis>

Ministeri de Política Territorial. (s. d.). *Plan Mayor Seguridad. Plan estatal dirigido a la prevención y mejora de la seguridad en nuestros mayores*.
https://mpt.gob.es/portal/delegaciones_gobierno/delegaciones/madrid/proyectos-ci/Plan-Mayor-Seguridad--dirigido-a-la-Preveni-n-y-Mjeora-de-la-Seguridad-en-nuestro-Mayores-.html

Silvia Gil, primera dona a dirigir una comandància de la Guàrdia Civil. (s. d.). A *Wikipedia*. https://es.wikipedia.org/wiki/Silvia_Gil

Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó (1965). Geògraf. Funcionari del cos superior de l'escala humanística i de ciències socials, especialitat 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). 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 —a banda d'altres— els articles publicats a *l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*: «Introducció a l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural» (Anuari 2010, 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) i «Gent gran i esport» (Anuari 2022, pp. 355-407).

En el camp de la narrativa ha publicat *Contes contemporanis (1.0)*, Lleonard Muntaner Editor, 2015.

PLAN MAYOR SEGURIDAD DE LA GUÀRDIA CIVIL

Plan mayor seguridad de la guàrdia civil

17a zona de la Guàrdia Civil de les Illes Balears

Resum

La Direcció General de la Guàrdia Civil impulsa i organitza xerrades informatives en centres de dia, residències i altres llocs habilitats per organismes i institucions, tant públics com privats, dirigides a traslladar a les persones grans informació sobre els riscos que constitueixen una amenaça per a la seva seguretat, amb una incidència especial en el maltractament en l'àmbit familiar i residencial. També per a la prevenció d'estirades, furts i robatoris, tant als domicilis com als voltants de les entitats financeres. Per tant, un dels objectius principals del projecte Plan Mayor Seguridad és fomentar la confiança de les persones grans en els cossos i forces de seguretat i desenvolupar conductes proactives per a la denúncia de les situacions i delictes dels quals puguin ser víctimes. Per dur a terme aquesta feina, la Guàrdia Civil estableix mecanismes de comunicació i col·laboració amb l'entorn de les persones grans, i per a l'execució del pla ha posat en marxa acords amb altres institucions, a fi de facilitar la coordinació necessària perquè el pla s'executi de manera adequada i per oferir-los que hi participin i se sentin més segurs.

Resumen

La Dirección General de la Guardia Civil impulsa y organiza charlas informativas en centros de día, residencias y otros lugares habilitados por organismos e instituciones, tanto públicos como privados, dirigidas a trasladar a las personas mayores información sobre los riesgos que constituyen una amenaza para su seguridad, con una incidencia especial en el maltrato en el ámbito familiar y residencial. También para la prevención de tirones, hurtos y robos, tanto en sus domicilios como en los alrededores de las entidades financieras. Por lo tanto, uno de los objetivos principales del proyecto Plan Mayor Seguridad es fomentar la confianza de las personas mayores en los cuerpos y fuerzas de seguridad y desarrollar conductas proactivas para la denuncia de las situaciones y delitos de los que puedan ser víctimas. Para llevar a cabo esta tarea la Guardia Civil establece mecanismos de comunicación y colaboración con el entorno de las personas mayores, y para la ejecución del plan ha puesto en marcha acuerdos con otras instituciones, a fin de facilitar la coordinación necesaria para que el plan se ejecute de manera adecuada y para ofrecerles que participen y se sientan más seguros.

L'increment progressiu de l'esperança de vida de la societat espanyola, unit a altres factors demogràfics com la reducció de les taxes de natalitat, ha donat lloc en les darreres dècades a un fenomen d'envelliment gradual de la població que, segons les projeccions estadístiques actuals, tendirà a accentuar-se en el futur immediat.

Encara que s'estima que el percentatge de persones grans víctimes de delictes no difereix substancialment del que es pot trobar en altres sectors poblacionals, la veritat és que la seva especial vulnerabilitat, així com les situacions de dependència i aïllament social que de vegades pateixen, contribueixen a incrementar la seva percepció subjectiva d'inseguretat. Alhora, hi ha unes certes tipologies delictives, així com altres possibles situacions de risc, de difícil detecció, davant les quals les persones grans poden resultar especialment vulnerables.

Aquesta realitat ha motivat, els darrers anys, la necessitat de donar resposta als riscos de seguretat específics que poden afectar el creixent col·lectiu representat per les persones grans. També, de fer necessària l'adopció de programes concrets de caràcter preventiu que s'emmarquin en les iniciatives promogudes des dels poders públics per a la millora dels nivells de protecció dels col·lectius considerats més vulnerables.

Per tot això, l'any 2010, la Secretaria d'Estat de Seguretat va aprovar la Instrucció 3/2010, per la qual es posava en marxa el Plan Mayor Seguridad, dirigit a la prevenció i millora de la seguretat de la gent gran, amb la finalitat d'activar una sèrie de mesures àmplia per tal de millorar la informació que reben tant les persones grans com el seu entorn en relació amb els riscos de seguretat que els afecten, així com dels mitjans que la societat posa a la seva disposició per protegir-les.

Les unitats competents del Cos Nacional de Policia i de la Guàrdia Civil encarregades de dur a terme les tasques del pla desenvoluparan programes de formació i perfeccionament per dotar de la qualificació necessària els funcionaris policials encarregats d'executar-lo.

El Plan Mayor Seguridad té per objecte fomentar la confiança de les persones grans en els cossos i forces de seguretat i desenvolupar conductes proactives per a la denúncia de les situacions i delictes dels quals puguin ser víctimes.

Per això, la Direcció General de la Guàrdia Civil impulsarà la celebració de xerrades informatives en centres de dia, residències i altres llocs habilitats tant per organismes i institucions públics com privats dirigides a traslladar a les persones grans informació sobre els riscos que constitueixen una amenaça per a la seva seguretat, amb una incidència especial en el maltractament en l'àmbit familiar i residencial. També per a la prevenció d'estirades, furts i robatoris tant als seus domicilis com als voltants de les entitats financeres.

La Guàrdia Civil estableix mecanismes de comunicació i col·laboració amb l'entorn de les persones grans (professionals al servei dels centres visitats, familiars i associacions de persones grans). Es concreten reunions amb ells en les quals els experts policials ofereixen informació general sobre els problemes de seguretat que impliquen més

risc per a les persones grans, pautes de detecció dels comportaments i actituds que solen manifestar els qui els pateixen, així com mecanismes de prevenció als quals contribueixen per evitar aquests problemes.

Es tracta, d'una banda, de facilitar-los informació i orientació sobre els problemes de seguretat de les persones grans que afectin aquestes entitats en la seva labor professional i, d'una altra, d'aconseguir col·laboració en la denúncia ràpida de possibles delictes i en la identificació de pautes i tendències delictives.

Així mateix, s'estableixen vies de comunicació i acords amb organitzacions o associacions d'entitats financeres a escala central, a fi de fer particip d'aquestes mesures tot el personal i les empreses de seguretat que els prestin servei.

Per a una execució millor del pla s'han posat en marxa acords amb altres interlocutors, com el Ministeri de Sanitat, la institució humanitària i interès de caràcter voluntari i públic (Creu Roja), els Serveis Socials i Igualtat, la Federació Espanyola de Municipis i Províncies o el Consell Estatal de Persones Grans, a fi de facilitar la coordinació necessària perquè el pla s'executi de manera adequada i per oferir-los que hi participin.

Així mateix, es promouen acords amb mitjans de comunicació social per a la possible difusió de missatges i consells sobre la seguretat de la gent gran.

Un dels recursos sobre els quals se sustenta el pla és el conveni de col·laboració entre la Secretaria d'Estat de Seguretat i la Creu Roja per al desenvolupament del Plan Mayor Seguridad i de les estratègies amb les persones grans.

La Creu Roja, per la seva part, en l'estratègia d'atenció a les persones grans, té una xarxa de presència extensa per tot el territori nacional, composta per 1.017 punts de presència, 276 punts de centre de contacte en l'estratègia de proximitat i la fortalesa de 39.984 voluntaris i voluntàries que participen en l'àmbit de les persones grans.

Ambdues institucions coincideixen a donar una resposta eficaç i coordinada al fenomen complex de la seguretat de població d'aquest col·lectiu i, per fer-ho, articulen la posada en marxa d'aquelles mesures que responguin a les diferents necessitats que es plantegen.

El seguiment, el control i l'avaluació de l'execució del Plan Mayor Seguridad correspondrà a la Secretaria d'Estat de Seguretat, a través del Gabinet de Coordinació i Estudis.

Anàlisi i valoració situacional observada en l'àmbit de la Guàrdia Civil

Com s'ha esmentat anteriorment, l'objectiu d'aquest pla és eminentment preventiu al mateix temps que informatiu. En això, la Guàrdia Civil té un paper rellevant a causa del desplaçament territorial que té en àrees rurals i aïllades.

D'una banda, se centra a brindar tota la informació possible a col·lectius d'edat avançada per poder prevenir-los dels nous riscos derivats dels avanços socials i tecnològics. Situacions com l'abandó o l'aïllament social, així com la creixent informatització en gairebé tots els aspectes de la vida diària, juntament amb la difícil adaptació d'aquest col·lectiu, els fa especialment vulnerables davant delictes com ara frauds i estafes.

D'altra banda, a causa de la seva edat, hi ha un percentatge d'actes lesius que podrien considerar-se com a maltractament cap a la seva integritat física o psicològica. Uns fets que podrien integrar-se en tipologies delictives corresponents a la violència domèstica.

Molta gent gran, en adonar-se que ha estat víctima d'un delicte, decideix no denunciar-lo per vergonya al fet que els seus familiars se n'assabentin. Això fa que molts fets quedin ocults i que no s'atalli la causa. L'acostament progressiu per part de la Guàrdia Civil fa que es puguin eliminar barreres davant la interposició d'una denúncia o la comunicació de fets que requereixin la intervenció de les autoritats.

Igualment, el contacte i la comunicació periòdica amb els professionals que treballen per a la tercera edat fan que es puguin detectar deficiències o vulnerabilitats que podrien tenir conseqüències greus si no els posassin remei. Aquesta fluïdesa en els contactes permet exercir també una labor preventiva davant possibles fets que requereixin la intervenció de les autoritats.

Un aspecte a destacar és que els delictes comesos contra víctimes de més de 65 anys en els centres de gent gran, o en el seu entorn, majoritàriament són delictes contra el patrimoni, entre els quals destaquen els delictes d'estafa amb targeta bancària i banca en línia, mitjançant càrrecs no autoritzats als seus comptes.

Altres delictes comesos sobre aquestes víctimes són, la majoria, amenaces i lesions entre coneguts o veïns i, d'una manera o d'una altra, maltractament en l'àmbit familiar.

Finalment, cal destacar que la feina tan ben feta de totes les unitats de la Guàrdia Civil implicades en el Plan Mayor Seguridad ha tingut repercussió en nombroses ocasions en articles periodístics i notes de premsa, dels quals s'adjunten alguns exemples.

De manera específica, i segons les informacions de les unitats territorials, després de la pandèmia de la COVID-19 es reinicien les xerrades a persones grans. Una mostra de la gran tasca duta a terme són les nombroses felicitacions anotades en els llibres de queixa i suggeriments dels posts.

No podem deixar passar l'oportunitat d'esmentar la gran tasca que va fer la Guàrdia Civil en conjunt i, especialment, el grup d'especialistes en desactivació d'artefactes explosius i de naturalesa NRBQ (GEDEX) en la desinfecció de residències i centres de persones grans durant la pandèmia.



Gràcies al seu sacrifici i dedicació, centenars de centres i residències es van desinfectar per tal de proporcionar més seguretat per a les persones grans.

Estadística del plan mayor seguridad

Taula 1 | *Resultats del pla en l'àmbit nacional, 2022*

Informació a persones grans	
Nombre de xerrades	555
Nombre d'assistents	12.596
Nombre de centres	518
Mesures de comunicació i col·laboració amb l'entorn de les persones grans	
Professionals	3.734
Altres institucions	380
Altres col·laboracions	
Intervencions assistencials	4.633
Activitats complementàries	4.150
Centres inclosos en el pla	
Total	3.601

Font: elaboració pròpia

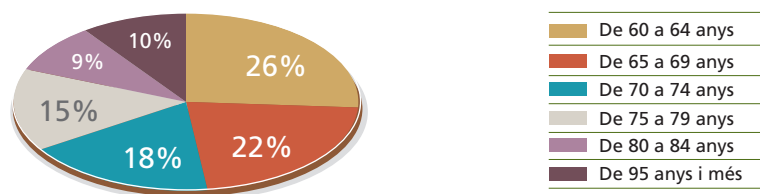
Taula 2 | Resultats del pla a la zona de les Illes Balears, any 2022

				Mesures de comunicació i col·laboració amb l'entorn de les persones grans		Altres activitats	Centres inclosos en el Pla
	Nombre Xerrades	Nombre Assistents	N. de Centres	Professionals	Altres Institutu	Intervenc. Assistencial	Total centres
Gener	1	37	1	4	7	9	
Febrer	1	50	1	6	8	6	
Març	4	82	2	6	15	5	1
Abril	3	64	3	5	9	2	0
Maig	1	15	1	2	1	4	
Juny	1	23	1	1	6	5	
Juliol	0	0	0	1	5	9	
Agost	1	20	1	1	4		
Setembre	0	0	0	1	3		
Octubre	0	0	0	3	14	0	0
Novembre	3	103	3	2	6	0	
Desembre	1	38	1	0	5	3	

Font: elaboració pròpia

Resultats del Plan Mayor Seguridad de la Guàrdia Civil de la zona de les Illes Balears extrets de la memòria anual de l'any 2022. Hi podem observar com s'han impartit 16 xerrades en un total de 75 centres repartits per tota la geografia balear, a les quals han assistit 432 persones.

Cal destacar les intervencions assistencials que s'han fet a les Illes Balears al llarg del 2022. Observam com hi ha hagut 432 auxilis i rescats a persones de més de 65 anys de centres de gent gran, residències, associacions, etc.

Gràfic 1 | Població de persones grans, Illes Balears

Font: Informació extreta de l'Institut Nacional d'Estadística en data d'1 de juliol de 2022.

si es víctima de un delito

- Trate de mantener la calma y el pánico. Tenga en cuenta que puede ayudar a identificar al delincuente.
- LLAME A LA GUARDIA CIVIL O A LA POLICIA. Solicite el número de teléfono de su zona.
- Comunique la localización de sus tarjetas o cheques bancarios a las entidades emisoras inmediatamente.
- Si es víctima de un delito, no espere hasta recibir asistencia para tratar su denuncia.
- Si le han arrebatado las llaves de su vehículo, cambie cuanto antes la cerradura de la puerta.

RECUERDE:
La Guardia Civil trabaja siempre para usted.

GUARDIA CIVIL 062

confío en nosotros

La seguridad del ciudadano es una misión prioritaria en el trabajo diario de la Guardia Civil. Los planes de esta unidad de nuestro cuerpo de seguridad se centran en ofrecer un servicio de máxima calidad y eficiencia.

La policía de proximidad que se adapta a las necesidades de cada zona y que garantiza la seguridad de los ciudadanos.

La Guardia Civil es una unidad que garantiza la seguridad de los ciudadanos en cualquier momento y lugar.

MINISTERIO DEL INTERIOR
DIRECCIÓN GENERAL DE LA GUARDIA CIVIL

Nuestro mayor deseo es conseguir su **MAYOR** seguridad.

PLAN MAYOR SEGURIDAD



en la vía pública

- Evite salir a caminar por la noche, especialmente en solitario y en zonas de poca iluminación.
- Evite hacer ostentación de joyas o otros objetos de valor y ponga su tarjeta en la cartera o en el bolsillo.
- No acepte regalos (productos que no sean para su salud, por ejemplo) que le ofrezcan en la calle, por muy baratos que sean.

en su domicilio

- No abra la puerta de su casa si el portero desconoce su nombre.
- Desconfíe siempre de quien llame o su puerta sin avisar y no abra la puerta si no sabe quién es.
- Desconfíe de los servicios técnicos que no hayan sido contratados por usted o por su familia.
- Identifique a las empresas que vayan a su habitación, antes de hacer reparaciones, trabajos o cambios en el domicilio.

en el banco

- Si tiene que utilizar un cajero automático, no lleve grandes cantidades de dinero.
- Si es posible, desdoble sus pagos mensuales para evitar ir al cajero con dinero.
- Precaución al manejar el dinero: asegure el dinero, no lo lleve en grandes cantidades.

en sus viajes

- No olvide nunca su documentación personal.
- Cambie el dinero antes de salir a viajar.
- Mantenga siempre vigilado su equipaje y pertenencias personales.
- No confíe sus maletas a personas desconocidas o que no estén debidamente identificadas.

en internet

- No envíe ni acepte mensajes de texto o correo electrónico de personas que no conozca.
- No realice compras en páginas que no le garanticen la seguridad de sus datos.
- Sea cauteloso con la privacidad de sus datos.
- Desconfíe de grandes ofertas o descuentos.

Figura 1. Tríptico informatiu

Sucesos | 24 de Agosto de 2022

INVESTIGACIÓN | LA POLICIA JUDICIAL DE LA GUARDIA CIVIL: AL PRESENTE DEL CASO

Detenido por dar una brutal paliza al dueño de un restaurante en Son Serra para robarle

El arrestado es un camarero de 38 años que había sido despedido del local días antes de la agresión

La víctima, de 68 años de edad, permanece ingresada en el hospital y su estado es muy grave

Julio Bastida | PMLA

El propietario de un restaurante en Son Serra de Mar ha sufrido una brutal paliza por parte de un camarero de 38 años de edad, que le ha robado un bolso con dinero y joyas. El agresor, que ya había sido despedido del local, se presentó en el establecimiento y se lanzó contra el dueño, dejándolo inconsciente. Los agentes de la Guardia Civil acudieron al lugar del suceso y detuvieron al agresor tras una persecución de varios minutos. El detenido fue trasladado al Hospital de Son Serra, donde se le practicó una tomografía computarizada (TAC) que reveló graves lesiones en la cabeza y el cuello. El estado de la víctima es muy grave y se espera que permanezca ingresado en el hospital durante un tiempo prolongado.

INGRESO | El detenido, de 38 años, permanece ingresado en el Hospital de Son Serra, donde se le practicó una tomografía computarizada (TAC) que reveló graves lesiones en la cabeza y el cuello. El estado de la víctima es muy grave y se espera que permanezca ingresado en el hospital durante un tiempo prolongado.

ACTUACIÓN | Los agentes de la Guardia Civil acudieron al lugar del suceso y detuvieron al agresor tras una persecución de varios minutos. El detenido fue trasladado al Hospital de Son Serra, donde se le practicó una tomografía computarizada (TAC) que reveló graves lesiones en la cabeza y el cuello. El estado de la víctima es muy grave y se espera que permanezca ingresado en el hospital durante un tiempo prolongado.

Sucesos | 19 de Agosto de 2022

Detenidos por robar relojes de alta gama y joyas a varios turistas en Calvià y Andratx

Uno de los arrestados ingresó en prisión por orden del juez de guardia

Juan P. Martínez | PMLA

La Guardia Civil de Calvià ha detenido a dos hermanos, ambos de nacionalidad francesa, acusados de tres asaltos para robar miles de euros en joyas y relojes de alta gama a varios turistas en zonas de Calvià y Andratx. Después de una diligencia judicial, uno de ellos fue enviado a prisión por orden del juez de guardia.

Los delincuentes localizaron a los posibles víctimas, a las que posteriormente les exhibieron pistolas para intimidarlas y les robaron los relojes de alta gama y joyas. Los delincuentes localizaron a los posibles víctimas, a las que posteriormente les exhibieron pistolas para intimidarlas y les robaron los relojes de alta gama y joyas.

COMUNICACIÓN | Los dos arrestados, uno se encargó de robar y el otro de poner a la venta los objetos. Los agentes hallaron en el domicilio de los sospechosos, dos que desparecieron que había alojado en un hotel de Mallorca. Después de una serie de diligencias judiciales, uno de ellos fue enviado a prisión por orden del juez de guardia.

Palmas | Los agentes localizaron a los posibles víctimas, a las que posteriormente les exhibieron pistolas para intimidarlas y les robaron los relojes de alta gama y joyas.

Detenido un ladrón por robar en cinco viviendas de Maria de la Salut y Sineu

Julio Bastida | PMLA

Agentes de la Guardia Civil han detenido a un ladrón acusado de asaltar y robar cinco viviendas de Maria de la Salut y en Sineu. Los investigadores tuvieron conocimiento a principios del mes de octubre de una oleada de robos en interior de viviendas en varios municipios. Del análisis de las denuncias interpuestas por los vecinos, los agentes observaron que el autor sustrata del interior de las viviendas, especialmente joyas y relojes. No tardaron en descubrir que en los establecimientos de compra y venta de oro aparecieron objetos robados. Una vez intervenidos y ser mostrados a los denunciantes, todos ellos fueron identificados por sus legítimos propietarios.

Una vez que por documentación y cámaras de seguridad fue localizado el posible autor, la Guardia Civil detuvo al ladrón, recuperando gran parte de los objetos que había robado y que aún no había vendido. Al supuesto autor se le imputaron un total de cinco delitos de robo con fuerza en interior de vivienda, así como un delito de estafa la identificarse como propietario de los objetos sustraídos y vendidos en diferentes tiendas de la isla.

Por otra parte, la Policía Nacional ha detenido a una mujer, con 25 antecedentes policiales, por dos delitos de robo con violencia, un hurto y un quebrantamiento de condena. La acusada fue detenida en el momento que iba a juicio por otra causa independiente. Se trata de una delincuencia que ataca con violencia a los turistas para robarles en la Platja de Palma.



El detenido, custodiado por un agente de la Guardia Civil.

Figura 2. Notes de premsa

La Guardia Civil explica a los mayores de Sant Rafel cómo prevenir estafas y robos en casas de campo

La Guardia Civil está impartiendo en la isla de Ibiza diferentes conferencias de seguridad relacionadas con el Plan Mayor de Seguridad y contra las sustracciones agrícolas y ganaderas.



Figura 3. Charla de la Guardia Civil en Sant Rafel

Así, agentes especializados impartieron el pasado 5 de febrero en el Centro Social de Sant Rafel (Ibiza), una de estas conferencias a la que asistieron 50 personas.

La charla abordó dos temas principales: la seguridad de las personas mayores y cómo evitar los robos en el campo. Los agentes mostraron diferentes vídeos y llevaron a cabo

actividades interactivas para hacer llegar a los mayores “el mayor número de consejos aplicables a la seguridad del día a día”, explican en un comunicado.

Abordaron, entre otros, diferentes temas cotidianos, como los falsos revisores de gas y otras estafas comunes dirigidas a las personas mayores, así como protocolos de actuación en caso de incendios o accidentes.



Figura 4. Recursos audiovisuales



El canal oficial de la Guàrdia Civil (<<https://www.youtube.com/user/guardiacivil>>) disposa d'una sèrie de vídeos dirigits a les persones grans amb la finalitat de facilitar consells de seguretat i prevenir situacions de risc, entre les quals es troben les següents:

- Seguretat per a les persones grans
- Seguretat dins el domicili
- Seguretat fora de casa
- Estafes
- Abús de confiança
- Maltractament i abandó
- Ús d'internet.



Autoria

La 17a zona de la Guàrdia Civil de les Illes Balears, sota el comandament d'un coronel de la Guàrdia Civil en servei actiu, és la unitat encarregada de dur a terme a l'àmbit territorial de la comunitat autònoma de les Illes Balears, inclosa la mar territorial, les missions que les diferents disposicions encomanen al cos de la Guàrdia Civil. La constitueixen les unitats de comandament, planificació, direcció, execució, gestió, coordinació i control dels serveis en l'àmbit autonòmic.

La zona de la Guàrdia Civil de les Illes Balears assumeix la responsabilitat de la seguretat ciutadana en un total de 62 dels 67 termes municipals de la comunitat autònoma.

A més de les companyies territorials en les quals s'integren els posts, com a unitats responsables de la seguretat ciutadana a les demarcacions respectives, la zona de la Guàrdia Civil de les Illes Balears disposa d'unitats especialistes que permeten executar les diferents responsabilitats que corresponen a la Guàrdia Civil a la comunitat autònoma:

- Unitat de Seguretat Ciutadana de Comandància (USECIC)
- Protecció del Medi Ambient i de la Naturalesa (SEPRONA)
- Servei Aeri (UHEL)
- Resguard fiscal de l'Estat: Patrulles Fiscals i de Fronteres (PAFIF)
- Intervenció d'Armes
- Servei Marítim

- Servei Cinològic
- Agrupació de Trànsit
- Servei de Muntanya
- Policia Judicial
- TEDAX-NRBQ
- Activitats Subaquàtiques
- Servei d'Informació.

La Guàrdia Civil de les Illes Balears té encomanada, igualment, la vigilància i protecció interior dels palaus de l'Almudaina i de Marivent, residències privades i oficials de Ses Majestats els Reis d'Espanya, així com de les seus de la Delegació del Govern d'Espanya a les Illes Balears, direccions insulars i la delegació del Banc d'Espanya, a més del control d'accessos i perímetre exterior dels centres penitenciaris de Palma i Sant Josep de sa Talaia, a l'illa d'Eivissa, a més de la vigilància i protecció maritimoterrestre de l'arxipèlag de Cabrera.

**ADDICCIONS ALS OPIACIS,
TRACTAMENT I ENVELLIMENT A LES
ILLES BALEARS**

Addiccions als opiacis, tractament i envelliment a les Illes Balears

Albert Moratinos Jaume
Sergi Canal Montiel
Maria Valero de Vicente
Victòria Quesada Serra

Resum

A les Illes Balears, a partir dels diferents programes i comunitats terapèutiques, s'observa que el perfil dels usuaris de tractament per a addiccions són persones de llarg recorregut amb antecedents de consum d'heroïna i altres opiàcis, acompanyats d'altres complicacions mèdiques i socials. El present capítol aborda la necessitat d'adaptar els recursos d'atenció a les conductes addictives per a persones grans. Es destaca la importància d'una perspectiva integral que reformuli les trajectòries de reinserció per a la població gran, atengui les seves necessitats específiques i superi les barreres actuals per garantir-hi l'accessibilitat. S'emfatitza la importància d'intervencions interdisciplinàries i d'establir circuits entre els serveis que atenen aquest col·lectiu, i es fa ressaltar la rellevància de la formació de professionals per poder oferir una atenció integral i millorar la qualitat de vida de les persones grans amb addiccions. Com a conclusió, es proposa un nou model d'atenció intersectorial centrat en la persona i adaptat a les diferents formes d'envelliment, i que destaca la importància del suport social i la resiliència. També s'emfatitza la necessitat d'eliminar l'estigma cap a les persones addictes i la importància de la recerca en l'envelliment i les addiccions.

Resumen

En las Islas Baleares, a partir de los diferentes programas y comunidades terapéuticas, se observa que el perfil de los usuarios de tratamiento para adicciones son personas de largo recorrido con antecedentes de consumo de heroína y otros opiáceos, acompañados de otras complicaciones médicas y sociales. El presente capítulo aborda la necesidad de adaptar los recursos de atención a las conductas adictivas para personas mayores. Se destaca la importancia de una perspectiva integral que reformule las trayectorias de reinserción para la población mayor, atienda a sus necesidades específicas y supere las barreras actuales para garantizar la accesibilidad. Se enfatiza la importancia de intervenciones interdisciplinarias y de establecer circuitos entre los servicios que atienden a este grupo, así como también resaltar la relevancia de la formación de profesionales para brindar una atención integral y mejorar la calidad de vida de las personas mayores con adicciones. A modo de conclusión, se propone un nuevo modelo de atención intersectorial centrado en la persona y adaptado a las diferentes formas de envejecimiento, destacando la importancia del apoyo social y la resiliencia. También se enfatiza la necesidad de eliminar el estigma hacia las personas adictas y la importancia de la investigación en el envejecimiento y las adicciones.

1. Introducció

Els opiacis i els opioides són substàncies de tipus analgèsic que actuen sobre el sistema nerviós central i, més concretament, sobre les parts del cos on hi ha receptors opioides; el seu efecte principal és la reducció del dolor i el malestar, i generen sensacions de benestar i relaxació. Hi ha substàncies opiàcies diferents: els opiacis naturals com la morfina o la codeïna, els opioides semisintètics com l'heroïna o la buprenorfina o els opioides sintètics presents en fàrmacs com l'oxicodona, el tramadol o el fentanil. Així mateix, podem parlar de substàncies opioides legals, com els fàrmacs receptats amb prescripció mèdica, o il·legals, com l'heroïna. En qualsevol cas, tant opiacis com opioides tenen un gran risc de generar abús, addicció i dependència, així com nombrosos efectes secundaris.

A les darreres tres dècades, a Espanya s'han produït grans canvis quant als patrons de consum d'aquesta mena de substàncies, emmarcats i influenciats per factors polítics, jurídics i socioculturals. A final del segle XIX, el desenvolupament farmacològic aïlla el principal alcaloide de l'opi, la morfina, a partir del qual serà posteriorment sintetitzada l'heroïna. Durant les primeres dècades del segle XX començaren a comercialitzar-se una gran quantitat de fàrmacs per a ús mèdic en el tractament del dolor agut i crònic amb el principi actiu d'opiacis naturals o semisintètics. En un primer moment, els problemes ocasionats per aquests fàrmacs estaven relacionats amb complicacions mèdiques derivades de l'ús; les persones que desenvolupaven algun comportament d'ús problemàtic no tenien l'estigma social que es va veure anys més tard. La «crisi de l'heroïna» a Espanya se situa en el darrer lustre dels anys setanta i principi dels vuitanta, si bé el punt àlgid de màxim consum és a final dels vuitanta i principi dels noranta (Gamella, 1997; Martínez-Oró, 2017). Durant aquests anys, el consum d'aquest opioide es va desbordar: va marcar tota una generació de joves i la societat espanyola de final del segle passat. Aquesta és la generació que ara té entre 50 i 65 anys, és a dir, persones que han envellit essent consumidores o en tractament, i algunes són consumidores de llarg recorregut que han passat per diversos intents de deshabituació (SID, 2019, citat a Martínez-Oró, 2017).

Segons el Pla Nacional Sobre Drogues (PNSD, 2016-2024), l'ús d'opioïdes com l'heroïna s'ha reduït de manera significativa els darrers anys. No obstant això, sembla que s'ha incrementat el consum de fàrmacs opioïdes amb recepta mèdica els darrers deu anys (Pedrero, 2022).

L'objectiu principal d'aquest capítol és fer un recorregut a través de les dades disponibles sobre el consum d'opiacis i admissions a tractament de persones grans a Espanya i de manera més específica a les Illes Balears, determinar com són els serveis assistencials i de tractament disponibles, així com reflexionar sobre les necessitats emergents, les noves

perspectives d'atenció terapèutica i els reptes futurs per a la prevenció de l'addicció generada pels opiàcis, i les seves conseqüències socials.

2. Dades sobre el consum d'opiàcis i opioides: tendències passades i actuals

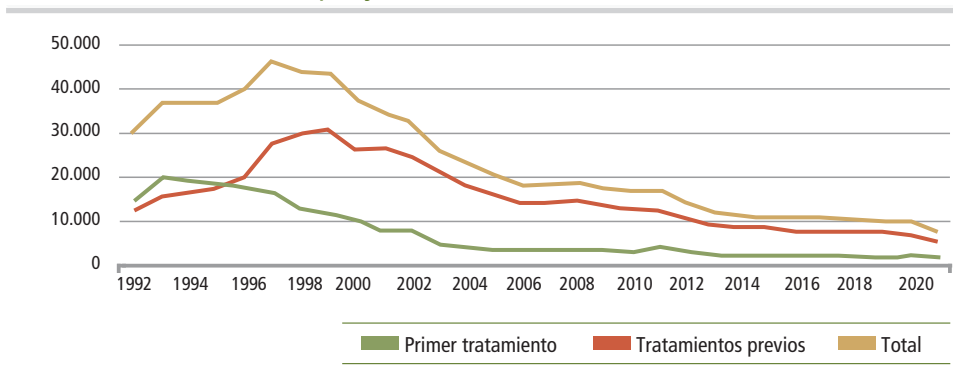
La United Nations Office on Drugs and Crime, al seu darrer informe sobre consum de drogues a escala mundial (UNODC, 2022), estima que, durant el 2020, 61,3 milions de persones van consumir opioides. Aquesta dada n'inclou tant el consum il·legal com el legal sota prescripció mèdica. El consum d'opioides representa l'1,2% de la població mundial amb edats compreses entre 15 i 64 anys, del qual el 85% del consum és per part d'homes.

Quant a la prevalença del consum mundial d'opioides, la substància més utilitzada és l'heroïna, seguida d'opioides farmacològics per a usos no mèdics, opi i tramadol (UNODC, 2022). A Europa, l'heroïna continua sent l'opiòide més consumit durant el 2020 i és la responsable de la majoria de les morts induïdes per drogues (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction, EMCDDA, 2022). A conseqüència de la «crisi dels opioides a Amèrica», la preocupació per alguns derivats opioides sintètics com el fentanil ha crescut. Les xifres sembla que no incrementen les alarmes, si bé es reconeix que els sistemes de vigilància tenen una capacitat baixa per monitorar l'increment en l'ús d'aquestes substàncies i es necessiten millores en aquest sentit. Cal destacar que el 2020, el 28% de totes les persones que van iniciar tractament per abús de drogues a Europa el varen començar per consum d'opioides com a droga principal, el 77% d'aquestes persones en tractament per primera vegada eren consumidores d'heroïna com a droga principal, i s'estima que 173.000 van rebre tractament amb agonistes opioides (EMCDDA, 2022). La intoxicació aguda per heroïna és la tercera causa més freqüent de visita a urgències hospitalàries, i en representa el 18%, i en el 74% de les sobredosis mortals, s'havia produït consum d'opioides. Pel que fa al perfil de les persones consumidores, el 82% són homes, amb una edat mitjana de 23 anys en el primer consum i una edat mitjana de 34 anys en iniciar per primera vegada el tractament. També cal destacar que el 74% d'aquells que inicien el tractament ja havien estat tractats prèviament per la mateixa substància.

Les darreres dades disponibles de l'informe de l'Observatori Espanyol de les Drogues i les Addiccions (OEDA) es van publicar el 2022; es recull i s'analitza l'admissió a tractament per heroïna des de l'any 1991 fins al 2020 (vegeu el gràfic 1). Si bé el nombre d'admesos a tractament per consum d'heroïna continua la tendència a la baixa des de final dels noranta, la minva significativa en el darrer any analitzat (2020) és per la reducció generalitzada en el nombre d'admissions a tractament, segurament

com a resultat de la pandèmia per covid. Així mateix, les dades destaquen que el perfil de les persones admeses a tractament continua essent home amb una edat mitjana de 43,8 anys i que ja ha rebut tractament anteriorment per aquesta mateixa substància. A més, informen que el 71,3% dels admesos han rebut alguna vegada a la vida un tractament substitutiu amb opiacis (TSO), en què els més freqüents són la metadona (88,6%) seguida de la buprenorfina (11,4%), la qual, encara que d'ús més moderat, consolida la seva presència (OEDA, 2022).

Gràfic 1 | Nombre d'admissions a tractament per abús o dependència d'heroïna. Espanya, 1991-2020



Font: OEDA (2022). Indicador d'admissions a tractament per consum de substàncies psicoactives.

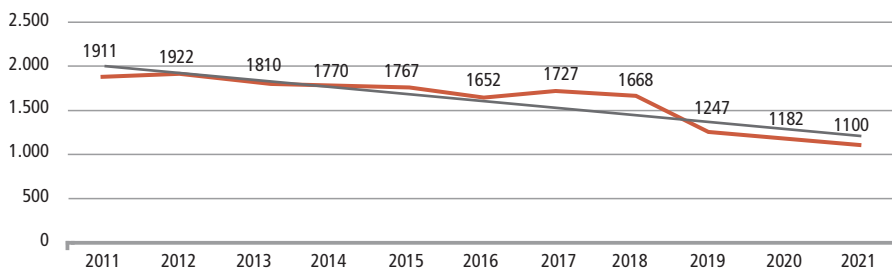
3. Perfil d'usuaris

A l'hora de parlar del perfil d'usuaris en els tractaments a l'edat adulta, és necessari atendre els diferents perfils de les persones consumidores. D'una banda, trobem els consumidors de llarg recorregut amb diversos intents de deshabitació i, d'altra banda, malgrat que és incipient, cada cop és més freqüent el consum d'aquestes medicacions entre persones grans, associat al mal crònic.

Pel que fa als consumidors de llarg recorregut, segons Martínez-Oró (2017), trobem el perfil de la persona heroïnòmana policonsumidora que ha participat en programes de manteniment amb metadona, en situació d'exclusió social, que ha passat pel sistema penitenciari i que en moltes ocasions té VIH/sida, hepatitis i altres complicacions mèdiques. Aquest perfil estaria actualment entre 45 i, en el millor dels casos, 60 anys. Es tracta del perfil majoritari i que més coneixen els serveis assistencials. L'envelliment d'aquest col·lectiu representa a la vegada tot un repte terapèutic per la seva llarga història de consum, tractaments de substitució o deshabitació i recaigudes, així com les comorbiditats mèdiques i socials associades.

A les Illes Balears, segons les dades recollides a l'enquesta EDADES sobre consums entre 15 i 64 anys (PNSD, 2022) l'edat mitjana d'inici al consum d'heroïna se situa a 19,7 anys. La prevalença del consum d'analgèsics opioides, tant amb recepta com sense recepta, és del 4%, mentre que l'heroïna en representa el 0,1%. Quant al consum d'analgèsics opioides, el 9,1% de la població de les Illes Balears enquestada entre 15 i 64 anys ha consumit aquestes substàncies almenys una vegada a la vida, i el tramadol és la més consumida, amb un 70,5%. Les darreres dades disponibles sobre l'indicador d'admissió a tractament per consum de drogues a les Illes Balears mostren un total de 2.126 altes noves, de les quals 166 (7,81%) van ser per consum principal d'heroïna, 25, per consum d'altres opiacis (1,18%), i 11, per consum dual d'heroïna i cocaïna (Pla d'addiccions de les Illes Balears, 2021). La tendència en el nombre de persones en tractament amb metadona es manté estable i ha disminuït al llarg dels darrers anys (vegeu el gràfic 2). Pel que fa al perfil de les persones consumidores que demanen tractament, en general els homes són majoria. Concretament, en el cas de l'heroïna, representen el 86,44% i només el 13,6% són dones.

Gràfic 2 | *Evolució del nombre de persones en tractament amb metadona*



Font: Pla d'addiccions de les Illes Balears (2021)

4. Característiques dels tractaments i abordatge terapèutic

4.1. Trajectòria i històric de la intervenció en opiacis a les Illes Balears

A la primera part dels vuitanta, com a conseqüència de l'increment dramàtic en el consum d'heroïna a Espanya i davant la necessitat de desenvolupar un marc normatiu que regulés la prescripció de metadona, s'aprova la primera norma mitjançant l'Ordre ministerial de 23 de maig de 1983 per a la prescripció i dispensació de metadona. El 1985 es va crear el Pla nacional sobre drogues i els plans autonòmics de drogues, amb la finalitat de facilitar la planificació i provisió de recursos a cada comunitat autònoma.

Posteriorment, s'aprova la segona normativa reguladora mitjançant l'Ordre ministerial de 31 d'octubre de 1985 en la qual s'estableix el marc jurídic de participació de les comunitats autònomes en els Programes de Tractament amb Metadona (PTA). Aquesta norma estableix que només els centres públics oficialment acreditats per al tractament de drogodependències podien prescriure metadona.

A principi de la dècada dels noranta, després d'un període llarg d'intervenció assistencial, es va plantejar la necessitat de reconduir els objectius i les estratègies del PNSD després de constatar:

- Un volum important de drogodependents que fracassaven en els programes lliures de drogues.
- Un deteriorament social i sanitari notable entre els usuaris seropositius.
- Una alta prevalença d'altres malalties infectocontagioses com la tuberculosi i l'hepatitis B i C.
- L'efectivitat dels programes de reducció de danys per combatre la morbiditat i mortalitat associades a la infecció del VIH.

El resultat va ser un canvi d'orientació cap a estratègies de reducció de danys en l'abordatge de la drogodependència i una diversificació de l'oferta assistencial, i es van incorporar noves alternatives terapèutiques en el tractament de l'addicció a opiacis. Es va ampliar l'oferta dels programes de tractament amb metadona i es van flexibilitzar els criteris d'admissió mitjançant l'aprovació d'una nova normativa al Reial decret 75/1990.

El Programa de Manteniment amb Metadona (PMM) a Mallorca es va iniciar l'any 1993 com un programa experimental i altament restrictiu. Va començar amb dues persones com un estudi pilot de la Conselleria de Sanitat, que els administrava «xarop». Després, la preparació es va passar a la farmàcia de l'Hospital Psiquiàtric, on el 1998 ja tenien 850 usuaris, sense comptar els del centre penitenciari, i feien la preparació a l'Hospital Joan March. Posteriorment, la va passar a fer la farmàcia de l'Hospital Psiquiàtric.

Al principi, el PMM era d'alta exigència: perfil restrictiu (dones embarassades, dependència severa amb múltiples tractaments anteriors fracassats, problemàtica orgànica greu, o consumidors «top» —amb feina estable, alt suport familiar...), no hi havia servei per endur, hi havia controls d'orina diaris vinculats a abstinència, obligatorietat de tenir persones responsables per supervisar les dosis del cap de setmana, puntualitat rigorosa a l'hora de la recollida, entre altres exigències. A més, hi havia una llista d'espera per entrar al PMM, la qual cosa suposava un entrebanc seriós als usuaris de reducció de danys.

L'any 1994, la dispensació es feia al camí de Jesús, excepte als usuaris dels centres de Manacor i Inca, gestionats pel Consell de Mallorca, i d'Andratx i Sóller, gestionats per la Creu Roja. Progressivament, augmentaven els usuaris del PMM. L'any 1996, el Consell Insular de Mallorca va fer l'encàrrec a Projecte Home Balears (PHB) de gestionar la Comunitat Terapèutica de Puig des Bous amb la condició que poguessin entrar-hi usuaris del PMM, i va ser de les primeres comunitats terapèutiques nacionals a fer-ho. El mateix any es va crear el Centre de Contacte i Acol·lida per a Toxicòmans i el PMM La Placeta, que gestiona la Creu Roja.

A partir de 1998 es van incrementar de manera considerable les cues per recollir la metadona i fer els urinocontrols, on confluen usuaris de l'indar baix i alt, un fet que posà en evidència la forta estigmatització dels usuaris i del PMM. Aquesta situació va fer pensar en la necessitat de diversificar objectius i estratègies: augment i generalització de Programes de Reducció de Danys (PRD), dispensació en farmàcies, centres de salut, metabús i als Centres d'Atenció a les Drogodependències (CAD) de Palma (a partir de l'any 2000), *take home* com a norma i no com a privilegi, entre d'altres, que va permetre l'inici de la «normalització» dels PMM. És un camí que, 23 anys després, encara té qüestions a resoldre, com pautes de com envellir amb el fàrmac: entrades a residències, passar la dispensació a comprimits, tenir en compte els efectes a llarg termini que té el fàrmac i l'estigma associat al tractament, etc. (Gutiérrez-Cáceres et al., 2019; Gutiérrez-Cáceres, 2022).

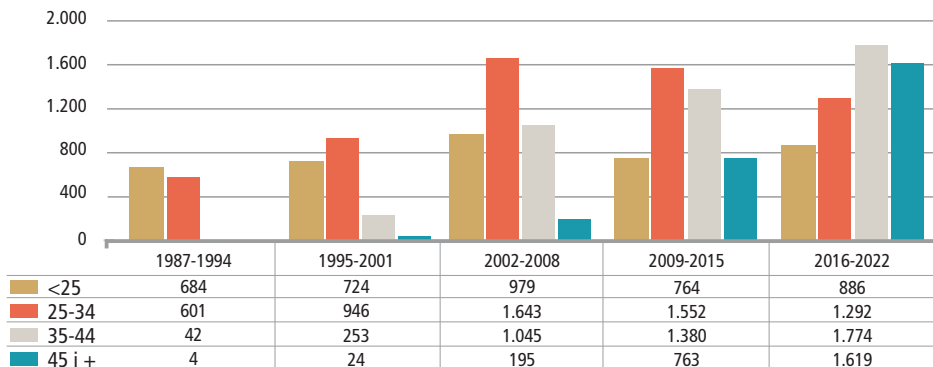
Per altra banda, i en paral·lel a l'abordatge públic de la crisi de l'heroïna a les Illes Balears, la Conselleria de Sanitat i el Bisbat de Mallorca donen suport a l'obertura de PHB i proposen a Bartomeu Català que lideri un equip professional que faci una recerca dels models existents, per tal de preveure una resposta eficient a l'alarma social del moment (Pérez-Alzina, 2017). El 1987 obre les portes el Centre d'Acol·lida de PHB al barri del Terreno, amb la idea d'establir un model diferent de les poques iniciatives existents com, per exemple, Can Pep Xico a Eivissa o El Patriarca, amb tota la càrrega sectària que ja el definia. Es tractava d'un model que feia anys que funcionava a Itàlia (Progetto Uomo, 1979) i altres indrets com els Països Baixos (Emiliehoeve, 1972, i Kooyman, 1996), basat en l'experiència nord-americana de Daytop Village (1964) i Phoenix House (1967) i que articulava la intervenció en el model de comunitat terapèutica, amb un fort component d'autoajuda i un convenciment humanista que l'addicció es pot superar amb l'aplicació d'una visió del problema biopsicosocial, amb poc suport en aquells anys en què la visió biomèdica imperava en l'àmbit professional. A diferència del model americà de Daytop, s'afegí un component fort de treball emocional, una aposta clara per la feina amb les famílies i l'entorn i un acompanyament als processos de reinserció social.

En aquell primer any de vida de PHB hi ingressen 80 persones; totes, amb un perfil de consum d'heroïna injectada i amb una edat mitjana de 24,1 anys. Com es pot comprovar, es tractava de gent molt jove i amb una problemàtica molt similar, a la

qual s'afegia la realitat del VIH i altres malalties associades al consum via parenteral, a part dels problemes habituals amb la justícia.

De 1987 a 1995, el rang d'edat majoritari era de 20 a 24 anys. En aquests anys (dècada dels vuitanta i primers anys de la dècada dels noranta) es produeix el màxim històric de consum d'heroïna a Espanya. Aquestes edats mitjanes augmenten de manera gradual al llarg dels anys al PHB, i arriben a una mitjana de 39,4 anys el 2022, amb 17.170 ingressos totals en tractament en aquests 35 anys. Al gràfic 3 podem veure l'evolució de l'edat de les persones que ingressen en tractament (Montesinos, 2023).

Gràfic 3 | *Evolució de l'edat de les persones que ingressen en tractament a Projecte Home Balears*



Font: Montesinos (2023).

La realitat de l'augment de l'edat es relaciona amb l'augment progressiu del nombre de persones ateses, que arriben a 2.103 el 2022 (PHB, 2022). És força interessant veure que la franja d'edat superior a 45 anys gairebé és inexistente fins al canvi de segle, data a partir de la qual es dispara, sobretot a partir de 2010, fins a arribar a ser la segona franja més comuna en el període 2016-2022, amb totes les implicacions que aquest fet suposa i que analitzem en aquest article.

Respecte al perfil de les persones ateses, s'ha de dir que, a partir de la segona meitat dels anys noranta, aquest es comença a diversificar i Projecte Home aposta per adequar les respostes terapèutiques a aquests nous perfils. El 1995 s'obre el primer programa ambulatori, que, mantenint la dinàmica d'autoajuda, aposta per un model no residencial i dona resposta a persones amb un problema sever d'addicció però que tenen una estructura interna i externa que els permet afrontar un procés de canvi sense trencar

amb el seu entorn. El 1996, amb el suport del Consell Insular de Mallorca, s'inicia la Comunitat Terapèutica de Casa Oberta, que, com s'ha explicat abans, és la primera comunitat a Espanya que conjuga l'atenció basada en el model «lliure de drogues» amb el tractament d'usuaris al PMM. Amb el canvi de segle es multipliquen les alternatives d'atenció fins a arribar als 61 dispositius diferents l'any 2023. Destaquen les estructures d'atenció ambulatoria d'alta exigència per a perfils estructurats i els centres de dia amb programes de reducció de danys.

Val a dir, però, que avui en dia PHB encara dona resposta als perfils més cronificats i amb més problemàtiques associades al consum, amb un perfil politoxicòman, amb l'existència de quatre centres residencials dirigits a atendre aquests consumidors, a més d'una comunitat terapèutica per a persones amb addicció alcohòlica i cinc centres de dia ubicats a Palma, Manacor, Inca, Maó i Eivissa.

Aquesta evolució fa que les admissions a tractament per consum d'heroïna com a substància principal tinguin una presència cada vegada menor en comparació amb altres addiccions (tant de substàncies com de problemàtiques addictives sense substància) dins l'entitat. Ens trobem que l'heroïna com a substància principal es troba al voltant del 30% de les admissions a tractament l'any 2010, i que disminueix fins al 10% el 2021 i el 7% el 2022. La cocaïna i l'alcohol, junts o per separat, són les substàncies que més peticions de tractament suposen, i se situen gairebé en el 70% dels ingressos totals el 2022.

Però al mateix temps que s'evoluciona en alternatives de tractament, ens trobem amb una realitat que cada vegada es complica més: l'augment de l'esperança de vida de les persones que fa molts d'anys que són addictes fa que presentin necessitats més específiques. Encara que les investigacions indiquen que aquesta esperança de vida és menor en relació amb la població no addicta, també augmenta de manera progressiva al llarg del temps, i la mort prematura està cada vegada menys relacionada amb les sobredosis o amb causes que tenen a veure directament amb el consum (Fontenla et al., 2023). Als efectes del consum de tòxics continuat, però, s'afegeixen altres patologies tant mentals com de caràcter social. En molts d'aquests casos, els PMM han suposat una salvació evident per a aquestes persones; però, d'altra banda, la cronificació en aquest tractament pot suposar un augment de l'estigma social percebut, per la relació que es fa socialment entre la metadona i el submón del consum de drogues. Malgrat que molts d'addictes han superat la barrera del 50 anys gràcies a aquests i altres tractaments, s'observen elements evidents d'un envelliment prematur. A aquests elements haurem d'afegir que el fet de ser dona eleva, i molt, l'estigmatització (Gutiérrez-Cáceres, 2022).

La minva en les capacitats cognitives i físiques de les persones grans usuàries de drogues fa que les respostes hagin de ser cada vegada més acurades. Al voltant del 30% (PHB, 2022) de les persones que inicien tractament a PHB tenen un trastorn mental diagnosticat. A aquesta realitat s'han d'afegir els problemes que suposa una addicció mantinguda al llarg del temps: malalties associades al consum, patologies físiques diverses, absència d'habitatge estable, desvinculació del món laboral, ruptura de llaços familiars, manca de xarxa social, solitud, delinqüència, estigma, desconeixement dels recursos existents, etc. A tot això s'ha d'afegir la més que probable acumulació de fracassos en els intents de deixar enrere l'addicció; de fet, gairebé la meitat dels ingressos a tractament a PHB acumulen dos o més recorreguts anteriors a l'entitat, sense comptar els itineraris fets en altres serveis.

Una altra realitat amb què ens trobem a PHB és la presència de factors de risc intergeneracionals; els darrers anys, s'observa la presència de fills d'addictes i, fins i tot, de nets d'addictes que inicien el tractament.

4.2. Metodologies i descripció de l'abordatge terapèutic actual

Les UCA (Unitats de Conductes Addictives), com a recursos de segon nivell, tenen la competència de dissenyar, implementar i avaluar els plans individuals de tractament, ja sigui de manera ambulatoria, amb recursos propis, o bé derivant a recursos específics del circuit assistencial en matèria de conductes addictives. L'objectiu general és l'atenció integral (biopsicosocial), personalitzada i territorialitzada de les persones amb conductes addictives. A la taula 1 es pot veure una llista de programes que s'ofereixen.

Taula 1 | *Llista de programes a les UCA*

Programa d'assessorament

Informació i orientació a les persones afectades, als familiars, a altres persones interessades i a professionals d'altres serveis comunitaris.

Programes de desintoxicació

Ambulatoria i hospitalària: derivació a les UDH (UPRA).

Programes de deshabitució

- Suport farmacològic: antagonistes opiacis. Deshabitució farmacològica de drogues no opiàcies. Interdictors (fàrmacs aversius) i *anticraving* (mitigació del deler) de l'alcohol. Tractament/manteniment amb antagonistes opiacis (metadona i buprenorfina/naloxona).
- Programes lliures de drogues.

continua

Programes d'atenció psicològica

Individual, de parella, familiar i grupal.

Programa d'atenció a la psicopatologia dual

- Coordinació amb salut mental. Abordatge farmacològic de la patologia psiquiàtrica.
- Derivació a recursos de la xarxa psiquiàtrica, quan cal.
- Programa de seguiment de l'evolució de les persones usuàries amb VIH/sida i altres patologies infeccioses.
- Programes de deshabitació de tipus residencial.

Programes i estratègies de reducció de danys

- Programes de disminució/consum controlat de l'alcohol i reducció de danys.
- Reducció de danys d'altres drogues i potenciació d'hàbits saludables.
- Programa de venopunció segura i intercanvi de xeringues.
- Programa de sexe segur i administració de preservatius.

Atenció i integració social

- Seguiment de la situació jurídica.
- Inserció sociolaboral.
- Derivació a recursos.
- Programa de suport territorial als serveis socials comunitaris.

Font: elaboració pròpia.

Pel que fa als PMM, la metodologia bàsica és la normalització (horaris flexibles, per endur, dispensacions en farmàcies i centres de salut), seguiment biopsicosocial, contacte freqüent i flexible, acostar el PMM a aquells usuaris que no poden desplaçar-se a les UCA, i PRD (intercanvi de xeringues, etc.) als usuaris en consum actiu.

Tot i que les UCA no tenen cap programa específic per a persones grans, des de 2021 s'han anat adaptant a les necessitats que aquesta població presenta i treballen per dissenyar i implementar programes específics. Entre les adaptacions podem destacar: a) organització de grups per a familiars; b) assistència al domicili en aquells pacients no vinculats o en risc de desvinculació de les UCA i de la resta de la xarxa de salut; c) manteniment del contacte amb els usuaris a través d'un dispositiu assistencial adaptat i sensible a les seves necessitats; d) acord de col·laboració entre l'UPRA (Unitat de Problemes Relacionats amb l'Alcohol), les unitats de conductes addictives de Mallorca, els serveis de Neurologia de cada hospital de l'illa de Mallorca per desenvolupar el Programa d'Atenció al pacient amb Trastorn Neurocognitiu Major; d) col·laboració amb la Direcció de Gent Gran de l'IMAS per detectar la problemàtica relacionada amb el TUS (trastorn de l'ús de substàncies) dels usuaris de residències de gent gran, i treball conjunt per adaptar estratègies. L'objectiu és poder tenir programes específics estructurals a la cartera de serveis.

PHB atén totes les persones que ho sol·liciten. Val a dir que, en aquests moments, no hi ha un dispositiu específic per a persones grans, tot i que la Comunitat Terapèutica Ítica (tractament d'alcoholisme) s'ha anat adaptant, dins les nostres possibilitats, a la presència de persones d'edats avançades amb les problemàtiques associades a l'envel·liment i el consum de tòxics (malalties genèriques cròniques o agudes), deteriorament cognitiu, síndrome de Wernicke-Korsakoff, etc.). Les alternatives terapèutiques per a adults i persones grans que es poden trobar a PHB es podrien dividir en quatre àmbits d'intervenció diferents:

Programa de deshabitució (Andana): es tracta d'un dispositiu de caràcter sociomèdic que té com a objectius principals la contenció del consum, la desintoxicació física i la motivació amb vista al canvi de comportament. En moltes ocasions, Andana és un pas previ per ingressar a un dispositiu de més exigència. En un principi (2002), la mitjana d'edat era de 33,5 anys, però el 2022 va passar a ser de 39,5 anys (Montesinos, 2023).

Centres de dia (Palma, Inca, Manacor, Eivissa i Maó): quan es va obrir el centre de dia Arrels l'any 2002, la mitjana era de 31,3 anys, i el 2022, de 40,1 anys, i hi va haver un augment de pacients molt significatiu. Cal destacar que l'any 2022 predomina el rang de 35 a 44 anys, amb 67 casos de 183 ingressos al programa, però el rang de més grans de 45 anys augmenta de manera notable, amb 58 casos (Montesinos, 2023).

Comunitats terapèutiques:

- **Programa base:** itinerari d'alta exigència conductual, emocional i de presa de decisions. Es tracta d'un model d'intervenció dirigit a perfils desestructurats però amb motivació per realitzar un canvi personal. El 1987, la mitjana d'edat era de 24,1 anys, i l'any 2022 l'edat mitjana és de 39,2 anys; només hi ha un 3,8% de persones de menys de 25 anys. És interessant destacar que el rang d'edat predominant actualment és el de 35 a 44 anys, amb un 43,8% de la població en aquest grup. La resta de percentatges queden dividits en el 27,5% del rang de 25 a 34 anys, i en el 25% de més grans de 45 anys, una franja on estan representats els perfils amb més intents de rehabilitació (Montesinos, 2023).
- **Casa Oberta:** és una comunitat terapèutica d'objectius intermedis. A l'inici era un programa amb una mitjana d'edat de 29,9 anys, que ja era una dada per sobre de la que hi havia fins aquell moment al programa base. En aquest programa també es percep un increment significatiu de la mitjana d'edat, ja que el 2022 la mitjana és de 43,4 anys (Montesinos, 2023).
- **CT Ítica (alcohol):** la comunitat d'Ítica obre les portes el 2013 amb una mitjana d'edat de 48 anys, el 2022 té una mitjana de 53,3 anys i és el programa que actualment

té més població envellida. De fet, el 2022 només hi ha una presència del 4,1% de casos entre 25 i 34 anys, i la major part dels ingressos són de més de 45 anys, amb un 73,5% dels casos (Montesinos, 2023).

Dispositius ambulatoris:

- **Programa Horabaixa** (Palma, Inca, Manacor, Maó, Eivissa): programa d'alta exigència, obert l'any 2000, dirigit a persones consumidores de drogues que tenen prou recursos personals i socials per realitzar un procés terapèutic amb una vida normalitzada i sense necessitat d'allunyar-se del seu entorn habitual. Quan s'obre el programa, la mitjana d'edat és de 29,2 anys i el 2022 puja fins als 39,5 anys (Montesinos, 2023).
- **Ítaca Ambulatori (alcohol)**: el programa Ítaca Ambulatori és un programa adreçat a persones adultes amb problemes d'addicció alcohòlica però que mantenen una estructura familiar o social que els permet fer el tractament terapèutic ambulatori. És present a Palma, Manacor, Inca, Eivissa i Maó. El 2011, les persones que ingressaven al programa tenien una mitjana de 46,1 anys, i el 2022 en tenen 50,5. La proporció d'ingressos amb persones més grans de 45 anys és molt notable, amb un 69,2% dels casos, seguit del rang d'edat de 35-44 (22,1%), i amb un percentatge molt baix (6,7%) el rang d'edat entre 25 i 34 anys (Montesinos, 2023).
- **Programa Eureka** (addiccions comportamentals en adults): pel que fa a la mitjana d'edat, és de 39,7 anys, i hi ha una presència semblant a tots els rangs d'edat, excepte als de menys de 25 anys, en què no es detecten casos. El programa CIBER dona suport a aquests perfils. També és un programa present a totes les localitzacions de PHB.

4.3. Necessitats dels diferents centres, programes i recursos

Els recursos d'atenció a les conductes addictives s'han d'adaptar a les persones usuàries que van envellint. Aquesta adaptació s'ha de fer des d'una perspectiva integral, integradora i integrada de les trajectòries de reinserció que han de reformular-se per a la gent gran, de les necessitats específiques d'aquest col·lectiu o, fins i tot, de les barreres arquitectòniques per garantir-ne l'accessibilitat i les intervencions de proximitat.

Les actuacions han de ser interdisciplinàries entre professionals de l'àmbit de les conductes addictives, de la geriatria i de l'atenció primària, i cal establir circuits entre els diferents serveis assistencials que atenen aquesta població, i també reflectir la interseccionalitat d'aquest fenomen social. Fer-ne seguiments més personalitzats, més qualitat i proximitat, intervencions en crisi en el context real del pacient i oferir suport en situacions de crisi són reptes que milloren la qualitat de vida d'aquesta població.

Cal que les diferents administracions i serveis es coordinin segons el model d'atenció biopsicosocial, i és necessària la concertació de places residencials per a gent gran amb problemes d'addicció. En aquest sentit, les administracions públiques cal que treballin en xarxa, facilitin la coordinació entre dispositius, desburocratitzin l'atenció als pacients més complexos (especialment, els usuaris de diverses xarxes d'atenció pública, com són la sanitària i de serveis socials) i teixeixin aliances entre els professionals implicats en l'atenció a la població gran per treballar a favor de l'eficiència del sistema. D'aquesta població cal destacar la prevalença de deteriorament cognitiu, i el consum de substàncies (especialment l'alcohol) és un factor reconegut de risc perquè aquest aparegui (origen tòxic de carència).

La formació és clau en dues direccions. Als professionals de les addiccions els han d'oferir formació en necessitats i especificitats de la gent gran, com també s'han d'incloure l'envelliment i el consum de drogues com a eix transversal als diferents currículums formatius de professionals sanitaris i socials, amb l'objectiu final de generar programes i serveis que ofereixin una atenció integral i un millor tractament a les persones d'edat avançada amb addiccions. Als professionals dels centres d'atenció a persones grans, atenció primària, centres hospitalaris, els han d'oferir formació en addiccions. La formació és important per conscienciar els professionals sanitaris sobre una monitorització estreta de la medicació que prenen aquestes persones i de la interacció amb el consum de drogues.

És necessari continuar treballant per trencar l'estigma de les persones addictes. Insistir amb força que són ciutadans i ciutadanes de ple dret i que es mereixen una atenció de qualitat i professional respecte a la seva problemàtica. Incidir en la idea d'un envelliment digne i saludable, així com fomentar la investigació en l'àmbit de l'envelliment i les addiccions, amb la col·laboració entre estaments universitaris i professionals.

5. Discussió i conclusions

Com a conclusions, necessitem programes especialitzats en gent gran i addiccions. Els models ideals inclouen el diagnòstic i la gestió d'altres problemes crònics, la reconstrucció de les xarxes de suport, la millora de l'accés als serveis mèdics, una gestió millor dels casos i la capacitació del personal sobre estratègies basades en l'evidència que són apropiades per a aquest grup d'edat. A més, cal planificar i dissenyar models integrats d'atenció per als qui tenen conductes addictives, problemes mèdics, neurològics i psiquiàtrics concurrents, així com prestar atenció al consum de psicofàrmacs en persones grans, els anomenats processos addictius «invisibles».

Un altre element prioritari és l'atenció a la cronificació no desitjada dels PMM. A mesura que les persones que estan en aquests programes envelleixen, més probabilitat

hi ha que la seva qualitat de vida empitjori i que, alhora, augmenti el risc d'exclusió. Envelleir amb metadona suposa que, al deteriorament físic i mental que es genera pel mateix procés de l'envel·liment, cal afegir-hi un desgast més gran, tant físic com mental, originat per l'estil de vida i el consum, un percentatge més alt de comorbiditats físiques i mentals, així com els efectes dels tractaments crònics durant tants d'anys (Fontenla et al., 2023).

Cal plantejar-se accions encaminades a preveure les necessitats futures d'aquestes persones, que van sumant anys a la seva situació ja vulnerable; integrar les seves necessitats físiques i mentals mitjançant abordatges interdisciplinaris i fomentar, així, la participació del pacient en la cura. Es fa necessari un canvi en les polítiques sanitàries en l'atenció a aquestes persones, amb la perspectiva de la normalització i la desestigmatització (Gutiérrez-Cáceres, 2022). A més, cal tenir en compte les especificitats de les dones amb addiccions que envelleixen i la seva «vulnerabilitat» especial. Entre aquesta població, en l'àmbit social és probable que no tinguin una xarxa de suport tan forta com la que experimentaven quan estaven en la fase «activa». La pèrdua de familiars, amics i companys, lligada a la dificultat de no trobar eines o activitats per suplir aquesta deficiència, afavoreix la pèrdua de connectivitat social, un factor d'una importància cabdal per a la recuperació de les conductes addictives.

La soledat en què viuen i el poc suport social de què gaudeixen són elements que reforcen i acceleren les possibilitats d'agreujar la seva problemàtica o l'aparició de recaigudes. El suport de l'entorn, especialment dels familiars, ha de ser un dels objectius primordials en l'atenció a aquesta població. L'atenció psicosocial esdevé fonamental per teixir la resiliència: teràpies de suport psicològic de més durada i freqüència, connexió amb la xarxa relacional i familiar, treballar els dols, oferir alternatives d'oci i temps lliure, etc. Per tant, s'ha d'apostar per un nou model d'atenció intersectorial centrat en la persona i en les diferents maneres d'envelleir. Es tracta de crear recursos i protocols específics i adaptar els ja existents a les trajectòries vitals d'aquestes persones des d'una perspectiva integral, integrada i integradora.

Com a societat cal fer una discussió profunda envers el model d'envel·liment. Conceptes com autonomia, alternatives d'oci actiu i enriquidor, funció social de la gent gran a la nostra societat... de ben segur que redundaran i enriquiran les alternatives terapèutiques que es posin en marxa. Un altre factor important és la sensació subjectiva de benestar que cada persona pot tenir sobre ella mateixa i que, independentment si pateix o no limitacions per viure el dia a dia de manera plena, pot acabar provocant un estat de depressió i ansietat important. Per aquest motiu, és un aspecte essencial per treballar-hi.

Referències bibliogràfiques

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2022). *Informe Europeo sobre Drogas 2022: Tendencias y novedades*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea. https://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2022_en

Fontenla, A., Vaamonde, A., i Flórez, G. (2023). Mortalidad entre los pacientes adictos a opiáceos al cabo de 30 años de seguimiento. *Revista Adicciones, en premsa*.

Gamella, J. F. (1997). Heroína en España, 1977-1996. Balance de una crisis de drogas. *Claves de Razón Práctica, 72*, 20-30.

Gutiérrez-Cáceres, S., Pedraz-Marcos, A., i Serrano-Gallardo P. (2019). Envejecer en un programa de mantenimiento con metadona. Una perspectiva desde el marco de los determinantes sociales de la salud. *Revista Española de Salud Pública, 93*.

Gutiérrez-Cáceres S. (2022). *Envejecimiento, cronicidad y estigma en las personas en tratamiento con metadona*. [Tesi doctoral]. Universidad Autónoma de Madrid.

Kooyman, M. (1996). *La comunidad terapéutica para drogodependientes. Intimidad, implicación de los padres y éxito del tratamiento*. Ed. Mensajero.

Martínez-Oró, D. P. (2017). *Opioides en España. Ni repunte de heroína ni crisis de opioides a la americana*. Episteme. Investigación e Intervención Social.

Montesinos, S. (2023). *Evolución de la edad de inicio a tratamiento en Proyecto Home Balears desde 1987 hasta 2022*. [TFM]. Universidad de Oviedo.

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, EODA (2021). *Informe 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, EODA (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).

Pedrero, E. J. (2022). La epidemia de opiáceos prescritos en Estados Unidos y su reflejo en España: estado actual de la prescripción de opiáceos en nuestro medio. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 29(7)*, 355-357. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2022.01.011>

Pérez-Alzina, G. (2017). *Bartomeu Català, un projecte d'home de fe*. Leonard Muntaner Editor.

Plan Nacional sobre Drogas, PNSD (2022). *EDADES 2022. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España, 1995-2022*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf

Pla d'addiccions de les Illes Balears, PADIB (2021). *Indicador d'admissió a tractament per consum de substàncies psicoactives*. Conselleria de Salut i Consum. Direcció General de Salut Pública i Participació.

Projecte Home Balears, PHB. (2022). *Memòria Anual Projecte Home Balears, any 2022*. <https://www.projectehome.com/upload/64955c521256f.pdf>

Reial decret 75/1990, de 19 de gener, pel qual es regulen els tractaments amb opiàcis de persones dependents. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 20, de 23 de gener de 1990. <https://www.boe.es/eli/es/rd/1990/01/19/75>

United Nations Office on Drugs and Crime, UNODC (2022). *World Drug Report 2022*. United Nations publication. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2022.html>

Autors

ALBERT MORATINOS JAUME

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 d'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).

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 d'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.

MARIA 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.

VICTÒRIA QUESADA SERRA

Sa Pobla (1984). Llicenciada en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Orientació i Avaluació Socioeducatives i doctora en Ciències Socials i Jurídiques en l'àmbit de l'Educació per la Universitat de Cadis. És professora i investigadora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Facultat d'Educació de la Universitat de les Illes Balears i membre del GIFES. Les seves línies de recerca són l'avaluació educativa i socioeducativa i els programes familiars de prevenció.

ESTRATÈGIES NUTRICIONALS EN LA DONA EN L'ETAPA MENOPÀUSICA

Estratègies nutricionals en la dona en l'etapa menopàusica

Teresa Bonnín Sánchez

Resum

La menopausa es coneix com el cessament dels cicles ovulatoris de la dona i es diagnostica després de dotze mesos consecutius d'amenorrea.

Es tracta d'una etapa crítica, ja que com a conseqüència del canvi hormonal brusc es produeixen una sèrie de signes i símptomes característics que solen cursar amb un deteriorament de la qualitat de vida i una major predisposició a diferents patologies.

El descens hormonal d'estrògens, sumat a altres factors, com edat, genètica, estil de vida, etc., en les dones postmenopàusiques s'ha associat a un risc més gran de patir malalties cròniques com osteoporosi, malaltia cardiovascular i síndrome metabòlica.

A causa de les característiques individuals i comunes d'aquest període en cada dona, s'ha estudiat l'aplicació de diferents estratègies com ara la modificació d'hàbits alimentaris, la prevenció de dèficits nutricionals, l'augment de l'exercici físic, etc., i l'ús de diversos tractaments (teràpia hormonal, fitoteràpia, suplementos alimentaris...) per abordar aquesta simptomatologia, així com prevenir-ne les conseqüències futures i millorar la qualitat de vida de cada dona.

Per això és imprescindible fer-ne un abordatge integral i personalitzat a través d'un equip multidisciplinari especialitzat.

El propòsit d'aquesta revisió narrativa és analitzar i recopilar alguns dels articles publicats els darrers deu anys sobre les modificacions dietètiques i d'estil de vida amb més evidència científica enfocades a prevenir el risc d'osteoporosi, malaltia cardiovascular i síndrome metabòlica en les dones postmenopàusiques.

Resumen

Se conoce la menopausia como el cese de los ciclos ovulatorios de la mujer y se diagnostica tras doce meses consecutivos de amenorrea. Se trata de una etapa crítica en la vida de la mujer, ya que, como consecuencia del brusco cambio hormonal, se producen una serie de signos y síntomas característicos que suelen cursar con un deterioro de la calidad de vida y una mayor predisposición a diferentes patologías.

El descenso hormonal de estrógenos, sumado a otros factores, como edad, genética, estilo de vida, etc., en las mujeres postmenopáusicas se ha asociado a un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas como osteoporosis, enfermedad cardiovascular y síndrome metabólico. Debido a las características individuales y comunes de este

período en cada mujer, se ha estudiado la aplicación de diferentes estrategias como la modificación de hábitos alimenticios, prevención de déficits nutricionales, aumento del ejercicio físico, etc., y el uso de diversos tratamientos (terapia hormonal sustitutiva, fitoterapia, suplementos alimenticios...) para abordar dicha sintomatología, así como prevenir sus consecuencias futuras y mejorar la calidad de vida de cada mujer. Para ello es imprescindible realizar un abordaje integral y personalizado a través de un equipo multidisciplinar especializado.

El propósito de esta revisión narrativa es analizar y recopilar algunos de los artículos publicados en los últimos diez años sobre las modificaciones dietéticas y de estilo de vida con mayor evidencia científica enfocadas a la prevención del riesgo de osteoporosis, enfermedad cardiovascular y síndrome metabólico en las mujeres postmenopáusicas.

1. Climateri i menopausa

Al llarg de la vida adulta de la dona, mitjançant els cicles reproductors, es va produint un envelliment ovàric, de manera que la qualitat ovocitària i, per tant, la fertilitat anirien disminuint progressivament (es calcula que aquesta disminució comença aproximadament en els deu anys previs a la menopausa) (Torres i Torres, 2018).

De manera natural al voltant dels 45-55 anys es produeix l'esgotament fol·licular i el cessament dels cicles reproductius, etapa que coneixem com a climateri i que oscil·la aproximadament des d'un any abans de la menopausa fins a un any després. Es caracteritza principalment per una sèrie de canvis hormonals que detallarem a continuació i per la presència de cicles irregulars i imprevisibles, acompanyats o no de simptomatologia específica.

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix la menopausa natural o fisiològica com el «cessament permanent de la menstruació, determinat de manera retrospectiva després de dotze mesos consecutius d'amenorrea, sense causes patològiques». Aquest punt de transició en la vida de la dona representa un moment crucial físicament i mentalment i un punt d'inflexió que repercutirà més o menys sobre la seva salut en els anys posteriors (Torres i Torres, 2018).

Entre els símptomes i conseqüències més típics podem observar:

— **A curt termini:** augment de les sufocacions, elevació de la temperatura corporal, envermelliment cutani, dificultat per agafar el son, irritabilitat, canvis d'humor, dolors

osteomusculars, etc. Tot això és conegut com a síndrome climatèrica i és present en el 60-80% de les dones (Monsalve et al., 2018).

— **A mitjà termini:** alteracions genitourinàries i cutànies, principalment associades al descens de producció de col·lagen (Torres i Torres, 2018).

— **A llarg termini:** augment de risc de patir diferents patologies com osteoporosi, neoplàsies, malaltia cardiovascular i síndrome metabòlica. També s'ha observat un augment de la prevalença de trastorns mentals, com ara depressió i ansietat (Martorell et al., 2020).

Tot això es veu reflectit en una disminució de la qualitat de vida de la dona des dels 45-55 anys, amb les seves conseqüències futures i implicacions físiques i psicològiques.

Avui dia, l'augment de l'esperança de vida de la dona ens ha portat a posar èmfasi en la recerca d'estratègies i tractaments que ens ajudin a millorar-ne la qualitat de vida a partir de la menopausa, de manera que amb els avenços i la investigació existents puguem encaminar-nos cap a un envelliment saludable i òptim.

Un bon estat de salut previ a la menopausa ha demostrat que és eficaç per prevenir i disminuir el grau d'incidència de tota la simptomatologia associada. És per això que cobra gran importància tenir uns hàbits de vida saludables pel que fa a la nutrició, l'exercici físic, el descans i l'estrès (Moslehi et al., 2017).

En aquest treball ens centrarem en la manera com a través de la nutrició, les modificacions dietètiques i les pautes d'exercici físic podem disminuir, suportar i prevenir els riscos típics de la menopausa de patir grans patologies com osteoporosi, malaltia cardiovascular i síndrome metabòlica.

S'han revisat els estudis d'intervenció en humans més freqüents, de manera que puguem demanar la informació disponible quant a diferents estratègies i modificacions dietètiques que puguem aplicar a les pacients i millorar-ne la qualitat de vida.

1.1. Nutrició i risc d'osteoporosi

L'OMS defineix l'osteoporosi com una «malaltia sistèmica caracteritzada per una disminució de la massa òssia i un deteriorament de la microarquitectura del teixit ossi que incrementa la seva fragilitat, amb el consegüent augment del risc de fractura».

Els criteris diagnòstics es basen principalment en el resultat de la densitometria (DMO), que analitza quantitativament l'estat de densitat mineral òssia. S'assumeix que hi ha

osteoporosi quan la DMO és igual o menor a 2,5 desviacions estàndard (DS) per sota de la mitjana en dones joves, adultes i sanes (Kanis et al., 2019).

Entre les funcions principals del sistema esquelètic hi ha: servir-nos de suport i estructura i facilitar-nos el moviment, protegir òrgans i sistemes, ser una reserva de minerals, etc., i, per tant, aportar-nos més qualitat de vida.

Al voltant dels trenta anys s'assoleix el que coneixem com a pic de massa òssia, a partir del qual la formació òssia disminueix en detriment del seu estat òptim.

Per assolir aquest pic de massa òssia i una bona qualitat del sistema esquelètic, tot un conjunt d'hormones i òrgans funcionen de manera coordinada des que naixem.

Hormonalment, les hormones sexuals i especialment els estrògens tenen un paper crucial en la remodelació òssia. Tot i que el mecanisme no és conegut per complet, s'ha observat que la deficiència d'estrògens augmenta l'activitat resorptiva dels osteoclasts (cèl·lules implicades en la degradació òssia) a l'os sense augmentar la consegüent activació dels osteoblasts (cèl·lules implicades en el creixement i desenvolupament). Associats a aquests canvis, es produeix un augment de la cascada inflamatòria, major producció i sensibilitat a IL-1, IL-6, factor de creixement TFG, citocines proinflamatòries, etc., que augmenten la fixació dels osteoclasts al receptor (Tella i Gallagher, 2014).

És per això que la caiguda hormonal característica de la menopausa suposa un factor de risc crucial per al desenvolupament d'osteoporosi a mitjà i llarg termini. A tot això, cal sumar-hi altres factors de risc afegits en aquest moment de la vida, com la manca d'exercici físic, mala alimentació, baixa exposició solar, tabaquisme, consum d'alcohol, medicació, així com una manca d'estratègies de prevenció en l'àmbit educatiu i informatiu en les dones des de la infància (Bijelic, 2017).

Hi ha diverses teràpies farmacològiques que ens ajuden a la prevenció, principalment en persones amb un risc incrementat d'osteoporosi, i a tractar aquesta afectació una vegada diagnosticada, entre les quals destaquen les teràpies hormonals amb estrògens, especialment en les dones postmenopàusiques (Tella i Gallagher, 2014).

Des del punt de vista preventiu, els factors modificables com a estil de vida són una eina útil i crucial per disminuir el risc associat a les dones de mitjana edat. Diversos estudis realitzats en dones postmenopàusiques han observat la presència d'un consum inadequat de nutrients vitals per a la salut òssia, una disminució de l'exercici físic, fins i tot la presència de sedentarisme, canvis en la composició corporal, amb augment de

dipòsit de greix abdominal, manca de motivació i descans, etc. (Ortega et al., 2020; Martín et al., 2015).

S'han establert recomanacions dietètiques per a una bona salut òssia, que s'haurien de tenir en compte en la menopausa, a causa d'aquest risc incrementat, i també al llarg de la vida, com a estratègia de prevenció i salut:

Nutrients clau:

— **Calci:** un consum adequat de calci, de 800-1.200 mg/dia, és imprescindible per a una correcta mineralització òssia.

El podem trobar en aliments com lactis i derivats, però també en altres aliments a tenir en compte a la dieta: llavors de sèsam, sardines, vegetals de fulla verda, soja, llegums, etc.

Un consum excessiu de xocolata, cafeïna, oxalats (remolatxa, espinacs...), àcid fític (cereals integrals), sal, sucre, etc., pot influir negativament en l'absorció del calci i disminuir-ne la biodisponibilitat.

En casos en què nutricionalment no s'arriba a les recomanacions, estaria recomanat emprar suplementes dietètics (Martín et al., 2015).

— **Vitamina D:** participa en l'absorció i la fixació del calci als ossos, entre moltes altres funcions.

S'aconsella una exposició solar d'uns 15 minuts al dia (zones de cara, avantbraços, escot) per aconseguir-ne uns nivells òptims. Pel que fa a l'alimentació, podem trobar petites quantitats de vitamina D en aliments grassos com alguns derivats lactis i peixos blaus, principalment.

Actualment, la prevalença de dèficit de vitamina D en la població és realment alta, i una bona detecció i prevenció són vitals per evitar conseqüències futures. La suplementació amb vitamina D (800 UI/dia) a través d'ampolles o comprimits, està aconsellada en aquelles dones amb nivells per sota de 30 ng/ml, que tinguin factors afegits (com estar en la menopausa, tenir antecedents...) i/o no tinguin la possibilitat d'exposició solar diària (Uenishi et al., 2018; Fleet, 2017).

— **Minerals com magnesi, fòsfor i potassi** han demostrat la seva implicació en el metabolisme ossi, per la qual cosa tenir-ne uns nivells òptims contribueix a mantenir la salut del sistema esquelètic (López-González et al., 2014).

Fonts alimentàries:

Magnesi: blat integral, civada, verdures de fulla verda, llavors, fruita seca, xocolata negra, alvocat, soja i derivats, llegums.

Fòsfor: lactis i derivats, cereals integrals, llegums, fruita seca, llavors, ous, carn i peix.

Potassi: carn, peix, llegums, ous, ametlles, avellanes, espinacs, plàtan, alvocat, remolatxa, xampinyons, papaia, quinoa, blat negre, etc.

— **Àcids grassos omega-3:** els àcids grassos poliinsaturats omega-3 s'han estudiat com a possibles adjuvants en la prevenció de desenvolupar osteoporosi. Semblen tenir un efecte favorable a causa de la seva acció antiinflamatòria i podrien estar implicats en el metabolisme del calci, disminuint-ne l'eliminació i augmentant-ne l'absorció (Martín et al., 2015). Caldrien més estudis per confirmar aquest efecte.

Podem trobar omega-3 en peixos blaus, llavors de lli, nous i soja.

— **Isoflavones de soja:** l'efecte fitoestrogènic de les isoflavones podria ajudar a disminuir les conseqüències de la baixada hormonal en les dones postmenopàusiques. Els estudis no són del tot concloents, per la qual cosa és vital dur a terme més investigació per poder assegurar aquest efecte beneficiós (Mateos-Aparicio et al., 2008).

— **Proteïnes:** un consum adequat de proteïnes (entre 0,8-1,2 g/kg pes/dia) s'ha associat amb una major massa muscular i millor salut òssia. En alguns estudis s'ha observat que les dones menopàusiques no consumeixen les racions diàries recomanades de proteïna, en detriment d'un consum d'hidrats de carboni més elevat, fet que, associat a la manca d'exercici físic, condiciona tenir una menor massa muscular i més risc de lesions, fractures, etc. (Martín et al., 2015; Ortega et al., 2020; Tella i Gallagher, 2014).

Pel que fa a grups d'aliments, els estudis disponibles donen suport a un efecte beneficiós sobre la salut òssia del consum de lactis i derivats, així com una alimentació basada en productes frescs, fruites i verdures. A això caldria sumar-hi un consum de greixos mono i poliinsaturats, exposició solar i la pràctica regular d'exercici físic (Morato-Martínez et al., 2020; Ortega et al., 2020; Martín et al., 2015; Gunn et al., 2013).

En un estudi realitzat amb 160.000 dones postmenopàusiques es va observar que aquelles que seguien un patró de dieta inflamatori (ric en greixos saturats, aliments processats, cereals refinats, sucres i baix en fruites i verdures) tenien una menor DMO que aquelles que seguien una dieta antiinflamatòria (Orchard et al., 2017).

És vital, per tant, dotar les dones de la informació i les eines necessàries perquè al llarg de la vida puguin modificar l'estil de vida per tal de prevenir conseqüències futures a la mitjana edat, com el risc d'osteoporosi.

1.2. Nutrició i risc de malaltia cardiovascular

S'entén per malalties cardiovasculars aquells problemes relacionats amb el sistema circulatori, normalment com a conseqüència de la suma de diversos factors de risc. És important destacar que actualment representen una de les principals causes de mortalitat a tot el món. Entre els factors de risc més estudiats de patir malaltia cardiovascular hi ha (Martorell et al., 2020):

- Dislipèmies.
- Hipertensió arterial (HTA).
- Diabetis mellitus tipus 2.
- Consum d'alcohol i tabac.
- Baix consum de fruites i verdures.
- Sedentarisme.
- Antecedents genètics.

En general, les dones tenen menor incidència i morbimortalitat d'aquest tipus de patologies al llarg de la vida. Tot i això, el risc de patir malalties cardiovasculars en el sexe femení es multiplica a partir de la menopausa, fins a equiparar-ne la incidència amb els homes (Blanc et al., 2020).

Alguns estudis ja inclouen la menopausa com un dels principals factors de risc a la mitjana edat. Les causes i els condicionants principals estarien relacionats amb la caiguda hormonal, en especial el descens d'estrògens. Com hem vist, els estrògens estan implicats en multitud de processos biològics i activen mecanismes protectors com (Ballesteros, 2012):

- Vasodilatació mitjançant producció d'òxid nítric.
- Augment del flux i menor resistència vascular.
- Facilitació d'angiogènesi.
- Efecte antiapoptòtic en els cardiomiòcits.
- Efecte antiinflamatori i antioxidant.
- Disminució del colesterol LDL i augment del colesterol HDL.
- Millor sensibilitat a la insulina.

Amb l'arribada de la menopausa, se succeeixen una sèrie de canvis fisiològics, metabòlics i biològics. Un dels més representatius és el canvi en l'acumulació de greix. El teixit

adipós subcutani disminueix i augmenta el dipòsit de greix visceral, associat amb una major circumferència de cintura i un risc cardiovascular més gran. D'altra banda, el metabolisme del colesterol es veu alterat per la baixada estrogènica, cosa que afavoreix l'augment de colesterol total, colesterol LDL, TG, i una disminució de colesterol HDL. Un perfil lipídic alterat i l'acúmulo de colesterol LDL a les artèries augmenta notablement el risc de formar plaques d'ateroma i de patir accident vascular.

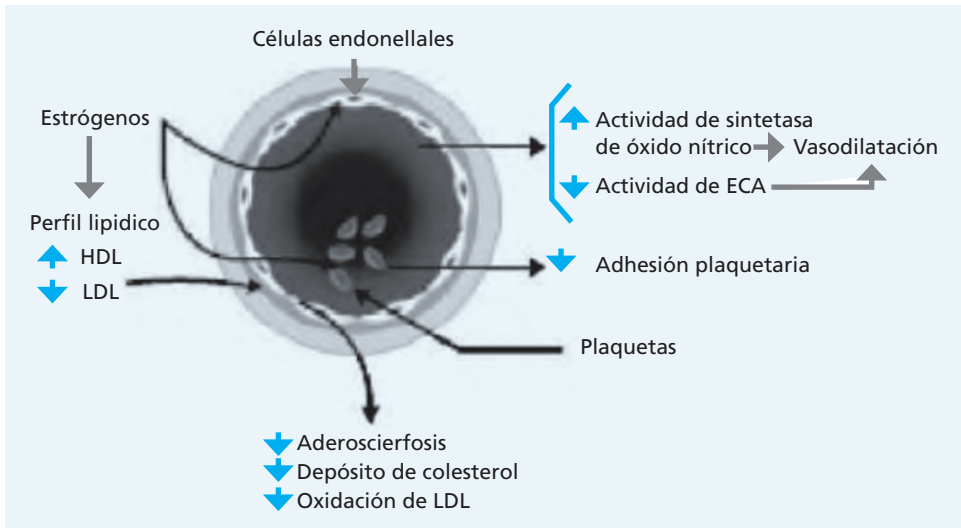


Figura 1. Efectes protectors cardiovasculars dels estrògens (Salvador, 2008).

Una altra conseqüència de la baixada d'estradiol a tenir en compte és l'augment de la resistència a la insulina en les dones postmenopàusiques i una prevalença més gran de diabetis mellitus tipus 2, factor de risc cardiovascular conegut (Ko i Kim, 2020; Ballesteros, 2012; Blanc et al., 2020).

En general, les dones després de la menopausa són més susceptibles de patir estrès oxidatiu i estat inflamatori crònic (Ballesteros, 2012).

Actualment hi ha multitud de tractaments encaminats a disminuir aquest risc afegit durant aquesta etapa en la dona, als quals caldria sumar estratègies de prevenció eficaces en salut pública.

Entre els factors modificables hi ha l'estil de vida, l'alimentació i l'exercici. Arribar a la menopausa amb un bon estat de salut i mantenir uns bons hàbits durant el climateri han demostrat ser eficaços com a eina de prevenció.

Alguns estudis han trobat efectes beneficiosos de certs nutrients sobre el risc cardiovascular:

- Una dieta rica en greixos saturats s'ha associat amb un risc més elevat de dislipèmies i més pressió arterial. Per contra, s'ha observat el paper protector del consum de greixos mono i poliinsaturats (oli d'oliva, omega-3) (Alves et al., 2015; Anderson-Vázquez et al., 2015; Prentice et al., 2017).
- S'han estudiat els fitoestrògens presents en te, soja, raïm o llúpol pel possible efecte protector cardiovascular i la millora del perfil lipídic, tot i que les dades no són conclouents i es necessitarien més estudis per confirmar-les (Kirichenko et al., 2017).
- Els nutrients com la vitamina D, coneguda pel seu paper mediador en la inflamació, o la vitamina E, potent antioxidant, també semblen interessants en aquesta etapa (Alves et al., 2015; Ko i Kim, 2020).
- Un consum adequat (més de cinc racions diàries) de fruites i verdures ha demostrat ser eficaç com a protector cardiovascular a causa del seu alt contingut en aigua, fibra, vitamines, minerals i composts antioxidants, imprescindibles per a una salut òptima.

D'altra banda, la pràctica d'exercici aeròbic de manera moderada ha demostrat en diversos estudis una estratègia eficaç en la millora del perfil lipídic, millors nivells de pressió arterial, menor resistència a la insulina i menor presència de símptomes vasomotors durant el climateri (Lin i Lee, 2018).

1.3. Nutrició i risc de síndrome metabòlica

Es coneix com a síndrome metabòlica (SM) la presència d'un conjunt de factors de risc (dislipèmia, resistència a la insulina, obesitat central i augment de pressió arterial) que augmenten el risc de patir patologies cròniques com la diabetis tipus 2 i malaltia cardiovascular (Lizarzaburu, 2013).

Com hem vist, s'ha associat el baix nivell d'estrògens present en les dones postmenopàusiques amb un augment de tots els factors de risc que conformen l'SM. També s'ha observat el mateix efecte positiu d'un desajust a la ràtio d'andrògens/estrògens present en alguns casos després del cessament ovàric (Hidalgo-Mora et al., 2020).

Estudis d'intervenció en dones postmenopàusiques han demostrat els efectes beneficiosos de (Hidalgo-Mora et al., 2020; Chmurzynska et al., 2019; CODNIB, 2021):

- Dietes baixes en greixos, especialment en greixos saturats. Consum de greixos mono i poliinsaturats.
- Reduir el consum de cereals refinats, sucres i aliments processats.
- Augmentar el consum d'aliments d'origen vegetal, fruites, verdures, llegums, fruita seca, llavors, etc.
- Reduir el tabaquisme i el consum d'alcohol.
- Consum moderat de sal.
- Pràctica d'exercici físic regular.
- Nivells òptims de vitamina D. Exposició solar diària.
- Seguir un patró de dieta antiinflamatori.

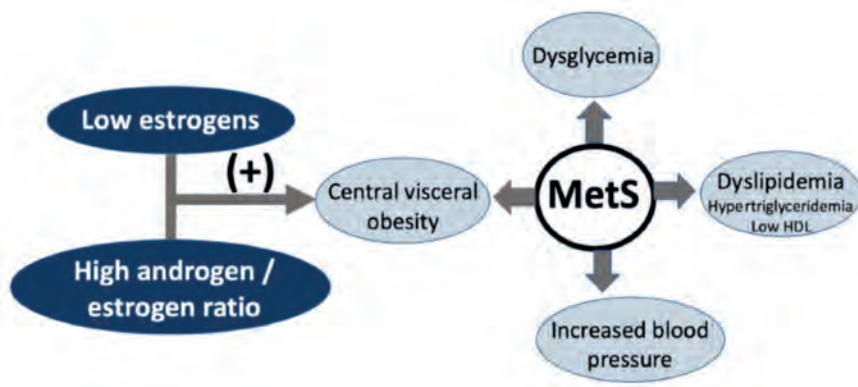


Figura 2. Conjunt de factors implicats en el desenvolupament de síndrome metabòlica. Efecte positiu de la baixada estrogènica i d'un desajust a la ràtio andrògens/estrògens (Hidalgo-Mora et al., 2020).

L'evidència científica disponible ens fa pensar que una modificació dels hàbits dietètics i d'estil de vida poden ser eficaços com a mesura de prevenció de tots els factors de risc de patir síndrome metabòlica.

Seria interessant fer més estudis d'intervenció per observar l'efecte de l'alimentació i l'estil de vida sobre altres vies que es poden veure alterades durant la menopausa, com és el cas de la microbiota intestinal, o avaluar la importància de la crononutrició i els seus beneficis en aquesta etapa.

2. Recomanacions dietètiques generals

Com hem vist, hi ha característiques típiques de la menopausa que poden tenir conseqüències específiques en cada dona en major o menor mesura, en funció de factors afegits com genètica, estil de vida, alimentació, estrès, descans, medicació, etc.

Alguns de modificables, com és el cas de la dieta i la pràctica d'exercici físic, requereixen recomanacions generals i individuals adaptades a cada dona.

El paper del dietista nutricionista com a personal sanitari té una importància especial a l'hora de personalitzar l'alimentació de la dona en aquesta etapa de la vida, tenint en compte els seus antecedents, rutina, gusts i necessitats, per elaborar plans dietètics que motivin un canvi de hàbits i optimitzin la salut.

Hi ha diverses estratègies dietètiques que s'han utilitzat pels seus beneficis possibles durant la menopausa. Per exemple, establir finestres de dejuni sembla eficaç a l'hora d'activar el metabolisme i millorar la resistència a la insulina, encara que més estudis han de confirmar aquestes dades.

En general, podem recapitular una sèrie de recomanacions dietètiques generals que és important tenir en compte en les dones abans i després de la menopausa:

- Augmentar el consum de fruites, verdures i hortalisses.
- Disminuir el consum de cereals refinats i sucres simples. Fomentar el consum de grans integrals i cereals de bona qualitat.
- Disminuir el consum de greixos saturats, greixos trans i aliments ultraprocesats. Prioritzar el consum d'àcids grassos mono i poliinsaturats presents en aliments com l'oli d'oliva, la fruita seca, l'alvocat, el peix blau, les llavors, la soja, etc.
- Evitar preparacions riques en greixos com fregits o arrebossats i fomentar preparacions al forn, a la papillota, a la planxa o al vapor.
- Moderar el consum de sal. Utilitzar espècies i herbes aromàtiques com a potenciadors de sabor.
- Incloure en la dieta aliments rics en calci: lactis i derivats, llavors, verdures de fulla verda, peixos petits, etc.
- Consum recomanat de lactis i derivats baixos en greix de 2-3 racions/dia.
- Consum de llegums mínim 2-3 cops per setmana.
- Incorporar aliments antioxidants com ara te, fruites vermelles o nous, que poden ser beneficiosos per contrarestar la presència d'estrès oxidatiu.
- Aliments rics en vitamina D: ou, lactis, peix blau. Cal tenir en compte que l'absorció alimentària de la vitamina D és baixa i que la font principal és l'exposició solar.
- Mantenir un consum adequat de proteïnes (0,8-1,2 g/kg pes/dia) per mantenir una massa muscular correcta. Fonts proteiques: carn, peix, marisc, soja i derivats, llegums, fruita seca, lactis i derivats, ous.
- Controlar la ingesta total diària, tenint en compte la reducció de la despesa calòrica present en la menopausa.
- El consum d'isoflavones (llúpol, soja, te) sembla interessant a causa del seu efecte fitoestrogènic, encara que s'ha observat principalment en suplementació dietètica.

Cal evitar-les en dones amb antecedents de càncer de mama.

- Mantenir una bona hidratació i ingesta de minerals.
- Evitar sopars copiosos.
- En cas de patir sufocacions, evitar menjars molt calents, picants i abundants (Mateos-Aparicio et al., 2008; Morato-Martínez et al., 2020; Gunn et al., 2013; Ortega et al., 2020; Martín et al., 2015; Anderson-Vázquez et al., 2015; CODNIB, 2021).

A tot això és important afegir els múltiples beneficis observats de la pràctica d'exercici físic aeròbic i de força i resistència en les dones postmenopàusiques de cara a millorar valors analítics, paràmetres antropomètrics, autoestima i motivació (Lin i Lee, 2018).

Volia destacar la manca i la necessitat de programes d'educació i informació de la dona sobre la menopausa i els canvis fisiològics, físics i psicològics implicats en aquesta etapa, així com estratègies de prevenció eficaces que ajudin les dones a prendre les decisions adequades per evitar conseqüències greus futures.

3. Línies futures de recerca i opinió

Com a línies futures de recerca s'haurien de fer més estudis d'intervenció dietètica que es dirigeixin a la microbiota intestinal per millorar la salut metabòlica, i a millorar la sensibilitat a la insulina i el perfil lipídic en dones a l'etapa menopàusica amb un predomini de l'estil de vida actiu sobre el sedentari, horaris de menjades regulars, finestres de dejuni i reducció de l'estrès crònic.

Pel que fa als estudis observacionals sobre qualitat de son i salut en la menopausa, manca una major quantitat d'estudis amb mostres més grans i més rigorositat metodològica, sobretot en exercici físic de força i resistència, centrant-se en la perimenopausa, per tal de minimitzar els trastorns que se'n derivin.

També manquen més estudis que tinguin com a objectiu examinar l'associació entre els canvis en la dieta i la millora dels components de la síndrome metabòlica en dones postmenopàusiques que reben dues intervencions nutricionals diferents.

Com a tema d'actualitat, cal fer més assaigs clínics aleatoritzats que avaluïn la ingesta de dosis altes de melatonina amb altres suplementes com triptòfan, magnesi i B6 sobre la millora de la qualitat del son, els símptomes generals de la menopausa, els estats d'ànim, així com la interacció dels nivells d'estradiol i l'índex de massa corporal (IMC) en dones menopàusiques.

Referències bibliogràfiques

Anderson-Vásquez, H. E., Pérez-Martínez, P., Ortega Fernández, P., i Wanden-Berghe, C. (2015). Impact of the consumption of a rich diet in butter and its replacement for a rich diet in extra virgin olive oil on anthropometric, metabolic and lipid profile in postmenopausal women. *Nutrición Hospitalaria*, 31(6), 2561-2570

Ballesteros, M. O. (2012). Els estrògens com a protectors cardiovasculars. *Medicentre Electrón*, 16(3).

Blanc, J., Bibiloni, M. del M., i Tur, J. A. (2020). Alteracions del pes, composició corporal i prevalença de la síndrome metabòlica en una cohort de dones menopàusiques residents a Mallorca. *Nutrición Hospitalaria*, 37(3), 506-513.

Chmurzynska, A., Muzsik, A., Krzyżanowska-Jankowska, P., Walkowiak, J., i Bajerska, J. (2019). Effect of Habitual Fat Intake, IL6 Polymorphism, and Different Diet Strategies on Inflammation in Postmenopausal Women with Central Obesity. *Nutrients*, 11(7), 1557.

Col·legi Oficial de Dietistes-Nutricionistes de les Illes Balears (CODNIB). (2021). Repositori de consells dietètics: Recomanacions dietètiques a la menopausa. <https://www.codnib.es/index.php/es/intranet/recom-dietet-menopausia>

Fleet J. C. (2017). The role of vitamin D in the endocrinology controlling calcium homeostasis. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 453, 36-45.

Gunn, C. A., Weber, J. L., i Kruger, M. C. (2013). Midlife women, bone health, vegetables, herbs, and fruit study. The Scarborough Fair study protocol. *BMC Public Health*, 13, 23.

Hidalgo-Mora, J. J., Cortés-Sierra, L., García-Pérez, M. Á., Tarín, J. J., i Cano, A. (2020). Diet to Reduce the Metabolic Syndrome Associated with Menopause. The Logic for Olive Oil. *Nutrients*, 12(10), 3184.

Kanis, J. A., Cooper, C., Rizzoli, R., Reginster, J. Y., Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis (ESCEO) and the Committees of Scientific Advisors and National Societies of the International Osteoporosis Foundation (IOF) (2019). European guidance for the diagnosis and management of osteoporosis in postmenopausal women. *Osteoporosis International*, 30(1), 3-44.

Kirichenko, T. V., Myasoedova, V. A., Orekhova, V. A., Ravani, A. L., Nikitina, N. A., Grechko, A. V., Sobenin, I. A., i Orekhov, A. N. (2017). Phytoestrogen-Rich Natural

Preparation for Treatment of Climacteric Syndrome and Atherosclerosis Prevention in Perimenopausal Women. *Phytotherapy Research: PTR*, 31(8), 1209-1214.

Ko, S. H., i Kim, H. S. (2020). Menopause-Associated Lipid Metabolic Disorders and Foods Beneficial for Postmenopausal Women. *Nutrients*, 12(1), 202.

Lin, Y. Y., i Lee, S. D. (2018). Cardiovascular Benefits of Exercise Training in Postmenopausal Hypertension. *International Journal of Molecular Sciences*, 19(9), 2523.

Lizarzaburu Robles, J. C. (2013). Síndrome metabòlica: concepte i aplicació pràctica. *Annals de la Facultat de Medicina*, 74(4), 315-320.

López-González, B., Molina-López, J., Florea, D. I., Quintero-Osso, B., Pérez de la Cruz, A., i Planells del Pozo, E. M. (2014). Association between magnesium-deficient status and anthropometric and clinical-nutritional parameters in postmenopausal women. *Nutrición Hospitalaria*, 29(3), 658-664.

Manólio, R. A., Tande, I. S., De Queiroz, A. P. M., Ferreira, A. A. C., i Ferraz da Silva, EA. (2015). Fish oil and vitamin e change lipid profiles and anti-ldl-antibodies in two different ethnic groups of women transitioning through menopause. *Nutrición Hospitalaria*, 32(1), 165-174. <https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.1.9079>

Martín, J. A., Consuegra, B. M., i Martín, M. T. J. (2015). Factores nutricionales en la prevención de la osteoporosis. *Nutrición Hospitalaria*, 32(1), 49-55.

Martorell, M., Ramírez-Alarcón, K., Labraña, A. M., Barrientos, D., Opazo, M., Martínez-Sanguinetti, M. A., Leiva, A. M., Troncoso-Pantoja, C., Lasserre-Laso, N., Nazar, G., Celis-Morals, C., i Petermann-Rocha, F. (2020). Menopausia y factores de riesgo cardiovascular en mujeres chilenas. *Revista Médica de Chile*, 148(2), 178-186. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000200178>

Mateos-Aparicio, I., Rodó Conca, A., Villanueva-Suárez, M. J., i Zapata-Revilla, M. A. (2008). Soybean, a promising health source. *Nutrición Hospitalaria*, 23(4), 305-312.

Monsalve, C., Reis, V., Parra, J., i Chea, R. (2018). Manejo terapéutico de la sintomatología climatérica. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 64(1), 43-50.

Morato-Martínez, M., López-Plaza, B., Santurino, C., Palma-Milla, S., i Gómez-Candela, C. (2020). A Dairy Product to Reconstitute Enriched with Bioactive Nutrients Stops Bone Loss in High-Risk Menopausal Women without Pharmacological Treatment. *Nutrients*, 12(8), 2203.

Moslehi, N., Mirmiran, P., Tehrani, F. R., i Azizi, F. (2017). Current Evidence on Associations of Nutritional Factors with Ovarian Reserve and Timing of Menopause: A Systematic Review. *Advances in Nutrition*, 8(4), 597-612.

Ortega, R. M, Jiménez Ortega, A. I., Martínez García, R. M., Cuadrado-Soto, E., Aparicio, A., i López-Sobaler, A. M. (2020). Nutrición en prevención y control de osteoporosis. *Nutrición Hospitalaria*, 37(spe2), 63-66.

Orchard, T., Yildiz, V., Steck, S.E., Hébert, J.R., Ma, Y., Cauley, J. A., Li, W., Mossavar-Rahmani, Y., Johnson, K. C., Sattari, M., LeBoff, M., Wactawski-Wende, J., i Jackson, R. D. (2017). Dietary Inflammatory Index, Bone Mineral Density, and Risk of Fracture in Postmenopausal Women: Results From the Women's Health Initiative. *Journal of Bone and Mineral Research*, 32(5), 1136-1146.

Prentice, R. L., Aragaki, A. K., Van Horn, L., Thomson, C. A., Beresford, S. A., Robinson, J., Snetselaar, L., Anderson, G. L., Manson, J. E., Allison, M. A., Rossouw, J. E. i Howard, B. V. (2017). Low-fat dietary pattern and cardiovascular disease: results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 106(1), 35-43.

Bijelic, R., Milicevic, S., i Balaban, J. (2017). Risk factors for osteoporosis in postmenopausal women. *Medical archives*, 71(1), 25-28.

Salvador, J. (2008). Climaterio y menopausia: epidemiología y fisiopatología. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 54, 61-78.

Tella, S. H. i Gallagher, J. C. (2014). Prevention and treatment of postmenopausal osteoporosi. *The Journal of Steroid Biochemistry and Biology Molecular*, 142, 155-170.

Torres, J. A. P., Torres, R. J. M. (2018). Climaterio y menopausia. *Revista Facultad Medicina UNAM*, 61(2), 51-58.

Uenishi, K., Tokiwa, M., Kato, S., i Shiraki, M. (2018). Stimulation of intestinal calcium absorption by orally administrated vitamin D3 compounds: a prospective open-label randomized trial in osteoporosis. *Osteoporosis International*, 29(3), 723-732.

Autora

TERESA BONNÍN SÁNCHEZ

Llicenciada en Farmàcia per la Universitat de Barcelona el 1986. Graduada en Nutrició i Dietètica per la Universitat Alfonso X el Sabio el 2012. Màster en Atenció Farmacèutica per la Universitat de València. Postgrau en Nutrició per la Universitat de Navarra. Curs d'Educació Nutricional i Assessoria Nutricional a la UIB. Exvocal de Dermofarmàcia del COFIB i membre del Grup de Dermatologia de la SEFAC. Col·laboradora honorària en pràctiques tutelada en diverses universitats; organitzadora de cursos i activitats al COFIB. Formadora a la Fundació Amadip-Esment. Premi Quely, SA, de nutrició de la Reial Acadèmia de Medicina de les Illes Balears. Màster en ICNS del Màster en Nutrició, Medicina i Salut Hormonal en la Dona, 1a edició.

**ACTIVA'T, UN PROGRAMA DE PROMOCIÓ
DE L'ENVELLIMENT SALUDABLE**

Activa't, un programa de promoció de l'envelliment saludable*

Saliha Belmonte Darraz
July Constanza Melo Tavera
Bernat Calafat Vich
Giuliana Bello Vélez

A Àngel Castedo,
*in memoriam***

* El programa Activa't, d'envelliment saludable, és una iniciativa del Centre Municipal de Promoció de la Salut de l'Ajuntament de Palma que s'inicià el setembre de 2019. El programa s'ha desenvolupat a sis barris de Palma, en col·laboració amb els centres de salut, els centres de serveis socials comunitaris bàsics i associacions. Des d'octubre 2023 s'ha ampliat als barris de Cala Major-Sant Agustí i Camp Redó-Cas Capiscol. Va rebre un accèssit de la tercera edició (2020) dels Premis de Qualitat de la Xarxa Espanyola de Ciutats Saludables de la Federació Espanyola de Municipis i Províncies.

** Aquest projecte no hauria aconseguit la qualitat que ha presentat en el seu pilotatge i en la posada en marxa si no hagués estat pel suport i el treball incansable d'Àngel Castedo (coordinador tècnic dels tallers de la Fundació AMÉS). Els companys i les persones grans encara et recorden i duen el timbre de la teva veu i el teu somriure en els seus records. Nosaltres, també. De persones com ell, ja no en queden gaires en aquest món.

Resum

S'avaluen els beneficis del programa Activa't, d'envelliment saludable, basat en el de prevenció de la fragilitat ViviFrail. L'objectiu principal que ens plantejarem fou relacionar els mecanismes que vinculen la pràctica habitual d'exercici físic amb la millora de la salut dels adults grans, directament en els aspectes físics i relacionats amb la fragilitat i, indirectament, en els psicològics, els cognitius i els emocionals. S'ha dut a terme una avaluació després de l'aplicació dels criteris d'inclusió i exclusió, així com el mesurament de variables fisiològiques, funcionals i cognitives, i després de l'aplicació dels criteris s'ha implementat un programa d'entrenament físic multicomponent, segons els criteris de la guia de prevenció de la fragilitat del Ministeri de Sanitat i Consum en gent més gran de seixanta anys, en què s'entrena força, flexibilitat, velocitat de la marxa, resistència i, paral·lelament, l'entrenament cognitiu, mitjançant l'ús de la memòria, el llenguatge, la percepció, la resolució de problemes, i la planificació, mitjançant l'ús de quadern per a l'entrenament cognitiu, en una mostra de 97 participants de sis barris de Palma. Es descriuen els canvis en variables fisiològiques; i els beneficis de l'exercici físic adaptat en la millora dels aspectes funcionals, psicoemocionals i socials.

Resumen

Se evalúan los beneficios del programa Activa't, basado en el programa de prevención de la fragilidad ViviFrail. El objetivo principal que nos planteamos era relacionar los mecanismos que vinculan la práctica habitual de ejercicio físico con la mejora de la salud de los adultos mayores, directamente en los aspectos físicos y relacionados con la fragilidad e indirectamente en los psicológicos, cognitivos y emocionales. Se ha llevado a cabo una evaluación tras la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, así como medición de variables fisiológicas, funcionales y cognitivas, y tras la aplicación de los criterios se ha ejecutado un programa de entrenamiento físico multicomponente según criterios de la guía de prevención de la fragilidad del Ministerio de Sanidad y Consumo en mayores de sesenta años, en la que se entrena fuerza, flexibilidad, velocidad de la marcha, resistencia y paralelamente el entrenamiento cognitivo, mediante el uso de memoria, lenguaje, percepción, resolución de problemas y la planificación, mediante el uso de cuaderno para el entrenamiento cognitivo, en una muestra de 97 participantes de seis barrios de Palma. Se describen los cambios en variables fisiológicas, y los beneficios del ejercicio físico adaptado en la mejora de los aspectos funcionales, psicoemocionales y sociales.

1. Introducció

Activa't és un programa d'exercici físic multicomponent que combina entrenament de força, resistència, equilibri i velocitat de la marxa. Té la intenció de prevenir la fragilitat i el risc de caigudes en persones grans, així com de millorar la funció cognitiva i augmentar l'esperança de vida lliure de discapacitat.

La fragilitat és una síndrome geriàtrica caracteritzada per la pèrdua de pes involuntària, poca força muscular, sensació d'esgotament, capacitat d'activitat física reduïda i velocitat de marxa lenta, entre d'altres. La seva incidència pot variar d'un 15% a un 60% en els adults de ≥ 65 anys i està associada a un risc significativament més gran d'escassa salut física, hospitalitzacions reincidentes, ingressos en residències de gent gran, institucionalització i alta mortalitat. En una societat que envelleix d'una manera exponencial, el ràpid augment del nombre d'adults grans fràgils i l'augment associat de la despesa en atenció mèdica i de les institucions es considera un desafiament important que enfronta l'atenció preventiva i assistencial perquè treballin juntes en la lluita per millorar el panorama d'envelliment poblacional que s'espera en els pròxims anys. Monitorar la fragilitat pot ser un objectiu preventiu important per reduir les taxes de discapacitat i fragilitat, millorar estats psicoemocionals disruptius, augmentar la participació social i afrontar millor un envelliment natural i fisiològic inevitable, podent aportar un alleujament de la càrrega per discapacitat que s'espera (Bagshaw et al., 2016).

Després de la pandèmia de la COVID es va iniciar un sobtat estat d'inactivitat física i aïllament social en l'àmbit mundial sense precedents, que ha dut a un canvi radical en l'estil de vida, la qual cosa va afavorir les conductes sedentàries i l'aïllament social amb més intensitat que els que ja pateix la població d'adults més grans de seixanta-cinc anys (Sayin Kasar i Karaman, 2021). Això afecta tota la població mundial sotmesa a estats de confinament i limitació de les activitats (Martí-Pastor et al., 2023). En temps de pandèmia i durant l'estat d'alarma, les activitats relacionades amb el benestar físic, la salut i la qualitat de vida varen ser restringides, i això es va traduir en un increment dels temps d'inactivitat associats a una pèrdua de condició física (Zhang et al., 2023). Afegides a la pèrdua de la qualitat de vida, i potenciades per la fragilitat, veiem també pèrdues de tipus cognitiu o emocional generades per l'aïllament social (Camacho et al., 2019).

2. Envel·liment actiu

L'envelliment actiu permetria mantenir o millorar les funcionalitats físiques i, al seu torn, afegir un component d'independència a les capacitats socials, tot implementant millores en el benestar, disminuint el risc de lesions i evitant l'ús de fàrmacs i els seus possibles efectes secundaris (Parodi i Runzer-Colmenares, 2021).

La població d'adults grans, que ja tenia una disminució del seu rol d'ocupació en la societat, es va veure abocada a una major inactivitat física i a l'aïllament social preventiu per les restriccions de la pandèmia (Ibrahim et al., 2021; Sayin i Karaman, 2021). Condicionants com aquests que es descriuen poden conduir a l'augment de les emocions de desmoralització, desemparament i angoixa, situació comparable a un estat de dol, i la seva prolongació en el temps pot arribar a convertir-se en un trastorn depressiu major (Sayin i Karaman, 2021).

En el nostre programa d'entrenament físic per a gent gran, es va utilitzar el ViviFrail per millorar la funcionalitat de l'adult gran, perquè se n'han demostrat beneficis físics en intensitats moderades i vigoroses; se n'esperen beneficis emocionals, que paral·lelament augmentaran els efectes de resiliència, ja que els grups d'Activa't el fan en la seva pròpia barriada d'una manera col·lectiva per crear aquest teixit social i abordar aspectes de soledat i aïllament en l'adult gran (Hijas-Gómez et al., 2020).

3. Metodologia

3.1. Disseny

El programa Activa't es va dur a terme en sis grups de barris de Palma. Es varen recopilar les variables d'estudi en ambdues fases, preprograma i postprograma. L'avaluació i el seguiment es varen fer en tots els participants i, posteriorment, es va elaborar una avaluació de la satisfacció pròpiament del programa, dels professionals que varen dur a terme la intervenció i sobre la seva metodologia de desenvolupament.

3.2. Participants

En aquest estudi varen participar (N = 97) subjectes adults grans pertanyents a sis barris de la ciutat de Palma: Son Dameto, el Coll d'en Rabassa, Plaça de Toros, Son Gotleu, el Viver-els Rafals i Pere Garau (vegeu la figura 1) en el període comprès entre 2022 i 2023, en tres edicions que constaven de dotze setmanes i vint-i-quatre sessions. Les persones que han participat en l'estudi són 79 dones (76,63%) i 18 homes (23,37%) en una franja d'edat d'entre seixanta i vuitanta-nou anys. La mitjana és de setanta-dos anys.

Els criteris de selecció d'aquestes barriades es varen obtenir després de l'elaboració d'un informe de necessitats, el qual es va basar en quatre paràmetres clars: 1. Sedentarisme i absència de recursos per a l'exercici físic en la seva barriada o distància i/o dificultat; 2. Barriades amb major densitat demogràfica d'adults més grans de seixanta anys a la ciutat de Palma segons el padró municipal i dades de demografia de l'Institut Nacional d'Estadística 2019-2022; 3. Factor geogràfic de Palma, que està ubicat en zones i

districtes municipals. 4. Disponibilitat d'un espai adequat a l'aire lliure i prop d'un casal de barri o seu d'una associació.

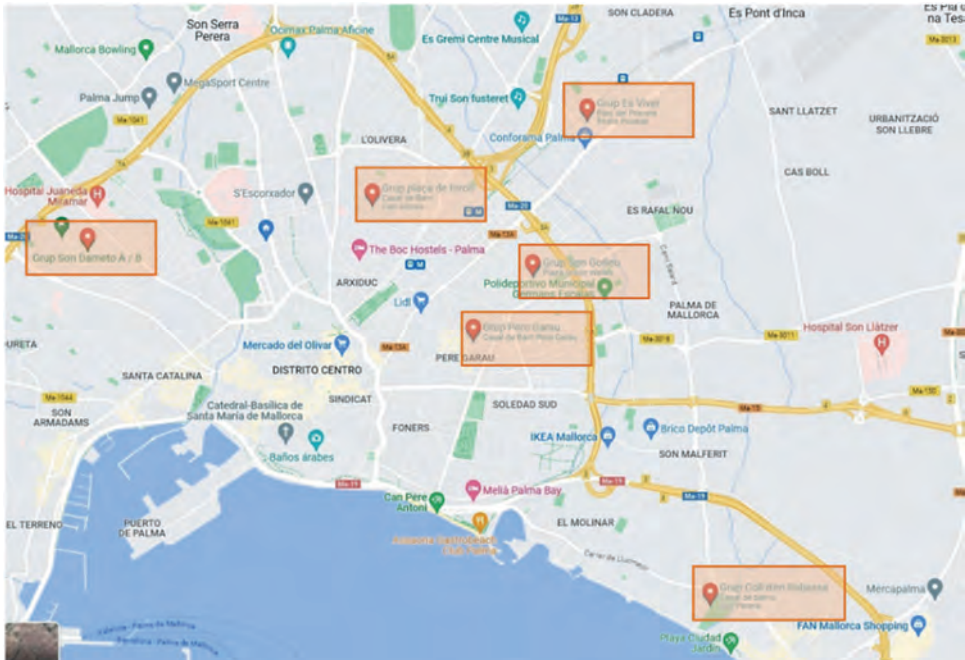


Figura 1. Els sis barris participants en el programa Activa't

Font: elaboració pròpia a través de Google Maps

Els participants en les diferents fases es varen reclutar des de les consultes d'atenció primària dels centres de salut de cada barri i de serveis socials locals de l'Ajuntament de Palma, a través de reunions col·laboratives als centres de salut i als centres municipals de serveis socials comunitaris bàsics.

Es va habilitar un telèfon i una adreça electrònica per a les llistes dels possibles candidats, que posteriorment es varen entrevistar mitjançant l'ús de la bateria de preguntes del ViviFrail per a la selecció dels subjectes segons els criteris d'aquest programa (Casas-Herrero et al., 2019). Com a passa preliminar al mateix treball, es va presentar una enquesta als participants d'Activa't, per poder establir-ne els criteris d'inclusió i exclusió. Després de la selecció de la mostra, els varen citar per a l'avaluació pre i, després de dotze setmanes d'entrenament, es va fer l'avaluació post del programa Activa't a tots els participants que hi varen mantenir l'adhesió d'una manera continuada, un 94% de la mostra. Se'n varen recollir les dades mitjançant l'ús de la plataforma de Google Forms per a l'automatització dels resultats i la seva posterior gestió. Als participants que no tenien telèfon

mòbil, els facilitaren una tauleta tàctil i els oferiren suport per complir-ho. Es creen els grups de WhatsApp de cada barriada. Abans de dur-les a terme, es va informar els participants de la utilitat de cadascuna de les avaluacions i, després de resoldre'n possibles dubtes, varen signar un consentiment informat (vegeu la figura 2).



Figura 2. Procés de reclutament del programa Activa't

Font: elaboració pròpia

3.3. Materials

S'han utilitzat les escales i els qüestionaris següents per avaluar les variables.

- **Enquesta de dades sociodemogràfiques i clíniques.** Qüestionari que va permetre conèixer la distribució sociodemogràfica dels enquestats, recol·lectant-ne dades o informació general, com és l'edat, el gènere i els aspectes psicosocials.

- **Vivifrail** (Izquierdo et al., 2016). Programa d'exercicis d'entrenament en força, resistència, reentrenament de la marxa i d'equilibri.
- **Short Physical Performance Battery (SPPB) o Test de Guralnik**. Consisteix a fer tres proves; equilibri en tres posicions: peus junts, semitàndem (un peu en diagonal de l'altre tocant el dit gros de l'altre peu) i tàndem (un peu davant de l'altre); velocitat de la marxa (sobre 4 metres) i aixecar-se i asseure's en una cadira cinc vegades.
- **Escala de satisfacció amb la vida (SWLS)**. (Diener et al., 1985). «The Satisfaction With Life Scale». Consta de cinc preguntes d'entre 1 i 5 punts, dissenyada per mesurar els judicis cognitius globals de satisfacció dels individus respecte de la seva vida, que es classifiquen així: 31-35, molt satisfet; 26-30, satisfet; 21-25, una mica satisfet; 20, neutral; 15-19, una mica insatisfet; 10-14, insatisfet; 5-9, molt insatisfet.
- **Escala de soledat d'UCLA (ULS)**. (Russell et al., 1978). Mesura 17 indicadors de soledat com a estructura unidimensional amb puntuació d'entre 1 i 4, la qual cosa permet obtenir una puntuació mínima de 10 i una de màxima de 40. Els autors del qüestionari no han establert punts de tall, és a dir, puntuacions que permetin classificar-ne el nivell de soledat segons la puntuació obtinguda. Es considera que les puntuacions més habituals oscil·len entre 15 i 20, mentre que una puntuació superior a 30 seria indicativa d'un grau sever de soledat.
- **Escala analògica visual (EVA)**. Permet mesurar la intensitat del dolor en una línia horitzontal de 10 centímetres o escala de *Likert* de 0 (absència de dolor) a 10 (màxim dolor), en els extrems de la qual es troben les expressions extremes d'un símptoma. A l'esquerra s'ubica l'absència o la menor intensitat i, al dret, la intensitat més gran de dolor.

3.4. Procediment

Es va elaborar l'enquesta telefònica inicial, en la qual es varen incloure les variables d'inclusió i exclusió.

En el programa Activa't, durant dotze setmanes es varen incloure vint-i-quatre sessions multicomponent d'exercicis d'equilibri, aeròbics, de força i de flexibilitat, durant 60 minuts, dos dies per setmana, amb una (n=97) de subjectes i una mitjana d'edat (edat = 72,53). La intervenció va ser duta a terme per una professional graduada en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport i un professional Tècnic Superior en Activitats Físiques i Animació Esportiva.

Els participants en els grups varen emplenar en ambdues fases, pre i post, els qüestionaris mitjançant la plataforma de Google Forms, els quals determinaven factors sociodemogràfics, tests funcionals i psicoemocionals: SPPB, SWLS, EVA UCLA. L'equip de recerca, de professionals en activitat física i salut, va adaptar les recomanacions del programa ViviFrail amb quatre branques de condició física (força, resistència, equilibri i flexibilitat).

3.5. Anàlisi de dades

Les dades recollides es varen analitzar amb el paquet estadístic IBM *SPSS Statistics* 27. Es varen calcular estadístiques descriptives de les puntuacions de les variables, la mitjana i la desviació estàndard. Se'n varen dur a terme les anàlisis amb un nivell de significança considerat apropiat per a la mida de la mostra ($\alpha=0,01$) per minimitzar la possibilitat d'acceptar un efecte inexistent.

4. Resultats

Totes les proves de les variables físiques i psicoemocionals varen detectar els canvis en les puntuacions prèvies a l'estudi i les posteriors en ambdós grups. La prova de funcionalitat va mostrar, a més, una interacció significativa dels factors pre-post i grup en la variable SPPB: $F(1,18) = 725,225$; $p < 0,001$; $\eta^2 = 0,976$. Finalment, s'observen canvis en variables emocionals i soledat no desitjada (vegeu la taula 1).

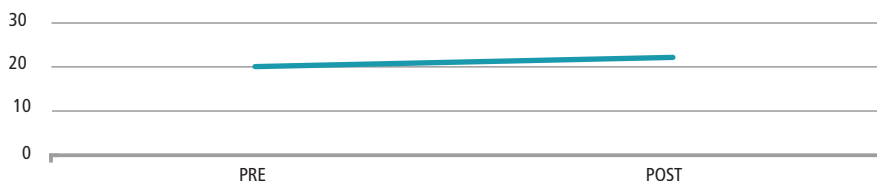
Taula 1 | *Resultats de les variables físiques i psicoemocionals*

	Satisfacció	Equilibri			Velocitat de la marxa	Força	Dolor	Soledat
		Peus junts	Semitàndem	Tàndem				
Pre	19,753	0,784	0,792	1,402	2,742	2,781	3,454	23,546
Post	21,959	0,474	0,722	0,959	3,423	3,165	2,959	16,423
Valoració	Augmenta la satisfacció	Millora l'equilibri	Millora no significativa	Millora l'equilibri	Millora la velocitat de la marxa	Millora la força	Disminueix el dolor	Disminueix la soledat

Font: elaboració pròpia

Tal com s'observa en el gràfic 1, a l'escala de satisfacció amb la vida hi ha hagut un increment de 3 punts (major puntuació, major satisfacció); s'ha passat d'un pre de 19,75 a un post de 21,95. Per tant, es pot apreciar un augment de satisfacció per part dels participants.

Gràfic 1 | Resultats de l'escala de satisfacció amb la vida (SWLS)

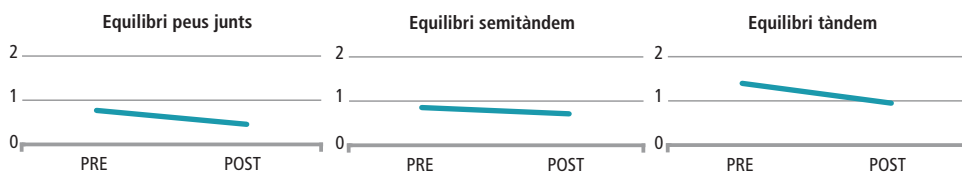


Font: elaboració pròpia

Pel que fa als resultats del test *Short Physical Performance Battery* (SPPB), hem dividit els de cadascuna de les proves.

Si el temps que fa servir és menor o igual a 11,19 segons, 4 punts i, si és de 60 segons o incapaç, 0 punts. Això es tradueix que, amb menor puntuació, millor acompliment en l'equilibri. S'observa en el gràfic 2; les dades pre i post de la valoració d'equilibri, tenint en compte una disminució en nivells de dificultat de cadascuna de les valoracions: peus junts pre de 0,784, i un post de 0,474; semitàndem amb un pre de 0,792 i un post de 0,722; finalment, un tàndem amb un pre d'1,402 i un post de 0,959. Per tant, es pot concloure que hi ha una millora de l'equilibri dels participants en el programa.

Gràfic 2 | Resultats de l'escala *Short Physical Performance Battery* (SPPB). Prova de peus junts, semitàndem i tàndem.

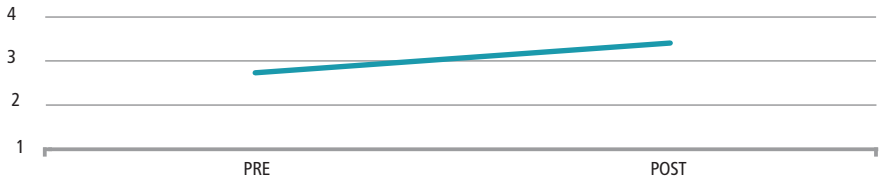


Font: elaboració pròpia

En la prova de velocitat s'observen puntuacions superiors; respecte del pre, de 2,7 i, al post, de 3,4. Es reflecteix així un augment de la velocitat en comparació amb l'inici del programa (vegeu el gràfic 3).

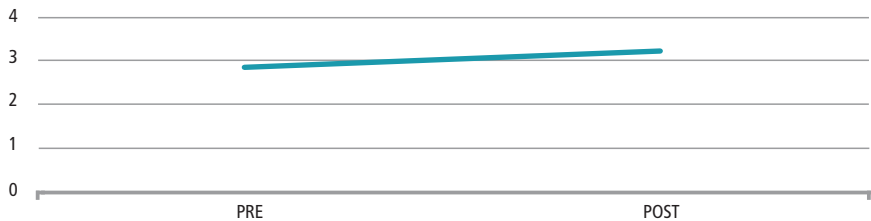
En la prova de força els participants en el programa han obtingut puntuacions superiors respecte del pre de 2,7; al post, de 3,2. Millora així la força respecte de l'inici del programa (vegeu el gràfic 4).

Gràfic 3 | Resultats de l'escala Short Physical Performance Battery (SPPB). Prova de velocitat



Font: elaboració pròpia

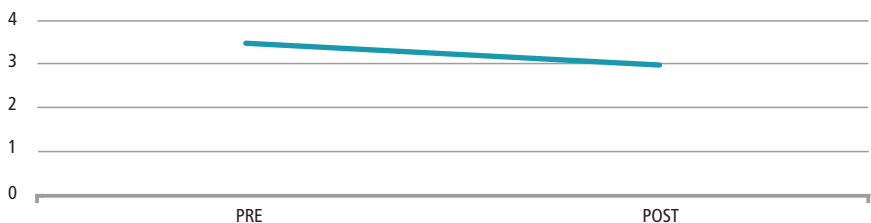
Gràfic 4 | Resultats de l'escala Short Physical Performance Battery (SPPB). Prova de força



Font: elaboració pròpia

Respecte del dolor, es passa d'un pre de 3,45 a un post de 2,95; s'obtenen puntuacions inferiors en comparació amb l'inici del programa, la qual cosa indica una disminució en la percepció del dolor, tal com reflecteix al gràfic 5.

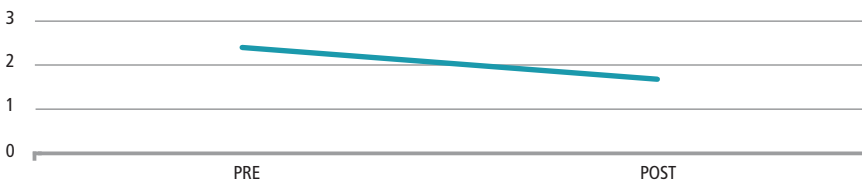
Gràfic 5 | Resultats de l'escala de dolor (EVA)



Font: elaboració pròpia

Tal com indica el gràfic 6, les puntuacions de la variable soledat han disminuït considerablement; s'ha passat d'un pre de 23,546 a un post de 16,42, la qual cosa indica una menor percepció de la soledat en les persones participants del programa després de les dotze setmanes.

Gràfic 6 | *Resultats de l'escala de la soledat UCLA (ULS)*



Font: elaboració pròpia

5. Discussió

Aquest estudi ha posat en relleu els avantatges de l'exercici físic en adults més grans de seixanta anys, no només pels efectes naturals de l'activitat física en l'àmbit funcional, sinó també com a alternativa de programes multicomponent en teràpies farmacològiques i com a mitjana d'excel·lència en pacients sedentaris i funcionals pel fet de participar en un grup d'iguals i per l'oportunitat d'incorporar-se en el teixit social i formar-ne part.

Tots els participants hi han millorat els aspectes de funcionalitat, encara que aquests canvis no hagin estat en tots els paràmetres; per exemple, el de l'equilibri, concretament en la prova de tàndem, queda reduït i, encara que és cert que no s'ha avaluat si aquests canvis són significatius o no, altres estudis descriuen millores en la funcionalitat i l'equilibri de manera general, tal com s'ha trobat en la nostra mostra, tant en la prova de peus junts com en el semitàndem, possiblement perquè s'han treballat aspectes de l'equilibri que necessiten més temps per millorar, i no s'han vist canvis en la prova de tàndem, però és possible que hi hagi hagut un biaix en la recollida d'aquesta prova, ja que suposa dificultat per a l'autoinforme si no s'hi està entrenat.

Els resultats han confirmat les expectatives, davant la millora de puntuació en la prova d'exercici físic del grup que va seguir el programa, amb canvis significatius tant des del punt de vista funcional com psicoemocional, i fins i tot s'han vist canvis en la soledat no desitjada, amb millores de la percepció sobre el seu estat de soledat, coincidint

amb altres autors que han dut a terme intervencions en adults grans (Whittaker et al., 2018). Això pot ser interpretat des d'un punt de vista conjuntural, a causa de les circumstàncies excepcionals després d'un llarg confinament; tots els participants es varen sentir integrats en una activitat de grup, amb independència de l'activitat física, que va poder suplir el contacte directe amb altres persones, que no es tenia en aquell temps, amb l'augment de la necessitat de les relacions socials en la gent gran; d'altra banda, cal ressenyar el compromís que presenten treballant aspectes de la salut en edats en què es disposa de més temps per a la participació.

Qualsevol d'aquests aspectes s'hauria de contrastar amb estudis posteriors. Cal destacar l'interès que s'ha despertat en els participants per l'ús de les noves tecnologies mitjançant el Google Forms, la qual cosa, lluny de ser vista com un obstacle afegit al desenvolupament del programa, va ser ben assumida per tots. La revolució d'aquests formats digitals ha estat un gran aliat a l'hora de prestar assistència de professionals d'una manera segura en els temps de la pandèmia, i aquesta és una oportunitat d'aprenentatge per a l'adult gran, sense oblidar que cal treballar en la bretxa digital; en la nostra experiència els ha permès estar connectats fora de les hores de grup.

6. Conclusions

La prevenció de la fragilitat, la dependència i la solitud no desitjada, el foment del bon tracte i la no discriminació per l'edat o el gènere són línies bàsiques del programa de promoció de la salut de les persones grans Activa't. A Palma, des del Centre Municipal de Promoció de la Salut, es pretén impulsar el desenvolupament de programes d'envelliment actiu i saludable, destinats a aconseguir una major qualitat de vida de la gent gran. L'aplicació del programa Activa't d'exercici físic en adults grans suposa una millora en les seves capacitats motrius; canvia la fragilitat, millora la cognició, les emocions i les xarxes socials, i s'ha constatat que disminueix el sedentarisme. Caldria considerar que l'aplicació de programes d'entrenament físic no només millora la funcionalitat, sinó que també aporta beneficis paral·lels que impacten directament en aspectes psicoemocionals de manera molt directa, i en la disminució de la percepció de la soledat pel fet de participar en un grup. Un envelliment actiu i saludable implica un increment de la qualitat de vida i de la participació social.

Actualment, en el programa Activa't, hi participen 210 persones; hi ha derivacions no sols dels circuits d'atenció primària de salut i serveis socials —amb els quals es va iniciar el programa— sinó també de serveis d'atenció assistencial com és el centre de Sant Joan de Déu o l'hospital de Son Espases. Una altra via d'entrada al programa són les associacions de veïns i de la tercera edat, i també per recomanació de les persones

participants. Activa't es consolida com un programa que assoleix un impacte positiu en la salut de la gent gran.

Es considera essencial que les persones grans no descurin la seva salut per les seves tasques quotidianes i familiars. És primordial continuar treballant per fomentar la seva vida activa; fomentar una xarxa comunitària en la qual cuidem les persones per a un envelliment saludable i evitem la fragilitat i la solitud no desitjada.

Referències bibliogràfiques

Bagshaw, S., Majumdar, S., Rolfson, D., i Ibrahim, Q. (2016). A prospective multicenter cohort study of frailty in younger critically ill patients. *Critical Care*, 20, 175. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1338-x>

Belmonte, S., Meló, J., Barceló, M., Guerra, C., Montoro, C.I., González, A., Bello, G., i Eiras, E. (2023). *Guia per al benestar de les persones majors. Activa't, envelliment saludable*. Ajuntament de Palma. https://mapalma.cat/wp-content/uploads/2023/04/GUIACATALA_PDF.pdf

Camacho, D., Lee, Y., Bhattacharya, A., Vargas, L. X., Kimberly, L., i Lukens, E. (2019). High Life Satisfaction: Exploring the Role of Health, Social Integration and Perceived Safety among Mexican Midlife and Older Adults. *Journal of Gerontological Social Work*, 62(5), 521-542.

Collard, R. M., Boter, H., Schoevers, R. A., i Oude Voshaar, R. C. (2012). Prevalence of Frailty in Community-Dwelling Older Persons: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(8), 1487-1492. <https://doi.org/10.1111/J.1532-5415.2012.04054.X>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., i Griffin, S. (2010). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA4901_13

Hijas-Gómez, A. I., Ayala, A., Rodríguez-García, M. P., Rodríguez-Blázquez, C., Rodríguez-Rodríguez, V., Rojo-Pérez, F., i Forjaz, M. J. (2020). The WHO active ageing pillars and its association with survival: Findings from a population-based study in Spain. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90. <https://doi.org/10.1016/J.ARCHGER.2020.104114>

Ibrahim, N. K., Al Raddadi, R., AlDarmasi, M., Al Ghamdi, A., Gaddoury, M., AlBar, H. M., i Ramadà, I. K. (2021). Medical students' acceptance and perceptions of e-learning during the Covid-19 closure time in King Abdulaziz University, Jeddah. *Journal of Infection and Public Health*, 14(1), 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.11.007>

Izquierdo, M., Rodríguez-Mañas, L., Sinclair, A. J., i Grup d'Investigadors Vivifrail. (2016). What is new in exercise regimes for frail older people — How does the Erasmus Vivifrail Project take us forward? *The Journal of nutrition, health & aging*, 20(7), 736-737. <https://doi.org/10.1007/s12603-016-0702-5>

Martí-Pastor, A., Moreno-Perez, O., Lobato-Martínez, E., Valero-Sempere, F., Amo-Lozano, A., Martínez-García, M. Á., i Ramos-Rincón, J. M. (2023). Association between Clinical Frailty Scale (CFS) and clinical presentation and outcomes in older inpatients with COVID-19. *BMC Geriatrics*, 23(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03642-y>

Fairhall, N., Sherrington, C., Lord, S., Kurrle, S., Langron, C., Lockwood, K., Monaghan, N., Aggar, C., i D. Cameron, I. (2014). Effect of a multifactorial, interdisciplinary intervention on risk factors for falls and fall rate in frail older people: a randomised controlled trial. *Age and Ageing*, 43(5), 616-622. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft204>

Ng, T. P., Feng, L., Nyunt, M. S. Z., Larbi, A., i Yap, K. B. (2014). Frailty in Older Persons: Multisystem Risk Factors and the Frailty Risk Index (FRI). *JAMDA*, 15(9), 635-642. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.03.008>

Parodi, J. F., i Runzer-Colmenares, F. M. (2021). Impacto del soporte social sobre la movilidad limitada en personas mayores de comunidades altoandinas peruanas. *Pan American Journal of Public Health*, 45. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.88>

Reblin, M., i Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201-205. <https://doi.org/10.1097/YCO.0B013E3282F3AD89>

Robertson, D. A., Savva, G. M., i Kenny, R. A. (2013). Frailty and cognitive impairment - A review of the evidence and causal mechanisms. *Ageing Research Reviews*, 12(4), 840-851. <https://doi.org/10.1016/J.ARR.2013.06.004>

Russell, D., Peplau, L. A., i Ferguson, M. L. (1978). Developing a Measure of Loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA4203_11

Sayin, K. K., i Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 42(5), 1222-1229. <https://doi.org/10.1016/J.GERINURSE.2021.03.010>

Theou, O., Stathokostas, L., Roland, K. P., Jakobi, J. M., Patterson, C., Vandervoort, A. A., i Jones, G. R. (2011). The Effectiveness of Exercise Interventions for the Management of Frailty: A Systematic Review. *Journal of Aging Research*, 1-19. <https://doi.org/10.4061/2011/569194>

Watson, D., Clark, L. A., i Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>

Zhang, J., Yu, Y., Petrovic, M., Pei, X., Tian, Q.-B., Zhang, L., i Zhang, W.-H. (2023). Impact of the COVID-19 pandemic and corresponding control measures on long-term care facilities: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 52(1). <https://doi.org/10.1093/AGEING/AFAC308>

Autors

SALIHA BELMONTE DARRAZ

Melilla (1977). Grau en Infermeria per la Universitat de Granada (2004). Professora associada del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la Universitat de les Illes Balears (2009-2023). Experta universitària en Gestió de Serveis d'Infermeria (UNED, any 2008-2009). Màster Universitari en Neurociències, Universitat de les Illes Balears. 2012-14. Infermera des de 2019 al Centre Municipal de Promoció de la Salut de l'Ajuntament de Palma. Des de fa 3 anys gestiona el programa Activa't, d'Envel·liment Saludable. Ha participat en la *Guia per al benestar de les persones majors; Activa't, envelliment saludable*.

JULY CONSTANZA MELO TAVERA

Bogotà, Colòmbia (1990). Màster en Ciències de l'Activitat Física i l'Esport de la Universitat del País Basc (Vitòria), especialista en Processos Pedagògics de l'Entrenament Esportiu i Professional en Ciències de l'Esport i l'Educació Física de la Universitat de Cundinamarca (Fusagasugá, Colòmbia). Coordinadora i monitora en la Fundació ESTIMIA. Des de 2021 treballa al programa Activa't, d'Envel·liment Saludable (gestionat per la Fundació AMÉS). Entrenadora personal amb planificació de rutines personalitzades i seguiment d'objectius des de fa 5 anys. Publicació d'articles científics i participant en l'anàlisi i la redacció de la Facultat de Ciències de l'Esport i l'Educació Física de la Universitat de Cundinamarca, en el grup de recerca CAFED (Fusagasugá, Colòmbia). Ha participat en la *Guia per al benestar de les persones majors; Activa't, envelliment saludable*.

BERNAT CALAFAT VICH

Santa Maria del Camí (1961). Llicenciat en Psicologia per la Universitat de Barcelona (1984). Ha estat professor associat de Planificació i Avaluació Social (Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques) a la Universitat de les Illes Balears (2008-2021). Ha treballat de psicòleg i de cap de secció de Serveis Socials a l'Ajuntament de Palma de 1988 a 2021. Actualment, és el cap del servei de Consum i Salut (Centre Municipal de Promoció de la Salut de l'Ajuntament de Palma).

GIULIANA BELLO VÉLEZ

Palma (1999). Graduada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears l'any 2021. Treballa com a tècnica de prevenció de les addiccions i promoció de la salut del programa Joves Qualificats de Palmaactiva (Ajuntament de Palma). Actualment, col·labora en el programa Activa't, d'Envel·liment Saludable, de l'Ajuntament de Palma i ha participat en la *Guia per al benestar de les persones majors; Activa't, envelliment saludable*.

**GRUPS DE SUPORT PER A FAMÍLIES DE
PERSONES GRANS INSTITUCIONALITZADES
EN RESIDÈNCIES**

Grups de suport per a famílies de persones grans institucionalitzades en residències

Bel Fontirroig Abrines

Sara Cabello Plan

Bel Maria Pascual Sureda

Antoni Grau Touriño

Resum

El procés d'institucionalització d'una persona gran amb dependència produeix canvis estructurals en el seu entorn i, majoritàriament, hi ha un procés d'afectació en les relacions familiars, tant per part de l'adult gran com entre els integrants del nucli familiar. El suport de les famílies a la persona gran institucionalitzada incrementa el procés d'adaptació i disminueix els sentiments d'aïllament o solitud. Per això Seniors Residencias proposa un projecte de salut mental per afavorir aquest procés, amb la creació de setze grups de suport familiar en setze centres residencials de gent gran repartits en tres comunitats diferents: les Illes Balears, Andalusia i València. Es vol oferir una atenció psicosocial a les famílies definida dins una cronografia i temàtica estructurada, amb l'objectiu principal de millorar la qualitat de vida i mantenir un entorn familiar i comunitari participatiu afavorint l'adaptació i acceptació de la situació d'institucionalització de la persona gran amb dependència.

Resumen

El proceso de institucionalización de una persona mayor con dependencia produce cambios estructurales en su entorno y, mayoritariamente, se sufre un proceso de afectación en las relaciones familiares, tanto por parte del adulto mayor como entre los integrantes del núcleo familiar. El apoyo de las familias hacia la persona mayor institucionalizada incrementa el proceso de adaptación y disminuye los sentimientos de aislamiento o soledad. Por eso Seniors Residencias propone un proyecto de salud mental para favorecer este proceso, con la creación de dieciséis grupos de apoyo a familias en dieciséis centros residenciales de mayores repartidos en tres comunidades diferentes: las Islas Baleares, Andalucía y Valencia. Se quiere ofrecer una atención psicosocial a las familias definida dentro de una cronografía y temática estructurada, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida y mantener un entorno familiar y comunitario participativo favoreciendo la adaptación y aceptación de la situación de institucionalización de la persona mayor con dependencia.

1. L'adult gran institucionalitzat

La institucionalització de persones grans és una realitat cada vegada més comuna en la nostra societat. A mesura que la població envellaix i les famílies es veuen obligades a afrontar la impossibilitat de cuidar els seus éssers estimats a casa, els centres residencials per a gent gran es converteixen en una opció a considerar. No obstant això, aquesta decisió té una sèrie de conseqüències, tant per a les persones grans com per als seus familiars més pròxims, així com per a la dinàmica familiar.

D'una banda, la institucionalització pot ser una experiència difícil i dolorosa per als més grans, que s'enfronten a la pèrdua de l'autonomia, l'adaptació a un nou entorn i la separació dels seus éssers estimats. D'altra banda, la institucionalització també pot tenir un impacte significatiu en els familiars de les persones grans. Sovint, se senten culpables per no poder cuidar els seus éssers estimats a casa i experimenten un sentiment de pèrdua i separació (Losada et al., 2017).

No obstant això, la institucionalització també pot tenir beneficis per a la gent gran i per als familiars. Les residències de persones grans ofereixen serveis i cures especialitzades que poden millorar la qualitat de vida dels ancians proporcionant-los atenció mèdica, psicològica i la realització d'activitats d'oci i socialització amb altres persones de la seva edat. A més, entrar en un centre residencial pot alliberar els familiars de la cura diària i els permet dedicar temps a altres activitats i relacions.

Al mateix temps, és crucial assegurar-se que els familiars estiguin involucrats en el procés i tinguin accés a recursos de suport emocional i estratègies per fer front a aquesta transició. Per això, els grups de suport a les famílies de persones grans institucionalitzades poden arribar a ser una intervenció necessària, ja que la institucionalització d'un ésser estimat pot ser una experiència aclaparadora i emocionalment esgotadora.

Els psicòlegs i altres professionals de la salut poden brindar orientació, assessorament i recursos per ajudar les famílies a bregar amb l'estrès i l'ansietat associats amb la institucionalització. Les famílies demanen un lloc segur per expressar les seves emocions i preocupacions, així com rebre informació sobre els serveis i recursos disponibles al centre on es troba el seu familiar. Les famílies també han d'atendre la cura de si mateixes, per així poder ajudar en el procés pel qual passa el seu parent. Això pot incloure activitats com fer exercici, passar temps amb amics i familiars o rebre assessorament d'un professional de la psicologia igual que el que s'ha rebut dels equips mèdics i socials de les residències al llarg dels anys.

2. Projecte de salut emocional

A Seniors Residències s'implementa un projecte de salut emocional per atendre aquells factors que puguin influir positivament en el benestar emocional tant dels usuaris com dels seus familiars. Es crea un grup de treball format per professionals de la salut i especialistes en salut mental, com psiquiatres o psicoterapeutes.

Els objectius d'aquest pla de salut emocional són:

- Promoure la salut mental als centres residencials donant importància a la relació terapèutica entre professionals sanitaris com infermers, metges, psicòlegs i psiquiatres.

- Incloure les famílies en el procés de benestar emocional i cognitiu de la persona gran institucionalitzada.
- Afavorir l'accessibilitat a teràpies psicològiques per als residents, els familiars, treballadors i la comunitat.
- Promoure la coordinació interdisciplinària supervisant l'ús de les estratègies i eines, i reportar els resultats dels projectes de salut mental al centre.
- Formar els psicòlegs i psicòlogues dels centres residencials dotant-los d'eines i coneixements per millorar les seves intervencions en les activitats diàries als centres.

Per dur a terme el pla de salut emocional als centres residencials, es plantegen diverses línies d'acció liderades per diferents professionals:

1. Grups de suport a famílies
2. Psicoteràpia
3. Formació en salut emocional
4. Supervisió i derivació psiquiàtrica
5. Voluntariat intergeneracional.

Un d'aquests subprojectes del pla de salut emocional és oferir una comunitat de suport, així com recursos útils per ajudar les persones a superar les dificultats a les quals s'enfronten, millorant el seu benestar emocional i físic en compartir experiències amb persones que pateixen la mateixa situació.

3. Grups de suport a famílies de persones grans institucionalitzades

3.1. Conceptualització

Els grups de suport a famílies són una eina valuosa per brindar suport emocional i orientació a persones que tenen éssers estimats en residències. Aquests grups ofereixen un espai segur i acollidor per compartir experiències, preocupacions i consells sobre com bregar amb els desafiaments que sorgeixen en la cura d'una persona gran institucionalitzada (Melguizo et al., 2020). Aquests grups ofereixen una oportunitat perquè els familiars es reuneixin amb altres que poden passar per una situació semblant, la qual cosa els permet sentir-se menys aïllats i més compresos (Bernabéu-Álvarez et al., 2020).

A més, són beneficiosos per als familiars de persones grans institucionalitzades de totes les edats i orígens, i es poden delimitar per grups, segons el perfil de l'usuari, com, per

exemple: més joves de 65 anys institucionalitzats amb una discapacitat greu, persones amb demències, persones amb cures pal·liatives, persones amb diagnòstic de salut mental, etcètera.

Per consegüent, els grups de suport persegueixen ajudar els familiars a través de la xarxa social i l'expressió emocional. Això s'enquadra en un espai en el qual el familiar se sent comprès per altres familiars que es troben en una situació similar, sense el perjudici de ser jutjat o no entès pels altres, de manera que es facilita la percepció de suport i l'expressió emocional (Payás, 2007). Així, el familiar no és només ajudat pel grup sinó que pot ajudar convertint la seva experiència personal en ajuda per a si mateix i per a la resta dels participants del grup (Riessman, 1995).

Hi ha evidència científica dels beneficis dels grups de suport (Bernabéu-Álvarez et al., 2020), de manera que s'han trobat resultats que tenen a veure amb el fet que poden ajudar els cuidadors d'un familiar en fase terminal a afrontar el seu rol de cuidador i a millorar la seva qualitat de vida (Candy et al., 2011); que el funcionament familiar millora de manera significativa i es redueix la gravetat dels símptomes de les persones que tenen cura de familiars amb esquizofrènia (Chien i Chan, 2013) i milloren les fortaleses del sistema familiar en cuidadors de supervivents d'accidents cerebrovasculars (Hemamalini i Judie, 2014); a més, l'acceptació del rol de cuidador és més elevada en cuidadors de pacients amb demència que assisteixen a grups de suport que en els que no hi assisteixen (Laakkonen et al., 2013); que hi ha millores en la relació amb la persona amb demència (McKechnie et al., 2014) i millores en la salut mental i, més específicament, en els pensaments disfuncionals en cuidadors (Rodríguez-Sánchez et al., 2022); a més de beneficis positius que inclouen la disminució de la solitud, el desenvolupament d'amistats i l'augment d'habilitats d'afrontament, comprensió i suport (Theurer et al., 2014) i la millora significativa en els nivells d'angoixa i en la qualitat de vida (Wang et al., 2011).

En conclusió, els grups de suport poden ser una eina valuosa per a aquells que afronten desafiaments emocionals o de salut. Proporcionen una comunitat social i recursos útils per ajudar les persones a superar les dificultats a les quals s'enfronten i millorar el seu benestar emocional i físic en compartir experiències amb persones que pateixen la mateixa situació.

Basant-nos en aquesta idea, es duu a terme el projecte de salut mental amb l'objectiu de prevenir que sorgeixin símptomes clínicament significatius per als familiars en el moment del procés d'institucionalització, ajudant així al procés d'adaptació tant per a la persona gran com per a la seva xarxa familiar.

Una de les línies d'acció del pla de salut emocional és oferir una comunitat de suport, així com recursos útils per ajudar les persones a superar les dificultats a les quals s'en-

fronten, i ajudar a millorar el seu benestar emocional i físic en compartir experiències amb persones que pateixen la mateixa situació. Per això, s'estableixen grups de suport a familiars en tots els centres residencials, dirigits per la psicòloga del centre i coordinats per un líder d'aquest subprojecte del pla de salut emocional general.

3.2. Inici dels grups de suport a familiars de persones grans a Seniors Residències

L'objectiu dels grups de suport és prevenir l'aparició de símptomes clínicament significatius en els familiars en el moment del procés d'institucionalització, ajudant així al procés d'adaptació, tant de la persona gran com de la seva xarxa familiar.

Es plantegen, a més, els objectius específics següents:

- Crear vincles amb persones que experimenten una mateixa situació i fomentar el sentiment de pertinença.
- Oferir un espai de contenció de sentiments i emocions sota la confidencialitat que s'estableix amb un professional de referència.
- Proporcionar eines a les famílies amb coneixements i pautes per crear diferents perspectives a les situacions que experimenten.
- Afavorir l'acceptació d'algunes malalties i situacions dels usuaris de residències per part dels familiars.

En primer lloc, s'estableix un calendari per a tots els centres residencials amb temàtiques iguals i flexibilitat en les decisions per adaptar-lo al perfil dels usuaris que atenen i a les demandes de les famílies que es puguin presentar.

Calendari dels grups de suport:

Sessió 1: Envel·lim tots igual. Presentació del grup de suport

Sessió 2: Demències i deteriorament cognitiu

Sessió 3: Cuidar el cuidador

Sessió 4: Problemes de conductes en les demències i malalties mentals greus

Sessió 5: Nutrició i patologies de l'adult gran

Sessió 6: Ansietat i depressió en l'adult gran

Sessió 7: Autonomia del resident

Sessió 8: Metodologia de la cura positiva i jornades obertes a la residència.

Les sessions tenen una durada de 45 minuts. Es duu a terme una presentació del tema a tractar en aquesta jornada durant 20 minuts. Es planteja un debat obert durant altres 20 minuts i es reserven els 5 darrers minuts perquè el professional pugui concloure la sessió.

En cada sessió s'utilitza una enquesta per a les famílies per veure el grau de satisfacció de les sessions i així poder realitzar el seguiment de la manera com duen a terme les sessions els professionals, així com la percepció de les famílies sobre el plantejament de la sessió.

Es fa una valoració de l'estat emocional del familiar que participa en la sessió recollint els resultats d'un qüestionari en la primera de les sessions, i novament en la sessió número 4. El qüestionari que s'utilitza és el *Family Distress in Advanced Dementia Scale*, traduït al castellà l'any 2015, per obtenir dades del canvi que es vol aconseguir amb el programa del grup de suport a les famílies. Es tria aquest qüestionari perquè n'hi ha pocs de desenvolupats específicament per valorar l'estat de familiars de persones grans institucionalitzades, i cap no està disponible en espanyol, i perquè és més recent i ha estat contrastat als Estats Units, tenint en compte que els altres són japonesos, més allunyats culturalment.

La valoració de familiars de persones institucionalitzades en residències està molt poc estudiada. Normalment la recerca se centra en el moment en què la família és el cuidador principal i valoren la càrrega o sobrecàrrega que això els genera; per això no obtenim altres dades que puguem contrastar, tant en qüestionaris com en projectes i els resultats d'aquests.

Acabades les sessions, el professional de la psicologia que dirigeix el grup fa un seguiment individual dels participants del qual s'obté informació com ara el grau de participació, l'assistència i els possibles símptomes desencadenants del procés d'institucionalització.

Els grups de suport a les famílies s'estableixen en 16 centres residencials per a persones grans, amb una ocupació de 45 a 120 usuaris. Un total de 22 psicòlogues dirigeixen els grups de suport als seus centres residencials, que se situen en tres comunitats autònomes diferents: les Illes Balears (6 centres), Andalusia (9 centres) i València (1 centre).

S'ofereix material audiovisual als professionals per poder realitzar les sessions sobre les temàtiques següents: envellim tots igual i presentació del grup de suport, demències i deteriorament cognitiu, cuidar el cuidador, problemes de conductes en les demències i malalties mentals greus, nutrició i patologies de l'adult gran, ansietat i depressió

en l'adult gran, autonomia del resident, metodologia de la cura positiva i jornades obertes a la residència.

La participació és lliure i oberta a totes les famílies interessades. Cada centre dona a conèixer el programa de grup de suport i la celebració de cadascuna de les sessions mitjançant cartells i comunicació en xarxes.

Els grups es mantenen oberts, ja que el perfil dels usuaris pot evolucionar amb el pas del temps, per la seva edat i l'estat avançat de les patologies.

4. Resultats i conclusió de l'experiència de grup de suport a famílies

Mitjançant un grup de treball format per tots els responsables del grup de suport es treballa per poder dur a terme una anàlisi de les percepcions i informació que s'extreu de la realització en les sessions, amb una revisió trimestral, amb enquestes per als participants, una enquesta dirigida a l'organització de cada residència i les valoracions dels psicòlegs que han dut a terme les sessions.

Els resultats del grup de treball són els següents:

4.1. Resultats de l'enquesta *Family Distress in Advanced Dementia Scale*

L'enquesta *Family Distress in Advanced Dementia Scale* es passa a 109 participants en els grups de suport de les diferents residències Seniors durant la primera sessió. Aquí obtenim els resultats de l'estat inicial en el qual es troben els participants en els grups. Disposa de 21 ítems, que es responen d'1 a 5, sent 1 «mai», 2 «rars vegades», 3 «a vegades», 4 «sovint» i 5 «sempre». Aquests 21 ítems divideixen el qüestionari en 3 dominis: estrès emocional enfront de la malaltia i la cura, preparació per a la demència, i relació amb la residència sociosanitària. Se n'obtenen els resultats següents:

Taula 1 | *Les respostes dels participants a les preguntes d'estrès emocional*

Respostes	% de respostes
Mai	11,49
Rares vegades	9,74
A vegades	26,46
Sovint	30,87
Sempre	21,44

Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes a les famílies

Es pot observar que al voltant del 50% d'enquestats han respost «sovint» o «a vegades» a preguntes com: «he sentit que no sé comunicar-me amb el meu ésser estimat, m'he sentit aïllat del meu ésser estimat, m'ha preocupat què esperar quan s'acosti la mort del meu ésser estimat, m'he sentit espantat o impotent davant la malaltia del meu ésser estimat, he sentit ansietat per la malaltia del meu ésser estimat, m'he sentit deprimat o trist per la malaltia del meu ésser estimat, he sentit esgotament emocional a causa de la malaltia del meu ésser estimat», entre altres.

Taula 2 | *Les respostes a les preguntes de preparació a la demència*

Respostes	% de respostes
Mai	25,14
Rares vegades	17,64
A vegades	24,20
Sovint	21,20
Sempre	11,82

Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes a les famílies

En el domini de la preparació a la demència es diferencien dos tipus de respostes: unes respostes a les preguntes encaminades a la comprensió de la malaltia i a l'acceptació, a les quals el major percentatge dels participants han respost «a vegades», «sovint» o «sempre». I unes respostes a les preguntes més enfocades a la relació amb l'equip sanitari («no m'he sentit assistit pel personal de la residència a l'hora de prendre decisions mèdiques i no he entès les decisions mèdiques relacionades amb el meu ésser estimat»), a les quals els participants han respost «mai» o «rars vegades». Per això, en aquesta taula es pot veure un equilibri entre les respostes, ja que es divideix la percepció d'aquest domini.

Taula 3 | *Les respostes a les preguntes sobre la relació amb la institució*

Respostes	% de respostes
Mai	69,57
Rares vegades	19,37
A vegades	8,96
Sovint	1,58
Sempre	0,53

Font: Elaboració pròpia a partir de les enquestes a les famílies

Finalment, en el domini referent a la relació amb la residència i els professionals socio-sanitaris, es pot observar com el 88,4% dels participants responen «mai» o «rars vegades» a preguntes com: «he sentit que el personal de la residència no ha consultat amb mi certes decisions mèdiques sobre el meu ésser estimat, he tingut dificultats per comunicar-me amb el personal de la residència, he tingut conflictes amb el personal de la residència, he sentit que el meu ésser estimat no rep una bona atenció mèdica a la residència, he sentit que el personal de la residència no tracta amb respecte el meu ésser estimat, he percebut que el meu ésser estimat no rep una correcta higiene a la residència».

En els resultats a les enquestes passades a la primera sessió del grup de suport rebem la confirmació que les famílies d'usuaris de residències en un o altre moment presenten dificultats per a la gestió emocional del procés d'institucionalització i les malalties associades a l'adult gran.

4.2. Enquesta de satisfacció

En la línia de la percepció de l'experiència dels grups de suport i analitzant les perspectives de futur d'aquesta línia d'actuació, es realitzà una enquesta de satisfacció a l'organització de la qual podem extreure algunes conclusions.

Els departaments de psicologia van valorar que aquesta iniciativa era molt necessària i que ajuda a alleujar el malestar emocional que moltes famílies senten tant per la presa de la decisió d'ingressar el seu familiar en una residència com per l'evolució de la malaltia neurodegenerativa que aquest pateix. A més, la intervenció redueix sentiments de culpabilitat i augmenta el coneixement i la comprensió dels signes i símptomes que identifiquen en els familiars.

La participació ha estat activa i s'ha incrementat el nombre d'assistents en les sessions següents. En alguns centres s'ha sol·licitat dur a terme les sessions mensualment o avançar les sessions prèviament organitzades a causa de la necessitat expressada per les famílies de rebre aquest suport.

Els professionals, en preparar aquests grups i treballar les diferents temàtiques amb les famílies, han dut a terme un procés de creació satisfactori i enriquidor i n'han obtingut un *feedback* immediat a través dels comentaris dels participants al final de cada sessió. Compartir experiències entre els cuidadors els aporta calma i augmenta la percepció de vivència compartida, tan necessària en aquestes malalties on pot arribar a sentir-se una percepció de solitud bastant significativa en el cuidador.

Els temes pels quals han demostrat més interès les famílies han estat les diferents patologies neurodegeneratives, el rol del cuidador i les alteracions conductuals. Encara que és veritat que tots els temes els han semblat bé.

4.3. Conclusions

L'experiència de la creació i implementació dels grups de suport dirigits a les famílies dels residents en centres residencials de gent gran ha estat molt satisfactòria, tant per a les famílies com per als residents, així com per als professionals que han participat en aquestes sessions i les han dirigides.

S'hi ha pogut parlar de temes tan importants com la cura, el benestar físic i emocional de les famílies, el procés d'institucionalització, la malaltia d'Alzheimer, etcètera, en un ambient controlat i moderat per un expert en salut mental. A més, s'ha pogut establir una xarxa de suport entre persones que viuen les mateixes situacions i s'ha fomentat l'acceptació positiva de les seves emocions i pensaments per així obtenir les eines per gestionar una experiència que té un fort impacte per a les famílies i la comunitat.

Revisant alguns punts del projecte, consideram que és necessari fer introspecció per poder millorar tant en la intervenció com en l'accés a les sessions.

S'observa que és necessari establir un pla estratègic per millorar la disponibilitat i l'accessibilitat de les famílies a les sessions ampliant-ne els horaris en torns de matí i horabaixa en aquells centres on hi hagi aquesta necessitat. Per consegüent, cal formar diferents grups de suport, segons les característiques del resident, per millorar les vivències i compartir les experiències entre iguals en el grup de suport familiar. Per exemple, grup de suport per a familiars de residents amb demència, diferent d'un grup de suport per a familiars de residents amb trastorn mental greu.

Cal mantenir l'actitud de projecte obert per abastar més línies de desenvolupament, incloent-hi la participació d'altres professionals com ara els de medicina, infermeria, teràpia ocupacional o fisioteràpia.

S'emfatitza la necessitat de millorar la comunicació dels centres cap a les famílies, sense delimitar únicament aquelles a les quals el professional creu necessari avisar telefònicament a causa del seu perfil o les seves demandes en les matèries que es tracten en els grups de suport. Així, es podria arribar a tot familiar que vulgui ser-hi present, tingui o no la necessitat de compartir les seves experiències.

Finalment, s'observa la necessitat de completar aquest procés de creació de grups de suport i, per consegüent, establir relacions entre iguals, amb teràpia individual a les famílies, per fer un seguiment dels factors que han pogut influir positivament en el benestar emocional tant dels usuaris com dels seus familiars en els grups de suport a famílies dels centres sociosanitaris de Seniors Residencials.

Referències bibliogràfiques

Bernabéu-Álvarez, C., Faus-Sanoguera, M., Lima-Serrano, M., i Lima-Rodríguez, J. S. (2020). Revisión sistemática: influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre cuidadores familiares. *Enfermería Global*, 19(2), 560-590.

Brodaty, H., Connors, M. H., Xu, J., Woodward, M., Ames, D. i PRIME Study Group. (2015). The course of neuropsychiatric symptoms in dementia: a 3-year longitudinal study. *Journal of the American Medical Directors Association*, 16, 380-387.

Candy, B., Jones, L., Drake, R., i Leurent, M. K. B. (2011). Intervenciones para el apoyo de los cuidadores no profesionales de pacientes en la fase terminal de su enfermedad. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD007617.pub2>

Chien, W. T., i Chan, S. W. (2013). The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: A randomised controlled trial with 24-month follow-up. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), 1326-1340. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.002>

Salazar, S. A. (2019). *Al otro lado del Alzheimer. " Miedo, pánico, vértigo ": Relato Biográfico de una cuidadora familiar*. Archivos de la Memoria.

Deimling, G. T., Smerglia, V. L., i Schaefer, M. L. (2001). The impact of family environment and decision-making satisfaction on caregiver depression: a path analytic model. *Journal of Aging and Health*, 13, 47-71. <https://doi.org/10.1177/089826430101300103>

Hemamalini, M., i Judie, A. (2014). Psycho social intervention - An effective strategy in improving the family system strengths among the caregivers of stroke survivors. *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, 6(4), 336-340.

Jurado, M. D. M. M., Fuentes, M. D. C. P., Linares, J. J. G., i Sclavo, E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *EJIHPE: European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(1), 31-43.

Laakkonen, M. L., Savikko, N., Hölttä, E., Tilvis, R., Strandberg, T., Kautiainen, H., i Pitkälä, K. (2013). Self-management groups for people with dementia and their spousal caregivers. A randomized, controlled trial. Baseline findings and feasibility. *European Geriatric Medicine*, 4(6), 389-393.

Losada, A. B., Márquez, M. M., Vara-García, C., Gallego, L. A., Romero, R. M., i Olazarán, J. R. (2017). Impacto psicológico de las demencias en las familias: propuesta de un modelo integrador. *Clínica Contemporánea*, 8(1), E4, 1-27. <https://doi.org/10.5093/cc2017a4>

Lyketsos, C. G., Carrillo, M. C., Ryan, J. M., Khachaturian, A. S., Trzepacz, P., Amatniek, J., i Miller, D. S. (2011). Neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia*, 7(5), 532-539.

McKechnie, V., Barker, C., i Stott, J. (2014). The effectiveness of an Internet support forum for caregivers of people with dementia: a pre-post cohort study. *Journal of Medical Internet Research*, 16(2), e68.

Melguizo-Garín, A., Hombrados-Mendieta, I., i Martos-Méndez, M. J. (2020). La experiencia de un grupo de apoyo en el proceso de duelo de familiares de niños con cáncer. Un estudio cualitativo. *Psicooncología*, 17(1), 117-129. <https://doi.org/10.5209/psic.68245>

Payás A. (2007). Intervención grupal en duelo. A C. Camps i P. T. Sánchez (Eds.), *Duelo en oncología*, pp. 169-182. Sociedad Española de Oncología Médica.

Pinquart, M., i Sörensen, S. (2003). Differences Between Caregivers and Noncaregivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 18, 250-267.

Rankin, E. D., Haut, M. W., i Keefover, R. W. (2001). Current marital functioning as a mediating factor in depression among spouse caregivers in dementia. *Clinical Gerontologist*, 23, 27-44.

Riessman, F. (1995). *Redefining self-help, police and practice*. Jossey-Bass Publishers.

June, A. (2015). Providing Competent Care During Advanced Illness and the Dying Process. *The Gerontologist*, 55(3), 500-502. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv042>

Theurer, K., Wister, A., Sixsmith, A., Chaudhury, H., i Lovegreen, L. (2014). The Development and Evaluation of Mutual Support Groups in Long-Term Care Homes. *Journal of Applied Gerontology*, 33(4), 387-415.

Wang, L.-Q., Chien, W.-T., i Lee, I. Y. M. (2011). An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemporary Nurse*, 37(2), 201-212.

Autors

BEL FONTIRROIG ABRINES

Selva (1990). Graduada en Psicologia en la Universitat de les Illes Balears, màster en Psicologia General Sanitària en la mateixa universitat i especialista en Direcció i Gestió de Centres Sociosanitaris. Ha rebut formació complementària en alliberament de subjeccions i la cura amb el model d'atenció centrada en la persona per la Fundación Cuidados Dignos l'any 2017. Psicòloga a les residències Seniors Sant Joan i Seniors Can Picafort l'any 2015. Membre de l'equip líder en alliberament de subjeccions iniciat al centre Seniors Sant Joan l'any 2018. Actualment és directora de la residència i del centre de dia Seniors Can Picafort, des de 2018, i coordinadora clínica de Seniors Residències l'any 2023.

SARA CABELLO PLAN

Màlaga (1995). Graduada en Psicologia a la Universitat de Màlaga, Màster en Psicologia General Sanitària, en Orientació Educativa i en Sociologia Aplicada a la Universitat de Las Palmas de Gran Canarias. Ha rebut formació complementària sobre Teràpia Sistèmica i Estructural, Model d'Atenció Centrada en la Persona i Rehabilitació Neuropsicològica en ACV. Actualment, és psicòloga de Seniors Marbella i participant de subprojecte en el pla de salut emocional amb els grups de suport a famílies i en la coordinació dels departaments de psicologia de Seniors Residències.

BEL MARIA PASCUAL SUREDA

Son Macià (1982). Llicenciada en Sociologia i en Ciències Polítiques i de l'Administració per la Universitat Complutense de Madrid, Màster superior en Investigació per la UNED i Postgrau en Direcció i Gestió d'Empreses (àmbit sociosanitari) per la UAX. Professora tutora en el grau de Ciències Polítiques a la UNED des de 2011. Especialitzada en la gestió i direcció de centres sociosanitaris des de 2014. Inicia, com a responsable de centre, el projecte de retirada de subjeccions a Seniors Sant Joan el 2018, un dels dos primers centres que es certificaren com a lliures de subjeccions a l'illa de Mallorca, i actualment és assessora en el canvi de cultura a tots els centres Seniors d'Espanya. També és responsable de la coordinació de les residències i centres de dia Seniors a les Illes Balears des de 2019.

ANTONI GRAU TOURIÑO

Barcelona (1978). Llicenciat en Psicologia. Màster en Teràpia Cognitivosocial. Universitat de Barcelona. Màster en Direcció d'Organitzacions Sanitàries. EMDOS. ESADE. Universitat Ramon Llull. És el director clínic de Clariane España, operador europeu amb centres de salut mental i residències per a persones grans arreu del territori espanyol. És director del Màster en Trastorns Alimentaris de la Universitat de Barcelona i professor col·laborador en diverses universitats. Dirigeix també el departament de recerca de Clariane i és autor de nombroses publicacions en revistes científiques revisades per experts (*peer review*). Com a línies de recerca principals destaquen la investigació de resultats en la pràctica clínica rutinària, l'avaluació de tecnologies digitals i els processos d'intervenció en trastorns de conducta alimentària. És membre de diferents societats científiques i empresarials, entre les quals destaquen el Clúster de Salut Mental de Catalunya i l'Associació Espanyola per a l'Estudi dels Trastorns de la Conducta Alimentària (AEETCA). És també membre de la junta directiva d'aquestes societats.

**L'ACOLLIMENT FAMILIAR EN FAMÍLIA
EXTENSA REALITZAT PER PADRINES:
UN ESTUDI QUALITATIU MITJANÇANT
ENTREVISTES**

L'acolliment familiar en família extensa realitzat per padrines: un estudi qualitatiu mitjançant entrevistes

Soledad Fernández Traperó

Resum

Quan els menors han de ser separats dels progenitors de manera temporal o permanent, la normativa prioritza l'acolliment familiar sobre l'acolliment residencial. L'acolliment familiar en família extensa és la mesura de protecció més formalitzada a Espanya. Els membres de la família extensa que solen assumir la criança i l'educació dels menors en desemparament són els padrins i les padrines. Ara bé, normalment, les padrines desenvolupen el paper de cuidadores principals, mentre que els padrins desenvolupen el paper de cuidadors secundaris, de manera que la població objecte d'estudi són les padrines acollidores dels seus nets i netes. Aquest estudi pretén analitzar l'acolliment familiar en família extensa, realitzat per padrines, com a mesura de protecció a la infància i l'adolescència. Per fer-ho, s'ha dut a terme una investigació qualitativa i s'han entrevistat tres padrines acollidores per conèixer les seves vivències pel que fa a l'acolliment dels nets. Els resultats obtinguts demostren que les padrines es senten mares dels nets acollits, la relació amb els fills progenitors és conflictiva o nul·la, la dificultat més gran en relació amb la criança i l'educació dels nets és la rebel·lia, i la satisfacció més gran de l'acolliment és tenir els nets amb elles i veure'ls créixer. La investigació conclou que les cures familiars de les padrines es van iniciar abans de formalitzar l'acolliment familiar i que és necessari sensibilitzar les padrines sobre les seqüeles derivades de la desprotecció.

Resumen

Quando los menores tienen que ser separados de sus progenitores de forma temporal o permanente, la normativa prioriza el acogimiento familiar sobre el acogimiento residencial. El acogimiento familiar en familia extensa es la medida de protección más formalizada en España. Los miembros de la familia extensa que suelen asumir la crianza y educación de los menores en desamparo son los abuelos y las abuelas. Ahora bien, normalmente, las abuelas desarrollan el papel de cuidadoras principales, mientras que los abuelos desarrollan un papel de cuidadores secundarios. Por este motivo, la población objeto de estudio son las abuelas acogedoras de sus nietos y nietas. El presente estudio pretende analizar el acogimiento familiar en familia extensa, realizado por abuelas, como medida de protección a la infancia y a la adolescencia. Para ello, se ha llevado a cabo una investigación cualitativa y se ha entrevistado a tres abuelas acogedoras para conocer sus vivencias con respecto al acogimiento de sus nietos. Los resultados obtenidos demuestran que las abuelas se sienten madres de los nietos acogidos, la relación con los hijos progenitores es conflictiva o nula, la mayor dificultad en relación con la crianza y educación de sus nietos es la rebeldía de éstos, y la mayor satisfacción del acogimiento es tener a los nietos con ellas y verlos crecer. La investigación concluye que los cuidados familiares de las abuelas se iniciaron antes de formalizar el acogimiento familiar y que es necesario sensibilizar a las abuelas sobre las secuelas derivadas de la desprotección.

1. Introducció

Un menor en situació de desemparament deixa de conviure amb la seva família biològica. L'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) n'assumeix la tutela per ministeri de Llei (també conegut com a *tutela ex lege*) i adopta una mesura de protecció necessària per a la seva guarda.

Les mesures de protecció poden ser l'acolliment residencial o l'acolliment familiar, en família extensa o en família aliena. Ara bé, la normativa en matèria de protecció de menors estableix una prioritat de les mesures familiars sobre les mesures residencials i una prioritat de la família extensa sobre la família aliena, excepte que l'interès del menor aconselli el contrari. Quan no sigui contrari a aquest interès, la Llei també procura no separar els germans i confiar-ne la guarda a una mateixa persona o a una mateixa institució (art. 172 ter del Codi Civil).

Segons dades de la Direcció General de Drets de la Infància i de l'Adolescència (2022), els acolliments familiars són predominants sobre els acolliments residencials des de l'any 2019. A més, el 62% dels acolliments familiars que es formalitzen a Espanya són en família extensa, mentre que el 38% són en família aliena.

Diversos estudis (Bernedo, 2005; Del Valle et al., 2008; Pinazo i Lluna, 2011) demostren que els padrins i padrines són els familiars que de manera majoritària acullen els nets i netes quan es troben en desemparament. Concretament, les padrines són les que gairebé sempre assumeixen la criança i l'educació dels nets i netes. Fan el paper de cuidadores principals, mentre que els padrins fan el de cuidadors secundaris (Villalba, 2002). El pes més gran de les cures familiars recau sobre la figura femenina, de manera que la població objecte d'estudi són les padrines acollidores dels nets.

Encara que l'acolliment familiar en família extensa és la mesura de protecció més formalitzada, també és una de les mesures menys estudiades (García, 2020). Hi ha un buit en la investigació a causa de l'escassetat d'estudis sobre l'acolliment familiar en família extensa, per la qual cosa el present estudi pretén analitzar l'acolliment familiar, realitzat per padrines, com a mesura de protecció a la infància i a l'adolescència i, a més, reflexionar a través de les vivències de tres padrines acollidores sobre el procés d'acolliment dels nets. Per tant, la finalitat d'aquest treball és fer grans aportacions en aquest camp poc explorat.

Cal dir que aquest article és una síntesi del treball de fi de grau d'Educació Social de l'autora.

2. Marc teòric

A l'hora de formalitzar l'acolliment, la família extensa és el primer entorn que s'explora. És a dir, es prioritzen les persones que pertanyen a la seva pròpia família (relació de parentiu) i compleixen una valoració positiva, ja que és un context conegut i generalment viscut com a segur i protector per al menor. Així i tot, en la presa de decisions sempre es té en compte l'interès superior del menor. Els acolliments familiars en família extensa es fonamenten en la consideració que el mitjà de desenvolupament dels infants més idoni és la família. Aquesta mesura es planteja com una alternativa a la institucionalització i ofereix als menors estabilitat, normalització i no desarrelament del seu entorn sociofamiliar (Sánchez, 2000).

Determinats estudis (García, 2020; Pinazo i Lluna, 2011; Poyatos, 2011) exposen que la valoració d'idoneïtat dels acollidors és més laxa en família extensa que en família aliena perquè prevalen els criteris de consanguinitat i bona voluntat. Altres inconvenients que s'han destacat en la literatura són els temes del seguiment i dels recursos econòmics. Es considera que els tècnics fan un seguiment menor en família extensa en comparació amb família aliena. Hi ha una diferència clara entre la quantitat econòmica a percebre en els acolliments en família pròpia i en família externa. No en totes les comunitats autònomes l'acolliment és remunerat, i quan sí que ho és, la quantia de les prestacions econòmiques no és la mateixa. En el cas de les Illes Balears, els acolliments familiars que estan formalitzats són remunerats. Les famílies acollidores tenen dret a percebre una prestació econòmica mensual i ajudes puntuals per a l'acolliment.

Les padrines amb custòdia legal dels nets duen a terme funcions parentals substitutives i no complementàries. Particularment, assumeixen el rol d'una maternitat substitutiva respecte als nets. Com afirma Larossa, «quan les dones exerceixen de cuidadores de nens fora del temps evolutiu, això es considera una extensió del rol culturalment definit de la maternitat» (Larossa, 1988, citat a Villalba, 2002, p. 58).

La investigació de Bernedo (2005) realitzada a Màlaga sobre una mostra de 54 padrins i padrines acollidors dels seus nets adolescents revela que són els padrins i padrines materns els que més assumeixen la cria i educació dels nets en comparació amb els paterns. A més, aquests padrins i padrines solen estar casats, posseeixen recursos econòmics escassos, un nivell educatiu baix i conviuen amb els menors acollits i amb familiars a la mateixa llar. Els padrins tenen una mitjana d'edat de 65,9 anys i solen estar jubilats, mentre que les padrines tenen una mitjana d'edat de 63,6 anys i es dediquen a les feines de casa. De les 54 famílies entrevistades, 43 (un 79,6%) no reben cap remuneració per l'acolliment i el 22,2% tenen acollit més d'un net. Respecte a l'estat de salut dels acollidors, el 88,8% presenten una malaltia física (problemes d'ossos, cardíacs, circulatoris...), però el 85,1% manifesten que estan bé de salut.

Sánchez (2000) revela que els padrins que assumeixen l'acolliment dels nets estan afectats per partida doble: d'una banda, per la responsabilitat de l'acolliment i, de l'altra, per la preocupació i impotència per la situació dels fills. Experimenten un sentiment de fracàs com a pares i mares respecte als fills i, a més, experimenten dificultats per respondre a les necessitats dels nets.

És freqüent l'ús de pautes educatives sobreprotectores. En molts casos, es detecten problemes per exercir l'autoritat i imposar normes i límits als menors. En general, hi ha un desfasament generacional que dificulta el seguiment de les tasques escolars i la manera d'afrontar l'etapa de l'adolescència dels nets (Sánchez, 2000).

Pinazo i Ferrero (2003) han descobert que, en gran part dels casos, l'acolliment coincideix amb el descobriment d'informació desagradable sobre els fills, un fet que causa sentiments negatius i, de vegades, sentiments de fracàs com a pares. El temor principal que sempre han tingut des del moment d'iniciar-se l'acolliment ha estat que els llevessin el net. La relació dels padrins amb els fills progenitors no sempre és bona. Els padrins desitgen al mateix temps que les visites dels nets amb el pare o la mare es produeixin i no es produeixin. Aquestes trobades amb els progenitors poden ser viscudes pels padrins d'una manera estressant, ja que s'enfronten a les conseqüències que es deriven sobre els menors.

Taula 1 | *Dificultats que la situació d'acolliment suposa per als padrins*

Dificultats socials i ambientals	Dificultats personals
<ul style="list-style-type: none"> - Pressió legal i social per l'acolliment - Deprivació ambiental i social - Precarietat econòmica - Falta de recursos i suports - Aïllament - Falta de reconeixement social 	<ul style="list-style-type: none"> - Assumpció forçada de l'acolliment - Sobrecàrrega econòmica - Edat, cansament i fatiga - Estrès per múltiples ocupacions - Falta de temps lliure i de respir - Problemes de salut física i mental - Autoestima baixa - Falta d'autonomia i independència
Dificultats en la relació amb els fills	Dificultats en la relació amb els nets
<ul style="list-style-type: none"> - Decepció, sentiment de fracàs - Fatiga, cansament - Suport, lluita - Sentiment de culpa - Ambivalència de sentiments - Conflictes 	<ul style="list-style-type: none"> - Confusió de rols - Por al fracàs i repetició de conductes - Desfasament generacional - Actitud sobreprotectora - Falta d'habilitats i competències per a la cria i educació dels nets

Font: Sánchez (2000)

Pinazo i Ferrero (2003) exposen que la relació dels padrins amb la resta de fills i nets és bona, però que l'acolliment familiar fa que la relació amb ells sigui diferent de la

situació que tenen amb els menors acollits i amb els seus progenitors. La investigació recull que en el 57,5% dels casos, els fills també viuen a la casa. La presència d'aquests fills a la llar pot ser positiva si treballen, són afectuosos amb els nebots i s'impliquen en les tasques de cura. Els fills són les persones que més suport material i emocional ofereixen a les padrines.

Respecte a les necessitats de suport, la majoria dels padrins expressen que necessiten suport econòmic. Alguns troben suports informals en la família, però necessiten rebre suport formal dels serveis i professionals. No obstant això, en moltes ocasions, el seguiment realitzat pels tècnics és concebut com un mecanisme de control (Sánchez, 2000).

En la investigació de Villalba (2002), el 67,5% de les padrines de la mostra tenen xarxes de suport mitjanes i amb predomini de familiars, mentre que el 32,5% tenen xarxes de suport àmplies amb predomini de no familiars. Les padrines expressen més necessitat de suport emocional que d'ajuda material o d'informació.

En moltes ocasions, els padrins acollidors tenen cura dels nets des de que son molt petits, fins i tot des d'abans que es formalitzi l'acolliment, de manera que poden arribar a ser la primera figura d'afecció dels menors (Fuentes et al., 2005). En cas que no siguin la primera figura d'afecció, poden actuar com una figura d'afecció substitutiva de la figura parental. Les padrines es converteixen per als menors en «mares substitutives». Per aquest motiu, és molt important que les padrines tinguin una afecció segura, perquè això contribueix a la resiliència dels menors.

Taula 2 | *Efectes positius de les cures dels nets en les padrines*

Efectes positius de les cures familiars

- Sentiments d'amor i ajuda cap als fills i nets
 - Sentiments d'utilitat i solidaritat
 - Revitalització per la relació amb els nets
 - Gaudi de la presència i de la relació amb els nets
 - Augment de l'autoestima pel sentiment d'utilitat i suport familiar
 - Gust per veure créixer els nets
 - Trobar sentit a les seves vides en la cura dels nets
 - Trobar-se feliçes per la relació amb els nets
 - Percepció de ser importants per als familiars i socialment
-

Font: Villalba (2002)

És necessari que les padrines tinguin la capacitat de mentalització suficient per interpretar que el comportament dels nets acollits pot ser a causa de les seqüeles derivades per les vivències de maltractament i separació dels seus progenitors (Amorós et al., 2003). Segons Sánchez (2000), «la relació patològica o l'absència de relació que

el menor ha viscut amb els seus pares constitueix un hàndicap (sovint poc visible) en el qual el nen sofreix».

Finalment, és important destacar que les padrines cuidadores experimenten simultàniament càrrega i satisfacció per l'acolliment dels nets (Villalba, 2002).

3. Objectius

L'objectiu general que es pretén amb aquest estudi és analitzar l'acolliment familiar en família extensa, realitzat per padrines, com a mesura de protecció a la infància i a l'adolescència.

Els objectius específics que donaran resposta a aquest objectiu general són els següents:

- 1) Conèixer els motius que van portar les padrines a acollir els nets.
- 2) Descriure la relació de les padrines amb els menors acollits i amb els seus fills progenitors.
- 3) Examinar les dificultats i les repercussions que han tingut les padrines en relació amb la criança dels nets.
- 4) Explorar les xarxes de suport de les padrines acollidores.
- 5) Conèixer l'opinió de les padrines sobre el seguiment dels tècnics i el grau de satisfacció amb l'acolliment dels nets.

4. Metodologia

4.1. Participants

La mostra està composta per tres padrines acollidores que tenen cura dels nets de manera permanent. De les tres padrines estudiades, dues són padrines maternes (1 i 2) i una és padrina paterna (3). L'anonimat de les padrines acollidores s'ha preservat mitjançant un número. Les padrines objecte d'estudi han estat seleccionades per haver estat les que més han assistit i participat en el taller Ses Padrines, organitzat per l'entitat INTRESS. Es tracta d'un taller de suport i acompanyament emocional dirigit a padrines acollidores durant els mesos de novembre de 2022 i maig de 2023.

La durada mitjana dels seus acolliments és de 8,6 anys, amb un rang de 7 a 10 anys. Quant a la modalitat, tots els acolliments són permanents i constituïts per via administrativa. Es tracta d'acolliments familiars remunerats en què la família acollidora conviu amb els menors acollits i amb altres familiars a la mateixa llar.

Taula 3 | *Característiques principals de les padrines*

VARIABLES	PADRINA 1	PADRINA 2	PADRINA 3
Edat	62	60	72
Estat civil	Soltera	Casada	Casada
Situació laboral	Empleada	Aturada	Jubilada
Estat de salut	Sense problemes	Artrosi	Artrosi
Nombre de nets acollits	Un (10 anys)	Dos (9 i 14 anys)	Tres (14, 17 i 18 anys)

Font: elaboració pròpia

4.2. Instrument

L'instrument de recollida d'informació és un guió d'entrevista semiestructurada que combina preguntes obertes amb preguntes tancades. Consta de dues parts: la primera, de contextualització, que recull dades sobre l'acollidora, els menors acollits i els esdeveniments que han causat la mesura de protecció. Una segona part de preguntes d'anàlisi elaborades ad hoc per conèixer les vivències de les padrines en relació amb diverses variables d'estudi: a) motivació de l'acolliment; b) relació de la padrina amb el menor; c) relació de la padrina amb la família biològica; d) criança; e) xarxes de suport; f) seguiment dels tècnics; g) grau de satisfacció.

4.3. Procediment

La investigació s'ha dut a terme en tres fases diferents:

Fase 1: la investigadora participa en el taller Ses Padrines de l'entitat INTRESS, a través del qual estableix contacte amb una sèrie de padrines que són acollidores dels nets en acolliment permanent. En una de les sessions del taller, informen les padrines presents de l'objectiu de la investigació i de la possibilitat de participar en l'estudi de manera voluntària. Vista la predisposició de les padrines a participar-hi, la investigadora fa una revisió bibliogràfica sobre el tema i, un cop documentada, comença a dissenyar un guió d'entrevista semiestructurada ad hoc.

Fase 2: la investigadora estableix contacte telefònic amb aquelles padrines del taller que han confirmat la participació en la sessió anterior. Durant la trucada, es concreta amb cadascuna la data de reunió i s'acorda una entrevista a l'oficina d'INTRESS. Les entrevistes es fan de manera presencial durant el mes d'abril de 2023, amb una autorització prèvia per escrit del consentiment a ser entrevistades i enregistrades per àudio. La durada total de les tres entrevistes és de cinc hores i 42 minuts.

Fase 3: una vegada fetes totes les entrevistes, es transcriuen de manera manual tots els enregistraments d'àudio. S'analitza la informació i es fa una segona entrevista per via telefònica per revisar la fiabilitat de certes respostes. La durada total d'aquestes entrevistes telefòniques és de dues hores i 48 minuts. Les entrevistes s'enregistren per àudio i es transcriuen de manera manual. Després, se'n descriuen els resultats principals. Posteriorment, els resultats es discuteixen, i es presenten les conclusions de la investigació.

5. Resultats

A continuació, es presenten els resultats en relació amb cada variable d'estudi.

Motivació per l'acolliment

En el cas de dues padrines (1 i 3), la idea de fer-se càrrec dels nets va ser suggerida pels professionals en el moment de comunicar-los la situació de desprotecció dels menors. L'altra padrina va tenir la iniciativa de l'acolliment familiar perquè ja era coneixedora de tota la problemàtica. Totes les padrines manifesten que no van sentir pressió a l'hora d'assumir la responsabilitat d'acollir els nets perquè elles volien prendre aquesta decisió. En tot cas, la pressió que han pogut sentir dues padrines està relacionada amb la burocràcia i els requisits necessaris per formalitzar l'acolliment familiar. El motiu que va portar a les padrines a acollir els nets va ser la raó de consanguinitat, per haver-ne tingut cura des d'edats primerenques, pel desig que el net romanguí amb la pròpia família i per la por d'internament dels menors en un centre.

«Es mi nieta, y como es mi nieta yo quiero criarla y que se críe con nosotros, con sus tíos, con sus abuelos en familia. Las niñas están con su propia familia. Claro, queríamos que estuvieran con nosotros. Si tienes familia, ¿por qué tienes que estar con extraños?» (padrina 2)

«Esta mujer [treballadora de serveis socials] decía que mi marido era demasiado mayor y no podía tener a los niños. Yo le dije: "Yo tengo 62 años, tengo seis años menos que mi marido. Yo me veo capaz de llevarlos a ellos tres y a cuatro más"» (padrina 3)

Relació de la padrina amb el menor

En els acolliments múltiples s'observa que les padrines tenen més bona relació amb uns nets que amb altres. La padrina 2 manifesta que té una relació positiva amb la neta petita, però una relació conflictiva amb la neta gran. A la padrina 3 li passa el mateix.

Ella té més bona relació amb els dos nets, però amb la neta té una relació marcada pels conflictes. La padrina 1 té bona relació amb el seu únic net acollit, però també té les seves diferències, perquè està en l'etapa de la preadolescència. En general, tots els nets acollits es troben entre l'etapa de la preadolescència i l'adolescència. La padrina 1 és conscient de la repercussió que han tingut les vivències de maltractaments en el desenvolupament de la neta gran. No obstant això, la resta de padrines consideren que la situació de desprotecció que van viure els seus nets no els afecta en la vida diària ni en la convivència.

«No creo que le haya afectado. Él a su mamá no la echa de menos para nada» (padrina 1)

«Con [neta petita] muy bien porque ella se ha criado en casa. A [nieta mayor] es complicada; a veces bien, a veces mal. Ahora estoy muy bien y a los cinco minutos, como le llesves la contraria en algo, te monta un cirio. Siempre está así, hay que ir alerta» (padrina 2)

Relació de la padrina amb la família biològica

En aquests moments, les padrines 2 i 3 no tenen relació amb el fill progenitor. L'absència de relació amb els fills els afecta emocionalment. La padrina 1 sí que té relació amb la seva filla, però es tracta d'una relació conflictiva, marcada per les desavinences. Quan els nets pregunten per la mare o el pare, les padrines es mostren honestes i no els oculten informació sobre la realitat dels seus progenitors, però de tant en tant fan algun comentari subjectiu sobre aquest tema.

«Aquí siempre se ha hablado bien [de la mare]; siempre se intenta que vea la parte positiva: "La mamá no estaba bien, es que la mamá estaba hundida en un pozo y no veía la realidad". Intentar que ella vea también la otra parte de la madre; la madre también ha sido una víctima» (padrina 2)

«Mala. No hablamos ni nos vemos, que es lo más triste para mí. Con los niños sí que habla» (padrina 3)

Criança

Respecte a la criança dels nets, totes les padrines es senten més mares que padrines. La criança i l'educació dels nets els ocupa gairebé tot el temps, de manera que totes manifesten que l'acolliment ha tingut repercussions en la seva vida social. A més, la padrina 2 reconeix que les cures familiars han tingut efectes negatius en l'àmbit laboral i de salut. En aquests moments, les padrines manifesten que la dificultat més gran en

relació amb l'educació dels nets és la rebel·lia. L'ús de les tecnologies també és un tema polèmic per a elles. La padrina 2 també manifesta preocupació per la salut mental i els problemes de comportament de la seva neta gran a la llar. Totes les padrines manifesten que no renunciarien a l'acolliment familiar dels seus nets, però reconeixen que, en alguns moments en què s'han vist desbordades, han maleït l'acolliment familiar o han amenaçat de cessar l'acolliment com a càstig.

«Me siento madre. Después de tener a mis hijos mayores, es volver a empezar con él desde abajo, desde cero. Estuve todo el tiempo con él desde bebé, desde antes de nacer» (padrina 1)

«Con la niña, ella no quiere cumplir ninguna norma. Quiere hacer lo que a ella le da la gana. Salir y no estar en casa, eso es lo suyo, pero hay muchas cosas antes. No lo entiende» (padrina 3)

Xarxes de suport

En el cas de necessitar ajuda amb l'acolliment familiar, totes les padrines recorren als fills i filles. Dues (la 1 i la 2) manifesten que també recorren als professionals més pròxims. Totes les padrines estan conformes amb les ajudes rebudes de l'IMAS i dels professionals de l'entitat INTRESS. No obstant això, la padrina 2 reclama atenció psicològica per a tota la unitat familiar, no únicament per als menors. Les padrines no pertanyen a cap associació. Únicament es relacionen amb els membres de la família perquè no tenen un grup d'amigues. Totes manifesten que tenen una bona relació amb els altres fills i nets. Ara bé, en algunes ocasions la relació de les padrines amb els nets acollits ha generat recels en els fills.

«Mi hija con la que vivo ya sabe que primero es N [net acollit], porque un día ella se puso como un poquito celosita. Yo le dije: "Yo quiero mucho a D [un altre net], pero D tiene a sus padres. N solo me tiene a mí. ¿Cómo vas a comparar a tu niño con N? D los tiene a los dos, mientras que N solo me tiene a mí"» (padrina 1)

«Mi hija tenía ocho años y mi hijo 15; le pilló en toda la adolescencia, lo pasó muy mal cuando la hermana desapareció. Mi hija siempre ha dicho: "A la niña le han dado mucha ayuda psicológica porque lo necesita, pero ¿nosotros qué? Porque yo no tenía infancia ni adolescencia. Tú no te has podido dedicar a mí"» (padrina 2)

Seguiment dels tècnics

Totes les padrines tenen una actitud molt col·laborativa amb el seguiment dels tècnics. El seguiment és concebut com un suport, però la padrina 3 reconeix que al principi de l'acolliment familiar el concebia com una molèstia.

«Estoy contenta, para mí es una salvación. Piensa que, si no, ¿quién me va a ayudar, ¿quién me va a aconsejar? Yo me veo a veces en apuros con A [neta gran], sobre todo porque no sé qué hacer» (padrina 2)

«Al principio, venía un señor de visita cada 15 días, pero era muy amable. Yo pensaba: "Si cada 15 días tengo que tener este personal por aquí..." Yo me sentía... claro, yo no lo había vivido nunca. Me sentía como controlada. El día que tenían que venir lo pasaba fatal. Ahora ya no, son como parte de la familia, ya he cogido una confianza» (padrina 3)

Grau de satisfacció

La satisfacció més gran per a les padrines és tenir els nets amb elles i veure'ls créixer. La padrina 3 comenta que la relació amb els nets li aporta vitalitat.

«Lo más satisfactorio es que no nos lo hayan quitado» (padrina 1)

«Yo le digo a mi marido: "A la larga nos ha dado un chute de adrenalina, de vida, un motivo para luchar. Si no fuera así, nosotros estaríamos sentados todo el día en la butaca"» (padrina 3)

6. Discussió i conclusions

Els resultats obtinguts en aquest estudi coincideixen amb les aportacions de Bernedo (2005) referents a les característiques sociodemogràfiques de la mostra. Les padrines de la seva mostra tenen una mitjana d'edat (63,3 anys) semblant a les padrines d'aquesta mostra (64,6 anys). La majoria són padrines maternes, estan casades, presenten una malaltia física i conviuen a la mateixa llar amb altres familiars, normalment amb altres filles.

Ara bé, l'estudi de Bernedo (2005) revela que les padrines de la seva mostra tenen un nivell educatiu baix i que el 79,6% no reben cap remuneració per l'acolliment. No obstant això, les tres padrines acollidores d'aquest estudi tenen estudis secundaris i reben una prestació econòmica mensual i ajudes puntuals per l'acolliment.

Com s'exposa a Pinazo i Ferrero (2003), la relació que mantenen les tres padrines amb la resta de fills és positiva, però la que mantenen amb els seus fills progenitors no és bona. Quan es formalitza l'acolliment s'assabenten d'informació desagradable sobre els fills que fins aleshores desconeixien.

Tal com es recull a Sánchez (2000), les padrines manifesten problemes a l'hora de posar normes i límits als nets, ja que aquests estan en les etapes de la preadolescència i l'adolescència.

Les xarxes de suport de les padrines acollidores són semblants a la mostra de les padrines de l'estudi de Villalba (2002). Les seves xarxes de suport són petites i tenen un predomini de suports familiars. Principalment, les persones a les quals poden recórrer en cas de necessitar ajuda són els fills. Les padrines del seu estudi sol·liciten més suport emocional, com reclama la padrina 2.

S'ha observat que les padrines estan contentes amb el suport econòmic rebut, que no tenen un sentiment de fracàs com a mares i que el seguiment no és viscut com un mecanisme de control, a diferència del que exposa Sánchez (2000). És cert que la padrina 3 comenta que al principi es sentia incòmoda amb el seguiment dels tècnics, però afegeix que en aquests moments ja no li succeeix.

Finalment, es constata que les aportacions de Fuentes et al. (2005) coincideixen amb els resultats d'aquest estudi. Les padrines han cuidat els seus nets des d'edats primerenques.

En conclusió, es pot dir que les padrines es senten més mares dels nets que padrines perquè les seves cures familiars no van començar amb la formalització de l'acolliment sinó molts anys abans. Algunes padrines (1 i 3) consideren que les vivències de maltractaments que van patir els nets no repercuteixen en la seva vida diària. Per aquest motiu, aquesta visió de les padrines pot provocar que no tinguin en compte les necessitats emocionals dels nets. Malgrat les diferents característiques de les padrines, es troben unes quantes similituds entre elles, principalment, els sentiments d'amor cap als nets. Es mereixen un reconeixement social per la seva gran tasca: una vida dedicada a les cures familiars.

Limitacions de l'estudi

Entre les limitacions d'aquest estudi destaca la influència de la desitjabilitat social en les respostes emeses per les padrines. Atès que és una mostra reduïda i poc representativa, les conclusions obtingudes no són generalitzables, ja que es tracta d'una realitat parcial.

Agraïments

A les padrines el seu temps i confiança dipositada en mi per poder reflectir les seves vivències.

Referències bibliogràfiques

Amorós, P., Palacios, J., Fuentes, N., León, E., i Mesas, A. (2003). *Familias canguro: una experiencia de protección a la infancia*. Fundació la Caixa.

<https://fundacionlacaixa.org/documents/2278030/3283773/otras-publicaciones-familias-canguro.pdf>

Bernedo, I. (2005). Perfil de los abuelos/as que tienen en acogimiento a sus nietos adolescentes en la provincia de Málaga. A J. Romay, i R. García (Eds.), *Psicología social y problemas sociales*, pp. 515-520. Biblioteca Nueva.

Del Valle, J. F., López, M., Montserrat, C., i Bravo, A. (2008). *El Acogimiento Familiar en España. Una evaluación de resultados*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=3218&tipo=documento>

Direcció General de Drets de la Infància i de l'Adolescència. (2022). *Boletín de datos estadísticos de medidas de protección a la infancia: datos 2021*. Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030.

https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/infancia-y-adolescencia/PDF/Estadisticaboletineslegislacion/vers1BOLETIN_Proteccion_PROVISIONAL2021.pdf

Fuentes, M. J., Bernedo, I. M., Fernández, M., i Hidalgo, S. (2005). Relaciones entre abuelos y nietos en acogimiento. A J. Romay i R. García (Eds.), *Psicología social y problemas sociales*, pp. 301-308. Biblioteca Nueva.

García, T. (2020). Reflexión teórica para la orientación psicopedagógica en los acogimientos de familia extensa. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía (REOP)*, 31(2), 19-28. <https://doi.org/10.5944/reop.vol.31.num.2.2020.27983>

Pinazo, S., i Ferrero, C. (2003). Impacto psicosocial del acogimiento familiar en familia extensa: el caso de las abuelas y los abuelos custodios. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(2), 89-101.

Pinazo, S., i Lluna, J. (2011). Menores criados por sus abuelas. Mejora de las pautas de cuidado a menores en acogimiento familiar en familia extensa a través de un programa de intervención psicoeducativo. *Revista sobre la Infancia y la Adolescencia*, (1), 14-34. <https://doi.org/10.4995/reinad.2011.834>

Poyatos, A. (2011). Las familias acogedoras y sus redes sociales. Un análisis comparativo del acogimiento de menores en familia extensa y educadora (ajena), desde el ámbito

de los Servicios Sociales. *Documentos de Trabajo Social: Revista de trabajo y acción social*, (50), 9-29.

Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. *Boletín Oficial del Estado*, 206, de 25 de juliol de 1889.

<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1889-4763>

Sánchez, C. (2000). *El acogimiento familiar de los menores hijos de padres toxicómanos*. Colección INTRESS.

Villalba, C. (2002). *Abuelas cuidadoras*. Tirant lo Blanch.

Autora

SOLEDAD FERNÁNDEZ TRAPERO

Palma (1994). Graduada en Pedagogia i en Educació Social per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Direcció i Gestió de Recursos Humans i Coaching per la Cambra de Comerç de Granada. En relació amb l'experiència vinculada a l'envelliment, ha col·laborat en l'estudi sobre la violència de gènere en dones de més de 65 anys del municipi de Calvià, finançat per l'Institut Balear de la Dona (IBDONA). A més, ha participat en el taller Ses Padrines, de l'Institut de Treball Social i Serveis Socials (INTRESS), dirigit a donar suport i acompanyament emocional a padrines acollidores dels nets i netes.

**RECONeixEMENT AUTOMÀTIC EXPLICABLE
PER A LA GENT GRAN**

Reconeixement automàtic explicable per a la gent gran

Francesc Xavier Gayà Morey
Cristina Suemay Manresa Yee
José María Buades Rubio

Resum

A mesura que l'esperança de vida augmenta en l'àmbit mundial, la cura de la gent gran es converteix en un assumpte cada vegada més preocupant, especialment quan aquesta gent viu sola. Per pal·liar aquest problema, és necessari més treball en tecnologies assistencials, com a manera de garantir la seguretat i el benestar d'aquest col·lectiu. En aquest treball, es presenta una contribució en aquesta direcció: un sistema automàtic de reconeixement d'accions humanes basat en l'aprenentatge profund, especialment dissenyat per reconèixer les activitats diàries de la població de gent gran, en el seu propi ambient domèstic.

L'aprenentatge profund tracta d'entrenar un model estadístic complex perquè aprengui a dur a terme una tasca concreta senzillament a partir d'una sèrie de dades, sense necessitat d'intervenir en la manera com s'ha de fer. En el cas d'aquest treball, hem elegit una xarxa neuronal amb rendiment estat de la qüestió, i l'hem entrenada amb un conjunt de dades compost per vídeos de gent gran que fan activitats del dia a dia en el seu propi ambient domèstic.

A més, com a passa addicional en la validació del model entrenat i per ajudar futurs usuaris del sistema a entendre les decisions del dit model, hem explicat els resultats adaptant LIME (una tècnica per entendre el funcionament d'un model d'aprenentatge profund) perquè pugui funcionar amb una entrada de vídeo. Esperem que amb l'ús d'un sistema com el proposat es puguin descobrir conductes estranyes (com repeticions o omissions) o situacions perilloses (com caigudes), i actuar-hi per ajudar la gent gran.

Resumen

A medida que la esperanza de vida aumenta a nivel mundial, el cuidado de las personas mayores se está convirtiendo en un asunto cada vez más preocupante, especialmente cuando esas personas viven solas. Para paliar este problema, es necesario más trabajo en tecnologías asistenciales, como forma de garantizar la seguridad y el bienestar de este colectivo. En este trabajo, se presenta una contribución en esta dirección: un sistema automático de reconocimiento de acciones humanas basado en aprendizaje profundo, especialmente diseñado para reconocer las actividades diarias de la población mayor, en su propio ambiente doméstico.

El aprendizaje profundo trata de entrenar un modelo estadístico complejo para que aprenda a desarrollar una tarea concreta sencillamente a partir de una serie de datos, sin necesidad de intervenir en cómo debe hacerse. En el caso de este trabajo, hemos elegido una red neuronal con rendimiento estado de la cuestión, y la hemos entrenado

con un conjunto de datos compuesto por vídeos de gente mayor realizando actividades del día a día en su propio ambiente doméstico.

Además, como paso adicional en la validación del modelo entrenado y para ayudar a futuros usuarios del sistema a entender las decisiones de dicho modelo, hemos explicado los resultados adaptando LIME (una técnica para entender el funcionamiento de un modelo de aprendizaje profundo) para que pueda funcionar con entrada de vídeo. Esperamos que con el uso de un sistema como el propuesto se puedan descubrir conductas extrañas (como repeticiones u omisiones) o situaciones peligrosas (como caídas), y actuar de manera acorde para ayudar a las personas mayores.

1. Introducció

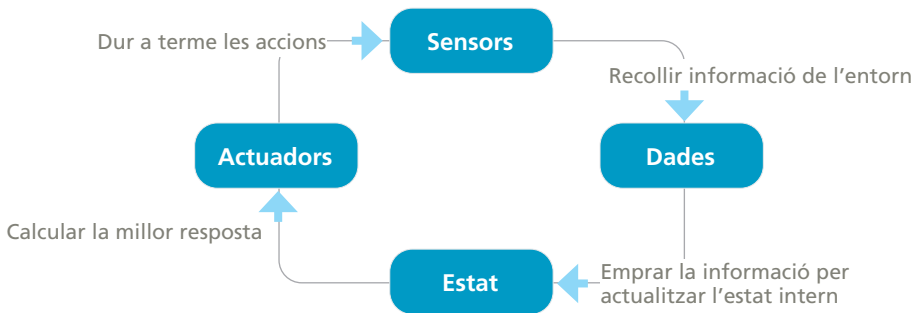
És un fet que la població mundial envelleix a un ritme accelerat, cosa que s'observa especialment als països desenvolupats. Com assenyalen estudis recents, aquest envelliment global afectarà la societat en múltiples àmbits (Bloom i Luca, 2016). Per això, caldrà prendre mesures que garanteixin l'adaptabilitat de la societat a aquest fenomen a cada àmbit afectat.

En l'àmbit sanitari, i concretament a l'entorn domiciliari, el més preocupant és la persona gran que viu sola, ja que serà vulnerable per desenvolupar una malaltia, mals hàbits o fins i tot caure sense que ningú no hi sigui per ajudar-la. Per fer front a aquest problema, les solucions habituals estan relacionades a pagar algú perquè vigili la persona gran, o fins i tot ingressar-la en una residència, mesures que no són a l'abast de tothom, sigui per motius econòmics o perquè la persona gran es nega a abandonar casa seva.

Aquesta és la raó principal per la qual les tecnologies d'assistència guanyen importància progressivament, ja que ofereixen diversos avantatges: funcionament automàtic, manteniment de la privacitat, alta disponibilitat, etc., alhora que mantenen preus relativament assequibles. Els sistemes assistencials duen a terme diferents tasques, com s'assenyala a la imatge 1: han de ser capaços d'obtenir informació de l'entorn a través de diferents sensors, utilitzar aquesta informació per actualitzar un estat intern, inferir les accions que han de fer els actuadors i finalment dur-les a terme.

En aquest treball, ens hem centrat en el processament de la informació rebuda dels sensors (principalment vídeos RGB) per inferir les activitats dutes a terme per la gent gran, amb un èmfasi especial en l'explicabilitat dels resultats obtinguts, que provaran les decisions del sistema i permetran als experts entendre millor el perquè. En altres paraules, ens hem centrat en el reconeixement d'activitats humanes (HAR), que ajudarà

a detectar comportaments anòmals dels subjectes i donarà lloc a diferents accions. Per exemple, accions perilloses (com caure) haurien de disparar una alarma que permeti prendre mesures immediatament (Dai et al., 2013); la repetició de la mateixa acció o fer accions en un ordre estrany podria ser indicatiu de malalties psíquiques (Khodabandehloo et al., 2021) que s'haurien d'assenyalar als experts en un informe periòdic, etc.



Imatge 1. Cicle de vida d'un sistema assistencial.

A aquest efecte, hem seleccionat una xarxa neuronal d'última generació per a HAR en vídeos: TimeSformer (Bertasius et al., 2021), ja entrenada en un enorme conjunt de dades (Kinetics400; Kay et al., 2017), i l'hem especialitzada utilitzant un conjunt de dades compost per vídeos de gent gran que fan diferents accions als seus domicilis: ETRI-Activity3D (Jang et al., 2020). Per acabar, hem provat i explicat els resultats del model entrenat utilitzant una tècnica d'explicabilitat: LIME (Ribeiro et al., 2016), que hem modificat per treballar amb entrada de vídeo.

En aquest document estudiem, en primer lloc, una manera d'explicar el reconeixement d'accions en vídeo mitjançant l'ús de LIME, utilitzant diferents tipus de perturbacions a l'espai i el temps. A continuació, expliquem les característiques (conjunt de dades, model, mètriques de rendiment, etc.) de l'experiment dut a terme i n'analitzem els resultats observats. Finalment, concloem resumint tota la feina, les contribucions i el treball futur.

2. Explicacions basades en LIME

Per explicar el funcionament del model (la xarxa neuronal), hem adaptat una tècnica agnòstica¹ del model basada en interpretacions locals: LIME (Ribeiro et al., 2016), per treballar amb vídeo. La idea bàsica d'aquesta tècnica consisteix a generar perturbacions

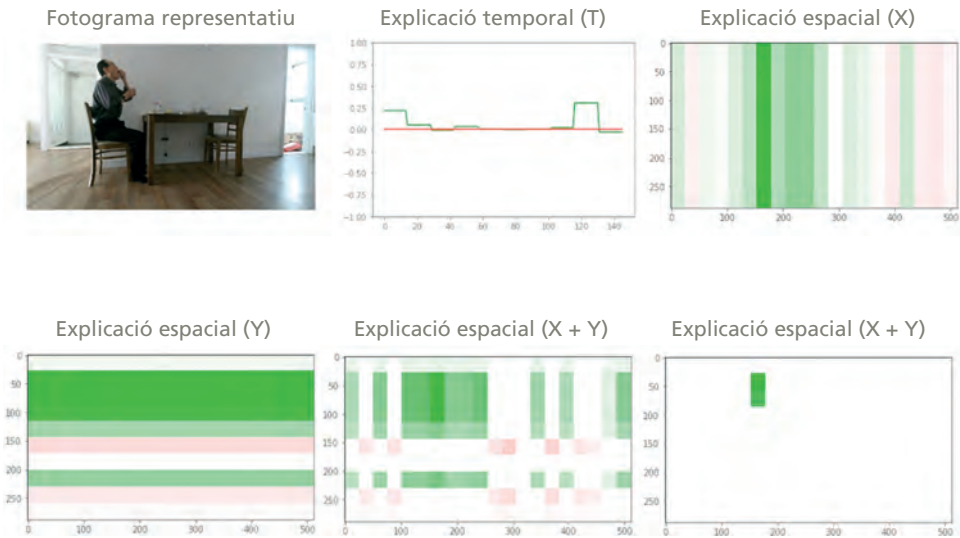
1. Una tècnica agnòstica és aquella que no necessita accés al funcionament intern del model per funcionar, és a dir, que pot ser aplicada independentment de quin sigui el model.

a l'espai d'entrada, fer prediccions utilitzant aquestes entrades pertorbades i entrenar un model lineal per assignar una importància (una puntuació a l'interval [-1, 1], que representa la contribució positiva o negativa a la predicció objectiu, on 0 significa cap contribució) a cada regió pertorbada, basant-se en l'augment o la disminució de la confiança de la predicció en contrast amb quan no està pertorbada. A la imatge 2 es mostra un exemple d'explicació en què s'empra LIME.



Imatge 2. Explicació amb LIME de la predicció de diferents classes a partir de la imatge d'entrada. En cada activació, es mostren sols les regions més rellevants per a la classe que s'està explicant.

Font. Imatge extreta de Ribeiro et al. 2016.



Imatge 3. Vídeo amb diferents tipus d'explicacions. D'esquerra a dreta i de dalt a baix: temporals (T), espacials en una sola dimensió (X i Y) i espacials en ambdues dimensions emprant la mitjana harmònica (X + Y) i mostrant sols les dues regions més importants. En les explicacions espacials, en verd la contribució positiva i en vermell la negativa.

La implementació oficial de LIME està a disposició del públic i actualment admet dades d'entrada de text, taules i imatges, però no de vídeo. Per admetre aquest tipus de dades, només cal definir les perturbacions a l'espai d'entrada, però l'addició de la dimensió temporal comporta un elevat cost computacional, motiu pel qual hem separat el problema per dimensions, tot aconseguint simplificar-ne la tasca.

Així doncs, s'han calculat explicacions per separat en espai i temps, i fins i tot s'ha separat també la dimensió espacial en els eixos X i Y, simplificant-ne encara més la tasca. La imatge 3 mostra les explicacions espacials en una sola dimensió i la seva unió, juntament amb l'explicació temporal. Com es veu, les explicacions espacials es mostren en forma de quadrícula, que se superposaria sobre el vídeo tot indicant les regions més importants, mentre que l'explicació temporal consisteix en una gràfica que mostra la importància dels diferents fotogrames, o instants de temps, del vídeo. La unió de les explicacions s'ha dut a terme emprant la mitjana harmònica, que permet destriar millor les regions rellevants alhora en diverses dimensions.

3. Experiment

3.1. Conjunt de dades

Atès que volem que el nostre sistema se centri en accions de gent gran en entorns domèstics, els conjunts de dades més estesos per a HAR no hi encaixen adequadament: contenen massa vídeos i accions no relacionades amb gent gran, la qual cosa pot fer que el model no se centri adequadament en els usuaris objectiu.

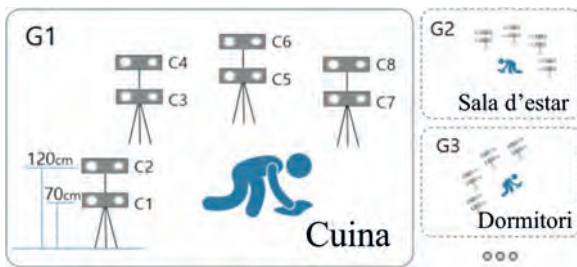
Per aquesta raó, hem utilitzat en el seu lloc l'ETRI-Activity3D (Jang et al., 2020), que sembla encaixar perfectament amb el nostre objectiu pel fet de ser, pel que sabem, el conjunt de dades d'activitats de gent gran més important. Aquest conjunt de dades se centra en les activitats quotidianes de les persones grans a casa, a perspectiva de robot social, i ofereix 112.620 mostres recollides en entorns domèstics, etiquetades amb 55 activitats quotidianes bàsiques de la gent gran. Alguns exemples es mostren a la imatge 4.

Com es veu a la imatge, el conjunt de dades també proporciona altra informació útil, com ara mapes de profunditat i dades de l'esquelet, que també es poden utilitzar per a HAR. La raó és que es va utilitzar la Kinect v2 (que permet la captura de profunditat) per capturar els vídeos, però aquesta informació no s'ha fet servir en aquest treball. La configuració del sistema d'adquisició de dades es mostra a la imatge 5. La distància entre les càmeres i els subjectes oscil·la entre 1,5 i 3,5 metres, i els vídeos es prenen des de la vista del robot, a altures de 70 i 120 centímetres. La resolució del vídeo RGB és de 1920 x 1080, a una freqüència d'imatge de vint fotogrames/s.



Imatge 4. Exemples de vídeos i altres dades disponibles al conjunt de dades ETRI-Activity3D

Font. Imatge extreta de Jang et al. 2020.



Imatge 5. Disposició de les càmeres a l'hora de gravar els vídeos

Font. Imatge extreta de Jang et al. 2020.

Hi ha cent subjectes en el conjunt de dades: cinquanta persones grans (17 homes i 33 dones) amb edats compreses entre seixanta-quatre i vuitanta-vuit anys (mitjana de 77), i cinquanta joves amb edats compreses entre vint i trenta anys (mitjana de 23). De les 55 accions diferents, n'hi ha tres de centrades en la interacció humà-robot (*saludar*, *fer senyals* i *assenyalar*), cinc d'accions mútues (com *estrènyer la mà* i *abraçar*) i la resta són activitats quotidianes individuals.

3.2. Model i implementació

Molts dels models esmentats per a HAR s'han posat a disposició del públic, la qual cosa facilita l'obtenció i l'entrenament en el conjunt de dades desitjat. Per a aquest treball, hem fet servir la caixa d'eines de codi obert MMAAction2 (MMAAction2, 2020), que forma part del projecte OpenMMLab. Està implementada en PyTorch i centrada en la comprensió de vídeo, la qual suporta reconeixement d'accions, localització d'accions, detecció espaciotemporal d'accions i detecció d'accions basada en esquelets. A més, suporta vint-i-set algorismes diferents (alguns d'última generació) i vint conjunts de dades diferents.

D'entre les implementacions de models que ofereix, hem triat el TimeSformer (Bertasius et al., 2021), que és el més recent disponible en reconeixement d'accions i amb resultats estat de la qüestió. Aquest model treballa amb vídeo adaptant el Vision Transformer

(ViT; Dosovitskiy et al., 2020), per aprendre d'una seqüència de trossos d'imatge quant a fotograma. Igual que a ViT, cada tros d'informació es mapa linealment en una incrustació i s'augmenta amb informació posicional, que pot ser alimentada a un codificador Transformer (Vaswani et al., 2017).

3.3. Mètriques de rendiment

Per comprovar el rendiment del model, hem utilitzat les mètriques típiques en problemes de classificació de vídeo:

- **Precisió N-millor:** és una variació de la mètrica clàssica de precisió, en què un resultat es considera correcte si està dins les N millors prediccions del model. Les dues variacions més utilitzades i, per tant, les emprades en aquest treball són precisió 1-millor (que és igual a la mètrica precisió original) i precisió 5-millor (que és menys restrictiva que l'original, la qual permet veure si el model considera almenys el resultat correcte a les cinc prediccions més altes).
- **Precisió per classe:** consisteix a calcular per separat la precisió per a cada classe, com a manera de veure el rendiment del model a l'hora de classificar vídeos d'una acció concreta. D'aquesta manera, podem trobar classes amb baix rendiment, fet que precisió N-millor no permet.
- **Precisió mitjana:** és la mitjana de la precisió entre totes les classes. Els valors obtinguts són similars als assolits amb precisió 1-millor, però amb una diferència: la precisió mitjana dona la mateixa importància a cada classe, mentre que la precisió 1-millor dona la mateixa importància a cada vídeo, que no és la mateixa quan no hi ha el mateix nombre de mostres per a cada classe.

3.4. Entrenament

Per entrenar la xarxa hem emprat un ordinador de la Universitat de les Illes Balears amb una CPU Intel Core i9-9900KF (3,60 Hz) i una GPU NVIDIA GeForce RTX 3090 (24 GB).

Hem deixat els vídeos en format comprimit per a l'entrenament per ometre la descomposició dels vídeos en fotogrames, que consumeix molt de temps, i per estalviar emmagatzematge en la memòria secundària. En utilitzar els vídeos, s'aplica un preprocésament que consisteix en una descodificació del vídeo, un mostreig de fotogrames (8 fotogrames presos a intervals de 32 fotogrames), una reescalada, retallada i rotació aleatoris, una normalització i la conversió a format tensorial.

Per tal de validar el model i assegurar que els resultats no depenen de la partició feta en l'entrenament i el test del conjunt de dades, se n'ha fet una validació creuada amb $K = 5$. Per tant, s'han dut a terme un total de cinc entrenaments: s'ha dividit el

conjunt de dades en cinc parts iguals, i per a cada iteració s'han utilitzat quatre parts per entrenar i les altres restants per avaluar, i s'han tret els resultats finals de la mitjana de les cinc avaluacions. Cada entrenament ha estat de deu èpoques, i s'han emprat pesos preentrenats sobre el conjunt de dades Kinetics400 (Kay et al., 2017).

3.5. Explicacions

Per tal no només d'explicar el model entrenat, sinó també de comparar diferents tipus d'explicacions sobre les mateixes dades, hem computat tres tipus d'explicacions: explicacions espacials (separant les dimensions X i Y i unint-les després), explicacions temporals i explicacions espaciotemporals (com a unió de les dues anteriors).

El nombre de regions que hem establert al llarg de cada dimensió són: 20 per a X, 10 per a Y i 10 per a la dimensió temps. Aquesta elecció té a veure amb la relació d'aspecte dels vídeos (1920 x 1080, que és aproximadament 2 x 1) i la durada dels vídeos (que és aproximadament 10 s, a 20 fotogrames/s), que acaben amb regions de 200 píxels x 200 píxels x 200 fotogrames. Hem considerat que aquests valors són suficients per obtenir explicacions de bona qualitat amb el conjunt del test, però es poden modificar per ajustar-se a qualsevol vídeo que vulguem explicar.

Per triar el nombre de mostres utilitzades per a cada tipus d'explicacions, hem provat diversos valors i , finalment, ens hem quedat amb el mínim de mostres necessàries per obtenir explicacions estables i amb poc soroll. Noteu que aquest nombre és proporcional al nombre de regions utilitzades per entrenar el model lineal.

Els resultats de les explicacions consisteixen en un mapa de puntuació per al vídeo, en què a cada regió s'assigna una importància per a l'etiqueta predita a l'interval $[-1, 1]$ (el signe depèn de si és una contribució positiva o negativa a la predicció de l'objectiu). Utilitzant aquests mapes de puntuació, podem calcular gràfics temporals (l'evolució de la importància al llarg del temps), gràfics espacials (mapes de calor que mostren la importància de cada regió en colors verd i vermell per a puntuacions positives i negatives, respectivament) i vídeos emmascarats, en què la importància de les diferents regions es mostra directament al vídeo a explicar.

Per explicar les prediccions del model, hem generat explicacions per a cinc vídeos de cada activitat i les hem avaluat. Així esperem justificar la precisió de predicció del model per a cada classe. L'avaluació ha consistit a assignar una puntuació numèrica per vídeo corresponent a la qualitat de les explicacions en temps, espai i temps-espai, així com anotar altres observacions per classe. Esperem que les explicacions resultants se centrin en els fotogrames i els píxels en què té lloc l'acció predita, i això és el que intentem qualificar amb les puntuacions numèriques.

A la taula 1 mostrem els criteris seguits per avaluar primer les explicacions a cada dimensió i a la taula 2 els criteris per avaluar les explicacions globals d'un vídeo en espai i temps, a partir de les explicacions parcials ja puntuades.

Taula 1 | *Rúbrica per a l'avaluació manual de les explicacions en una dimensió*

Puntuació	Nivell	Descripció
1	Dolenta	No explica la predicció.
3	Bona	Explica la predicció parcialment.
5	Excel·lent	Explica la predicció completament.

Font. Elaboració pròpia.

Les explicacions generades són del tipus X + Y + T (unió d'explicacions independents en cada dimensió), perquè són les més ràpides de calcular, i consten de: un gràfic temporal, gràfics espacials (X, Y i X + Y) i tres vídeos emmascarats que mostren les explicacions.

Taula 2 | *Rúbrica per a l'avaluació manual de les explicacions espaciotemporals*

Puntuació	Nivell	Descripció
1	Dolenta	No explica cap dimensió.
2	Pobra	Explica alguna dimensió parcialment.
3	Bona	Explica parcialment totes les dimensions o completament almenys una.
4	Molt bona	Explica completament almenys una dimensió i parcialment les altres.
5	Excel·lent	Explica completament totes les dimensions.

Font. Elaboració pròpia.

4. Resultats

4.1. Rendiment del model

Després d'avaluar la precisió millor-1, millor-5 i mitjana de classes per a cada entrenament i calcular la mitjana entre totes les iteracions, hem obtingut els resultats següents: precisió millor-1: 0,9616; precisió millor-5: 0,9990, i precisió mitjana de classes: 0,9578.

Tot i el desequilibri de les classes (per exemple, «prendre la medicació» apareix en més de 4.000 vídeos, mentre que «rentar-se la cara» apareix en menys de 1.000) la precisió

per classe no sembla haver-se vist afectada, amb poca o cap relació entre la distribució de classes i la precisió per classe.

Els resultats més baixos els obtenen les accions «rentar-se les mans» i «rentar una tovallola amb les mans», amb 0,7 i 0,62 de precisió respectivament. Explorant la matriu de confusió, hem descobert que el model té dificultats per distingir les accions «rentar-se les mans», «rentar una tovallola amb les mans» i «escurar», i també les accions «asseure's/aixecar-se» i «tombar-se», que sembla raonable tenint en compte que són accions molt similars i que hi ha algunes perspectives de càmera que no permeten un punt de vista gaire bo per distingir aquestes accions.

4.2. Explicacions

En fer la mitjana de les puntuacions resultants a l'espai i el temps per separat, queda clar que l'espai ofereix millors explicacions que el temps (4,7 davant de 2,8, a l'interval [1, 5]), tot assenyalant, en la majoria dels casos, les regions on té lloc l'acció. A la imatge 6 mostrem alguns exemples excel·lents (tal com es defineixen a la taula 1) d'explicacions a la dimensió espai, per a diferents classes.

A partir dels resultats obtinguts, hem observat que les explicacions espacials són adequades per a classes amb poc moviment (com «caure a terra» o «parlar entre si»), o en què l'acció està molt relacionada amb un gest o objecte que es manté més o menys immòbil durant l'acció (com ara «agitar una mà» o «llegir un llibre»). En el cas de les accions amb més moviment o interacció humana (com «fer una reverència» o «abraçar-se»), aquest tipus d'explicacions solen ser més sorolloses i ocupar una superfície més gran, la qual cosa comporta una disminució de la seva puntuació (principalment de cinc, explicacions excel·lents, a tres, explicacions regulars).

Les explicacions temporals, per la seva banda, ofereixen mals resultats a la majoria de les classes. Les classes en què ofereixen resultats especialment bons són «prendre la medicació», en què destaquen el moment de la ingesta, «fer una reverència», en què destaquen el moment de la reverència, i «posar-se una jaqueta» i «llevar-se una jaqueta», en què assenyalen els moments inicial i final de l'acció. Aquests dos darrers casos són especialment rellevants, ja que només són diferenciables per l'ordre de les accions i no només pel contingut espacial, la qual cosa confereix a la dimensió temporal una importància especial. Per contra, hem observat que les explicacions temporals funcionen malament per a les accions que duren tot el vídeo (que són els casos més freqüents al conjunt de dades ETRI-Activity3D), perquè o bé confereixen importància a tots els moments o a cap.

En general, les explicacions semblen indicar que el model se centra en les regions correctes dels vídeos, i és més perceptible en l'espai que en el temps. Per a la majoria de

les classes, l'atenció se centra en l'objecte mòbil objectiu, les mans o la cara, depenent de l'acció que s'està fent. Atès que hi ha molt poques classes que reben explicacions dolentes (vegeu la taula 2), que la puntuació mitjana de les classes és de 3,8 i que la majoria de les mostres avaluades reben explicacions perfectes almenys a l'espai (vegeu la taula 1), el bon rendiment del model queda justificat.



Imatge 6. Exemples d'explicacions excel·lents en espai. Les regions més importants per a cada predicció es mostren en verd.

5. Conclusions i treball futur

L'assistència sanitària a gent gran és cada cop més important a mesura que augmenta l'esperança de vida, especialment quan aquestes persones viuen soles. En aquest treball hem proposat un sistema que pretén ajudar aquest col·lectiu: una solució d'aprenentatge profund per reconèixer accions en vídeos RGB.

Per això hem entrenat TimeSformer, un model d'última generació per al reconeixement d'accions, amb ETRI-Activity3D, un conjunt de dades específic d'activitats diàries de gent gran. Els resultats obtinguts mostren una alta precisió (0,96) amb el conjunt de prova, amb també una alta precisió per classe per a gairebé totes les 55 classes, mentre que la validació creuada mostra una alta estabilitat als resultats obtinguts.

També hem proposat una manera d'aplicar LIME a l'entrada de vídeo a través de diferents enfocaments destinats a disminuir els requisits de computació, que consisteixen principalment en la descomposició de les explicacions de vídeo al llarg de diferents dimensions i la seva unió utilitzant diferents tipus de mitjana. S'han generat

explicacions en vídeo per a diversos vídeos de cada classe i s'han fet servir per justificar la precisió per classe del model.

A partir dels resultats obtinguts, cal estudiar l'adequació del conjunt de dades a un país diferent (a causa de les diferències culturals i socials) i del model entrenat a un entorn no controlat. Finalment, el pas següent més important és estudiar les formes en què el sistema es pot desplegar i utilitzar per obtenir-ne els màxims beneficis relacionats amb l'atenció sanitària de la gent gran i la seva seguretat en un entorn de vida assistida.

Agraïments

Aquest treball ha estat possible gràcies al finançament de l'Agència Estatal d'Investigació, projecte PID2019-104829RA-I00/AEI/10.13039/501100011033, EXPLainable Artificial INtelligence Systems for Health and well-beING (EXPLAINING), i a la concessió de la beca FPU de la Conselleria de Fons Europeus, Universitat i Cultura del Govern de les Illes Balears.

Referències bibliogràfiques

Bertasius, G., Wang, H., i Torresani, L. (2021). *Is Space-Time Attention All You Need for Video Understanding?* arXiv.

Bloom, D. E., i Luca, D. L. (2016). The Global Demography of Aging: Facts, Explanations, Future. A J. Piggott i A. Woodland (Eds.), *Handbook of the Economics of Population Aging, 1*, 3-56. North-Holland.

<https://doi.org/10.1016/bs.hespa.2016.06.002>

MMAAction2 Contributors. (2020). *OpenMMLab's Next Generation Video Understanding Toolbox and Benchmark*.

<https://github.com/open-mmlab/mmaaction2>

Dai, X., Wu, M., Davidson, B., Mahoor, M., i Zhang, J. (2013). Image-Based Fall Detection with Human Posture Sequence Modeling. *2013 IEEE International Conference on Healthcare Informatics*, 376-381.

Dosovitskiy, A., Beyer, L., Kolesnikov, A., Weissenborn, D., Zhai, X., Unterthiner, T., Dehghani, M., Minderer, M., Heigold, G., Gelly, S., Uszkoreit, J., i Hounsby, N. (2020). *An Image is Worth 16x16 Words: Transformers for Image Recognition at Scale*. arXiv.

Jang, J., Kim, D., Park, C., Jang, M., Lee, J., i Kim, D. (2020). *ETRI-Activity3D: A Large-Scale RGB-D Dataset for Robots to Recognize Daily Activities of the Elderly*, 10990-10997.

Kay, W., Carreira, J., Simonyan, K., Zhang, B., Hillier, C., Vijayanarasimhan, S., Viola, F., Green, T., Back, T., Natsev, P., Suleyman, M., i Zisserman, A. (2017). *The Kinetics Human Action Video Dataset*. arXiv.

Khodabandehloo, E., Riboni, D., i Alimohammadi, A. (2021). HealthXAI: Collaborative and explainable AI for supporting early diagnosis of cognitive decline. *Future Generation Computer Systems*, 116, 168-189. <https://doi.org/10.1016/j.future.2020.10.030>

Ribeiro, M. T., Singh, S., i Guestrin, C. (2016). «*Why Should I Trust You?*»: *Explaining the Predictions of Any Classifier*. arXiv.

Vaswani, A., Brain, G., Shazeer, N., Parmar, N., Uszkoreit, J., Jones, L., Gomez, A. N., Kaiser, Ł., i Polosukhin, I. (2017). *Attention Is All You Need*. arXiv.

Autors

FRANCESC XAVIER GAYÀ MOREY

Es va llicenciar en Informàtica per la Universitat de les Illes Balears el 2021 i va acabar el Màster en Sistemes Intel·ligents amb especialitats en Visió per Computador i Ciència de Dades el 2022. Va començar la tesi doctoral en Tecnologies de la Informació i les Comunicacions el setembre de 2022, titulada *Computació afectiva en tecnologies assistencials per a la gent gran* i, des de llavors, ha investigat en les àrees de visió per computador i intel·ligència artificial explicable.

CRISTINA SUEMAY MANRESA YEE

Enginyera en Informàtica l'any 2003 per la Universitat de les Illes Balears i doctora en Informàtica l'any 2009 per la Universitat de les Illes Balears. Professora de la Universitat de les Illes Balears des de 2019 amb la categoria de professora titular d'universitat. Ha impartit docència en diverses assignatures dels estudis d'Enginyeria Tècnica en Informàtica de Gestió, de Sistemes i grau d'Informàtica. És membre del grup d'investigació Unitat de Gràfics, Visió i Intel·ligència Artificial. La seva tasca d'investigació cobreix diversos temes, com ara interacció persona-ordinador, visió per ordinador i ajudes tècniques per a usuaris amb necessitats especials.

JOSÉ MARÍA BUADES RUBIO

Nascut el 25 de novembre de 1976. Va obtenir el títol d'enginyer en Informàtica el juny de 1999, i és doctor en Informàtica des de desembre de 2006. Des d'octubre de 1999 duu a terme tasques de docència i d'investigació al Departament de Ciències Matemàtiques i Informàtica. La docència s'ha centrat en l'àrea d'Informàtica Gràfica i Programació.

**PROJECTE PERGAMEX:
Jocs Pervasius per a Tothom**

Projecte PERGAMEX: jocs pervasius per a tothom

Eva Cerezo Bagdasari

Francisco Luís Gutiérrez Vela

Francisco José Perales López

Resum

Aquest article presenta el treball realitzat en el projecte de recerca PERGAMEX (PERvasive GAMing EXperiences for @ll), dut a terme entre diversos grups de recerca de diferents universitats espanyoles (Universitat de les Illes Balears, Universitat de Saragossa, Universitat de Granada). El projecte se centra en el disseny d'experiències de joc personalitzades orientades a les persones grans, en les quals es promou l'envelliment actiu augmentant les relacions socials, especialment les intergeneracionals, i millorant la salut i benestar general. Durant el desenvolupament de les experiències de joc, es van aplicar tècniques de cocreació i mètodes d'avaluació afectius i d'experiència d'usuari. Al llarg de tot el procés d'estudi, disseny, implementació i posada en marxa dels diferents tallers i experiències, hem tingut especialment en compte aspectes de disseny sensible a valors, gènere i ètica. Aquest procés va permetre generar recomanacions i directrius per al disseny i avaluació de jocs, i el posterior desenvolupament de diferents experiències lúdiques pervasives, algunes dirigides únicament a adults grans i altres dirigides a promoure el benestar i la socialització dels adults grans a través d'experiències intergeneracionals. Les tecnologies involucrades en els diferents jocs desenvolupats van des dels tradicionals telèfons mòbils, tauletes i ordinadors personals fins a tecnologies menys usuals com taules interactives (interacció tangible), *Kinects* (interacció per gestos), assistents virtuals (interacció per veu), dispositius vestibles (interacció afectiva) i robots socials.

Resumen

Este artículo presenta el trabajo realizado en el proyecto de investigación PERGAMEX (PERvasive GAMing EXperiences for @ll), llevado a cabo entre varios grupos de investigación de diferentes universidades españolas (Universidad de las Illes Balears, Universidad de Zaragoza, Universidad de Granada). El proyecto se centra en el diseño de experiencias de juego personalizadas orientadas a las personas mayores en las que se promueve el envejecimiento activo aumentando las relaciones sociales, especialmente las intergeneracionales, y mejorando la salud y bienestar general. Durante el desarrollo de las experiencias de juego se aplicaron técnicas de cocreación y métodos de evaluación afectivos y de experiencia de usuario. A lo largo de todo el proceso de estudio, diseño, implementación y puesta en marcha de los diferentes talleres y experiencias, hemos tenido especialmente en cuenta aspectos de diseño sensible a valores, género y ética. Este proceso permitió generar recomendaciones y directrices para el diseño y evaluación de juegos, y el posterior desarrollo de diferentes experiencias lúdicas pervasivas, algunas de ellas dirigidas únicamente a adultos mayores y otras dirigidas a promover el bienestar y la socialización de los adultos mayores a través de experiencias intergeneracionales. Las tecnologías involucradas en los diferentes juegos desarrollados van desde los tradicionales teléfonos móviles,

tabletas y computadoras personales hasta tecnologías menos usuales como mesas interactivas (interacción tangible), *Kinects* (interacción por gestos), asistentes virtuales (interacción por voz), dispositivos ponibles (interacción afectiva) y robots sociales.

1. Els jocs pervasius i el projecte PERGAMEX

1.1. Què són els jocs pervasius?

Els videojocs tenen alguns avantatges que els han fet més populars que els jocs tradicionals. Motiven intrínsecament els jugadors en aportar-los més fantasia, desafiament i curiositat, tres elements principals que contribueixen a la diversió en els jocs. No obstant això, els jocs d'ordinador disminueixen sovint l'activitat física i les interaccions socials.

Avui dia el món real s'incorpora a l'entreteniment digital, la qual cosa es posa de manifest en un nou gènere de jocs: els jocs pervasius. Els jocs pervasius ja no es limiten a l'àmbit virtual, sinó que integren aspectes físics i socials del món real (Benford et al., 2005). Normalment, la idea dels jocs pervasius és que superin les limitacions dels jocs tradicionals en les dimensions espacial, temporal o social (Montola, 2005). No obstant això, el terme té diverses definicions que posen el focus en diferents qüestions relacionades amb els jocs. Els darrers anys, el focus s'ha posat en el context, i es defineixen com una nova experiència de joc en què la dinàmica del joc evoluciona mitjançant la informació proporcionada pel context en el qual es juga (Arango-López et al., 2017). No obstant això, i malgrat l'ambigüitat del terme i el seu ús per a referir-se a tipus de jocs molt diferents, hi ha tres característiques comunes que comparteixen tots: la mescla de món real i virtual, el suport d'estils naturals d'interaccions (tangibles i per mitjà de veu i de gestos) i el seu fort component social.

1.2. El projecte PERGAMEX

PERGAMEX (RTI2018-096986-B-C31) se centra en el disseny d'experiències de joc pervasives personalitzades orientades a les persones grans, en les quals es promou l'envelliment actiu, en augmentar-ne les relacions socials, especialment les intergeneracionals, i millorar-ne la salut i el benestar general. Una part important del projecte ha estat l'aplicació de tècniques de cocreació i de mètodes d'avaluació afectius i d'experiència d'usuari en les experiències de joc. Així mateix, al llarg de tot el procés d'estudi, disseny, implementació i posada en marxa dels diferents tallers i experiències, s'han tingut especialment en compte aspectes de disseny sensible a valors, gènere i ètica. Aquest procés ha permès generar recomanacions i directrius per al disseny i l'avaluació de jocs,

i el posterior desenvolupament de diferents experiències lúdiques pervasives, algunes de dirigides únicament a persones grans i altres de dirigides a promoure el benestar i la socialització de la gent gran a través d'experiències intergeneracionals. Les tecnologies utilitzades en els diferents jocs desenvolupats van des dels tradicionals telèfons mòbils, tauletes i ordinadors personals fins a tecnologies menys usuals com taules interactives (interacció tangible), Kinects (interacció per gestos), assistents virtuals (interacció per veu), dispositius vestibles (interacció afectiva) i robots socials intel·ligents.

1.3. Els grups d'investigació

El projecte PERGAMEX i el seu antecessor, el projecte JUGUEMOS (TIN2015-67149-C3-1-R), han estat projectes coordinats de manera multidisciplinària i finançats per l'Agència Estatal de Recerca en els quals han participat investigadors pertanyents a grups de recerca de diverses universitats espanyoles:

AffectiveLab (Grup de Recerca en Interfícies Avançades) de la Universitat de Saragossa:¹ les seves línies de recerca se centren en les interfícies naturals, tangibles i multimodals, i la computació afectiva, aplicades particularment en l'àmbit de l'educació, l'educació especial i d'infants i les experiències intergeneracionals. Ha coordinat tots dos projectes.

UGIVIA (Unitat de Gràfics i Visió per Ordinador i Intel·ligència Artificial) de la Universitat de les Illes Balears:² les seves línies de recerca se centren en intel·ligència artificial, interfícies basades en visió, interacció humà-robot i realitat virtual i augmentada, aplicada majorment a la rehabilitació física i cognitiva.

GEDES (Grup d'Especificació, Disseny i Evolució del Software) de la Universitat de Granada³ i grup ITED (Interacció, Tecnologies i Educació) de la Universitat de La Laguna:⁴ les seves línies de recerca se centren en el disseny d'experiències lúdiques mediades per ordinador, avaluació de la jugabilitat i jocs pervasius i geolocalitzats.

En els projectes hi han participat també investigadors de les universitats de Lleida i de Barcelona, i de l'Escuela Politécnica de La Almunia de Doña Godina, així com investigadors de diverses universitats estrangeres, entre les quals destaquen la Universitat de Cauca (Colòmbia), la Universitat Nacional de La Plata (l'Argentina), la Universitat Federal de Pelotas (el Brasil) i la Universitat de Halmstad (Suècia).

1. AffectiveLab: <http://giga.cps.unizar.es/affectivelab/>

2. UGIVIA: <http://ugivia.uib.es/>

3. GEDES: <https://gedes.ugr.es/>

4. ITED: <https://www.ited.es/>

1.4. Els resultats

Els resultats del projecte PERGAMEX durant els quatre anys de durada es reflecteixen en nombroses publicacions científiques. Alguns dels treballs s'han enfocat a aspectes més teòrics i metodològics relacionats amb la creació i el disseny d'experiències de joc, com tècniques, recomanacions i pautes (Cerezo et al., 2022; Arango-López et al., 2021), l'avaluació de la jugabilitat (Medina et al., 2021; Taborda et al., 2021) i els aspectes emocionals (Ramis et al., 2022; Baldassarri et al., 2021) i fins i tot la interacció humà-robot (Ramis et al., 2020). No obstant això, la major part s'han centrat en casos d'ús concrets en els quals es presenten el disseny i la configuració de diferents experiències de joc. Aquestes experiències van des de la seva creació en tallers fins a l'avaluació dels jocs pervasius. Alguns estaven orientats solament a les persones grans, ja sigui als domicilis o en residències de gent gran (Pérez et al., 2021; Bolaños et al., 2020; 2021; Nacimiento-García, 2021; Cerezo et al., 2020). En altres casos es van organitzar tallers intergeneracionals, tant amb jocs pervasius en l'espai interactiu de JUGUEMOS (Cerezo i Blasco-Serrano, 2019; Bacca et al., 2020) com en línia (Cerezo et al., 2023), en temps de pandèmia.

Són precisament algunes d'aquestes experiències les que es presenten en aquest article.

2. Experiències de joc intergeneracional

Els estudis (Costa i Veloso, 2016; Kolthoff et al., 2019) demostren que els videojocs poden ser una eina de cohesió que millora la socialització entre joves i persones grans. De fet, els jocs digitals poden ser individualment beneficiosos per a totes dues generacions. Per a les persones grans, poden millorar el funcionament cognitiu (Whitlock, et al., 2012), ajudar-les a superar els problemes de comunicació i l'aïllament social (Allaire, 2013), fomentar-ne l'exercici físic i prevenir les caigudes (Abeele i De Schutter, 2010). En el cas dels nins, els jocs digitals col·laboratius poden millorar-ne l'aprenentatge, l'adquisició d'habilitats i el desenvolupament saludable (Thai et al., 2009) i ajudar-los a desenvolupar la imaginació i la creativitat (Bredenkamp i Copple, 1997). A més, les interaccions intergeneracionals poden ser mútuament beneficioses per a tots dos col·lectius: trencant estereotips d'edat (Harwood, 2007) i contribuint a una societat més inclusiva (Uhlenberg, 2000). Malgrat tot això, el nombre de projectes centrats en jocs intergeneracionals és escàs. El projecte PERGAMEX, i més concretament l'AffectiveLab de la Universitat de Saragossa, ha tractat d'omplir aquest buit dissenyant experiències de joc intergeneracionals pervasives tant en un espai interactiu com en línia. Aquestes experiències ens han permès generar recomanacions per al disseny de jocs intergeneracionals.

2.1. Experiències de joc intergeneracional presencials: el viatge fantàstic

El viatge fantàstic és un joc inicialment dissenyat per a treballar l'atenció, la planificació i les habilitats socials amb nins amb TDAH, desenvolupat pel Grup AffectiveLab de la Universitat de Saragossa amb el suport d'educadors i terapeutes (Cerezo et al., 2022). El joc ha estat dissenyat per a ser jugat a l'espai interactiu JUGUEMOS (Bonillo et al., 2019). Es tracta d'un espai interior d'uns 70 m² que inclou un sistema de localització en temps real, dos Kinects (per a donar suport a la interacció gestual), micròfons i projectors. També inclou quatre taules interactives tangibles NikVision que han demostrat utilitat perquè els nins millorin les seves habilitats cognitives, manipulatives i socials (Marco et al., 2013).

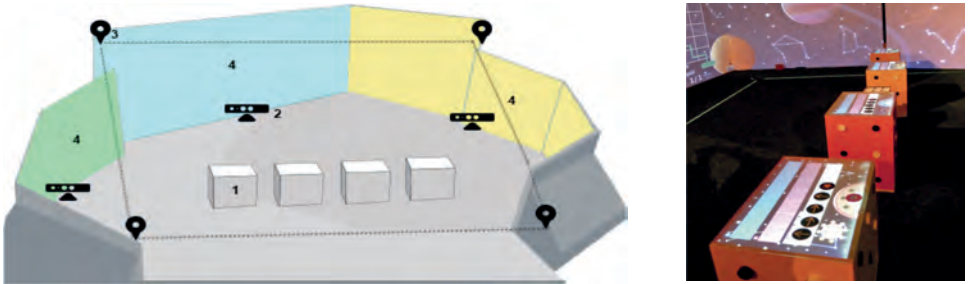


Figura 1. Esquerra: espai interactiu JUGUEMOS (1: taules interactives; 2 Kinects; 3 sistema de localització; 4 pantalles de projecció). Dreta: taules interactives NikVision



Figura 2. Esquerra: missió basada en les taules interactives tangibles. Dreta: missió basada en Kinect (gestos)

El viatge fantàstic és un joc d'aventures en el qual la protagonista ha d'avançar al llarg d'una història interactuant amb diferents personatges i objectes. És un joc multijugador, per a fins a setze jugadors organitzats en quatre grups. El joc està pensat per a jugadors inexperts que no necessiten familiaritzar-se amb les regles del joc ni amb l'entorn. Durant la partida els grups han de col·laborar per a ajudar la protagonista a completar les deu missions que formen el viatge. En aquestes missions els jugadors han de desplaçar-se per l'espai interactiu per a trobar objectes, han d'interactuar (figura 2) o bé amb les taules interactives tangibles, o bé utilitzant el seu propi cos (la seva posició en l'espai o els gestos corporals) i/o la seva veu. Podeu trobar més detalls sobre el joc a Cerezo et al. (2022).

Es van fer diverses sessions de joc (Nacimiento-García et al., 2021), en les quals les famílies jugaven durant aproximadament una hora. Durant les sessions es van dur a terme observacions en les quals es van posar de manifest alguns aspectes interessants:

- Respecte a la participació: en general, tots, tant padrins com nets, van ajudar i van facilitar que tots poguessin veure el que ocorria i participar en les activitats del joc.
- Quant al lideratge: els nins feien propostes i els padrins observaven o ajudaven. Quan els nins no feien les activitats, llavors els padrins començaven a actuar i a prendre decisions.
- Quant a la mediació: els padrins proporcionaven als nins els materials necessaris per a jugar-hi. Donaven instruccions i consells quan els nins s'encallaven.

En realitat, es va observar que les interaccions eren clarament asimètriques, de manera que els padrins actuaven durant tot el joc com a suport dels nets. De fet, el mediador del joc havia d'animar les persones grans a adoptar un paper més actiu en les missions.

Quant a diferències trobades segons les missions proposades, ens vam adonar que utilitzar un joc basat en una activitat familiar per a les persones més grans els permetia mostrar-se com a «mestres» i als més petits, veure'ls com a experts, cosa que ajudava a trencar estereotips. Per contra, aquelles activitats en les quals les persones grans veuen que els nins són més capaços (usar un Kinect) els fan assumir un paper més passiu. En qualsevol cas, l'experiència va ser valorada molt positivament per tots dos grups d'edat: tots van coincidir que s'ho havien passat bé i van agrair l'oportunitat de jugar junts.

Cal remarcar que, sobre la base de l'experiència anterior, es van reproduir taules equivalents a les que havia desenvolupat el Grup AffectiveLab a la UGI VIA de la UIB. En aquesta experiència es van desenvolupar diversos videojocs tangibles per a aquests

dispositius complint les normes d'accessibilitat universal. Els videojocs van ser validats amb un conjunt ampli d'usuaris i van donar uns valors d'usabilitat molt bons.

2.2. Experiències de joc intergeneracional en línia: el jardí dels teus somnis

A causa de la pandèmia, vam haver de canviar les nostres experiències intergeneracionals presencials anteriors per altres en línia perquè padrins i nets poguessin continuar jugant junts. Durant els primers mesos de la pandèmia vam distribuir una enquesta entre les famílies. Els padrins afirmaven que podien parlar sovint amb els seus nets, però trobaven a faltar la possibilitat de compartir-hi temps i activitats i d'entaular-hi converses més llargues. Així que es va decidir dissenyar una experiència per a contar històries en línia que fomentés la comunicació familiar i la diversió conjunta. La interfície havia de ser prou senzilla perquè pogués ser manipulada per padrins i nets petits estant cadascú a casa seva. El joc, anomenat *el jardí dels teus somnis*, es descriu breument a continuació (més detalls a Cerezo et al., 2023).

L'objectiu del joc és construir entre tots els participants el jardí dels seus somnis (amb piscina, barbaça, gandules, flors, jocs...). Per a això, és necessari obtenir punts que es guanyen endevinant si les històries contades per altres equips són reals o inventades i l'emoció que provoquen. Hi poden jugar fins a quatre equips, cadascun d'ells format, com a mínim, per un padrí i un net. El joc s'estructura en tres fases.

- Fase 1: els equips preparen la seva història (en sala privada). Per a definir les característiques de la història tiren tres daus: un per a decidir la categoria (pel·lícules, festes, vacances, anècdotes, esports, família, amics i jocs) i el tema (sis temes diferents per a cada categoria). Un altre dau s'usa per a decidir si la història ha de ser real o inventada. El darrer dau permet seleccionar una de les sis emocions universals d'Ekman: alegria, empipament, por, fàstic, sorpresa o tristesa. Una vegada llançats els tres daus, es dona un temps (uns cinc minuts) per a preparar la història. La història ha de ser contada per qualsevol dels membres de l'equip, nets o padrins (han d'anar girant en les successives rondes).
- Fase 2: contar les històries i obtenir els punts (en sala comuna). Els diferents equips s'alternen per a contar la seva història i els altres equips intenten endevinar tant l'emoció que desprèn la història com si la història és real o inventada. Els equips que endevinen correctament el tipus d'història (real/inventada) obtenen punts. Quan s'endevina correctament l'emoció, l'equip que conta la història també obté punts.

Les fases 1 i 2 es repeteixen almenys una segona i fins i tot una tercera o quarta vegada en funció del temps disponible o del que desitgin els equips.

- Fase 3: poblar el jardí amb els seus elements favorits. L'objectiu d'aquest pas és fomentar la comunicació intergeneracional entre tots els membres de l'equip i la col·laboració entre tots els participants, ja que la recompensa és comuna.

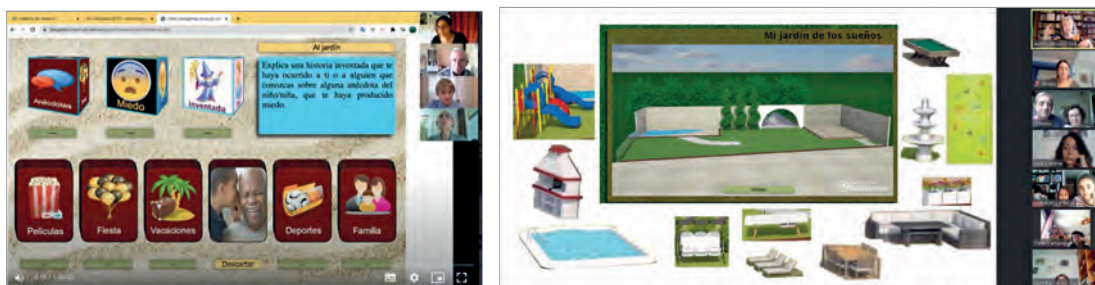


Figura 3. El jardí dels somnis: llançant els daus (esquerra); poblant el jardí (dreta)

Durant 2021 es van dur a terme diverses sessions de joc en línia (una sessió pilot i tres tallers). Hi van participar un total d'onze famílies; cada família estava formada per almenys un pare i un net. En el desenvolupament de l'experiència va caldre fer front a diversos reptes:

- Va ser difícil aconseguir que els padrins participessin en l'experiència. En el projecte pilot ens vam adonar que treballar amb mòbils i tauletes era tot un repte per a les persones grans, així que decidírem utilitzar ordinadors personals i portàtils, que no estan tan estesos entre ells; d'altra banda, a vegades, les persones que tenien dispositius no disposaven de bones connexions a Internet, i, encara que tinguessin tant dispositius com connexions, es mostraven reticents a jugar a jocs digitals amb els seus nets, ja que pensaven que no serien capaços de fer-ho. En aquest sentit, és fonamental organitzar alguna sessió prèvia perquè se sentin segurs i sàpiguen per endavant el que hauran de fer.
- Malgrat els nostres esforços i la prova prèvia amb padrins, la meitat d'ells van continuar experimentant alguns problemes tècnics durant la sessió de joc (amb la càmera, el micròfon o per a compartir pantalla). En general, els nets van intentar ajudar els seus padrins a superar el problema assumint el paper de mestres i facilitadors tecnològics. Es va fer evident que es necessiten interfícies d'usuari de videoconferència més senzilles i adaptades a totes les edats.
- Tant els padrins com els nets interactuaven per a ajudar, explicar i aclarir idees, però el paper assistencial dels padrins solia continuar sent predominant.

No obstant això, malgrat els reptes, van sorgir aspectes diferencials molt positius:

- Totes dues generacions van considerar que l'experiència els havia facilitat la relació amb l'altra generació i la possibilitat de descobrir aspectes de l'altra generació que desconeixien.
- Tant els padrins com els nets van destacar el treball en equip i l'ambient generat.
- Tant els padrins com els nets van valorar el fet de poder compartir temps i jugar entre ells i amb altres persones.

Per tant, creiem que val la pena l'esforç i que haurien de promoure's més experiències d'aquest tipus. Més enllà de la situació de pandèmia, aquestes experiències poden ser molt útils per a famílies separades geogràficament o que tenen persones grans vivint en residències.

2.3. Experiències de jocs seriosos amb robots socials

En el cas de videojocs seriosos mitjançant interacció multimodal, el projecte es va centrar a crear experiències que incloguessin combinacions de dispositius d'entrada de diferent naturalesa. En particular es va focalitzar en la captura de gestos i expressions facials dels usuaris i sistemes BCI (sigla en anglès de *brain-computer interaction*, «interfície cervell-ordinador»), sempre amb l'objectiu de possibilitar una interacció el més natural i adaptada possible entre l'usuari i el sistema informàtic.

De manera resumida, es van desenvolupar diverses aplicacions de reconeixement i classificació d'expressions que s'implementaven sobre un robot social (Ramis et al., 2022) i es fonamentaven en l'entrenament d'una xarxa neuronal perquè després sobre els usuaris el robot social fos capaç de determinar quina expressió tenia dins del videojoc proposat. Aquest treball està explicat més detalladament a Ramis et al. (2020).

Es va desenvolupar un comandament multimodal d'interacció que permet determinar la força, la posició i l'orientació de l'usuari, així com la freqüència cardíaca i l'electromiografia del braç (Becerra et al., 2021). Podeu veure una versió del comandament implementat en la figura 4. L'objectiu del comandament va ser integrar-lo en totes les aplicacions que requereixin un procés de rehabilitació motora.

Una de les experiències més rellevants ha estat l'aplicació de realitat augmentada per a recordar experiències i situacions importants de la pròpia vida. És una versió adaptada al context de la ciutat de Palma (Mallorca Go!). Aquí els usuaris grans poden usar l'aplicació i introduir-hi les seves experiències mitjançant marcadors sobre la càmera

del mòbil. A mesura que van recordant situacions i les comparteixen amb els seus companys, aconsegueixen recompenses. La figura 5 presenta un cas de selecció d'un dels escenaris i les seves funcionalitats.



Figura 4. Comandament multimodal per a videojocs seriosos (rehabilitació motora)



Figura 5. Pantalles d'àlbum, personal d'usuari i rànkning

En el camp de la integració de dispositius immersius de baix cost, es va desenvolupar una aplicació de realitat virtual i BCI per a determinar l'estat emocional dels usuaris i modular l'activitat cerebral. Ha estat avaluada per a modular la percepció del dolor en pacients o usuaris que presenten estats emocionals alterats (Perales et al., 2019). La figura 6 mostra la interfàç, els possibles modes i les variables mesurades.

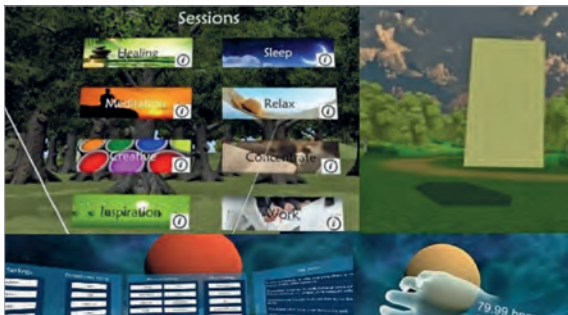


Figura 6. Tipus de sessions, entorns de realitat virtual, selector d'opcions i valors de la polsera biomètrica

En general, totes les experiències presentades amb el robot social gaudeixen d'una acceptació més alta per part de tots els usuaris, tant joves com adults.

El robot utilitzat en les darreres implementacions és el Pepper.⁵ Facilita la interacció mitjançant la veu i és capaç de reconèixer persones i també activar videojocs sobre la tauleta que té col·locada al pit. Un darrer exemple d'aplicació del robot social Pepper és la implementació del joc Cooking Game. En aquest treball, el robot social pretén motivar els usuaris fent receptes de cuina típiques de la regió. L'usuari és convidat a conèixer una recepta de cuina concreta popular i després ha de contestar un test sobre la recepta en què s'avalua la capacitat de recordar elements, quantitats i ordre dels productes utilitzats en la recepta. Aquesta aplicació ha estat validada en usuaris sense deteriorament cognitiu en una residència de la tercera edat. La figura 7 mostra alguns estats de l'aplicació.



Figura 7. a) Estats de Pepper en el joc Cooking Game

b) Versió amb avatar virtual

En general totes les experiències en què s'usen robots socials o interfícies «naturals» són ben rebudes i acceptades pels usuaris de qualsevol edat; per això, fomenten clarament aquesta interrelació. Els qüestionaris SUS utilitzats en cada aplicació revelen uns alts valors de satisfacció superiors a l'ús de dispositius convencionals com els ordinadors, les tauletes o els mòbils. En alguns casos no va ser possible utilitzar el robot pel seu cost econòmic i es van implementar solucions basades en avatars animats sobre plataformes mòbils més econòmiques (Mascaró et al., 2021).

2.4. Pautes per al disseny de jocs intergeneracionals

A partir de l'estudi de l'estat de la qüestió i de les nostres experiències hem arribat a unes recomanacions a l'hora de dissenyar experiències lúdiques intergeneracionals que es resumeixen en la taula següent.

5. <https://alisyrobotics.com/es/robots/robot-pepper>

1. Promoure interaccions simètriques, evitant que les persones grans hi assumeixin el paper de suport dels infants, perquè hi adoptin un paper més actiu.
2. Basar els jocs en activitats familiars per a les persones grans, de manera que hi adoptin un paper més actiu.
3. Proposar reptes que es puguin aconseguir junts i que siguin fàcils tant per als nets com per als padrins, sense exigir recursos personals que superin els uns o els altres.
4. Fer que la narrativa sigui la base de la mecànica del joc.
5. Tant els infants com els padrins han de tenir el control del que ocorre en el joc.
6. La durada del joc ha de ser adaptable, ja que als infants els agraden els jocs llargs, mentre que les persones grans prefereixen jocs més curts.
7. La interfície ha de ser senzilla i fàcil d'usar per a tots dos grups. A causa de les seves dificultats físiques i cognitives, les persones grans poden tenir dificultats per a entendre i utilitzar els dispositius dels jocs en funció de la tecnologia utilitzada. Els infants també poden tenir problemes quan la tecnologia no s'ajusta a la seva edat i a les seves capacitats.
8. El joc ha d'incloure sempre algun aspecte relacionat amb l'aprenentatge o ha de servir per a alguna cosa a tothom. El disseny del sistema ha de fomentar l'aprenentatge recíproc i la tutoria entre iguals.
9. Dissenyar jocs de col·laboració amb objectius comuns. Evitar la competició entre els dos participants del grup (persones grans-joves) i promoure la competició amb altres equips o amb el sistema. S'obtenen millors resultats quan existeix un rerefons col·laboratiu que fomenta la interacció entre persones grans i joves.
10. El joc ha de permetre que tant els infants com els padrins es diverteixin.
11. El joc ha de fomentar la interacció social i la comunicació entre grups d'edat.

3. Anàlisi de l'acceptació tecnològica i les tècniques de codisseny

3.1. Experiències de jocs basats en noves tecnologies. Anàlisi de l'acceptació tecnològica

Per a conèixer quins són els elements que afecten l'acceptació de la tecnologia per part de les persones grans dins del projecte, es van organitzar diverses sessions d'avaluació en un centre de dia i una residència de gent gran tant de Granada com de Melilla. Les sessions han consistit en una presentació inicial de la tecnologia (assistents virtuals, realitat virtual, sistemes domòtics, sistemes BCI...), seguida de l'aplicació de tècniques de codisseny per a l'obtenció de requisits i anàlisis d'expectatives d'ús i adopció de les tecnologies en situacions i aplicacions molt relacionades amb les persones grans, els seus gustos i les seves necessitats reals. Alguns exemples d'aplicacions i sistemes dissenyats han estat una aplicació per al monitoratge de les activitats de la vida diària de la gent gran usant els dispositius domòtics de l'habitatge (senyors de moviment,

botons wifi, detectors de presència...), un sistema per a la detecció de problemes cognitius en persones grans mitjançant jocs, un assistent virtual per a la comunicació i un sistema de joc basat en realitat virtual per a dur a terme activitats cognitives bàsiques, entre altres.



Figura 8. *Joc de reconeixement de tecnologia; prova d'un sistema BCI; avaluació de les ulleres de realitat virtual*

Un dels aspectes que afecten l'acceptació de la tecnologia és la seva adaptació i personalització a l'entorn en el qual s'usarà, per a la qual cosa cal tenir en compte aspectes de multiculturalitat, entre altres. Dins del projecte s'han fet experiències en altres països, com són Colòmbia o Xile. Una de les experiències es va dur a terme a la ciutat de Nariño (Colòmbia); en aquesta experiència es van fer diversos grups de treball, incloent-hi persones de diversos nivells educatius i situacions socials, i es va centrar l'avaluació en el potencial ús dels assistents virtuals. Un dels resultats interessants que es van obtenir va ser la necessitat d'adaptar elements del sistema al context en el qual serà usat, i sobre la base d'això es va dissenyar una coberta per al dispositiu Alexa amb la forma d'un conill porquí (CuyAlexa), animal que és fàcil de trobar a la zona on es va dur a terme l'experiència (Bolaños et al., 2020).



Figura 9. *Experiència d'avaluació de l'acceptació de la tecnologia; disseny del CuyAlexa*

En les anàlisis dutes a terme amb les persones grans es van discutir aspectes de les tecnologies basades en assistents virtuals, com la poca personalització d'aquests sistemes, la diferenciació de l'ús com a company, ajudant o element de suport, la capacitat reactiva dels dispositius, el tracte humanitzat dels assistents o la freqüència d'ús òptima d'aquests dispositius (Fraga et al., 2020).

3.2. Aplicació de tècniques de codisseny per al desenvolupament d'experiències lúdiques

Un dels objectius transversals del projecte ha estat integrar tècniques de codisseny als processos de desenvolupament de les experiències que s'han usat amb les persones grans. Per a això s'ha proposat un sistema de disseny basat en cartes denominat ADC-Toolkit (Fraga et al., 2020) i que té en compte aspectes tan importants com el disseny basat en valors (VSD), el disseny sensible al gènere, el disseny inclusiu i ètic. També incorpora mecanismes de ludificació per a afavorir-ne l'ús dins de sessions amb diversos usuaris. Per a dinamitzar l'ús del joc d'eines (o *toolkit*) s'ha proposat un «protocol de realització i anàlisi d'experiències lúdiques per a l'estudi de l'acceptació de tecnologies».

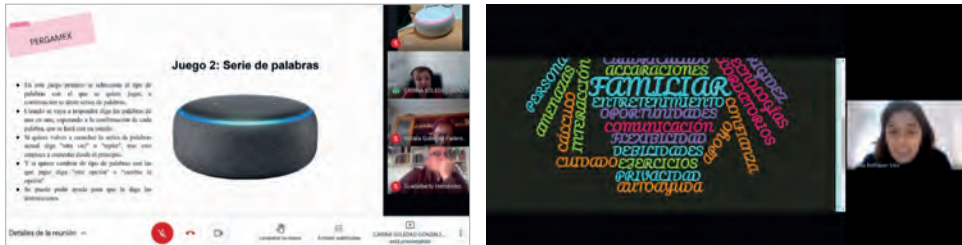


Figura 10. Aplicació del protocol en una sessió en línia d'avaluació d'assistents virtuals

El protocol inclou no només un procés d'actuació en les diferents sessions que s'han de dur a terme, sinó també un conjunt de qüestionaris per a l'anàlisi de propietats de qualitat com són l'acceptació/adopció tecnològica (Bolaños et al., 2020), la diversió (Salazar et al., 2023) i la motivació (Salazar et al., 2022) en persones grans. A causa dels problemes associats a la pandèmia es van haver de fer les experiències de prova en línia; per a això s'ha creat una eina en línia que incorpora sistemes de comunicació i participació en grup i que ha estat aplicada en un sistema de joc per a la construcció d'històries col·laboratives que utilitza una versió del joc d'eines de codisseny. Com a resultat final de les experiències de codisseny s'ha proposat un entorn de treball (o *framework*) de codisseny d'experiències lúdiques denominat ETHIX, que és una millora del sistema ADC-Toolkit i que ha estat validat i implementat en tallers amb persones grans usant assistents virtuals com a element tecnològic.

3.3. Monitoratge d'activitats de la vida diària

Un altre dels contextos en què s'ha plantejat l'ús de les experiències de joc per a afavorir l'envelliment actiu en adults grans i en què s'han aplicat les tècniques de codisseny ha estat la llar de les persones grans. S'ha partit de la idea que avui dia és fàcil que un habitatge posseeixi elements domòtics i que aquests dispositius (senyors de presència, botons wifi, sensors de proximitat...) permeten fer un monitoratge continu

de les diferents activitats que els adults grans duen a terme en la seva vida diària. Dins el projecte s'ha dissenyat i desenvolupat un entorn de monitoratge d'activitats de la vida diària que, mitjançant un sistema de configuració senzill, permet assignar sensors domòtics a les activitats que solen fer les persones grans al llarg de la vida (presa de medicaments, alimentació, realització d'activitats oci, neteja...), els quals, en alguns casos de manera automàtica i en altres mitjançant una petita intervenció de la persona gran, permeten controlar la realització d'aquestes activitats.



Figura 11. Joc col·laboratiu de creació d'històries i resultats d'una experiència en línia de codisseny

S'han desenvolupat diverses aplicacions per a la gestió i la configuració de les activitats i de l'entorn físic de la persona gran i per a la recepció per part de cuidadors i de familiars de notificacions associades a l'acompliment de les activitats. Per a facilitar l'acceptació d'aquesta tecnologia per part de les persones grans, s'han usat assistents virtuals tipus Alexa d'Amazon perquè, de manera poc intrusiva i mitjançant una interacció natural, puguin comunicar-se amb el sistema. Per a motivar l'ús del sistema s'han definit i aplicat diverses estratègies de ludificació (González i Navarro, 2021; Tavorda et al., 2020) que permeten enganxar les persones grans al sistema i millorar la seva vida a llarg termini.



Figura 12. Aplicació de gestió de les activitats de la vida diària

4. Conclusions i principals aportacions

L'objectiu general del projecte PERGAMEX ha estat el disseny d'experiències de jocs pervasius (que inclouen aspectes físics i socials del món real) per a tothom, centrant-se en les persones grans i fomentant les experiències intergeneracionals. De manera transversal s'han considerat durant el disseny de les experiències la perspectiva de gènere, l'ètica, el disseny basat en valor i l'aplicació de tècniques de cocreació.

Els principals resultats del projecte s'han centrat en els aspectes següents:

- La definició d'un marc de desenvolupament per a la creació d'experiències pervasives lúdiques cobrint tots els àmbits i les fases. El marc inclou la caracterització de les persones grans, un conjunt de recomanacions (*guidelines*) específiques, un joc d'eines per al disseny incliusu basat en cartes, una eina de cocreació i un conjunt d'instruments d'avaluació de les experiències que consideren els aspectes cognitius, afectius, d'usabilitat, de diversió i d'accessibilitat i l'acceptació tecnològica.
- L'aplicació de tècniques d'interacció natural en les experiències pervasives. En particular, la consideració d'interacció física, a través de dispositius d'interacció tangible, de la interacció multimodal amb agents corporis virtuals i orals amb assistents conversacionals.
- L'avaluació emocional multimodal amb avenços en el reconeixement de les expressions facials, especialment en les persones grans i en els infants, i en l'ús de dispositius fisiològics, amb el desenvolupament d'una plataforma de maquinari formada per sensors així com per algorismes d'aprenentatge automàtic (*machine learning*) per a la classificació emocional.
- La interacció humà-robot, amb la inclusió dels robots socials en les experiències amb gent gran.

S'han dissenyat experiències de joc i aplicacions ludificades per a persones grans (amb especial atenció en les persones grans fràgils) i grups intergeneracionals, per als dos contextos d'ús definits en el projecte: els espais socials (residències i espais públics) i les llars digitals.

La situació sanitària viscuda ha fet que part de les experiències hagin hagut de ser adaptades al context en línia, la qual cosa ha suposat un repte, en fer necessària l'adaptació de les eines utilitzades, dels protocols i dels instruments d'avaluació, però ha permès explorar un context d'ús no previst inicialment en el projecte.

Com a resultat final, volem indicar que hi ha un conjunt d'aplicacions operatives i multimodals disponibles per a ser transferides a empreses del sector socio sanitari. Podeu consultar els resultats del projecte a <www.pergamex.es>.

Agraïments

Aquest treball ha estat parcialment finançat pel Ministeri de Ciència i Innovació del Govern d'Espanya, a través dels projectes RTI2018-096986-B-C31 i RTI2018-096986-B-C32, i pel Govern d'Aragó, a través del projecte AffectiveLab-T60-20R. S'ha comptat també amb el suport del projecte Explaining —Explainable Artificial Intelligence Systems for Health and Well-being— (PID2019-104829RA-E0 / AEI / 10.13039 / 501100011033).



LOGO IDENTIFICADOR DEL PROJECTE

Referències bibliogràfiques

Abeele, V. V., i De Schutter, B. (2010). Designing intergenerational play via enactive interaction, competition and acceleration. *Pers Ubiquit Comput*, 14, 425-433.

Allaire, J. C., McLaughlin, A. C., Trujillo, A., Whitlock, L. A., LaPorte, L., i Gandy, M. (2013). Successful aging through digital games: Socioemotional differences between older adult gamers and non-gamers. *Computers in Human Behavior*, 29(4), 1302-1306.

Arango-López, J., Gallardo, J., Gutiérrez, F. L., Cerezo, E., Amengual, E., i Valera, R. (2017, setembre). Pervasive games: giving a meaning based on the player experience. *A Proceedings of the XVIII International Conference on Human Computer Interaction* (p. 9). ACM.

Arango-López, J., Gutiérrez Vela, F. L., Collazos, C. A., Gallardo, J., i Moreira, F. (2021). GeoPGD: methodology for the design and development of geolocated pervasive games. *Univ Access Inf Soc* 20, 465-477. <https://doi.org/10.1007/s10209-020-00769-w>

Bacca, F., Cerezo, E., Gil, R., Aguelo, A., Blasco, A. C., Coma, T., i Garrido, M. A. (2020, desembre). Intergenerational Playful Experiences Based on Digital Games for Interactive Spaces. *A International Conference on Design, Learning, and Innovation* (101-119). Springer, Cham.

Baldassarri, S., Passerino, L., Ramis, S., Riquelme, I., i Perales, F. J. (2021). Toward emotional interactive videogames for children with autism spectrum disorder. *Universal Access in the Information Society*, 20(2), 239-254.

Becerra, V., Perales, F. J., Roca, M., Buades, J. M. i Miró-Julià, M. (2021). A Wireless Hand Grip Device for Motion and Force Analysis. *Applied Sciences*, 11(13), 6036.

Benford, S., Magerkurth, C., i Ljungstrand, P. (2005). Bridging the physical and digital in pervasive gaming. *Communications of the ACM*, 48(3), 54-57.

Bolaños, M., Collazos, C., i Gutiérrez F. L. (2020). Reference Framework for Measuring the Level of Technological Acceptance by the Elderly: A Virtual Assistants Case Study. *Human-Computer Interaction Series*, CCIS 1334, Springer-HCI COLLAB, 203-212.

Bolaños, M., Collazos, C. A., i Gutiérrez, F. L. (2020). Adapting a Virtual Assistant Device to Support the Interaction with Elderly People. *A ICT4AWE* (291-298).

Bolaños, M., Collazos, C., i Gutiérrez, F. (2021). Reference framework for measuring the level of technological acceptance by the elderly: A case study of virtual assistants. *Tecnológicas*, 24(50), 223-238.

Bonillo, C., Marco, J., i Cerezo, E. (2019). Developing pervasive games in interactive spaces: the JUGUEMOS toolkit. *Multimedia Tools and Applications*, 78(22), 32261-32305. <https://doi.org/10.1007/s11042-019-07983-6>

Bredenkamp, S., i Copple, C. (1997). *Developmentally appropriate practice in early childhood education*. National Association for the Education of Young Children.

Cerezo, E., Aguelo, A., Coma, T., Gallardo, J., i Garrido, M. A. (2022). Working attention, planning and social skills through Pervasive Games in Interactive Spaces. *IEEE Transactions on Learning Technologies*. <https://doi.org/10.1109/TLT.2022.3155993>

Cerezo, E., i Blasco-Serrano, A. C. (2019). The Space Journey Game: An Intergenerational Pervasive Experience. *ACM CHI Conference on Human Factors in Computing Systems (CHI'19), Proc. CHI'19 Extended Abstract*. <https://doi.org/10.1145/3290607.3313055>

Cerezo, E., Bonillo, C., i Baldassarri, S. (2020). Therapeutic Activities for Elderly People based on Tangible Interaction. A *ICT4AWE* (p. 281-290).

Cerezo, E., Coma-Roselló, T., Aguelo, A., Blasco-Serrano, A. C., i Garrido, M. A. (2023). Exploring intergenerational interactions through an online storytelling experience. *IEEE Transaction on Learning Technologies*. <https://doi.org/10.1109/TLT.2023.3260955>

Costa, L., i Veloso, A. (2016). Being (Grand) Players: Review of Digital Games and their Potential to Enhance Intergenerational Interactions, *Journal of Intergenerational Relationships*, 14(1), 43-59. <https://doi.org/10.1080/15350770.2016.1138273>

Fraga, D., González, C. S., Gil, R., Paderewski, P., i Gutiérrez, F. L. (2020). *Inclusive Design Toolkit for the Creation of Intergenerational Gamified Experiences, Technological Ecosystems for Enhancing Multiculturality (TEEM'20) Gamification and Games for Learning (GAMILEARN)*

González, C. S., i Navarro, V. (2021) The limits of gamification. *Convergence*, 27(3), 787-804.

Harwood, J. (2007). *Understanding communication and aging: Developing knowledge and awareness*. Sage.

Kolthoff, T., Spil T. A., i Nguyen, H. (2019). The adoption of a serious game to foster interaction between the elderly and the youth. *A Proc. IEEE 7th International Conference on Serious Games and Applications for Health (SeGAH)*.

Marco, J., Baldassarri, S., i Cerezo, E. (2013). NIKVision: Developing a Tangible Application for and with Children. *J. UCS, 19(15)*, 2266-2291.

Mascaró, M., Serón, F. J.; Perales, F. J, Varona, J., i Mas, R. (2021). Laughter and smiling facial expression modelling for the generation of virtual affective behavior. *Plos One, 16(5)*, e0251057. <https://doi.org/10.3390/app11136036>

Medina, N. M., Gallardo, J., Cerezo, E., Gutiérrez, F, i Arango-Lopez, J. (2021). Hacia una propuesta de evaluación heurística de experiencias de juego pervasivas. *Revista de la Asociación Interacción Persona Ordenador (AIPO), 2(2)*, 42-53.

Montola, M. (2005, desembre). Exploring the edge of the magic circle: Defining pervasive games. *A Proceedings of DAC, 1966*, 103.

Nacimiento-Garcia, E., Gonzalez-González, C., Domínguez-Gutiérrez, D., i Gutiérrez-Vela, F. (2021). Pervasive gaming experiences to promote active aging using the virtual voice assistant Alexa. *A Ninth International Conference on Technological Ecosystems for Enhancing Multiculturality (TEEM'21)*, 189-194.

Perales, F. J., Riera, L., Ramis, S., i Guerrero, A. (2019). Evaluation of a VR system for Pain Management using binaural acoustic stimulation. *Multimed Tools Appl, 78*, 32869-32890. <https://doi.org/10.1007/s11042-019-07953-y>

Pérez, Á., Gallardo, J., Lacuesta, R., i Hernández, S. (2021). *A Pervasive Game for Elderly People with Augmented Reality: Description and First Validation*. A Proceedings of the 7th International Conference on Information and Communication Technologies for Ageing Well and e-Health (ICT4AWE 2021), pp. 103-109.

Ramis, S., Buades, J. M., i Perales, F. J. (2020). Using a social robot to Evaluate facial expressions in the wild. *Sensors, 20(23)*, 6716.

Ramis, S., Buades, J. M., Perales, F. J., i Manresa-Yee, C. (2022). A Novel Approach to Cross dataset studies in Facial Expression Recognition. *Multimedia Tools and Applications*, 1-38.

Salazar, J., Arango, J., Gutiérrez, F. L., i Moreira, F. (2023). Meaningful learning: Motivations of older adults in serious games. *A Universal Access in the Information Society*,

Special Issue on Sustainable development, usability, and accessibility in educational strategies during the global pandemic.

Salazar, J., Gutiérrez, F. L., Arango, J., i Paderewski, P. (2022). Clasificación de los tipos de jugadores en la población adulta mayor en sistemas basados en juego, *Revista de la Asociación Interacción Persona Ordenador (AIPO)*, 3(2).

Taborda, J. P., Arango, J., Gutiérrez, F. L., Collazos, C. i Moreira, F. (2020). Analyzing Effectiveness and Fun Through Metrics Applied to Pervasive Gaming Experiences. *Universal Access in the Information Society, Special Issue on New methods and technologies for enhancing usability and accessibility of educational data*, 20(3), 545-554.

Thai, A. M., Lowenstein, D., Ching D., i Rejeski, D. (2009). *Game Changer: Investing in digital play to advance children's learning and Health*. The Joan Ganz Cooney Center at Sesame Workshop.

Uhlenberg, P. (2000). Introduction: Why study age integration? *The Gerontologist*, 40(3), 261-266.

Whitlock, L. A., McLaughlin, A. C., i Allaire, J. C. (2012). Individual differences in response to cognitive training: Using a multi-modal, attentionally demanding game-based intervention for older adults. *Computers in Human Behavior*, 28(4), 1091-1096.

Autors

EVA CEREZO BAGDASARI

Llicenciada en Ciències Físiques i doctora en Enginyeria Informàtica per la Universitat de Saragossa. Catedràtica del Departament d'Informàtica i Enginyeria de Sistemes de la Universitat de Saragossa. Dirigeix el grup de recerca AffectiveLab, reconegut com a grup de recerca d'excel·lència pel Govern d'Aragó. Les seves àrees de recerca són la computació afectiva (en particular la detecció i l'anàlisi de l'estat emocional de l'usuari i el seu impacte en la interacció), els humans virtuals (especialment les seves capacitats afectives i cognitives de cara a la seva interacció amb l'usuari) i les interfícies tangibles. El grup és pioner a Espanya en la creació d'un dispositiu de sobretaula (*tabletop*) tangible (NikVision) orientat a nins petits i d'educació especial que ha estat reproduït a diverses institucions públiques i privades d'Espanya i Hispanoamèrica. És autora de més de 100 publicacions internacionals, que acumulen en conjunt més de 1.800 citacions. Ha participat de manera continuada en nombrosos projectes de recerca (nacionals, europeus, regionals i contractes d'R+D), en quatre dels quals n'ha estat la investigadora responsable. Els projectes dels darrers quinze anys s'han centrat en el desenvolupament d'interfícies accessibles, utilitzables, naturals i ludificades per a nins petits, nins amb necessitats especials (TDAH i TEA) i, en els darrers anys, gent gran i grups intergeneracionals, sempre amb un objectiu educatiu i/o terapèutic. Tota aquesta activitat investigadora l'ha portat a ser reconeguda per l'ACM (Association for Computing Machinery) com a membre sènior. Des d'aquesta organització va treballar activament en l'organització de la primera trobada ACM womENCourage Europe el 2014. El 1999 va ser una de les fundadores de MUCIT (Associació Regional de Dones en Ciència i Tecnologia), integrada actualment a AMIT. Va participar activament el 2008 en l'organització del primer GirlsDay organitzat a Espanya. Actualment és membre de la Comissió d'Igualtat i Diversitat de l'Escola Superior d'Enginyeria.

FRANCISCO LUÍS GUTIÉRREZ VELA

Professor titular del Departament de Llenguatges i Sistemes Informàtics de la Universitat de Granada. Dirigeix el grup de recerca en Especificació, Desenvolupament i Evolució de Programari (GEDES-TIC164) i coordina el Laboratori de Recerca en Videojocs i E-learning (LIVE) —<http://lsi.ugr.es/~jocs/>. Les línies de recerca en les quals ha treballat són: interacció persona-ordinador, disseny de sistemes interactius i col·laboratius, aprenentatge basat en jocs, anàlisi de la jugabilitat, ludificació, narrativa interactiva, disseny d'experiències de joc pervasives i interaccions socials amb robots. Gran part del seu treball de recerca ha consistit en l'aplicació del joc en totes les seves facetes i tota

diferents contextos, com l'ús dels jocs a les aules, els jocs com a ajuda a l'envelliment actiu dels adults grans o les experiències lúdiques en els entorns familiars mediatos per robots socials. Ha estat coordinador de diferents projectes de recerca nacionals i regionals, relacionats amb els temes abans descrits, el títol del darrer dels quals és: «PERGAMEX-ACTIVI. Disseny d'experiències de joc pervasives usant assistents virtuals per a promoure l'envelliment actiu en persones grans dins de l'entorn de la llar digital». És membre de la junta directiva de l'Associació Interacció Persona-Ordinador (AIPO) — <http://www.aipo.es>. Pel que fa a la docència, és professor d'assignatures com Disseny d'Interfícies d'Usuari o Disseny i Avaluació de Sistemes Programari Interactiu del grau i el màster d'Informàtica i Enginyeria de la Usabilitat (Màster de Desenvolupament de Programari de la Universitat de Granada).

FRANCISCO JOSÉ PERALES LÓPEZ

Llicenciat en Ciències (Secció Informàtica) per la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB) i doctor en Enginyeria Informàtica per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Catedràtic de Ciències de la Computació i Intel·ligència Artificial del Departament de Matemàtiques i Informàtica de la UIB. És especialista en l'àrea de gràfics i visió per ordinador i les seves aplicacions. Ha publicat 195 treballs de recerca en el camp de gràfics i visió per ordinador, intel·ligència artificial i interfícies d'usuari, videojocs, realitat virtual/realitat augmentada i neurociència. Participa activament en el desenvolupament de projectes nacionals i europeus d'R+D en el camp de les interfícies multimodals, els agents intel·ligents i els robots socials. Revisor de revistes internacionals; està afiliat a les societats IEEE, ACM-SIGGRAPH, SENC i AIPO. És membre sènior de l'IEEE i copresident general de l'AMDO (Articulated Motion and Deformable Objects) de la IAPR, que s'organitza bianualment a la UIB (2000-2018). És diplomad en estudis avançats en Medicina (DEA, UIB 2013) i ha cursat estudis del doctorat en Neurociències en el camp de la neurorehabilitació mitjançant BCI. Ha guanyat diversos premis de recerca nacionals i internacionals (ACCESS-IT 2009 Awards as «good practice label», Microsoft-Londres. i-ISIOTIS, Premi Nacional Agrupació-Mútua al treball científic en el camp de l'accessibilitat al projecte SINA Eyes, 2009, Best Collaborative Paper in ENACTIVE- IST 2002- 002114 Enactive Collaborative). Ha estat director de la Unitat de Recerca en Gràfics i Visió per Ordinador i Intel·ligència Artificial (UGIVIA) entre 1995 i 2022 i actualment és director de la UVJIA (Unitat d'Innovació en Videojocs i IA, UIB, abril 2022). Quant a la docència, és professor d'assignatures com Disseny d'Interfícies d'Usuari i Aplicacions Distribuïdes, i Informàtica Gràfica. També ha impartit classes en màsters oficials en l'àmbit de la intel·ligència artificial i de l'accessibilitat universal.

**PER UNA LLEI DE DRETS I
GARANTIES DE LES PERSONES
GRANS A LES ILLES BALEARS**

Per una llei de drets i garanties de les persones grans a les Illes Balears

Beatriu Gamundí Molina

Resum

La població de les Illes Balears va envellint, una realitat que significa que hi ha cada vegada més gent gran que necessita protecció i garantia dels seus drets. En aquest context, una llei de drets i garanties de les persones grans és essencial per garantir que aquest sector de la població rebi la cura i la protecció adequades. Una llei d'aquest tipus proporcionaria un marc legal sòlid per protegir els drets de la gent gran, la qual cosa inclou drets a la salut, a la participació social i política, i a la protecció contra la violència i el maltractament. A més, també pot incloure mesures per promoure l'autonomia i la independència de les persones grans, i garantir-ne l'accés a serveis i recursos que els permetin viure d'una manera digna i plena.

La implementació d'una llei de drets i garanties de la gent gran a les Illes Balears no estaria exempta de desafiaments, com la necessitat de recursos financers i humans i la resistència cultural. No obstant això, aquests obstacles no han de ser una excusa per a no avançar en la protecció dels drets d'aquest sector vulnerable de la població.

En conclusió, una llei de drets i garanties de la gent gran a les Illes Balears esdevindria crucial per garantir que aquest sector de la població rebi la cura i la protecció adequades. En proporcionar un marc legal sòlid per a la protecció dels seus drets, es pot garantir que aquest sector de la població rebi atenció en aquesta etapa de la vida.

Resumen

La población de las Islas Baleares está envejeciendo, una realidad que significa que hay cada vez más personas mayores que necesitan protección y garantía de sus derechos. En este contexto, una ley de derechos y garantías de las personas mayores es esencial para garantizar que este sector de la población reciba el cuidado y la protección adecuados. Una ley de este tipo proporcionaría un marco legal sólido para proteger los derechos de las personas mayores, lo cual incluye derechos en la salud, en la participación social y política, y en la protección contra la violencia y el maltrato. Además, también puede incluir medidas para promover la autonomía y la independencia de las personas mayores, y garantizar el acceso a servicios y recursos que les permitan vivir de manera digna y plena.

La implementación de una ley de derechos y garantías de las personas mayores en las Islas Baleares no estaría exenta de desafíos, como la necesidad de recursos financieros y humanos y la resistencia cultural. Sin embargo, estos obstáculos no tienen que ser una excusa para no avanzar en la protección de los derechos de este sector vulnerable de la población.

En conclusión, una ley de derechos y garantías de las personas mayores en las Islas Baleares es crucial para garantizar que este sector de la población reciba el cuidado y la

protección adecuados. Al proporcionar un marco legal sólido para la protección de los derechos de las personas mayores, se puede garantizar que este sector de la población reciba atención en esta etapa de la vida.

1. En què consisteix una llei de drets i garanties de les persones grans

A les Illes Balears, igual que en moltes altres regions del món, es produeix un important envelliment de la població. La població més gran de seixanta-cinc anys, a la nostra comunitat, presenta una diversitat molt rellevant entre el mateix col·lectiu, caracteritzat, principalment, per l'increment de l'esperança de vida.

A mesura que la població envelleix, es fa cada vegada més important protegir els drets i garanties de les persones grans, per assegurar l'atenció de les seves necessitats. La gent gran pot enfrontar-se a diferents reptes, com la discriminació, l'aïllament social, la solitud no desitjada, la falta d'accés a serveis i cures de qualitat, i la vulnerabilitat a la violència i l'abús.

Per aquesta raó, és fonamental que hi hagi una llei de drets i garanties per a la gent gran a les Illes Balears que estableixi normes i polítiques que promoguin la protecció dels seus drets i el seu benestar.

Aquesta llei podria establir un marc de protecció per a la gent gran que garanteixi els seus drets i que tingui en compte les seves necessitats i preferències individuals. La llei podria abordar un seguit de temes rellevants per a aquest grup social, com l'accés a serveis i cures de qualitat, la promoció de l'autonomia i la participació activa, la figura del defensor de les persones grans, la protecció contra la discriminació i l'abús, i l'atenció a les seves necessitats com discapacitats o malalties cròniques.

A més, una llei de drets i garanties per a les persones grans podria tenir un impacte en aquest grup social i en el fet de reconèixer la seva important contribució a la societat. Així mateix, una llei d'aquest tipus podria promoure un enfocament més humà i afavorir definitivament el model d'atenció centrat en la persona, així com l'atenció a les necessitats de les persones grans, la qual cosa podria millorar la qualitat de vida de tots els ciutadans, independentment de la seva edat.

1.1. Finalitat i drets que protegeix una llei de drets i garanties de les persones grans

Una llei de drets i garanties de les persones grans té com a objectiu principal promocionar el benestar personal i social del col·lectiu de la gent gran de les Illes Balears, la garantia

del ple exercici dels seus drets i l'assumpció de les seves responsabilitats, així com l'establiment d'un sistema integral d'atenció i protecció efectiu, que possibiliti un envelliment actiu i saludable, amb la participació de totes les administracions públiques de les Illes Balears i dels principals sectors i entitats socials i sindicals implicats.

Aquestes lleis solen incloure una àmplia varietat de drets, que poden variar segons el país o la regió on s'apliquen; en el cas de les Illes Balears, una llei d'aquest tipus podria incloure els drets següents:

- **Dret a la salut:** aquest dret implica garantir que les persones grans tinguin accés als serveis de salut que necessiten, incloent-hi atenció mèdica, tractaments, medicaments, cures paliatives i una mort digna. A més, la llei podria incloure mesures per prevenir la discriminació en l'atenció sanitària i promoure la salut i el benestar de la gent gran.
- **Protecció contra la violència i el maltractament:** aquest dret pretén garantir que les persones grans estiguin protegides contra qualsevol forma d'abús, maltractament, negligència o explotació. La llei podria incloure mesures per prevenir, detectar i denunciar aquests tipus de situacions, així com per oferir suport i protecció a les víctimes.
- **Participació social i política:** aquest dret comporta garantir que les persones grans puguin participar activament en la vida social, cultural i política de la comunitat. La llei podria incloure mesures per fomentar la participació de la gent gran en activitats comunitàries, així com per garantir que les seves opinions i necessitats siguin tingudes en compte en la presa de decisions, a través dels consells de participació de gent gran en els diferents àmbits territorials.
- **Dret a l'habitatge:** aquest dret delimita que les persones grans tinguin accés a un habitatge adequat i segur, que s'adapti a les seves necessitats i capacitats. La llei podria incloure mesures per prevenir la discriminació en l'habitatge i per promoure l'accés a opcions d'habitatge assequibles i de qualitat.
- **Dret a l'educació i la formació:** aquest dret defineix el fet de garantir que les persones grans tinguin accés a oportunitats d'aprenentatge i formació al llarg de la vida. La llei podria incloure mesures per fomentar l'educació i la formació de la gent gran, així com per eliminar les barreres que puguin limitar-ne l'accés a aquestes oportunitats, com la bretxa digital.
- **Dret a l'atenció presencial:** una de les conseqüències de la pandèmia ha estat l'aposta decidida per la digitalització. Per aquest motiu, cal establir un equilibri a la norma que permeti que no vagi en detriment del dret a l'atenció presencial, i

d'aquesta manera promoure l'atenció presencial en les diferents administracions de la comunitat autònoma, i també per part dels serveis privats financers i de telefonia.

- **Dret a la igualtat i a la no-discriminació (edatisme):** la llei ha de promoure mesures per lluitar contra la discriminació per motius d'edat.
- **Dret a la igualtat de gènere de les persones grans:** ha de garantir i promoure la igualtat efectiva entre dones i homes i mesures específiques per tal d'erradicar la violència masclista.
- **Dret a la integritat física, psíquica, social i moral:** les administracions públiques hauran de vetllar pel seu compliment i posar una atenció especial en situacions de violència, abandonó, o qualsevol altre tipus d'agressió física o psíquica.
- **Dret a un nou model residencial:** s'hauria d'establir un model de residències petites o mitjanes, amb residents més ben atesos, amb un èmfasi especial en la xarxa pública, amb presència a totes les Illes i amb un nou model d'inspecció.
- **Dret a la protecció i seguretat jurídica:** ha de preveure la creació de la figura del defensor de les persones grans i que aquesta, en tot cas, sigui assumida per la Sindicatura de Greuges, si és que se'n fa efectiu el nomenament. Igualment, en cas de situacions de maltractament, aquestes es comunicaran al ministeri fiscal.

Tots aquests drets es redueixen a un, el més rellevant de tots, **el dret a decidir la manera com una persona vol viure el seu propi envelliment, i el respecte absolut per part de la seva família i la comunitat, amb la capacitat de donar-hi respostes amb les màximes garanties.**

Aquests serien alguns dels drets més rellevants que una llei de drets i garanties de la gent gran podria incloure a les Illes Balears. En general, aquestes lleis tenen com a objectiu protegir els drets humans i la dignitat de les persones grans, i garantir que puguin viure amb seguretat, autonomia i benestar en totes les etapes de la vida.

2. Exemples destacats de lleis de drets i garanties de les persones grans d'àmbit estatal

Hi ha diversos exemples de lleis de drets i garanties de les persones grans arreu del món. Alguns exemples de països que han adoptat mesures legals per protegir la gent gran són:

- **Espanya.** Llei de protecció de les persones grans. Aquesta llei, aprovada el 2013, té com a objectiu garantir els drets de la gent gran i prevenir qualsevol forma de violència, maltractament o abús. A més, estableix mesures per promoure'n l'autonomia personal i la qualitat de vida, així com per fomentar-ne la participació activa en la societat.
- **Argentina.** Llei de protecció dels drets de les persones grans. Aquesta llei, aprovada el 2015, estableix la protecció integral de la gent gran en tots els aspectes de la seva vida, incloent-hi la salut, l'habitatge, el treball, la participació social i cultural, i l'accés a la justícia. A més, la llei estableix la creació d'organismes especialitzats en la protecció dels drets de les persones grans.
- **Portugal.** Estatut de l'ancià. Aquest estatut, aprovat el 1999, estableix un conjunt de mesures per protegir els drets de les persones grans, incloent-hi el dret a la vida, la salut, l'alimentació, l'habitatge, el treball i la participació en la vida social i cultural. A més, estableix mesures per combatre la discriminació i l'abús envers aquest grup social.
- **Estats Units.** Older Americans Act. Aquesta llei, aprovada el 1965, estableix un conjunt de mesures per millorar la qualitat de vida de la gent gran als Estats Units. La llei estableix programes d'assistència social, d'atenció mèdica, de nutrició i de transport, entre d'altres, per millorar-ne la qualitat de vida i fomentar-ne la participació activa en la societat.
- **Japó.** Llei per a la promoció del benestar de les persones grans. Aquesta llei, aprovada el 2006, té com a objectiu promoure el benestar de la gent gran al Japó i estableix mesures per garantir-ne la seguretat, la salut, l'habitatge i la participació activa en la societat. A més, la llei preveu la creació de programes per fomentar-ne la vida activa i l'autonomia.

Aquests són només alguns exemples de lleis de drets i garanties de la gent gran en diferents parts del món.

Aquestes lleis tenen com a objectiu protegir un sector vulnerable de la població i garantir el respecte dels seus drets, promovent una societat més inclusiva i justa per a tots els habitants de cada un dels territoris esmentats anteriorment.

3. Exemples destacats de lleis de drets i garanties de les persones grans en l'àmbit autonòmic

Les comunitats autònomes, a través del seu ordenament jurídic, han anat incorporant drets en favor de la gent gran al llarg de les dues darreres dècades. Podem veure la seva evolució a través de les lleis següents:

- **Llei 6/1999, de 7 de juliol, d'atenció i protecció a les persones grans (Andalusia).** Estableix en el seu marc normatiu el dret a la protecció econòmica, l'assistència sanitària, la coordinació entre el sistema públic de salut i serveis socials i el gaudi d'un habitatge digne i de condicions urbanístiques adequades.
- **Llei 7/1991, de 5 d'abril, d'assistència i protecció a l'ancià, modificada el 2014 (Astúries).** Fa un recull de drets de la gent gran i crea la figura del lletrat defensor de l'ancià com a òrgan administratiu competent en la defensa dels drets de les persones grans.
- **Llei foral 8/2019, de 13 de març, dels drets i l'atenció a les persones grans (Navarra).** Aquesta llei té com a propòsit reconèixer i garantir els drets de la gent gran a Navarra. Aborda aspectes com l'atenció sanitària, l'atenció domiciliària, els serveis d'oci i cultura, i la protecció enfront del maltractament i l'abús.

4. Nous desafiaments per a la implementació i l'actualització d'una llei de drets i garanties de les persones grans

La implementació d'una llei de drets i garanties de la gent gran pot ser un desafiament en si mateixa, ja que sovint s'enfronta a diversos obstacles. Aquests obstacles poden incloure problemes econòmics, polítics i culturals que han de ser superats per garantir que la llei sigui efectiva i pugui protegir adequadament la població gran.

Un dels reptes principals és la necessitat de recursos financers i humans per implementar-la. La llei requereix un pressupost adequat per ser efectiva i, sovint, pot haver-hi limitacions en termes de fons disponibles. Per tant, també s'hauria de blindar aquest aspecte a la norma amb les màximes garanties.

A més, la llei ha de disposar del personal capacitat i suficient per fer complir els drets i garanties que s'hi estableixen, la qual cosa pot ser un desafiament en si mateix.

Un altre repte important és la resistència cultural. La discriminació per motius d'edat pot estar profundament arrelada en la societat, la qual cosa pot dificultar la implementació efectiva d'una llei de drets i garanties de la gent gran. Les actituds negatives cap a aquest grup social poden dur a la falta de suport públic i polític de la llei, i poden ser un obstacle per a l'acceptació generalitzada dels seus objectius.

La coordinació entre els departaments governamentals, organitzacions no governamentals i altres actors és fonamental per a l'èxit d'una llei d'aquest tipus, i la falta de col·laboració efectiva pot dificultar-ne la implementació.

Conclusions:

- Una llei de drets i garanties de la gent gran és crucial per protegir aquest sector vulnerable de la població i garantir el respecte dels seus drets. Aquest reglament inclou una sèrie de drets fonamentals, com el dret a la salut, la protecció contra la violència i el maltractament, i la participació social i política, entre d'altres.
- La implementació d'una llei d'aquest tipus a les Illes Balears no és fàcil i presenta diversos desafiaments, com la necessitat de recursos financers i humans, i la resistència cultural. No obstant això, aquests reptes no han d'impedir que s'avanci en la protecció dels drets de la gent gran.
- Hi ha exemples de lleis d'aquest tipus en diferents països del món i en l'àmbit autonòmic, i aquests poden servir de model per a la creació d'una llei de drets i garanties de la gent gran a les Illes Balears.

En definitiva, és important reconèixer la importància que hi hagi una llei de drets i garanties de les persones grans a les Illes Balears per protegir-les i garantir-ne la dignitat i el benestar. La societat ha de treballar per assegurar que els drets de la gent gran es respectin i protegeixin adequadament, i això inclou l'establiment d'una legislació efectiva que els protegeixi i els promogui.

Agraïments

A totes les persones grans de les Illes Balears.

Referències bibliogràfiques

Llibres

Romeo, C. M. (coord.) (2021). *Tratado de derecho y envejecimiento. La adaptación del derecho a la nueva longevidad*. Escuela de Pensamiento, Fundación Mutualidad Abogacía.

Revistes

García, A. i García, R. (2020). Las políticas públicas para la protección de los derechos humanos de las personas mayores en América Latina: avances y desafíos. *Revista Latinoamericana de Políticas y Administración Educativa*, 8(15), 51-72.

Weidulaufer, C. i Trufello, P. (2019). *Estatutos de derechos y garantías de las personas adultas mayores en el derecho internacional comparado*. Biblioteca del Consejo Nacional de Chile.

Revista Española de Geriatria y Gerontología (1999). Carta de derechos para las personas mayores. *Documento aprobado por el Consejo de la Región Europea de la IAG. Adelaida*, 1997. 34(4), 195-198.

Pàgines web

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). Derechos de las personas mayores. Retos para la interdependencia y la autonomía. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/41471/4/S1700838_es.pdf

Consejo de Europa. (2009). Recomendación CM/Reguera (2009)2 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre la protección de los derechos humanos de las personas mayores. <https://www.coe.int/es/web/human-rights-channel/-/cm-rec-2009-2>

Gobierno de España. (2018). Estrategia Nacional de Personas Mayores. https://www.imsero.es/interpresent1/groups/imsero/documents/binario/estrategia_personas_mayores.pdf

Naciones Unidas. (2011). Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad. <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>

Organización Mundial de la Salud. (2015). Envejecimiento y salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización de Estados Americanos (OEA). (2015). Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

https://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_a-70_derechos_humanos_personas_mayores.asp

Parlamento Europeo. (2013). Recomendación del Parlamento Europeo a la Comisión sobre los derechos de las personas mayores.

<https://www.europarl.europa.eu/sides/getdoc.do?type=ta&reference=p7-ta-2013-0446&language=es>

Parlamento Europeo. (2021). Informe sobre la situación de los derechos fundamentales en la Unión Europea (2019-2020). https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/a-9-2021-0219_es.html

Plan de acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. (2002). <https://www.un.org/esa/socdev/ageing/documents>

Lleis i documents legals

Llei 7/1991, de 5 d'abril, d'assistència i protecció de la persona gran. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 121, de 21 de maig.

Llei 3/1996, de 11 de juliol, de participació de la gent gran i de la solidaritat entre generacions. *Butlletí Oficial de l'Estat*, núm. 188, de 5 d'agost.

Llei 6/1999, de 7 de juliol, d'atenció a les persones majors d'Andalusia. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 87, de 29 de juliol.

Llei 22/2002, de 16 d'octubre, de modificació de la denominació del «Consejo Aragonés de la Tercera Edad» per la de «Consejo Aragonés de las Personas Mayores», a la Llei 3/1990, de 4 d'abril, del Consejo Aragonés de la Tercera Edad. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 260, de 30 d'octubre.

Llei 5/2003, de 3 d'abril, d'atenció i protecció de la gent gran de Castella i Lleó. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 108, de 6 de maig.

Carta de drets i deures de la gent major de Catalunya. Acord de govern de 8 d'octubre de 2003.

Llei 9/2004, de 7 de desembre, del Consell Valencià de Gent Gran. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 16, de 18 de gener de 2005.

Ley Nacional de Protección de los Derechos de las Personas Mayores, Gobierno de la República Argentina, 2015.

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. *Butlletí Oficial de l'Estat*, 299, de 15 de desembre.

Llei 5/2017, de 28 de març, de promoció de l'envelliment actiu i de la prevenció de la dependència a les Illes Balears. *Butlletí Oficial de les Illes Balears*, 45, de 30 de març.

«Leyes y políticas para personas mayores», Organización Panamericana de la Salud, 2019.

«El derecho a la protección de las personas mayores: marco legal y experiencias en la región», CEPAL, 2019.

Proposta de la Llei de gent gran de Catalunya, de 21 de novembre de 2022. PSC.

Informes

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2018). *Estudio sobre la situación de las personas mayores en España*. Madrid.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2019). *Estrategia Nacional de Personas Mayores 2019-2023*.

Observatorio Estatal de la Dependencia. (2020). *Informe Anual sobre la Situación de la Dependencia en España*.

Instituto Nacional d'Estadística (INE). (2021). *Cifras de Población y Cifras de Envejecimiento*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. Naciones Unidas.

Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. (2002). Nueva York: Naciones Unidas.

Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC). Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS). *Un perfil de las personas mayores en España. Envejecimiento en red*, septiembre de 2022.

Autora

BEATRIU GAMUNDÍ MOLINA

Muro (1983). Llicenciada en Pedagogia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Mestra d'Educació Especial pel Centre d'Ensenyament Superior Alberta Giménez (CESAG). Especialista en avaluació infantil (TEA). La seva trajectòria està lligada a l'àmbit polític i institucional de les Illes Balears, en què ha desenvolupat diverses àrees de responsabilitat lligades a les polítiques de serveis socials, drets humans i salut: diputada de la X legislatura del Parlament de les Illes Balears. Actualment, consellera electa del Consell Insular de Mallorca.



G CONSELLERIA
O FAMÍLIES
I I AFERS SOCIALS
B DIRECCIÓ GENERAL
/ AFERS SOCIALS

Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2023**

 **IMAS**
Departament de
Benestar Social
Consell de Mallorca

 **Colonya**
Fundació Guillem Cifre