

**PROGRAMES D'INTERVENCIÓ
COMUNITÀRIA EN VELLESA I FAMILIA**

Programes d'intervenció comunitària en vellesa i família

Bartomeu J. Barceló Guinard

Robert Fernández Garcia

Catalina Garcia Garí

Maria Isabel Cuart Sintès

Resum

Després de més de quinze anys fent feina en el disseny i l'aplicació de diversos programes comunitaris per a persones grans, familiars curadors i professionals dels serveis d'atenció social primària, volem presentar alguns dels resultats i consideracions que hem pogut extreure d'aquesta experiència. La nostra finalitat és poder conèixer més i més bé l'aplicació dels programes preventius per a la vellesa i la família des d'un model d'intervenció basat en la comunitat i des de plantejaments psicosocials i educatius.

En aquest sentit, al llarg del text es descriuen i analitzen les principals circumstàncies que envolten l'envelliment en la societat actual. La nostra intenció és mostrar diversos temes estratègics al voltant dels quals es poden dissenyar els programes comunitaris:

- Augment de l'esperança de vida, que implica també un augment de les demandes socials i econòmiques.
- Feminització de l'envelliment.
- Modificació de la tipologia familiar i de les relacions entre els seus membres, amb l'augment considerable del risc de desprotecció i abandonament, així com la proliferació preocupant de la violència envers les persones grans.
- Aparició i increment sostingut de la síndrome del familiar curador i els seus costos econòmics i socials en forma de saturació dels sistemes de salut i serveis socials.

Aquesta realitat ens aboca, més que mai, a la necessitat de programes d'intervenció comunitària de caire preventiu que facin possible un envelliment digne i que conservin, tant com sigui possible, la qualitat de vida i la integració familiar i comunitària.

La Llei per a la promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (Llei 39/2006) proporciona un marc legislatiu privilegiat per impulsar la intervenció comunitària mitjançant programes preventius. Les administracions públiques haurien de promoure la difusió i posada en marxa d'aquests programes tot optimitzant els recursos econòmics, socio-sanitaris i educatius per tal que aquest model d'intervenció deixi de ser una declaració de bones intencions i esdevingui una realitat ferma, decidida i, per damunt de tot, valenta.

Resumen

Después de más de quince años trabajando en el diseño y la aplicación de diversos programas comunitarios para las personas mayores, familiares cuidadores y profesionales de los servicios de atención social primaria, queremos expresar algunos de los resultados y consideraciones que hemos podido extraer de esta experiencia. Nuestra finalidad es poder conocer más y mejor la aplicación de los programas preventivos para la vejez y la

familia desde un modelo de intervención basado en la comunidad y desde planteamientos psicosociales y educativos.

En este sentido, a lo largo del texto se describen y analizan las principales circunstancias que envuelven el envejecimiento en la sociedad actual. Nuestra intención es mostrar diversos temas estratégicos alrededor de los cuales se pueden diseñar los programas comunitarios:

- Aumento de la esperanza de vida, que implica también un aumento de las demandas sociales y económicas.
- Feminización del envejecimiento.
- Modificación de la tipología familiar y de las relaciones entre sus miembros, con el aumento considerable del riesgo de desprotección y abandono, así como la proliferación preocupante de la violencia en relación a las personas mayores.
- Aparición e incremento sostenido del síndrome del familiar cuidador y de sus costes económicos y sociales en forma de saturación de los sistemas de salud y servicios sociales.

Esta realidad nos aboca, más que nunca, a la necesidad de programas de intervención comunitaria de estilo preventivo que hagan posible un envejecimiento digno y que conserven, tanto como sea posible, la calidad de vida y la integración familiar y comunitaria.

La Ley para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Ley 39/2006) proporciona un marco legislativo privilegiado por impulsar la intervención comunitaria mediante programas preventivos. Las administraciones públicas tendrían que impulsar la difusión y puesta en marcha de estos programas optimizando los recursos económicos, sociosanitarios y educativos para que este modelo de intervención deje de ser una declaración de buenas intenciones y se convierta en una realidad firme, decidida y, por encima de todo, valiente.

1. La intervenció comunitària amb persones grans

La intervenció comunitària amb persones grans inclou el conjunt d'iniciatives per millorar el procés d'adaptació de la persona gran en el seu procés d'envelliment per mantenir i millorar la seva qualitat de vida. Aquest tipus d'intervenció té un paper molt important en la prevenció o el retard dels signes i limitacions propis de la dependència. En aquest sentit, ja a la primera Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut, que es va dur a terme a Ottawa el novembre de l'any 1986, es va reconèixer la necessitat d'un compromís per tal de donar suport a les persones grans i capacitar-les per mantenir la seva salut i es va considerar aquesta tasca de promoció com un gran repte i una gran inversió social.

Els principals programes que es duen a terme en l'actualitat es realitzen des d'un vessant social, sanitari i/o educatiu.

1.1. L'àmbit social

1. Des de l'àmbit dels serveis socials s'ha demostrat que els programes d'intervenció comunitària amb persones grans, orientats a donar-los suport social per tal que puguin continuar a la seva llar i al seu entorn comunitari, tenen un impacte positiu a la seva vida. Com a exemple per evidenciar aquest fet, citam l'experiència de Shapiro i Taylor (2002), que realitzaren un estudi en què examinaren els efectes d'un programa d'intervenció comunitària sobre el benestar subjectiu, la institucionalització permanent i el risc de mortalitat en persones grans amb pocs recursos econòmics. L'estudi es va fer amb persones grans que estaven en llista d'espera per rebre atencions socials a l'estat de Florida, als Estats Units. La mostra va ser de cent cinc persones grans, quaranta al grup experimental i seixanta-cinc al grup control. La intervenció va consistir en la implementació de diferents serveis de suport: treballadors familiars, menjar a domicili, ajut amb les tasques domèstiques, teleassistència, suport a la cura personal, serveis de respir, subministrament de medicaments i transport mèdic. L'aplicació es duia a terme prèvia valoració feta per una infermera; la planificació de cures en funció d'aquesta valoració era realitzada entre els usuaris, la infermera i els curadors. La durada de la intervenció va ser de divuit mesos.
2. Els resultats de la intervenció mostren un benestar subjectiu més gran (puntuacions més baixes als qüestionaris de depressió, relacions socials més satisfactòries, un control més gran del context i una més gran satisfacció vital), menys institucionalitzacions i morts al grup experimental que al grup control. A més, la intervenció va resultar més econòmica per a cada usuari que la despesa mitjana per als usuaris grans dels serveis socials de Florida.¹

1.2. L'àmbit sanitari

1. Els programes d'intervenció comunitària des de l'àmbit sanitari tenen com a objectiu promoure hàbits i estils de vida saludables, així com millorar la funció física de les persones grans per tal que puguin mantenir-se autònomes el màxim de temps possible. L'eficàcia d'aquest tipus d'intervenció ha estat valorada en diferents estudis. Beswick [et al.] (2008) realitzaren una metaanàlisi de vuitanta-nou estudis que avaluaven els efectes de diferents intervencions comunitàries adreçades a preservar la funció física i l'autonomia de la gent gran. El nombre de persones estudiades, considerant

¹ A les Illes Balears, els costos que representen els serveis comunitaris per atendre la dependència (serveis d'ajuda a domicili i centres de dia) són només un 27% del cost total dels serveis assistencials i atenen el 72% dels usuaris (Barceló 2008).

la totalitat dels treballs, fou de 97.984 persones. Els principals resultats mostren que les intervencions comunitàries redueixen el risc de caigudes i d'ingressos hospitalaris i milloren la funció física dels participants.

2. Quant als beneficis de la realització d'exercici aeròbic per part de la gent gran, recents estudis (Colcombe, Kramer 2003; Etnier [et al.] 2006; Hillman [et al.] 2008; Kramer, Erikson 2007; citats per Green, Bavelier 2008), mostren que aquest tipus d'intervenció no solament millora la salut física, sinó també el rendiment cognitiu i produeix canvis neuroanatòmics com l'increment de la matèria grisa a les àrees prefrontals i temporals, canvis en el volum sanguini cerebral de l'hipocamp i de l'activitat funcional cerebral a diverses àrees, com el còrtex parietal superior i el còrtex cingulat anterior. Això vol dir que una intervenció dirigida a promoure l'activitat física de les persones grans millora les seves capacitats funcionals i cognitives, fet que contribueix a mantenir la seva autonomia.

1.3. L'àmbit educatiu

1. Des de l'àmbit educatiu, les principals intervencions comunitàries han estat adreçades, per una banda, a preservar el màxim de temps possible les habilitats cognitives i, per una altra, a potenciar la interacció social i la participació comunitària de les persones grans, així com també a reforçar la seva formació continuada. Per la gent gran «l'educació pot desenvolupar una funció fonamental i ho ha de fer, atès que les investigacions i experiències que hi ha amb relació a aquest aspecte ens demostren que és així» (Orte, March 2008, pàg. 185).
2. Quant als programes orientats al manteniment de les funcions cognitives, cal destacar que els darrers anys s'han desenvolupat una gran quantitat d'intervencions no farmacològiques. L'efectivitat preventiva d'aquest tipus d'intervenció no ha estat valorada de manera gaire clara, com indiquen Papp, Walsh i Zinder (2009), els quals revisaren els estudis publicats entre 1992 i 2007 que tractaven de les intervencions cognitives a persones grans sanes. Els interessava comparar la seva eficàcia sobre les diferents àrees cognitives i funcionals, així com plantejar diverses recomanacions. Gran part d'aquests estudis tenen limitacions metodològiques, com l'absència de grup control o de seguiment. També varen detectar que no es generalitzaven les habilitats entrenades a la vida diària dels participants. Per tal d'afavorir la generalització de les capacitats treballades al programa d'intervenció, aquests autors recomanen ampliar el ventall d'habilitats a treballar, incloent l'entrenament psicossocial.
3. Novoa, Juárez i Nebot (2008) també han realitzat una revisió de diversos estudis publicats a partir de l'any 1990, per tal de valorar si les persones de més de cinquanta-

cinc anys són susceptibles de millorar el rendiment cognitiu, concretament la memòria objectiva i subjectiva a curt i llarg termini, per mitjà d'un programa adequat d'intervenció, així com la transferència de les millores a altres processos cognitius. Varen seleccionar els onze estudis que presentaven més rigor metodològic. Quasi la totalitat dels treballs mostraren una millora en la memòria objectiva recent. Quan les sessions es realitzaren individualment i no en grup no es detectaren millores. Els resultats més bons es varen mostrar en les intervencions amb una durada de seixanta a noranta minuts. Tan sols un estudi mostrava la generalització de rendiments a altres àmbits cognitius. En aquest sentit, Green i Bavelier (2008) afirmen que a molts d'estudis fets sobre programes preventius d'intervenció cognitiva es detecten millores a les habilitats entrenades, però que aquestes no es transfereixen a altres àmbits. Com a proposta per superar aquesta mancança, proposen que la intervenció sigui més global, en un context més natural i que treballin diferents habilitats de manera transversal, com succeeix a la vida quotidiana.

4. Cal esmentar també els programes de prevenció comunitària dirigits a l'entorn que ofereix suport i atenció a les persones grans, és a dir, els professionals i els familiars. En aquest sentit, cal esmentar com a exemple d'intervenció efectiva un programa d'intervenció dirigit a entrenar els curadors per identificar i modificar els problemes de conducta de les persones amb Alzheimer. Així mateix, promoure la realització d'un mínim diari de trenta minuts d'exercici millora de manera significativa la salut física i la depressió de persones amb Alzheimer (Montorio 2007).
5. Tal i com indiquen Triadó i Villar (2006), el context d'aquests tipus de programes facilita un espai d'interrelació social en el qual es comparteixen vivències personals, que esdevenen un element també socioterapèutic i en el qual es treballen conjuntament aspectes afectius, socials, cognitius i metacognitius de manera global i integrada.
6. Veiem, doncs, que els programes de prevenció comunitària són més efectius quan s'intervé mitjançant el grup i quan es potencien les habilitats cognitives, emocionals i socials de manera global. En aquest sentit, cal esmentar el programa de suport psicosocial i educatiu a l'envelliment de l'Institut Mallorquí d'Assistència Social, que amb els tallers de memòria i d'habilitats socials treballa, d'una manera integral i amb format de grup, continguts significatius i propis per a una proposta d'envelliment actiu. (Barceló, Cladera, Pérez 2001).
7. L'objectiu final d'aquest tipus de programes, com a recurs comunitari, és el de proporcionar a les persones grans un entorn de capacitat i de suport psicosocial que els doni seguretat i els generi confiança per dur endavant un envelliment actiu, alhora que disposi de la confidencialitat necessària en el tractament de temes més delicats.

2. Vellesa i família

El fet de l'ancianitat, lògicament, no és una qüestió recent. La història de la humanitat demostra que les persones han conviscut amb la vellesa com una etapa més de la vida adulta, encara que s'ha allargat la durada d'aquesta etapa com a conseqüència directa de l'augment de l'esperança de vida. La vellesa mai no ha estat observada des d'un vessant totalment positiu, ja que sempre ha tingut connotacions negatives associades a la pèrdua i la impossibilitat de retorn de la joventut i a l'imminent i inevitable apropament de la *darrera lluita* (la que no es pot vèncer) de la persona. La mort és el límit, metàfora per excel·lència de la irrenunciable i temuda separació dels altres i d'un mateix. La vellesa se'ns presenta, per tant, com el màxim exponent de la finitud de la vida i de la fal·làcia de l'omnipotència narcisista.

2.1. Esperança de vida

1. Hem de valorar, en la mesura que cal, l'augment de l'esperança de vida, un fenomen que ha tingut i tindrà conseqüències demogràfiques i socials importants. Així, si entre l'any 1900 i el 1960 a Espanya únicament un milió de persones varen passar a formar part del col·lectiu d'individus de més de seixanta-cinc anys, entre el 1960 i el 2006 la xifra va ser gairebé de tres milions d'individus, cosa que va provocar que el percentatge representat per les persones de més de seixanta-cinc anys sobre el total de població pràcticament es doblàs durant aquest període (del 8,21% l'any 1960 es va passar al 16,56% l'any 2006). A les Illes Balears, la taxa i l'índex de sobreenvelliment són superiors a la mitjana de l'Estat, tal i com podem apreciar a les taules següents:²

Taula 1 | Població total i de persones grans per franges d'edat i territori

	POBLACIÓ TOTAL	MÉS DE 65 ANYS	MÉS DE 80 ANYS
ESPANYA	44.708.964	7.404.260	2.016.934
ILLES BALEARS	1.001.062	138.512	65.289

Font: Informe 2007

Taula 2 | Taxes per territori

	TAXA D'ENV.	TAXA SOBREENV.	ÍNDEX SOBREENV.
ESPANYA	16,56	4,51	27,24
ILLES BALEARS	13,84	6,52	47,14

Font: Informe 2007

² Barceló, B. J. [et al.] (2008): *Els programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears. Informe 2007.*

2. Amb relació al futur, com apunta Fernández Cordón (1998),³ en passar vint-i-cinc anys es pot esperar un augment de tres milions més en la xifra de persones més grans de seixanta-cinc anys, de manera que el percentatge representat per aquest col·lectiu sobre el total de la població passarà a ser d'un 22% l'any 2025. Encara que aquestes projeccions estan subjectes a incerteses, aquesta tendència a l'envelliment demogràfic sembla ben fonamentada i, sobretot, difícil d'aturar.

2.2. Evolució i canvi de les famílies i de la societat

1. Parlar d'envelliment implica parlar de família. És essencial tenir molt en compte la família d'avui i cal redefinir el que s'entén per aquesta realitat. La composició i estructura de les famílies ha canviat considerablement i ens trobam, actualment, davant d'una estructura plural, variada i, sobretot, canviant. Cal tenir molt present aquesta circumstància per articular una definició conscient de l'obligació filial respecte de la funció de tenir cura de les persones grans. A més, s'ha de tenir en compte que el conjunt de vivències, relacions i afectes que s'experimenten entre els membres d'una família no sempre és constructiu, contenidor i sa per als seus membres i es produeixen, moltes vegades, escenaris desagradables i, per què no dir-ho, violents.
2. Al llarg de la vida les persones, passam per diverses etapes que impliquen canvis de tipus quantitatiu i qualitatiu. Aspectes com la capacitat i l'aspecte físic, la situació econòmica, els esquemes morals, la personalitat, juntament amb les variacions en els drets i les obligacions associades al rol que vivim en cada moment, ens afecten intensament, a vegades més del que creiem o ens agradaria. De la mateixa manera, la societat pateix processos de transició (i, per extensió, les famílies) que afecten l'evolució dels ciutadans. Els canvis contextuals i els que es produeixen en el cicle vital dels individus afecten d'una manera determinant la dinàmica de relacions dintre de la família.
3. Les dades de l'Enquesta sobre Condicions de Vida dels Majors (*Llibre Blanc*, IMSERSO 2004) que analitzen com afecta, directament o indirectament, l'intercanvi intergeneracional entre els més grans i els més petits, ens indiquen que el 47,4% de les persones grans espanyoles de seixanta-cinc anys tenen néts adults i que el 66,1% té néts més joves de vint anys. De tot això, resulta especialment important el fet que el 71,1% de les persones grans que tenen néts han participat en la seva cura, el 26,6% fa aquesta tasca en l'actualitat i el 48,5% ho ha fet anteriorment.
4. Tradicionalment, els padrins han estat curadors secundaris dels néts. Actualment, aquest rol no solament es manté, sinó que, com que han canviat les circumstàncies sociolaborals, molts de padrins han d'exercir d'una manera més *compromesa* el seu paper de curadors.

³ Fernández Cordón, J. A. (1998): «Proyección de la población española». FEDEA, Document de treball, pàg. 98-111.

Aquesta funció és especialment important a les famílies monoparentals, en casos de mares adolescents o quan ambdós membres de la parella treballen durant la majoria d'hores del dia i de manera continuada. És a dir, en ocasions, els padrins han d'assumir el rol de curadors principals com a conseqüència de distints escenaris familiars, tenint en compte que aquest rol és un esdeveniment vital no normatiu i, potser, no desitjat. Per altra banda, i com a aspecte preventiu i positiu, els padrins que actuen com a curadors principals també manifesten emocions positives, poden gaudir de la presència i de la relació amb els nets i d'un augment de l'autoestima pel sentiment d'utilitat i suport familiar.

2.3. La vellesa, un mirall trencat?

1. La manera en què les famílies i l'entorn es relacionen amb les persones grans influeix en el tipus d'imatge o de percepció que tenen d'elles mateixes. Algunes famílies i societats fomenten més que altres determinats tipus d'interacció com, per exemple, proporcionar cures, mantenir el respecte i el reconeixement de les persones grans com a figures d'autoritat o fomentar la seva participació activa en decisions vitals (per exemple, on residir i com). De la mateixa manera, les persones tenim percepcions sobre les persones grans que hem format al llarg de la vida (fruit o no d'aquesta interacció amb elles), que també influeixen en la manera en què ens relacionam amb ells. Una imatge negativa de la vellesa, generalment estereotipada, té com a conseqüència l'aparició d'alguns comportaments i actituds com l'evitació, el rebuig o, el que és pitjor, la discriminació per l'edat.
2. En aquesta reflexió ens interessa destacar la importància que té l'estructura familiar com a principal referent i grup de pertinença que actua en la cultura de l'ancianitat. La funcionalitat de les relacions socials és un aspecte molt important d'aquesta construcció cultural i es manifesta de manera central en la tipologia de relacions entre la gent gran i la resta de membres de la seva família.
3. La investigació en el camp de l'envelliment ha comprovat la dificultat per *sincronitzar* els cicles vitals individuals amb els familiars i, per tant, se solen produir conflictes intergeneracionals. Les relacions intergeneracionals que les persones grans mantenen amb membres d'altres generacions són importants per a la seva salut i el seu benestar. En la vellesa, més que en altres etapes de la vida, aquestes relacions prenen una importància notable per l'impacte que tenen en les persones.
4. La família no s'ha de considerar com una entitat estàtica, sinó com un sistema dinàmic, evolutiu i interactiu, un espai de relació en què els canvis que afecten un membre de la família repercuteixen en la resta. Si durant el procés d'envelliment es produeix un deteriorament funcional de la persona gran que comporta una disminució significativa del grau d'autonomia, els membres de la família es veuen en la necessitat de prendre

un conjunt de decisions que afectaran les funcions i les posicions que cada membre tenia fins aleshores, senzillament perquè l'assistència a una persona afectada d'una dependència moderada o severa modifica el funcionament familiar, canvia la vida dels curadors i els posa a prova per trobar una nova manera d'adaptar-se a la nova situació, amb un equilibri que faci sostenible l'atenció a la dependència amb les responsabilitats i necessitats dels curadors mateixos.

2.4. Impacte i intervenció

1. L'impacte d'un procés de deteriorament funcional és més devastador si la família no és capaç de proveir un suport mutu entre els seus membres i de cercar-ne en tercers, ja sigui en figures informals o en serveis professionals. Si a això hi afegim dificultats per compartir els problemes i trobar solucions compartides, juntament amb una incapacitat per reconèixer la gravetat de la situació, la matriu vincular que la família ha de proporcionar deixa de fer contenció i pot començar a esdevenir una font de tensions i trastorns psicològics amb conseqüències patològiques per als seus membres. En aquest sentit, és important indicar que el suport que es proporcionen unes generacions a les altres està marcat per circumstàncies històriques i experiències personals que passen al llarg de la vida. Mentre les generacions més grans esperen que siguin els fills i altres familiars els que s'ocupin de la seva cura, les generacions més joves poden esperar que siguin les institucions públiques o privades les que se'n facin càrrec.
2. Sens dubte, totes les persones necessitem sentir-nos estimades i percebre que tenim suport per part de la nostra xarxa social. Però és necessari desenvolupar polítiques dirigides a mantenir aquest valuós suport i, per a això, és necessari disposar de serveis de suport per complementar-se amb l'esforç familiar. El desencadenament d'una crisi dins la família pot precipitar-se a causa de factors com una malaltia crònica de la persona gran, una caiguda d'importància, la mort del cònjuge, l'ingrés a una residència, el canvi en el cicle vital després de la jubilació laboral, etc. L'atenció a la dependència, quan implica uns costos importants de dedicació i d'esforç econòmic i emocional, pot refermar els vincles entre els parents o, ben al contrari, pot distanciar definitivament la possibilitat d'entesa i cooperació familiar.
3. És necessària, per tant, una intervenció decidida per millorar la qualitat de vida dels ancians i els familiars que en tenen cura, més enllà de paternalismes interessats o assistencialismes despersonalitzats. Els factors estressants que apareixen a les primeres etapes del cicle vital, com ara les tensions dintre de la família quan es constitueix la parella, les noves adaptacions pel naixement dels fills, etc., no són ni més ni menys importants que les que succeeixen a l'etapa adulta, com ara la independència més gran dels fills (la coneguda *síndrome del niu buit*), o a l'etapa de la vellesa, com ara la pèrdua de la parella, la jubilació, la pèrdua de funcions cognitives o pragmàtiques, etc.

4. Ara bé, segons com es presenten els diversos elements estressants, es fa necessari dissenyar i implementar per part dels serveis psicoterapèutics, educatius, socials i sanitaris, programes que ajudin a superar les crisis o les necessitats derivades del canvi d'etapa, per tal d'ajudar la persona i la seva família a trobar maneres d'adaptació més funcionals i satisfactòries. La vivència de pèrdues dels amics de sempre, de familiars propis, de la parella, la modificació dels rols professionals i del nivell d'activitat (jubilació, augment del temps a casa passat ociosament, reactivació de les disfuncions històriques de la parella, etc.) i, finalment, el deteriorament o la pèrdua de les funcions psíquiques o físiques, són vivències per a les quals no es disposa de serveis i programes de fàcil accés i d'implantació comunitària que facin possible un suport per prevenir, superar i pal·liar els impactes que sobre aquesta tenen els factors estressants esmentats. La situació general és encara substancialment millorable en aquest camp de l'atenció familiar i personal a l'envelliment en el vessant comunitari i psicosocial.
5. Una problemàtica de vellesa que solament s'expliqui des de la perspectiva individual (els problemes d'atendre una persona gran vénen perquè aquesta és dement, o perquè té un caràcter enfurrunyat, o per la seva tendència a l'aïllament, o perquè evita els familiars, etc.) ens fa perdre possibilitats d'intervenció i canvi, i per tant, d'afrontar els conflictes d'una manera menys traumàtica. Efectivament, els recursos per superar els problemes no es troben solament en l'ancià, sinó també en la família que l'atén i en la comunitat on habita. Així, si aquests dos agents no són actius i fermes a l'hora de sol·licitar recursos assistencials primaris i intermedis (servei d'ajuda a domicili, centres de dia, equips de psicòlegs, treballadors socials i educadors socials comunitaris, etc.), el pes de l'atenció a les persones grans recaurà exclusivament sobre la família i augmentarà la mútua dependència, l'estrès dels curadors i el risc de desprotecció i violència familiar. L'ajuda informal (voluntaris, veïnats, etc.) és important per donar suport a la família però, quan el cas és greu o es cronifica (demències, pèrdues importants d'autonomia per a les activitats quotidianes, etc.) aleshores calen recursos per a les persones grans i per als familiars organitzats professionalment i comunitàriament.

3. Les poblacions destinatàries dels programes

1. Al llarg dels darrers trenta anys, si consideram com a fita la publicació de l'estudi de l'Institut de Sociologia i Psicologia Aplicades (ISPA) dirigit per Duocastella, les poblacions destinatàries dels programes comunitaris per a la vellesa han variat segons les necessitats dels diferents col·lectius i la capacitat dels professionals i les organitzacions per intervenir en el sector.⁴

⁴ Duocastella, R., ISPA (1978): *Problemàtica social de la tercera edat a les Illes Balears*. Barcelona: Obra Social de la Caixa de Pensions per a la Vellesa i d'Estalvis de Catalunya i Balears. Per a una anàlisi més acurada del tema, vegeu Barceló i Santiago (2000).

2. Inicialment, els programes anaven dirigits a les persones grans i, d'aquestes, a les persones autònomes, senzillament perquè s'articulaven al voltant de les activitats de lleure i altres de caire més sociocultural dintre del marc de les activitats de les associacions de tercera edat, que es creen i s'expandeixen al llarg dels anys vuitanta (Barceló, Santiago 2000).
3. A altres treballs,⁵ ja hem expressat la conveniència de considerar almenys tres grups de poblacions com a destinatàries dels programes comunitaris en el sector de les persones grans: les persones grans mateixes, els familiars que en tenen cura i els professionals que hi treballen.
4. Els estudis i treballs citats evidencien amb xifres i amb detall l'augment quantitatiu dels col·lectius de persones grans i de familiars i consideren no solament la variable de l'autonomia personal que, com hem dit més amunt, era la primera que va ser tinguda en compte per dissenyar les primeres intervencions comunitàries (és a dir, que els primers programes s'adreçaren a les persones grans, erròniament anomenades aleshores persones grans vàlides), sinó que consideren també la variable del grau de dependència.
5. Certament, l'entrada en vigor de la Llei 39/2006, dia 1 de gener del 2007, ha generat un gran conjunt d'iniciatives tant administratives com tècniques, així com actuacions de la ciutadania. Tanmateix, ja es realitzaven accions programàtiques per a les persones grans dependents i autònomes abans de la seva publicació. El canvi és substancial atès que ara els ciutadans podem reclamar els *programes preventius com a dret de la comunitat*.
6. L'augment quantitatiu ha posat en evidència, però, la necessitat de millorar qualitativament l'oferta de programes i de saber diagnosticar amb més precisió l'estat dels diferents col·lectius afectats, a fi de dissenyar programes més eficaços i més rics en matisos gràcies a saber actualitzar i revisar amb cura les necessitats detectades i oferir unes línies programàtiques contextualitzades i amb capacitat d'adaptació a la realitat.

3.1. Les persones grans

1. Les dades exposades als treballs esmentats confirmen l'existència d'un grup de persones grans amb dependència molt important a les Illes Balears i que estaria al voltant de les 24.000 persones. Aquesta xifra situa l'índex de dependència de persones més grans de seixanta-cinc anys en el 16,47%. Evidentment, aquesta xifra és inferior a les persones grans que tenen alguna discapacitat (27,34%), ja que no tota discapacitat deriva en dependència.

⁵ Aprofitam els darrers treballs que hem realitzat per bastir algunes de les dades del present article, ja que han coincidit en el temps. Així, es pot consultar l'apartat dedicat al Sistema de Promoció de l'Autonomia Personal i d'Atenció a la Dependència (SAAD) de les Illes Balears dintre de la Memòria 2008 del Consell Econòmic i Social (CES), actualment en premsa. També es pot considerar *l'Informe 2007 sobre Els programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears* (Barceló [et al.] 2008 i Barceló 2008).

2. Pel que fa a la població de persones grans dependents, s'observa una tendència a la ralentització del percentatge de dependència. Les causes hauríem de cercar-les en:
 - a) L'augment de la població total (la taxa de dependència ha passat de 2,48 a 2,24 en pràcticament deu anys).
 - b) L'augment de la població de persones grans es mou en unes xifres consolidades, ja que la taxa d'envelliment segueix un creixement constant però sostingut, a causa del fet que no es veu influït per una alta mortalitat ni per la immigració, factors que, com és sabut, juntament amb la taxa de fecunditat, determinen l'envelliment o el rejuveniment d'una població.
 - c) L'increment del nombre de persones grans dependents és del 17,66% amb relació al 1999; es pot dir que no es produeix un augment molt significatiu de la necessitat d'ajuda en les activitats per a la vida diària i això tot i haver-hi més persones de més de seixanta-cinc anys. En conseqüència, s'observa un retard en l'aparició de dependència.

3.2. Els familiars que en tenen cura

1. Pel que fa als familiars curadors, les dades més recents i exhaustives que hem elaborat assenyalen que la xifra global de familiars curadors de persones grans, extreta a partir d'alguns indicadors internacionals i d'altres d'elaboració pròpia, no és una xifra preocupant pel que fa al potencial d'ajuda familiar: hi ha familiars suficients per tenir cura de les persones grans.
2. Ara bé, la dificultat pot venir perquè cada vegada és menys nombrosa la població de dones curadores més grans de seixanta-cinc anys i per la baixa disponibilitat familiar per atendre les persones grans, a causa de les noves tipologies familiars, de les exigències del mercat de treball, de la dispersió geogràfica dels familiars propers, dels costos econòmics associats a l'atenció a la dependència severa i absoluta, tant funcional com per deteriorament cognitiu, etc.
3. Precisament, una part dels curadors familiars poden associar-se en entitats que defensen els interessos dels malalts i les seves famílies. Es tracta, però, d'associacions dedicades a persones grans amb una determinada patologia (Alzheimer, Parkinson, etc.). Cal tenir present que, en el sector de les persones grans, una altra part important de la dependència es produeix a causa del deteriorament funcional generalitzat, no específic, la qual cosa fa que una part molt considerable dels curadors familiars no rebin ajuda perquè la via associativa que els podria acollir encara no està articulada.
4. Per això, és important plantejar tres camins de suport als familiars curadors mitjançant:

- a) Serveis de proximitat vinculats a la comunitat, com l'ajuda a domicili i, sobretot, els centres de dia.
- b) Programes de suport psicosocial amb línies de formació, suport emocional i seguiment comunitari dels casos en els quals l'atenció familiar presenta més risc.
- c) Les prestacions econòmiques per cures en l'entorn familiar, amb la derivada de la possibilitat d'alta a la Seguretat Social mitjançant conveni especial per a curadors no professionals.

A mesura que la implantació de la Llei arribi als graus i nivells de menys dependència serà ineludible concertar i potenciar les accions preventives i comunitàries que actualment realitzen el govern, els consells insulars, els ajuntaments i les associacions.

En aquest article, però, volem posar l'accent especialment en les reflexions que ens sorgeixen quan s'han de dissenyar intervencions comunitàries per a la població dels professionals que treballen amb la vellesa i la família, més enllà de l'obvietat de la formació permanent, és a dir, quan pretenem valorar l'impacte que el treball amb persones grans i familiars curadors té sobre els tècnics, els equips de treball i el funcionament de les institucions.

3.3. Els professionals: una població destinatària dels programes?

1. Quan parlem de programes d'intervenció dins l'àmbit assistencial, social o sociosanitari, la tendència natural és la d'assumir que els destinataris són, naturalment, els col·lectius desfavorits, desprotegits i en risc d'exclusió social i amb patiment sostingut. De la mateixa manera que els drets de les persones identificades com a vulnerables cada vegada són tinguts més en compte i obtenen un reconeixement públic, institucional i legal, la resta d'elements i agents implicats en el sistema (professionals i familiars, per exemple), queden al marge, la qual cosa produeix una progressiva desintegració i parcialització de la intervenció.
2. Posar el focus d'atenció en la urgència possibilita l'acció, l'augment de la responsabilitat i la solidaritat i afavoreix la transformació de la denigració en dignitat; però la realitat ens ensenya cada dia que l'eradicació de la misèria, el patiment i la desesperança obliga a plantejaments més amplis i integradors que incloguin el context i l'ambient.
3. De la mateixa manera que atendre les necessitats d'un infant passa per atendre les de la mare i les de la seva família (concepció assolida no fa gaire temps), atendre les necessitats d'una persona gran dependent i, per tant, vulnerable, implica atendre les persones i els grups que tenen la responsabilitat i l'obligació de tenir-ne cura. Però quins són, llavors, els col·lectius vulnerables?

4. Pensam que una de les fonts de confusió és que el model assistencial de referència en el qual els serveis socials s'han mirat a l'hora de constituir-se ha estat el sanitari. El model mèdic estableix una diferenciació clara i categòrica entre salut i malaltia. Aquesta divisió de la realitat entre sans i malalts afavoreix un ordre i una operativitat necessaris per poder funcionar, però moltes vegades resulta allunyada de la realitat. I si dins el món sanitari aquest model ja fa temps que mostra les seves limitacions, tot i que té el model mèdic com a marc paradigmàtic de referència (el qual gaudeix d'un cos de coneixements i recerca ampli i sòlid per donar suport a aquesta categorització), podem imaginar la confusió que genera seguir mecànicament aquest model dins l'àmbit del serveis socials, en què no existeix un model o marc de referència ni consolidat, ni únic, mancat d'un cos de coneixements i de recerca prou ampli.
5. El diagnòstic social presenta una complexitat que implica un esforç constant d'integració per poder entendre i intervenir amb uns mínims de qualitat i eficàcia. Aquest diagnòstic social ha de ser, necessàriament, multidisciplinari i en xarxa. Si ja és difícil l'anàlisi i l'avaluació d'una problemàtica social, encara ho és més el fet d'haver de treballar en equip, integrar i coordinar-se amb professionals amb perfils i formacions diverses i que provenen de distintes institucions.
6. El model mèdic, mitjançant aquesta divisió il·lusòria entre sans i malalts i amb la identificació sempre del sa amb el professional i el malalt amb l'usuari o pacient, lleva del focus d'atenció les necessitats del professional i, sobretot, dels grups de professionals i de les institucions que els acullen. És per això que, tal i com es demana el títol d'aquest apartat, ens hauríem de plantejar quins són els col·lectius i fins a on haurien d'arribar els programes preventius.
7. És evident que s'ha d'atendre de manera diligent i amb totes les garanties els usuaris en risc. De la mateixa manera, els professionals assumeixen sense gaires dificultats que els programes també han d'arribar als familiars de les persones que pateixen. Ara bé, la idea que els professionals implicats també han de ser tinguts en compte i atesos d'alguna manera ja no troba el mateix suport ni des de les institucions ni, precisament, des dels professionals. Una vegada més, cada vegada que el model salut versus malaltia (o professional versus usuari) troba contexts que no el validen, som els professionals mateixos (fills del model dominant) els que aturam el canvi i l'evolució envers plantejaments més integrats i menys reduccionistes.

Com exemple del que diem, serà suficient fer una ullada a les dades de l'*Informe 2007* sobre els programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears, en referència als agents proveïdors i col·lectius destinataris dels programes descrits. La taula següent resumeix la qüestió:

Taula 3 | Iniciatives dels programes per destinataris i agents comunitaris (2007)

	ENTITATS	INSTITUCIONS	E. SERVEIS	TOTAL	%
Persones grans	40	40	10	90	62,07
Familiars	23	21	0	44	30,34
Professionals	1	0	0	1	0,69
No professionals	10	0	0	10	6,9
TOTAL	74	61	10	145	100
%	51,03	42,07	6,9	100	

Font: Informe 2007.

8. El col·lectiu més atès (que no vol dir, necessàriament, el més ben atès) és el de les persones grans. Aquest col·lectiu compta amb el 62,07% dels programes inclosos a l'informe, la qual cosa indica que noranta, dels cent quaranta-cinc programes analitzats a l'enquesta, atenen directament aquest col·lectiu. Els familiars que estan al càrrec de persones grans dependents reben el 30,34% dels programes, és a dir, quaranta-quatre dels cent quaranta-cinc. I finalment, trobam que només un dels programes està adreçat als professionals. Vistes les dades, vol dir que les diferències entre usuaris i professionals, en termes de necessitats, mancances i patiment, són tan grans? No seria convenient, si bé amb una altra proporció, plantejar línies de formació i suport per als professionals d'aquest camp?
9. El que volem replantejar, doncs, és la posició dels professionals dels serveis socials dins el sistema. Si tenir cura d'una mare és tenir cura del seu fill, tenir cura del professional que atén aquesta mare també ho és. L'element curador del sistema queda *naturalment* fora de l'angle de visió en estar envestit de la veritat i de la salut, fet que és absolutament fals. Que, donada l'escena, el professional hagi d'ocupar un rol determinat i mantenir-lo al llarg de la intervenció, no vol dir que deixi de ser persona i per tant, vulnerable. Aquesta confusió entre rol professional i persona duu les institucions i els seus tècnics a la fal·làcia de pensar que els professionals són éssers immunes, asèptics i maquinals i que estan absolutament al marge dels subjectes de la seva intervenció.
10. No hauríem d'oblidar la naturalesa de la feina que els professionals assistencials duem a terme diàriament. El contacte directe amb la privació, el patiment i la violència que desperten aquestes situacions és sempre present al lloc de feina i té unes conseqüències sobre l'estat psicològic, emocional i somàtic dels professionals. No és estrany haver de conviure diàriament amb relacions tenses, confoses i fins i tot violentes al lloc de treball dins els àmbits assistencials i dels serveis socials.

Lluny del que podria semblar, aquestes tensions i degradacions dels ambients de feina tenen molt a veure amb la manca d'elaboració i higiene emocional de les situacions tan extremes i dures amb què es troben els professionals. Quan aquests queden *fora de tota*

sospita pel que fa a poder patir alguna cosa semblant al que pateixen els seus usuaris, no ens adonam que negam la possibilitat de patiment, fet que pot provocar un desplaçament dels pensaments i sentiments no metabolitzats envers l'equip de treball i/o la institució. La insatisfacció i el sofriment arriba a ser crònic i insostenible per als professionals i per als equips de feina, si no són capaços d'elaborar les dificultats. Si no ho aconsegueixen, s'introdueixen en dinàmiques persecutòries pròpies dels estats paranoïdes, en què sempre s'intueix una amenaça de destrucció, però mai no es pot identificar.

La vivència de desintegració o desvinculació és cada vegada més freqüent, fins que es converteix en el clima habitual i condueix a l'escissió dels equips de treball i a la retirada a la defensiva dels professionals (la meua taula, els meus casos, les meves intervencions, la meua opinió, la meua realitat, etc.) en un intent de protecció de la seva identitat.

11. En definitiva, estaríem davant un procés en què, a causa del paradigma de referència que estableix una separació categòrica entre salut i malaltia, entre professional i usuari, el tècnic queda exclòs del dret a la possibilitat de prevenir el patiment o de ser-ne atès si arriba el cas i, encara més, s'ofereix aquest model de precarietat a l'usuari mateix.

Les institucions hauran de revisar aquests models de negligència i incloure el col·lectiu dels professionals dins de les poblacions vulnerables. Evidentment, la vulnerabilitat dels professionals i els equips de treball no és la mateixa que la dels usuaris, però sí que ho és la naturalesa de les necessitats. Les persones patim quan quedam incomunicades de la resta del grup. Això és el que trobam repetidament en els escenaris de risc de desprotecció i dependència.

No oblidem que els humans som éssers socials i que la dependència forma part del cicle vital: aquesta combinació de característiques ens fa únics quant a la solidaritat i a la capacitat d'empatia. Si els professionals oblidam les nostres necessitats com a persones per tal de ser figures immunes i omnipotents, ens allunyarem de les necessitats reals dels usuaris, ja que és difícil entendre com es pot arribar a comprendre el patiment de l'altre si el propi està ofegat o soterrat. Per altra part, en segons quins casos, es qüestiona la qualificació professional del tècnic si aquest experimenta trasbalsament o sofriment davant la situació dels usuaris.

12. Per acabar aquest apartat, creiem que cada vegada es fa més imprescindible el disseny de models d'intervenció que atenguin les necessitats de la població des d'una posició coherent en què la cura i l'atenció als col·lectius implicats (professionals inclosos) sigui una realitat.

No hem d'oblidar que la violència de l'ésser humà és el fruit del patiment sostingut sense possibilitat de ser expressat, compartit i reconduït. Si els professionals acumulam

tensió sense límit i no disposam d'espais de drenatge, d'elaboració i de supervisió en grup (valgui com a proposta de programes preventius), és molt probable que fem pagar la nostra frustració als companys de treball, la família o els usuaris i reproduïm per identificació moltes de les dinàmiques que al lloc de feina ens plantegen els usuaris i que no hem pogut *veure* amb prou objectivitat a causa del contagi emocional i la manca de prevenció.

El treball psicosocial amb segons quins col·lectius d'usuaris disposa de més tradició i, per tant, s'ha manifestat ja la necessitat de suport als professionals que hi treballen. En el cas del treball amb la dependència de persones grans també s'ha donat suport, però no amb les dimensions i profunditat que caldria, ja que les condicions i necessitats socials i familiars abans no eren com les que observam en l'actualitat, condicions que per les dades disponibles s'agreuaran.

4. Dona i dependència

A aquest apartat ens referirem, per una banda, al paper de la dona gran com a subjecte susceptible de rebre atenció i suport per prevenir o retardar situacions de dependència i, per l'altra, al paper que, per franja d'edat, de vegades se superposa amb el primer, el de la dona com a agent preventiu, perquè ella mateixa aporta atenció i suport a la població dependent. És el cas de les dones curadores familiars. Les característiques sociodemogràfiques de la societat actual condueixen a parlar de feminització de l'envelliment. Aquesta realitat suposa unes necessitats específiques d'atenció i suport que també analitzarem.

4.1. Les dades

1. A Espanya, el nombre de dones grans supera el d'homes en un 36,1% (IMSERSO 2009), fet que no sempre es tradueix en una qualitat de vida més gran. També hi ha diferències respecte del sexe en l'esperança de vida lliure d'incapacitat; mentre que els homes tenen una expectativa mitjana de convidaure cinc anys amb alguna discapacitat, les dones viurien una mitjana de vuit anys en la mateixa situació. A aquest indicador demogràfic se n'hi afegeixen d'altres que, malauradament, contribueixen que la dona envelleixi en condicions més dolentes i, per tant, augmentin les seves probabilitats d'esdevenir una persona dependent.
2. Una de cada dues dones grans és vídua. La proporció per als homes en la mateixa situació és d'un de cada cinc, fet que influeix en el fet que, a Espanya, un de cada deu homes visqui tot sol, mentre que, per a les dones, la proporció és de tres de cada deu. Això implica un suport material, emocional i econòmic més petit per a la dona gran. Segons

l'informe anteriorment esmentat «un nivell econòmic més baix és un factor de risc de patir malaltia i entrar en una situació de dependència» (IMSERO 2009, pàg. 43).

Unes altres dades que indiquen l'envelliment més dolent de les dones són les relacionades més directament amb l'estat de salut: els hàbits de vida saludables i les malalties més habituals. D'aquestes, el tipus de dolença més freqüent en la població gran, i més freqüent encara a la població femenina, són les malalties osteomusculars, principals causants de discapacitat a la població gran.

Quant als hàbits de vida saludables, el sobrepès que, a partir dels quaranta-cinc anys és més freqüent entre les dones que entre els homes, té un impacte negatiu directament en la salut i indirectament en altres elements que poden ocasionar també dependència, com la manca d'agilitat i mobilitat. Si a aquest factor hi afegim que quatre de cada set dones més grans de setanta-cinc anys tenen hàbits de vida sedentaris (passen assegudes la majoria del temps), s'incrementa encara més el risc d'empitjorament de la salut i la discapacitat.

3. Les condicions econòmiques de la dona gran també són inferiors respecte dels homes. Segons l'IMSERO, el 30,6% de dones més grans de seixanta-cinc anys no reben cap pensió de jubilació, mentre que la mateixa situació solament es produeix al 10,7% dels homes. Tots aquests elements influeixen en el fet que les dones grans presentin una incidència i severitat més grans de discapacitat.
4. Com a factor protector, cal esmentar que, malgrat que les dones grans tenen un índex d'analfabetisme més alt que els homes,⁶ el percentatge de dones entre seixanta-cinc i setanta-quatre anys que participen en activitats educatives duplica el d'homes, en concret un 10,5% per a les dones i un 5,1% per als homes. També les dones grans tenen una taxa de participació en activitats socials més alta que els homes (41,9% i 35,6%, respectivament).

4.2. El perfil

1. Com hem assenyalat abans, l'atenció a les necessitats de les persones dependents és un dels grans reptes de la política social, un repte que requereix una resposta ferma i decidida, sobretot pel cost que suposa per a les dones. El *Llibre Blanc de la Dependència*, publicat el gener de 2005, ja reflectia que l'atenció de les persones dependents es realitza, principalment, a l'àmbit familiar i recau especialment sobre les dones. S'assenyalava que el 84% de les curadores són dones amb una edat mitjana de cinquanta-dos anys, un

⁶ Segons dades de la primera enquesta realitzada per l'Institut Nacional d'Estadística l'any 2007 sobre la participació de la població adulta a activitats d'aprenentatge (EADA-07).

col·lectiu al límit de la seva capacitat de cures i del qual només el 38,5% rep ajuts dels serveis socials, és a dir, el 61,5% no rep ajut de ningú per fer aquesta feina. És per això que podem dir que existeix una relació inequívoca entre dona i dependència.

2. Així mateix, el *Llibre Blanc* informa que la demanda de cures per a persones dependents s'ha incrementat de manera notable els darrers anys i seguirà augmentant a un fort ritme les properes dècades com a conseqüència de la combinació de factors de caràcter demogràfic, mèdic i social, entre els quals podem esmentar l'envelliment de la població, les taxes més altes de supervivència de les persones afectades per alteracions congènites, malalties i accidents greus i la creixent incidència dels accidents laborals i de trànsit. I no solament existeix més demanda de cures, sinó que l'oferta per donar-les és més petita, tenint en compte que des de fa uns anys s'han produït una sèrie de canvis en el model familiar que repercuteixen directament en la impossibilitat de prestar-los.
3. Evidentment, l'envelliment de la població ha de ser valorat positivament, com un avenç de les societats desenvolupades i una de les transformacions socials més grans: generalment, vivim més i més bé, malgrat que això impliqui l'aparició de malalties degeneratives i incapacitants que requereixen l'atenció d'altres persones per realitzar les activitats de la vida diària. La tasca de tenir cura en la família ve definida per dues característiques més bé negatives: per un costat, el caràcter *invisible* i, per altre, la manca de remuneració, característiques que la converteixen en una feina poc o gens reconeguda i que, sumat a la dedicació i la disponibilitat completa que requereix, la converteixen en una feina molt ingrata per a la persona que la realitza.

4.3. L'abús

1. I ho repetim per no oblidar-ho: l'atenció a les persones dependents es realitza, sobretot, a l'àmbit familiar i recau especialment en les dones. El 83% dels curadors són dones i tenen una edat mitjana de cinquanta-dos anys. Les tres quartes parts de les persones curadores no desenvolupen cap activitat laboral i només el 6,5% de les famílies que tenen cura de persones dependents tenen el suport dels serveis socials. És a dir, sembla que resulti inevitable que les dones hagin d'assumir la càrrega. En primer lloc, es troben les esposes dels homes que tenen una situació de dependència; en segon lloc, si hi ha una filla fadrina; després vendrà la filla divorciada; llavors la filla més propera al domicili o la més generosa. Si no es dona el cas de l'existència d'aquestes dones *preferides* per ocupar el lloc, serà el torn de les nores, les germanes, les veïnes, les amigues, etc. Entre els homes curadors solen predominar els esposos i, a continuació, els fills fadrins que no han abandonat la llar dels pares.
2. A l'*Informe 2007* analitzarem l'evolució demogràfica de les Illes Balears pel que fa als grups d'edats de les dones potencialment curadores; observarem que les dones de quaranta-cinc

a seixanta-nou anys (criteri OCDE) han augmentat en quinze anys el nombre d'efectius en un 46%, molt semblant al 43% de dones de quaranta-cinc a setanta-nou anys i per davall del 54% que ha crescut el col·lectiu de quaranta-cinc a seixanta-cinc anys.

Aquestes dades no són estimacions sinó recomptes directes del Padró Municipal d'Habitants 1991, 1996, 2001 i 2006. Precisament, gràcies a aquests criteris d'anàlisi, podem observar que el col·lectiu que menys ha crescut és el de dones de seixanta-cinc a setanta-nou anys, amb un 25% (8% de mitjana en quinze anys). Són dones que no treballen fora de casa (són més grans de seixanta-cinc anys) i que, en principi, no provenen de la immigració: segurament són les padrines illenques que segueixen les tendències de disminució o creixement vegetatiu de la població. És molt important destacar-les perquè seran, i de fet són, les curadores familiars de la primera línia d'assistència, abans que les filles i les dones per a l'atenció domèstica de la dependència. Són, en general, més joves que els seus marits i aquests poden presentar una dependència abans que elles. Paradoxalment, després d'haver-se sacrificat fent atenció a la dependència, si arriben a patir una disminució de la seva autonomia, no tindran el marit per ser ateses i la cobertura de la necessitat es desplaçarà a altres dones (les filles o nores) que pertanyen a una altra generació i que viuen, per tant, unes circumstàncies personals, familiars, laborals i socials menys favorables per a l'atenció de la dependència al domicili de la persona gran.

3. Els costos econòmics i personals per a cada una de les dones, filles o nores que tenen cura de les persones en situació de dependència són incalculables, sobretot perquè no reben un salari, no tenen una jornada laboral que comenci i acabi a una hora concreta i hi ha una part d'aquest esforç que no es mesura: s'abandonen relacions socials, pot sorgir l'aïllament, es perden oportunitats professionals, etc. A més, s'ha de tenir en compte que hi ha nombroses dones que, a la vegada que tenen cura d'alguna persona gran, també fan feina dins del mercat laboral, per la qual cosa assumeixen una càrrega suplementària que moltes vegades resulta excessivament onerosa.

5. La soledat i la dependència en les persones grans

A l'hora de parlar de soledat, sovint s'ha fet referència a la *carència de companyia* i, per tant, s'han fet càlculs d'índexs de soledat i s'ha observat que ha presentat i presenta un augment progressiu i continuat durant els darrers vint anys. A l'*Informe 2007* assenyalàvem els valors d'aquest indicador: pel que fa a les Illes Balears l'any 2001, el 21,70% de persones més grans de seixanta-cinc anys i el 28,43% de les més grans de setanta-cinc anys vivien soles, dades no alarmants però sí importants, sobretot tenint en compte que a més edat hi ha més persones en soledat, la majoria dones. S'ha de dir, de tota manera, que parlàvem de persones més grans de seixanta-cinc o de setanta-cinc anys que formaven part del que el cens denomina *llars unipersonals*.

5.1. Soledat sociodemogràfica versus soledat subjectiva

1. Quan parlem de persones grans que visquin a llars unipersonals, no volem dir que siguin persones grans sense parents o que no disposin de família que pugui atendre'ls; senzillament significa que viuen sols en un habitatge. I pels estudis fets sabem que aquest col·lectiu té molt clar on desitja viure l'envelliment mentre pugui: a casa seva. El quadre següent registra, en xifres absolutes, les persones que viuen soles més joves de seixanta-cinc anys, les que viuen soles més grans de seixanta-cinc anys i, dins d'aquestes, el subgrup de més grans de setanta-cinc anys. Es poden comparar amb la població total per Illes i per comunitat autònoma.

Taula 4 | *Persones més grans de setanta-cinc i seixanta-cinc anys amb relació al total de població i de llars unipersonals.*

	PERSONES SOLES >75	PERSONES SOLES > 65	PERSONES SOLES	POB.TOTAL
MALLORCA	23.465	105.771	60.150	672.640
MENORCA	2.344	10.501	5.944	71.155
EIVISSA/FORMENTERA(1)	2.039	12.039	7.884	93.299
ILLES BALEARS	27.848	128.311	73.978	837.094

Font: Informe 2007. (1) El cens 2001 agrupa les poblacions dels dos territoris.

2. Cal tenir present que aquest primer tipus de soledat, la soledat *demogràfica* (objectiva) pot correspondre a persones que durant la jornada mantenen contactes socials i, a més, poden tenir les filles o els fills a prop o que hi acudeixen quan no es troben bé. Per tant, tot i que estan soles, potser no s'hi senten. En tot cas, serà més una soledat que diríem de nit, perquè quan es retiren a casa per dormir només hi són elles. Així mateix, no sempre aquesta situació implica una vivència desagradable, perquè pot tractar-se d'una experiència voluntària i enriquidora (encara que la majoria de les persones grans que viuen soles és perquè s'hi han vist obligades per les circumstàncies).
3. Un segon tipus de soledat és la que es deriva dels processos de desadaptació psicosocial que duen a l'aïllament, a la desvinculació social o a la depressió. Són processos propis de les pèrdues emocionals, com a conseqüència de veure partir les persones estimades o amb les quals han viscut durant anys (no necessàriament el cònjuge) o, senzillament, perquè es troben sense un rol dins la família o dins la comunitat; en definitiva, perquè senten acabar-se la vida abans de morir. Parlem en aquest cas de soledat *sentida* o subjectiva.
4. Finalment, una variant de la soledat és la derivada de la síndrome de Diògenes o de processos que presenten dèficits importants en les relacions socials, sigui per marginació, exclusió o disfuncions psicosocials i familiars molt importants, amb manca de suport i

de relacions emocionals significatives i reconfortants. Tampoc disposen de la capacitat o motivació suficient per compartir amb els altres interessos i preocupacions. En segons quins casos aquesta soledat està associada a sentiments i comportaments propers a l'anomia.

5.2. Dades i factors que hi intervenen. Conseqüències

1. Si ens centram en la soledat sentida, trobam que diferents estudis⁷ assenyalen que entre el 10% i el 14% de les persones grans se senten freqüentment soles i al voltant d'una tercera part de les persones grans se senten soles ocasionalment.
2. Els factors que poden influir en l'aparició de la soledat en les persones grans, segons l'estudi esmentat, són diversos. Malgrat això, existeixen situacions que poden facilitar l'aparició d'aquesta soledat, no tant per la presència d'un únic factor, sinó per la combinació de factors de diferent naturalesa:
 - **Situacions familiars adverses:** abandonament de la llar per part dels fills, manca de descendència, no tenir germans, dispersió geogràfica dels fills i/o altres familiars, insatisfacció amb les relacions familiars, conflictes familiars especialment amb els fills, mort del cònjuge, abandonament de l'habitatge i l'entorn social proper, existència o absència de fills o tenir cura d'un familiar malalt.
 - **Factors personals:** els sentiments de soledat són més freqüents en dones que en homes, en persones separades i/o divorciades, en fadrines i vídues que en les casades. La personalitat, l'estat d'ànim, el nivell educatiu, els ingressos econòmics, etc., també hi influeixen. També hi hauríem de considerar la salut objectiva i la subjectiva: com més dolent és l'estat de salut, més gran és la soledat.
 - **Factors socials:** l'aïllament social, la dificultat d'accés als serveis socials i sanitaris, la reducció o insatisfacció de la xarxa social (amistats, veïnats...), la participació més baixa en activitats estimulants (les persones grans més actives informen amb menys freqüència de sentiments de soledat) i l'avorriment.
 - **Altres factors:**
 - El moment del dia, ja que són més freqüents en fer-se fosc i es fan més intensos a mesura que avança la nit i durant la matinada.
 - El moment de tornar a casa seva, sobretot si viu sol, implica una probabilitat més alta d'aparició dels sentiments de soledat.

⁷ CIS-IMSERO: *La soledad de las personas mayores*. Estudi 2.279.

- La soledat cercada (permet un coneixement més gran d'un mateix i un enriquiment personal més gran) o la imposada (provoca l'aparició de sentiments negatius).

3. La soledat té conseqüències negatives i positives:

- Les **negatives**: afecta el benestar físic i cognitiu, depressió, sentiment d'indefensió, institucionalització, mala alimentació, por (de patir una malaltia o accident, de la dependència, de morir en soledat), disminució de l'autoestima, problemes per dormir, baixa resposta immunològica a l'estrès, problemes de cognició, augment de la probabilitat de mortalitat.
 - Les **positives**: llibertat, tranquil·litat, aprofundir en el coneixement d'un mateix, reestructuració adaptativa (capacitat per activar estratègies eficaces davant la soledat).
4. Si bé la soledat és més freqüent en dones grans, sol ser més intensa i més temuda per als homes grans, a causa de la dificultat en el maneig d'activitats domèstiques, almenys en les generacions de persones grans en què els papers domèstics han estat desenvolupats per les dones.

5.3. Afrontament i programes d'intervenció

1. Pel que fa a les habilitats d'afrontament de la soledat, veurem la influència de diversos factors:

• Recursos personals

- Establir vincles afectius amb noves persones.
- Fer visites a altres persones.
- Creences religioses.
- Personalitat equilibrada.
- Mantenir-se actiu.
- Iniciativa pròpia (planificació d'activitats).
- Acceptació de les dificultats adverses, per exemple, quedar vidu.
- Augmentar l'autoestima.
- Aprendre habilitats socials.

• Recursos familiars

- Oferir suport instrumental i emocional.
- Bona qualitat de les relacions familiars.
- Contacte freqüent.
- Satisfacció amb les relacions familiars.

- **Recursos socials**

- Xarxes socials extenses i eficaces.
- Increment de les interaccions socials significatives.
- Proporcionen suport emocional i instrumental.
- Realitzar activitats agradables: sortir a passejar especialment en companyia, fer visites, etc.
- Participació social.

- **Recursos ambientals**

- És necessària la presència d'un ambient que faciliti el manteniment de patrons de conducta adequats i que disminueixin la soledat.

- **Recursos econòmics adequats a les necessitats**

2. Del vessant psicosocial no hi ha tantes dades. Per això són tan importants els programes comunitaris perquè, en el seu vessant psicosocial, treballen aquests aspectes més ocults de l'envelliment i perquè atenyen la subjectivitat de les persones. Les dades demogràfiques, en definitiva, són expressions quantitatives.

3. Finalment, a l'hora de fer una tasca preventiva sobre la vivència de soledat, cal tenir present la implantació de programes psicoeducatius cognitivoconductuals, així com incloure, d'una manera transversal al llarg de la resta de programes, la dimensió relacional de la naturalesa humana. La intervenció per mitjà de programes en grup proporciona una possibilitat per pensar, viure, treballar i elaborar aspectes tan universals i *oblidats* com la pertinença als grups, el desenvolupament dels vincles i les relacions noves, així com la fi dels vincles i el dol mitjançant el treball i vivència dels acomiadaments dins del grup.

6. La llei de dependència i els programes preventius

1. En aquest apartat s'analitza breument la manera en què recull el desenvolupament de programes preventius la Llei 39/2006. Si bé és cert, com veurem, que la Llei fa esment explícitament dels programes preventius (articles 14, 15 i 21), també n'hi ha d'altres que indirectament afecten el desenvolupament d'aquests programes.

2. L'objectiu de la Llei, tal com s'indica a l'article primer, deixa ben clar que la promoció de l'autonomia personal és un dret del ciutadà que ha de ser defensat per les administracions públiques. Des del començament del desplegament de la Llei, s'ha fet un esforç per prendre consciència als ciutadans que tenen el dret de ser atesos en cas de situació de

dependència, però aquest esforç no ha quedat tan clar quant al fet que també tenen dret a prevenir o retardar aquestes situacions.

3. Si consideram més en detall les referències per articles, observam que el tercer estableix, com a principi inspirador, l'establiment de mesures adequades de prevenció; que els articles 6 i 8 plantegen la col·laboració entre administracions per tal d'optimitzar els recursos per a la promoció de l'autonomia. Actualment, la col·laboració entre les administracions no és tan fluida com seria desitjable i, per aquest motiu, no s'aprofiten els recursos de programes preventius que es duen a terme ja en l'actualitat; l'article 13 pretén que la persona pugui ser el més autònoma possible per tal de mantenir un rol actiu dins la comunitat, objectiu principal dels programes preventius d'intervenció comunitària. Finalment, com dèiem abans, els articles 14, 15 i 21 comprometen les administracions públiques a oferir als ciutadans els serveis i prestacions per prevenir situacions de dependència.

Article 14. 1. Prestacions d'atenció a la dependència

Les prestacions d'atenció a la dependència podran tenir la naturalesa de serveis i de prestacions econòmiques i aniran destinades, per una part, a la promoció de l'autonomia personal i, per una altra, a atendre les necessitats de les persones amb dificultats per a la realització de les activitats bàsiques de la vida diària.

Article 15. 1. a. Catàleg de serveis

1. El catàleg de serveis comprèn els serveis socials de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a la dependència, en els termes que s'especifiquen en aquest capítol:
 - a) Els serveis de prevenció de les situacions de dependència i els de promoció de l'autonomia personal.

Article 18. 4. Prestació econòmica per a cures dins l'entorn familiar i suport als curadors no professionals

4. El Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència promourà accions de suport als curadors no professionals que incorporaran programes de formació, informació i mesures per atendre els períodes de descans.

Article 21. Prevenció de les situacions de dependència

Té la finalitat de prevenir l'aparició o l'agreujament de malalties o discapacitats i les seves seqüeles, mitjançant el desenvolupament coordinat, entre els serveis socials i de salut,

d'actuacions de promoció de condicions de vida saludables, programes específics de caràcter preventiu i de rehabilitació dirigits a les persones grans i a les persones amb discapacitat i a les que es vegin afectades per processos d'hospitalització complexos. Amb aquesta finalitat, el Consell Territorial del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència acordarà criteris, recomanacions i condicions mínimes que haurien d'acomplir els plans de prevenció de les situacions de dependència que elaborin les comunitats autònomes, amb especial consideració dels riscos i actuacions per a les persones grans.

4. Tot i els aspectes positius, també s'observen algunes mancances. En concret, les prestacions que preveu la llei estan orientades quasi totalment a atendre situacions de dependència però no tant a prevenir-la. Es potencia la prevenció secundària i especialment la terciària, però no la primària, que és la que pot arribar a un nombre més gran de persones amb una inversió econòmica més petita. Segons Cornes [et al.] (2004, pàg. 88), «la prevenció primària és, estrictament parlant, l'única i vertadera estratègia preventiva». Aquesta prevenció i aquest suport s'han de fer extensius als familiars curadors.
5. Amb data d'1 de juliol de 2009 encara no s'havia atorgat a les Illes Balears cap prestació en sentit estrictament preventiu. Encara que fins l'any 2014 la població reconeguda com a dependent no rebrà les prestacions de nivell i grau més baix (1.1., 1.2), no cal esperar fins a aquest any per implantar programes de prevenció, ja que aquests també estan orientats a prevenir o retardar la dependència tant severa com moderada. El finançament dels serveis assistencials d'atenció a la població dependent no ha de perjudicar el dels programes preventius de la dependència.
6. Amb aquest articulat, la llei incorpora no solament l'atenció a la dependència com a dret subjectiu, sinó també *in extenso* el dret a la promoció de l'autonomia. Per això, no es poden ni obviar ni menystenir les intervencions comunitàries basades en programes de prevenció i de promoció per a un envelliment digne i de qualitat; ans al contrari, s'han de potenciar i qualificar.

7. Els costos i la cobertura dels programes comunitaris de vellesa i família

1. Aquests darrers anys, quan hem analitzat els costos dels serveis per a les persones grans i els familiars curadors,⁸ un dels indicadors que sempre ens ha interessat estudiar és el que denominam *dobla piràmide inversa*. Es tracta d'un conjunt de dades que relacionen el cost de cada servei per a les persones grans⁹ amb la cobertura de població que tenen.

⁸ Pla Estratègic de les Persones Majors de les Illes Balears (AA.VV. 2001), Barceló [et al.] (2008) i Barceló (2008).

⁹ Classificats en tres categories: serveis de base o d'atenció primària, secundaris o especialitzats i els de caire residencial o que substitueixen la llar.

2. És sabut que els costos dels serveis residencials són elevats a causa dels torns de personal per cobrir les vint-i-quatre hores d'atenció, les despeses de manteniment, inversió, etc. Precisament per això, no és sostenible la creació indiscriminada de places a residències que, tanmateix, s'han d'oferir a una població forçosament reduïda pels mateixos costos i, a més, perquè un hipotètic finançament basat exclusivament en les quotes de les persones grans ingressades no solament les fa inviables, sinó que compromet les polítiques socials del sector, que les convertiria en un servei elitista i a l'abast només de poques persones grans, les que disposassin d'un capital suficient.
3. Quan es compara el cost/cobertura de les residències amb els altres recursos esmentats, s'observa la tendència a dedicar molt més diners a finançar les places de residències que les dels centres de dia i/o els programes a la comunitat (SAD, teleassistència, menjar a domicili, programes preventius per a persones grans i familiars, etc.), tot i que aquestes dues darreres opcions no solament arriben a més població, sinó que poden actuar de contenció i retard de l'opció de residència, per la qual cosa compleixen una *funció d'eficiència* en el Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència que crea la Llei 39/2006.
4. Si procuram posar *xifres a la doble piràmide inversa*,¹⁰ s'observa que el 2000, per a les Illes Balears, els serveis residencials tenien un cost anual de quatre mil sis-cents trenta-set milions de pessetes (4.637.132.939 PTA.), pràcticament vint-i-vuit milions d'euros. La cobertura aleshores era de 3.342 usuaris. Per la seva banda, els programes de comunitat, agrupant els d'atenció primària amb els dels centres de dia, tenien un cost anual de mil nou-cents milions de pessetes (1.868.613.469 PTA), aproximadament onze milions d'euros.
5. Si consideram que el *cost total anual* dels serveis es calculava entorn dels sis mil cinc-cents milions de pessetes (6.505.746.408 PTA), al voltant dels trenta-nou milions d'euros, resultava que les residències generaven el 71% dels costos, però amb un índex de cobertura només del 2,82% (3.342 places) de la població de persones grans de les Illes Balears. Els serveis de primària més els programes comunitaris generaven el 29% restant de la despesa amb una cobertura al voltant del 3,42%, que corresponia a 4.060 usuaris, i això sense comptar els participants en els programes comunitaris, xifra que resulta més difícil d'establir, però superior en qualsevol cas a les de residències o a les de l'atenció primària. Si no es consideraven els participants en els programes, els serveis d'atenció primària oferien els seus serveis al 58% dels usuaris.

¹⁰ En realitat, es tracta d'uns eixos de coordenades en els quals l'abscissa considera el nombre d'usuaris i l'ordenada el tipus de recurs. Atesa la situació el 2001, quan començarem a calcular aquesta dada, la forma resultant era una piràmide pel que fa als usuaris i una altra piràmide, però ara inversa de l'anterior, per als costos.

6. La tendència era la mateixa l'any 2007 pel que fa als costos, ja que parlariem d'uns percentatges del 73% per a les residències (vuitanta-tres milions d'euros) i del 27% per als serveis d'atenció primària (trenta-un milions d'euros). En canvi, pel que fa als usuaris, havien augmentat els que eren atesos per l'atenció primària, que arribaven al 72%, increment generat fonamentalment pel nombre d'usuaris del SAD, que comptabilitzava 10.561 persones grans ateses. Les persones grans ateses a les residències eren 4.540. La resta, 1.160 persones grans, eren ateses als centres de dia.
7. Les dades disponibles per al 2008¹¹ indiquen que les despeses totals vinculades al desplegament de la Llei 39/2006 al llarg de 2008 arriben als 63.283.344,80 euros. La despesa de més quantia (un 68,88%) és la referida a les prestacions per a centres residencials, amb 2.366 places. La xifra en euros arriba als 47.020.590,56 amb una relació gairebé d'1 a 2 entre la despesa per a persones grans i la pròpia per a discapacitats. El quocient del cost per plaça se situa, en aquest darrer col·lectiu, en els 23.810 euros l'any, mentre que per el cas de les places residencials per a persones grans el cost per any és de 18.230 euros.
8. Pel que fa als centres de dia, destaca l'important esforç pressupostari, si bé, cal reconèixer-ho, és encara insuficient. La despesa arriba als 8.160.985,25 euros, pràcticament el 12%, i significa un augment de dos milions d'euros amb relació a les dades aportades per a la realització de l'*Informe 2007*. La plaça té un cost de 7.563 euros l'any, per als 1.079 usuaris. Tot i que no són comparables en detall, convé esmentar que la memòria de CES del 2007, amb dades del 2006, informava que «l'esforç realitzat el 2007 ha estat molt rellevant, amb quaranta-dos convenis signats per un total de 2.566.141,46 euros; això representa un augment del 167,52% respecte de 2002 (s'hi havien dedicat 1.531.800 euros)».¹²
9. Les quantitats esmentades evidencien l'esforç que es fa per part de les distintes administracions a fi d'orientar el model d'atenció a les persones grans i, en general, a les persones amb dependència, envers una assistència que sigui més propera a l'entorn de la persona gran, per tal de no promoure la substitució de la llar, així com procurar suport als curadors familiars i, per tant, sense desvincular-los de l'atenció a les seves persones grans. Aquesta dedicació als *serveis de proximitat* es veu millorada encara per l'assignació de la partida de prestació econòmica per a cures dins l'entorn familiar, amb un total d'11.335.059,57 euros, que arriben al 16,61% del total de despesa en prestacions.

¹¹ Es generen a partir de la progressiva implantació del SISAAD, el sistema informàtic del SAAD. És un sistema encara en procés d'ajustament, però que ha de permetre organitzar el seguiment de les situacions de dependència pel que fa, entre altres, als recursos assignats i a la creació de sèries numèriques de costos i beneficiaris. És important tenir en compte que les dades que manejam només es refereixen a les generades per la Llei 39/2006 i a places del Govern de les Illes Balears i dels centres concertats. A més, preveuen les despeses i les places per a persones grans i persones amb discapacitats. La comparació, doncs, amb les dades presentades dels anys 2001 i 2007 s'ha de fer amb certes reserves.

¹² AA.VV. (2007, pàg. 638).

10. Les dades anteriors confirmen, al nostre parer, la modificació de la tendència dominant fins pràcticament el 2007 i que hem definit com a doble piràmide inversa. Observam, doncs, un incipient canvi en el model d'atenció a les persones dependents, per fer-lo més proper a la comunitat i més sostenible econòmicament i socialment.
11. Segurament, caldrà insistir-hi en propers treballs per tal d'observar si es manté la tendència. Per nosaltres, es tracta d'un element fonamental no solament per fer sostenible el sistema d'atenció a la dependència, sinó per promoure l'autonomia i, per tant, l'acció de donar suport a les famílies. En aquest sentit, cal considerar amb certa preocupació la presència gairebé testimonial, o residual segons com es miri, de les despeses per a programes de prevenció i autonomia personal. És necessari més treball entre les institucions i les entitats del tercer sector.

En concret, només l'Institut Mallorquí d'Afers Socials, els ajuntaments que hi col·laboren i algunes de les associacions d'afectats implementen programes preventius al territori. En el cas de l'IMAS, d'ençà el 1994 i amb una dedicació pressupostària consolidada d'aproximadament 250.000 euros per al 2006. Aquesta institució és la que més esforç aporta a la prevenció i a la promoció de l'autonomia de les persones grans a través de *l'Equip de Vellesa i Família*, ara dins la Secció de Foment de l'Autonomia de les Persones Grans. De fet, és l'única experiència que, fins i tot abans de la Llei 39/2006, ja treballava amb persones grans en situació de risc des d'una perspectiva psicosocial i educativa a través de models d'intervenció comunitària. Per això, ens hi referirem amb més detall en el proper capítol.

12. A tall de reflexió, hem d'assenyalar que les atencions residencials a les persones grans tenen un caràcter professional i doblement permanent, perquè les persones grans són ateses durant tot el dia i de per vida. Aquest components, als quals podem afegir el fet de tractar-se d'institucions totals (Goffman) les fa cares i amb una tendència a distanciar de la comunitat els seus usuaris. En canvi, l'assistència dins la comunitat comporta necessàriament la col·laboració de la família o de la xarxa de suport i de les administracions públiques i privades, amb la qual cosa poden diversificar-se les responsabilitats i els costos sense exposar la persona gran a processos de desarrelament o aïllament institucional.
13. Les dades recollides ens porten a la consideració que, per fer el SAAD sostenible i de qualitat, cal aprofundir en un canvi de tendència que passa per augmentar les prestacions a la comunitat, bàsicament amb l'increment del nombre de places de centres de dia, de servei al domicili, de suport a la família, així com reordenar el perfil de les persones grans ateses en centres residencials. Per això és molt necessari disposar de programes comunitaris potents i sofisticats des d'un punt de vista interprofessional que permetin dur a terme estratègies de suport, treball conjunt i contenció de les

situacions que la prevenció de la dependència i la promoció de l'autonomia de les persones grans comporta.

14. Els serveis de la comunitat (sanitaris, socials, entitats del tercer sector, formació d'adults, formació permanent de professionals del sector de les persones grans, etc.) no poden treballar aquestes situacions ignorant què fan els altres serveis i sense voluntat de cooperar. És una responsabilitat de l'administració pública i de la societat civil cercar *espais de col·laboració* i dissenyar solucions creatives i eficaces per resoldre les situacions que l'atenció a la dependència i l'augment de l'esperança de vida crea en les persones i les famílies; cal evitar, en definitiva, que les noves necessitats modifiquin a la baixa la qualitat de vida.

8. Experiències en programes comunitaris

8.1. La intervenció comunitària a les Illes Balears

El darrer trimestre de 2007 duguérem a terme el treball de camp corresponent a la recerca que havia de recollir les dades per a l'*Informe 2007* sobre els programes comunitaris i preventius per a persones grans i familiars curadors a les Illes Balears. Seleccionades les entitats i institucions, es feren més de cinquanta entrevistes amb les persones responsables de cada programa. Mitjançant un qüestionari estàndard, recollírem i classificàrem les dades corresponents.

Complimentàrem un total de cinquanta-tres fitxes, cada una de les quals corresponia a un programa diferent. Vint-i-una foren finalment les entitats o institucions, tant públiques com privades, que ens respongueren. L'àmbit geogràfic de la recerca abraçava tota la comunitat autònoma. De l'anàlisi de les dades recollides se n'extreuen les conclusions següents:

1. La majoria de les iniciatives incideixen sobre els components psicològics, tant en els aspectes cognitius com emocionals. Les entitats són els agents comunitaris més implicats al respecte, fonamentalment pel que fa a l'atenció als seus socis o beneficiaris. L'estimulació cognitiva i el suport emocional són camps de treball destacats. Destaquen els objectius centrats en els aspectes socials i, en mesura més petita, en els dirigits als aspectes funcionals.
2. Les persones grans són els principals destinataris. No obstant això, els familiars curadors tenen una presència important. Cada cop més, els sistemes proveïdors de serveis pensen en els familiars que han d'atendre un parent amb dependència. Les demandes d'aquest col·lectiu tenen especial incidència pel que fa a les malalties

degeneratives del sistema nerviós central. Crida l'atenció la baixa, gairebé nul·la, presència de les activitats formatives. Cal tenir en compte que la Llei 39/2006 preveu la formació dins el seu artículat.

3. També és cert que les entitats esperaren rebre la formació o, en tot cas, sol·licitaren finançament a les institucions per satisfer les demandes específiques que tenen. Per tant, el més lògic és que les administracions públiques i les empreses de serveis que hi concerten, disposin de programes de formació que s'ajustin no solament a les necessitats de les entitats, sinó a les dels treballadors de les administracions públiques en els temes que es refereixen als tres nivells de prevenció. No es pot obviar tampoc que els espais de trobada (jornades, simposis, intercanvis, etc.) entre professionals de l'atenció primària o especialitzada compleixen una tasca necessària, estimulant i imprescindible en la millora dels aspectes preventius.
4. S'ha observat que els nivells preventius més treballats per les iniciatives revisades són els referits a la prevenció secundària i terciària, sobretot pel que fa a les entitats. Aquestes treballen amb persones grans afectades per alguna discapacitat que els provoca la dependència. Cal destacar que les administracions públiques són les úniques que encara mantenen amb certa amplitud les iniciatives de prevenció primària i de risc, amb programes adreçats a persones grans i familiars curadors.
5. Gairebé la totalitat d'iniciatives s'ubiquen dins el marc social i el sanitari. Els programes educatius o els propis a les polítiques d'igualtat no tenen encara una presència a considerar. Pel que fa al marc educatiu, s'han de considerar les iniciatives que realitza la Universitat Oberta de Majors de la UIB (UOM).
6. En general, hi ha una presència comunitària més o menys sostinguda per part de les entitats i institucions quant a donar a conèixer els seus missatges. La continuïtat en el temps de certes entitats i serveis de l'administració fan que la comunitat els conegui. No obstant això, manquen iniciatives transversals entre els serveis socials, sanitaris, educatius.
7. Amb relació a la tipologia de les iniciatives, i llevat de les de formació, recerca i cooperació, la resta mantenen una presència semblant. La consideració principal, a parer nostre, és que les entitats, de poder fer només tasques d'informació i orientació, han passat a donar serveis als seus membres, conscients que les administracions no poden particularitzar l'atenció per tipologia d'afectats. Hem detectat aquest augment en les iniciatives de suport personal, familiar i d'estimulació.
8. Les opinions que hem recollit com a observacions dels responsables dels programes tenen l'interès de respondre als aspectes que poden ser més sentits. Així, cal considerar

les referències a la necessitat de donar estabilitat i més eficàcia a les iniciatives mitjançant fórmules de finançament a través de convenis de col·laboració que responguin a dissenys planificats i, per tant, amb una possibilitat de previsió en el temps.

9. La consideració anterior té relació directa amb l'estabilitat laboral i la qualitat en l'ocupació de les persones que executen les iniciatives. Com hem dit, en molts de casos les entitats fan una feina complementària a la de l'administració. També convé vetllar per la formació de les treballadores nouvingudes en un moment en què la demanda de curadores va en augment.
10. Les institucions coincideixen en la importància de la col·laboració entre les administracions, tant en les preses de decisions com en els intercanvis. D'alguna manera, el debat partidista haurà d'estar al marge dels aspectes fonamentals que planteja la Llei 39/2006. Igualment, caldrà potenciar els intercanvis entre els tècnics, més enllà dels espais formatius reglats.
11. En aquest sentit, convé considerar les iniciatives que parteixen d'una connexió horitzontal entre entitats. Les plataformes o altres fórmules (federacions, etc.), permeten fer retre els esforços i ser més eficients. Són un exercici de diàleg i compactació d'accions que requereix la capacitat de fer feina coordinadament, cercant els punts forts i les trobades de posicions i no la debilitat de l'adversari. Així mateix, pot fer més eficaç la captació de recursos econòmics.
12. L'experiència i la tradició de les entitats que fan feina coordinadament ha de traduir-se també en una capacitat d'entesa i de treball conjunt amb les administracions més gran. El treball comunitari, patrimoni de tots, necessita el treball en xarxa. L'intercanvi d'informacions, d'experiències, l'aprofitament dels recursos, evitar la duplicació de serveis, etc. són cabdals per generar noves dinàmiques, més fresques, eficaces i creatives, que les inèrcies que a vegades atrapen les administracions i les entitats, les primeres esperant propostes de les segones i aquestes esperant el finançament de les primeres. Això per una banda; per l'altra, la resolució de dificultats o nous reptes reclama la coordinació d'esforços.
13. Les institucions reconeixen que la feina respecte de l'atenció de la dependència es mou encara més en el terreny assistencial. La prevenció hi és present, però es troba més allunyada dels objectius que es plantegen a hores d'ara. En qualsevol cas, tots els responsables consultats consideren que la prevenció és un camp de treball imprescindible per a un model més equilibrat, és a dir, ni neguen la seva eficàcia ni descarten que no s'hagi de fer prevenció. De fet, s'insisteix en la necessitat de les polítiques de proximitat als ciutadans i no en el fet que solament es posi l'èmfasi en els aspectes monetaris o assistencials de la Llei 39/2006.

8.2. Tipologia d'iniciatives

A continuació, presentam la tipologia de les iniciatives dels programes de promoció de l'autonomia personal i atenció a la dependència que vàrem extreure de l'anàlisi de les dades recollides a l'*Informe 2007* i que agrupam per categories.

- **INFORMACIÓ.** Són programes o línies que fan arribar als destinataris dades i continguts que els afecten i que els poden ser d'utilitat. Disposen d'un component de presa de consciència inicial que no convé descartar. En la tradició dels programes comunitaris, aquestes iniciatives generen un nivell de canvi que segueix *grosso modo* l'ordre següent: primer s'assoleixen canvis en el nivell d'informació, després en les actituds i, finalment i amb més dificultat, canvis en els comportaments.
- **ORIENTACIÓ.** Transmeten a destinataris específics o a la població general els criteris, normes, informacions, suggeriments o qualsevol altra apreciació que permeti al demandant definir quins, com, on o amb quins terminis pot dur a terme el que li sigui convenient per satisfer o resoldre el motiu de la seva demanda.
- **CAPACITACIÓ¹³ i TREBALL PERSONAL.** Fonamentalment són iniciatives adreçades als no professionals (l'atenció informal). Es tracta de procediments i tècniques que milloren les capacitats personals en les relacions i esdeveniments d'intercanvis socials. Recullen tota la tradició del treball de l'autoconcepte, autoestima, autoajuda i habilitats socials. Comporten un vessant en grup i no de treball de casos.
- **FORMACIÓ i RECERCA.** Comuniquen continguts i valors mitjançant espais reglats, formalitzats i professionalitzats. Poden plantejar-se l'avaluació del rendiment acadèmic assolit. El component d'investigació se situa en un moment anterior i amb paràmetres distints al de la formació, però resulten complementaris entre si. La recerca procura la recollida de dades i la innovació en les solucions als problemes que afecten l'autonomia i la dependència de les persones grans i els familiars curadors. Ambdues categories són iniciatives programades principalment per ser adreçades als tècnics en aquestes matèries.
- **SUPPORT PERSONAL.** Els programes que n'ofereixen donen suport als processos d'adaptació psicosocial des de la perspectiva de la història de vida de la persona, dels seus patrons i mecanismes intrapsíquics i de les seves estratègies de relació. Pot complementar-se amb els programes que promouen una tipologia d'intervenció en grup. Arriben al treball terapèutic i de casos.

¹³ Les iniciatives que preveuen ajuts tècnics les hem considerat a les tipologies de capacitació i suport personal.

- **SUPORT FAMILIAR.** Ajuden els membres de les famílies en el seus processos d'adaptació psicosocial. Connecten els components intergeneracionals i les regles relacionals familiars. Tenen connexió amb les tipologies d'intervenció en grup amb els familiars curadors. Poden arribar fins al treball terapèutic familiar.
- **ESTIMULACIÓ.** Iniciatives centrades en les activitats de grup, però amb caràcter personalitzat. Resulten eficaces per tractar les pèrdues cognitives, els dèficits funcionals i els processos de pèrdua o desvinculació social de risc.
- **PARTICIPACIÓ.** Plantegen la captació i la incorporació dels seus integrants (persones grans, familiars, professionals) a les activitats socials que fan possible el màxim de vinculació, integració i participació en la vida comunitària. Pot tenir una tendència única (només de persones grans, familiars, etc.) o transversal (entre diversos col·lectius socials). Les activitats d'organització, gestió i promoció del denominat món associatiu (o de col·legis o associacions professionals i entitats sense ànim de lucre) centra el gruix principal d'aquest tipus de programes.
- **COOPERACIÓ.** Són iniciatives de voluntariat, no lucratives, o també mitjançant convenis de col·laboració (que fan possible l'acció solidària controlant l'ànim de lucre). També hi ha iniciatives de cooperació amb els serveis formals o directament amb els afectats i els seus familiars, tant en l'atenció com en la prevenció de les situacions de dependència. L'ajuda o el suport que presten tenen un caràcter finalista i concret quant als resultats esperats. Experiències de voluntariat, de cooperació, de banc de temps, etc. en són un exemple.

8.3. L'Equip de Vellesa i Família

1. L'Equip de Vellesa i Família (EVIF) va començar la seva feina l'any 1994. Des d'aleshores els programes es realitzen als municipis de Mallorca amb la finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones grans i dels seus familiars. Les intervencions compten amb la col·laboració dels serveis socials d'atenció primària municipals.
2. Els programes entre el període 1994-2000 eren cinc.¹⁴ Un primer programa era *d'atenció psicosocial* per a persones grans en risc que disposava de dues línies, la que es dirigia a les persones grans soles o amb dificultats d'inserció comunitària i una segona adreçada a persones grans amb pèrdues de memòria i que treballava especialment *l'estimulació cognitiva*. L'any 1997 s'havia implementat a vint-i-nou municipis de Mallorca amb una participació de 472 persones.

¹⁴ Barceló, Santiago 2000.

3. El segon programa era de *suport als familiars curadors* de persones grans. Se'ls donava suport mitjançant informació, formació i ajuda mútua, per tal de disminuir els efectes negatius de la síndrome del curador familiar. El treball es realitzava a través de grups de familiars i amb un format de taller. L'any 1997 se'n varen fer a dotze municipis amb una participació de 683 persones.
4. Un tercer programa es dedicava a treballar la *sensibilització comunitària* en el sector de les persones grans mitjançant activitats destinades a afavorir la integració de les persones grans a la comunitat, a garantir el respecte als seus drets i a sensibilitzar la comunitat de les situacions de risc que patien. Aquestes activitats anaven des de la presència en programes radiofònics, o espais a la premsa forana, a conferències, actes conjunts amb persones grans de diversos municipis, exposicions itinerants amb materials sobre l'envelliment, recursos per a les persones grans, etc.
5. El quart programa es dirigia a donar *suport i formació als professionals* dels serveis d'atenció primària municipal que treballaven amb persones grans, bàsicament els treballadors socials i les treballadores familiars del SAD. Finalment, es posà en marxa un programa de *suport a les associacions de persones grans* mitjançant la subvenció d'activitats i l'assessorament per dur a terme activitats més psicosocials, no solament les socioculturals: xerrades sobre temes d'interès per a la salut de les persones grans, l'autocura, etc., així com iniciatives entre generacions.
6. El Consell Insular de Mallorca ha mantingut als llarg dels anys aquests programes, els quals han augmentat considerablement el nombre de participants, que han arribat a prop de les dues mil persones de pràcticament tots els municipis de Mallorca. Igualment s'han mantingut els programes de caire més sociocultural (gimnàstica, ball de saló, conferències sobre la història de Mallorca), si bé des de departaments diferents al de benestar social.
7. Els programes actualment vigents disposen d'una important experiència en la intervenció preventiva amb persones grans i familiars curadors de base comunitària. Com ja hem apuntat, la Comissió de Benestar Social del Consell de Mallorca els inicià durant el bienni 1994-96, quan va crear l'Equip de Gent Gran, que quedà incorporat en el primer Pla Estratègic del departament, que tenia la missió de crear un equip especialitzat en programes per a persones grans amb un caire psicosocial, de prevenció i promoció dels plantejaments envers la integració social de les persones grans i de l'establiment d'activitats per mantenir la seva autonomia i un procés d'envelliment el més satisfactori possible. El Pla Estratègic 1996-1999 va ampliar la intervenció als familiars curadors i aprofundí en la intervenció amb els tècnics dels serveis d'atenció primària municipal. A partir d'aleshores l'equip es denominà de Vellesa i Família,

precisament per la importància que es volia donar al binomi que, com era evident, representava una necessitat social clara.

8. L'Equip de Vellesa i Família sempre ha realitzat la seva intervenció en els municipis de Mallorca, tant amb les persones grans i els seus familiars com amb els professionals del treball social i treballadores familiars, així com amb alguns professionals de la salut interessats en el treball comunitari. Els darrers anys, amb la creació dels centres de dia i amb l'ampliació de la cobertura del programa per a familiars curadors es col·labora amb educadors socials, infermers i fisioterapeutes.
9. Actualment, l'equip segueix organitzat a partir de les seus comarcals de l'IMAS a Palma, Inca i Manacor i ha incrementat considerablement els municipis i els participants. Estaríem parlant de treballar a pràcticament tots els municipis de l'illa i amb una població que ha estat xifrada entre les quatre-centes persones els primers anys fins a les dues mil del període que va dels anys 2002 a 2005. Actualment, es mantenen aquestes xifres considerant els participants en projectes de persones grans, familiars i professionals.
10. Els eixos programàtics amb què l'EVIF dissenyà els primers anys la seva intervenció eren les persones grans, els familiars curadors i els professionals dels serveis socials municipals. El mètode de treball es basava en iniciatives de prevenció primària i secundària (persones grans i familiars en risc psicosocial) i l'objectiu general consistia a superar la visió individual i assistencial en el treball amb persones grans (residències de persones grans, servei d'ajuda a domicili), vinculant la família, la comunitat i els professionals. En definitiva, es pretenia anar més enllà de la intervenció basada en els components de l'activisme sociocultural i dels viatges i balls (dominant en l'estil associatiu de la Mallorca dels 1988 a 1994) i més enllà també de l'assistència pal·liativa a domicili o de la derivació sistemàtica de les persones grans als establiments residencials. L'alternativa passava per aconseguir fer viable i eficaç el treball psicosocial i educatiu amb el sector de les persones grans i les seves famílies a partir dels plantejaments de la psicologia i la medicina comunitària (Carta d'Otawa, Declaració d'Alma-Ata). Es tractava, doncs, de superar la visió individual i fer una aposta decidida per un treball amb la comunitat.
11. L'eina pròpia i específica que es va plantejar i que, encara avui, demostra la seva extraordinària eficàcia i eficiència fou la creació de grups de persones grans i familiars als municipis. Aquests grups defineixen encara un espai de relació, de prevenció i de promoció personal i comunitària i són l'instrument per fer possible el suport als participants i per oferir-los elements pragmàtics de canvi i millora en la seva situació. A més, el grup de persones grans o de familiars curadors presenta distintes característiques d'interès: té un caràcter *transversal* perquè hi col·laboren distints professionals de la comunitat; és *obert*, ja que no funcionen amb mecanismes de

pertinença administrativa (fer-se socis del grup); *adaptable* (hi poden assistir sense més requisits previs que l'edat o ser familiars curadors i, això sí, no tenir un nivell de dependència sever); *creatiu* (es procura que els continguts de treball es renovin i incorporin les propostes dels participants); promou el *canvi* (els serveis socials, entitats o altres serveis com els mèdics ens deriven persones grans o familiars per tal de treballar amb ells i amb el grup alguna millora de la seva situació o de la perspectiva negativa que tenen del seu envelliment). A més, els tècnics de l'equip, professionals de la psicologia, de l'educació i del treball social, realitzam una entrevista de valoració psicosocial als participants per conèixer el nivell funcional, cognitiu, emocional i social de la persona gran; en el cas dels familiars curadors, ens interessam per conèixer el grau de càrrega i així poder ajustar més bé la dinàmica del grup als participants alhora que fem detecció precoç de les situacions de risc.

12. El grup ha demostrat la seva finalitat preventiva i terapèutica. Preventiva perquè aconseguix estimular els participants en els temes que es plantegen (memòria, habilitats socials, sentiments, etc.), perquè promou l'intercanvi d'informació, de criteris i d'estats d'ànims dels assistents i perquè descobrir que altres experimenten el mateix problema i els mateixos sentiments ajuda a convertir la crisi personal en experiència social (Martín [et al.] 1988).
13. Però els grups també tenen un vessant terapèutic, quan fan possible un espai per al canvi en els comportaments personals, potser mitjançant una modificació de les relacions, o amb una nova presa de consciència que ajuda a disminuir l'impacte del sofriment, o quan fem més resilents els participants, que prenen coratge per cercar processos d'adaptació a l'envelliment més bons o, en el cas dels familiars, quan s'adapten d'una manera més funcional a la cura de les seves persones grans.
14. Finalment, no pot obviar-se que el desenvolupament de la Llei 39/2006, com ja hem vist al llarg de l'article, tindrà repercussions sobre l'oferta de programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal. Convindrà, doncs, ser receptius a les noves necessitats i millorar els programes actuals amb la participació de tots els col·lectius.

8.4. Intervenció comunitària amb familiars curadors. Anàlisi i intervenció

1. El col·lectiu dels familiars curadors de persones dependents és un *col·lectiu estratègic* i vulnerable envers el qual les administracions haurien de disposar d'un model d'atenció just, efectiu i eficient. Són les famílies els grups naturals que pateixen i/o gaudeixen de la presència dilatada de les persones grans a les seves vides. A la vegada, ja sigui per obligació o per gust, són els agents *escollits* per la nostra cultura per sostenir i atendre la dependència que, progressivament i inevitablement, presentaran les persones grans.

2. La pèrdua d'autonomia en els humans no segueix una pauta preestablerta i unívoca, ja que existeixen variables que determinen d'una manera molt personal l'evolució d'aquesta dependència o pèrdua d'autonomia. Com tantes coses de la vida, la mateixa cosa pot ser terrible o meravellosa en funció de la manera en què s'entén i dels recursos personals i familiars disponibles per fer-hi front. L'experiència de poder participar en la cura d'una persona gran fins a la seva mort pot suposar una de les experiències més enriquidores en la vida d'una persona, però també es pot convertir en una càrrega amb dinàmiques relacionals malaltisses i patològiques, amb efectes perniciosos per a la salut.
3. Les relacions de sotmetiment, conflictes i, fins i tot, violència establertes entre curadors i dependents són cada vegada més freqüents dins els ambients familiars i els casos de situacions familiars desbordades faran augmentar les demandes d'intervenció dels serveis socials. Són situacions que acostumen a transmetre molta angoixa i impotència.
4. Per tal de poder intervenir en aquests escenaris amb efectivitat, sense perdre el control i mantenint la salut, convé insistir en les repercussions psicosocials de la dependència. Si desplaçam el focus d'atenció de l'usuari al familiar encarregat de la seva atenció, podrem observar la naturalesa sana o malaltissa de la relació de dependència en la qual participen. Podem definir aquests escenaris amb el concepte d'*interdependència*.
5. Aquesta interdependència resulta patològica quan la relació entre curador i persona dependent no permet l'accés a l'autonomia de cap d'ells sense la presència de l'altre. Quan les persones no han establert unes relacions psicosocials prou funcionals, és molt probable que presentin un estat emocional precari que els obligarà a cercar altres persones en qui recolzar-se per sentir-se segures (relació anaclítica de R. Spitz). Sense la presència física i constant de l'altre (pròpia de les etapes primerenques de la infància), l'angoixa fa acte de presència i s'instal·la la fantasia de desintegració. A causa que la confiança bàsica, necessària per a una vivència de seguretat i llibertat, no ha estat assolida en un grau necessari, la por de la persona de ser abandonada sempre és present i la sensació de pau i calma mai no és una realitat mantinguda més enllà d'unes hores.

Si partim d'aquesta vivència d'abandonament i de por, *la presència de l'altre és percebuda com a amenaça i l'absència com a abandonament*. L'observació de la qualitat de la interdependència ens permet començar a entendre la conflictivitat extrema que moltes vegades ens descriuen els familiars curadors amb el malalt o persona dependent, en què sembla clara la dificultat perquè hi hagi pau, respecte i espai entre tots dos (les crisis d'angoixa i ofegament són molt freqüents a la síndrome del familiar curador). És important el fet de veure que no parlam de relacions basades en un sentit de realitat, ja que, si no, no podríem entendre el control que una persona allitada sense cap mobilitat pot exercir sobre un curador trenta anys més jove i sense cap limitació funcional. Només ho podem entendre en termes d'una dependència

creuada recolzada en el xantatge emocional amb anys d'evolució i distorsionats per la manca d'elaboració dels sentiments que desperten. Aquí és on el grup pot aportar la seva funció d'elaboració, perquè conté i reestructura alhora.

6. La comprensió i anàlisi de les dinàmiques relacionals d'interdependència és essencial per a l'abordatge professional d'aquestes disfuncions familiars. Una vegada es comprèn la dinàmica relacional que manté el vincle d'interdependència, és factible dissenyar els programes i intervencions que puguin ajudar a desfer els *nusos relacionals*. Aquestes intervencions han de tenir en compte la naturalesa de la demanda d'ajut que l'usuari o la família reclama. Som davant de persones amb la llibertat extingida a causa d'un vincle de dependència patògen, de fidelitats perverses, establert amb una figura significativa i que té una llarga evolució en el temps. El primer que cercarà aquest curador serà un vincle amb el professional disponible idèntic al que ha establert amb la persona dependent, però invers. L'alternança de rol dominador-dominat en les relacions d'interdependència és sempre present en aquests escenaris, fet que el professional ha de tenir en compte per no caure-hi.

7. Davant aquests casos, algunes de les reaccions més freqüents dels professionals tenen a veure amb els sentiments de frustració, de ràbia o de saturació a causa de la reiteració i la repetició dels mateixos problemes i de les mateixes dinàmiques d'abús. La queixa de l'usuari envers el professional és una reproducció mimètica de les que té el malalt al curador i aquest, en un intent d'alliberar-se'n, la projecta en el professional i el converteix en una espècie de dipòsit per als sentiments i els pensaments no metabolitzats. Si aquesta dinàmica de transferències (desplaçada de la relació amb la persona dependent envers la relació amb el professional) no es pot treballar i elaborar, la relació entre professional i usuari començarà a reproduir, perillosament, trets propis de la relació curador-dependent. El professional pot començar a experimentar signes clars de la síndrome del familiar curador per una manca d'anàlisi i de distància de treball correctes.

8. L'experiència en el treball assistencial amb aquestes persones mostra diversos trets comuns que convé identificar:
 - El familiar curador expressa una incapacitat per posar límits a les demandes extremes que el malalt li fa.
 - Aparició de simptomatologia somàtica en forma de trastorn adaptatiu de tipus ansios i depressiu.
 - El curador està pres pels pensaments catastròfics envers el malalt quan el deixa tot sol, la qual cosa l'obliga a estar constantment al domicili i limita les seves sortides.
 - El familiar es veu com una víctima de la família perquè sobre ell ha caigut tota la càrrega, fet que viu com una gran injustícia i que usa per fer sentir culpables la resta de familiars *perquè no s'ocupen de res*.

- El curador és incapaç de qualsevol canvi.
 - El curador utilitza la descripció de la seva situació com a targeta de presentació allà on va. És pràcticament impossible parlar amb ell de qualsevol cosa que no sigui la seva situació i el seu sacrifici.
9. El professional assistencial es troba davant un repte complex: les demandes d'una família desbordada. No obstant això, el repte real té lloc quan tota la càrrega recau damunt un únic familiar. Quan és una família la que demana ajut, és freqüent que la responsabilitat sigui compartida i el compromís per a una solució és clar. En aquests casos, el treball de col·laboració amb la família per tal d'alleugerir una situació té bon pronòstic. És diferent quan la demanda prové només d'un familiar que es presenta com el curador principal i únic. El discurs d'aquest sempre té un objectiu: que tothom quedi assabentat que és l'únic que se n'encarrega, que és una víctima i que mereix la màxima atenció. Mai no serà prou allò que es pugui fer per ell. El professional farà intents constants per conhortar l'angoixa i el malestar d'aquesta persona, però la demanda no té límit i res no sembla millorar la situació.
10. Lluny del que pot semblar en un primer moment, la dependència malalt-curador no és més petita que la dependència a la inversa. De vegades sembla que no tot és aversiu en aquesta relació, ja que és significatiu que el curador manifesti de vegades que està *encantat (sic)* amb la submissió. Els motius profunds que mantenen aquesta interdependència tenen molt a veure amb vincles (perversos) de xantatge i extorsió emocional establerts entre curador i dependent des dels primer moments de la relació. La separació i la individualització d'aquestes figures (tant del curador com del dependent) no han cristal·litzat suficientment, fet que promou la manca d'elecció autònoma de cada un dels protagonistes (el malalt per la seva dependència funcional i el curador per l'emocional). Semblen units de per vida i, tot i que aquesta situació produeix una ràbia i un malestar intensos, també reproduïx un escenari somiat pels personatges d'aquesta tragèdia romàntica: tu i jo sempre junts, sense que res ni ningú ens pugui separar. És aquest component pervers el que desperta la ira del professional, perquè no pot entendre la recurrència constant del curador a repetir pautes de relació i reforçament de conductes despòtiques del malalt.
11. El grup desfà la recreació d'aquesta relació exclusiva entre dos i resulta un recurs psicosocial excel·lent per poder ajudar els familiars atrapats en dinàmiques d'interdependència, els quals presenten dificultats quasi impossibles de resoldre en el marc d'una intervenció individualitzada a causa de les seves característiques regressives (relació d'exclusivitat amb la figura d'inclinació). Amb el grup, el professional tindrà més opcions per arribar als participants amb més garanties d'efectivitat.

Fins aquí, els elements conceptuals. A continuació podem observar, a títol d'exemple, les principals característiques d'una experiència d'intervenció psicosocial amb familiars curadors.

La demanda perquè s'iniciàs es fonamentà en la quantitat de casos de familiars curadors de persones dependents que arribaven als serveis socials cercant espais d'ajuda per a les seves vivències d'esgotament i aïllament psicosocial. El programa es va plantejar com una passa més en l'atenció dels casos de familiars curadors que, després d'haver participat en el programa psicoeducatiu de formació i suport psicosocial als familiars curadors de persones grans que oferia l'IMAS, requerien una ajuda i un suport més intensos i específics.¹⁵

Espai de suport psicosocial per a familiars curadors en risc

Demanda:

- La idea d'iniciar aquesta experiència pilot sorgeix de les demandes constants que, a través de serveis socials municipals, presenten familiars curadors que estan en situació de risc de patir un trastorn psicosocial.

Tipus/perfil de la població a la qual es dirigeix:

- Familiars curadors derivats pels serveis socials

Variables de dependència i objectius d'intervenció:

- Es pretén aturar el procés de dependència excessiva pròpia de les relacions interdependents entre curador i persona dependent. L'aïllament pot dur a l'aparició de trastorn mental i a un patiment emocional intens. S'intenta oferir un espai de reflexió al curador i aturar el sotmetiment.

Nivells preventius activats:

- Inespecífic, de risc i rehabilitador.

Disseny:

- Equip de Vellesa i Família (EVIF).

Descripció:

- Es tracta d'un espai basat en les dinàmiques de treball en grup conduït per un psicòleg i un col·laborador. Els assistents són familiars curadors de persones dependents. El grup el componen: familiars curadors amb experiència, familiars curadors en ple procés de dependència i persones que comencen o preveuen la situació d'haver de curar.

¹⁵ Hem eliminat les dades d'identificació administrativa.

Metodologia:

- A través de serveis socials, els casos que compleixen el perfil de risc es deriven al psicòleg, que els fa una valoració psicosocial. S'inclouen al grup de treball i comença el procés.

Seguiment:

- Revisió d'assistència al grup. Evolució dels assistents.

Incidència sobre les variables de dependència:

- No disposam de valoració objectiva. S'observen canvis qualitius en l'actitud i en l'estat psicològic i social.

Avaluació i possibles millores:

- Projecte pilot amb idea de mantenir-lo de manera estable a la comunitat.
- Reunions de treball entre el psicòleg i el treballador social municipal. Seguiment dels casos i plans de treball.
- Dades qualitatives: satisfacció dels professionals i dels usuaris; reducció de l'ansietat, augment de la informació i capacitació per fer front a les situacions de vida diària en l'atenció a la dependència; vinculació entre els participants i millores en el coneixement dels recursos socials i de les xarxes de serveis.

Finançament i aportació usuaris:

- IMAS.
- Gratuït.

Perfils professionals:

- Psicòleg i treballador social

Observació

- L'objectiu era consolidar un espai comunitari de suport i treball en grup sobre aspectes inherents a les relacions d'interdependència pròpies de curador i dependent. L'eficiència s'aconseguia mitjançant el format d'assistència en grup com a eina d'intervenció.

Reunir, dins el mateix grup, curadors experts, curadors actuals i futurs curadors permet oferir una visió realista i d'experiència a les persones que han de dedicar una part de la seva vida a tenir cura d'un familiar. La freqüència mensual sembla justa per a la vinculació dels usuaris al grup. No obstant això, estaria bé poder oferir aquest espai amb freqüència quinzenal. No està pensat com un espai de formació, sinó de suport i treball en grup. L'assistència és voluntària i no hi ha temps màxim d'assistència. Cada persona que usa l'espai pot decidir quan deixa d'assistir-hi.

12. L'experiència va resultar molt enriquidora i gratificant per als professionals que varen tenir l'oportunitat de viure-la i, sobretot, per als usuaris que es varen atrevir a participar-hi activament. El grup es va convertir en un espai de pensament sofisticat en què persones atrapades en relacions d'interdependència patògena podien replantejar-se el seu paper i responsabilitat en la naturalesa de les seves esclavituds, sense sentir-se jutjats i amb una garantia de confidencialitat.
13. A mesura que el grup es consolidava, sempre basant-se en l'assistència voluntària, els serveis socials podien disposar d'un recurs obert per derivar casos de familiars curadors que demanaven ajuda per a les seves situacions. El grup de familiars curadors es va integrar dins l'oferta de recursos dels serveis socials municipals. La conseqüència general ha estat la consolidació d'aquest espai grupal i la fluïdesa en l'entrada de nous usuaris i en la sortida dels que ja no el necessiten. Aquesta dinàmica ha permès als serveis socials sentir-se més recolzats tècnicament, ja que disposaven d'un recurs psicosocial, més enllà dels ajuts econòmics per a l'atenció a la dependència.
14. La composició del grup és un factor molt enriquidor. Tal i com hem descrit, comptar amb curadors experts, curadors actuals i futurs curadors permet una elaboració molt rica del paper d'un familiar curador. Per als experts, tornar a sentir les experiències que contaven els que en aquell moment tenien cura d'algú els permetia tornar a pensar en les seves experiències passades i poder entendre, per fi, aspectes que no havien quedat entesos al seu moment. A la vegada, atesa la distància i perspectiva amb què comptaven, podien aconsellar els que tenien cura d'algú en el moment present i fer-los veure coses que ells ja havien viscut i que podien veure amb més claredat. Per la seva banda, les persones que s'havien de convertir en familiars curadors en breu, tenien davant seu un escenari privilegiat per tal de prevenir totes les situacions que tant poden fer patir a l'hora de tenir cura d'un familiar dependent.
15. En definitiva, intervenir amb famílies amb membres dependents serà una tasca cada vegada més freqüent per als professionals dels serveis socials. Aquests hauran de comptar amb una formació i uns recursos que els garanteixin poder fer una intervenció efectiva i eficient. El maneig dels *grups de suport psicosocial* pot proporcionar als professionals recursos vàlids per fer front a aquestes demandes tan complexes, al mateix temps que dóna a les famílies els recursos psicoemocionals necessaris perquè l'experiència de tenir cura d'un familiar no sigui viscuda ni com la penitència inevitable que ha de redimir vés a saber quin *pecat*, ni com l'atzar fatídic que s'expressa metafòricament amb l'expressió «m'ha tocat».

Conclusions

1. Les línies d'intervenció preventiva solen posposar-se a les d'assistència personal directa. És un error que es planteja com a inevitable. Les inèrcies dels serveis d'assistència es basen en la dinàmica de la demanda —recurs que és característic de les polítiques a curt termini. A l'inici del camí legislatiu que enceta la Llei 39/2006, no convé perdre l'oportunitat de compaginar les intervencions de caràcter assistencial amb les preventives. El treball comunitari té recursos eficaços per dissenyar aquestes intervencions. La prevenció és un estil de vida que aposta per la racionalització del consum de recursos i per fer sostenible la possibilitat de resoldre les necessitats socials d'ampli abast que impliquin la ciutadania en els canvis en els hàbits i pautes de comportament no funcional.
2. Les condicions socials i demogràfiques actuals tenen un impacte clar sobre la promoció de l'autonomia de les persones grans i de l'atenció a la dependència per part de les famílies. Tot plegat, fa necessari mantenir o implementar nous programes de prevenció per a la vellesa i la família.
3. El present article vol plantejar el potencial de treball i de suport que representen aquests programes. A tall d'exemple, les iniciatives per als familiars curadors de persones grans poden treballar els problemes de soledat, els fonaments de l'autocura davant l'envelliment per tal de mantenir una qualitat de vida bàsica (estimulació cognitiva, relacions socials, habilitats emocionals i socials), considerar les iniciatives de formació per a persones grans (educació sanitària, envelliment i sexe, relacions entre generacions, prevenció i suport davant les situacions de maltractament, etc.), facilitar la introducció de la negociació familiar en el cas de dificultats relacionals que bloquegin el suport a la dependència (o quan l'atenció a aquesta porti una càrrega d'estrès excessiu o poc funcional per als membres curadors), reforçar i promoure els espais de treball interprofessional i de formació i suport en la feina de cada dia (no solament com a espais per a la millora del currículum, sinó com a expressió del treball coordinat capaç de millorar les solucions per als usuaris), etc. Per poder-ho realitzar, *l'administració s'haurà d'impliar activament en la feina de prevenció de la dependència* si volem evitar que, per la pròpia inèrcia institucional, l'administració traspassi tota la responsabilitat de la cooperació als professionals de base i al seu voluntarisme.
4. Els programes preventius de la dependència adreçats a les persones grans tenen, entre altres, els objectius següents: informar dels procés d'envelliment; detectar i valorar les situacions de risc, orientar pautes, hàbits i estils de vida saludable; contenir les situacions de risc que puguin ser reversibles; derivar-les als recursos més adients quan la persona o la família no les poden resoldre satisfactòriament; minvar les causes que actuen sobre els processos no adaptats per assumir la dependència i resoldre les contingències que tenen lloc en els primers estadis de la seva aparició.

5. Els programes preventius de suport als familiars curadors poden tenir, en línies generals, l'objectiu central d'ajudar-los a augmentar la capacitat de contenció i d'atenció a la dependència dels familiars; de millorar la seva informació i formació en les pautes d'atenció diària a la persona gran dependent; de detectar i valorar les situacions de risc; d'equilibrar i restaurar els desajustaments psicosocials que experimenten; de facilitar l'accés a recursos de respir; d'optimitzar i redimensionar l'esforç per a la seva tasca i d'elaborar les situacions de dol.
6. Els dos punts anteriors poden incidir en la compressió de la morbiditat i, per tant, en el retard en l'aparició de discapacitats. En el cas dels familiars curadors, poden evitar o minvar l'aparició de la simptomatologia clàssica i disminuir la morbiditat i el consum de fàrmacs. La manca de suport a la dependència crea més dependència. No obstant això, malgrat les dades actualment disponibles amb relació a l'evidència científica dels programes comunitaris, cal augmentar la capacitat d'avaluació quantitativa i qualitativa dels programes actualment vigents a fi de millorar la capacitat de resposta i d'ajustar les iniciatives i activitats a un més alt nivell d'eficàcia.
7. El nostre punt de partida reconeix la importància de l'optimització del suport social entre iguals. En conseqüència, els programes comunitaris són un instrument d'intervenció que permet la creació d'escenaris de grup i de relació social articulada, en els quals les persones grans ajudin i siguin ajudades. Es tracta d'oferir, amb la perspectiva interdisciplinària de l'educació social, de la pedagogia, de la psicologia, del treball social, de la medicina i, en un altre nivell, de la sociologia, l'antropologia i el dret, espais de suport psicosocial, sanitari i educatiu a les persones grans i els seus familiars per preparar més bé el procés d'envelliment. La missió és promoure la capacitació personal i familiar, treballar els factors estressants associats a l'envelliment i a la dependència, promoure les transaccions interpersonals funcionals a partir de tres estratègies: la relació d'ajuda, la transferència d'afectes i la participació social.¹⁶
8. Calen polítiques socials per a la vellesa i la família que segueixin corregint la situació de doble piràmide inversa pel que fa a la relació entre els costos dels serveis i els beneficiaris als quals es dirigeixen. Cal destinar més recursos econòmics a la intervenció comunitària en aquest sector per tal de capacitar les persones grans, les seves famílies i la xarxa social (entitats, associacions, etc.) per resoldre en la mesura que sigui possible l'atenció a la dependència i el suport a la família dintre de la comunitat. Igualment, s'ha de potenciar la formació especialitzada en treball comunitari per a la vellesa i família.

¹⁶ Poden veure's: Antonucci, Jackson 1990; Pérez Salavona 2001; Antich, Barceló, Santiago 1997 i Barceló, Santiago 1997.

9. Totes les conclusions anteriors no són possibles sense la *cooperació entre les administracions*, especialment a les Illes Balears, on l'organització institucional de les competències i la delegació de la gestió dels recursos (i, en conseqüència, la capacitat de decisió política) està supeditada a la multilateralitat. Massa sovint aquesta multilateralitat, en comptes de facilitar la gestió gràcies al principi de col·laboració i de no duplicació de serveis, resulta un factor per embolicar i alentir les decisions i arriba de vegades a ser una excusa per relaxar-se en el compliment de les funcions marcades per la normativa legal o per deixar que l'afany de protagonisme personal o institucional sigui l'element determinant. Els ciutadans perceben clarament la millora dels resultats quan la col·laboració institucional és bona.

Referències bibliogràfiques

AA.VV. (2001): *Pla Estratègic de les Persones Majors de les Illes Balears*. Palma: Conselleria de Benestar Social. Govern de les Illes Balears.

AA.VV. (2007): *Memòria del CES. Sobre l'economia, el treball i la societat de les Illes Balears*. Palma: Consell Econòmic i Social.

Antich, S.; Barceló, B. J.; Santiago, J. (1997): «La intervenció psicosocial en la vellesa. Una experiència de treball amb grups de majors». Palma: *Enginy: revista del Col·legi Oficial de Psicòlegs de Balears*, 7, 137-145.

Antonucci; Jackson (1999): «Apoyo social, eficacia interpersonal y salud. Una perspectiva del transcurso de la vida». A: Cartensen, L.; Edelsteinm, B. (ed.): *Gerontologia clínica: Intervención psicológica y social*. Barcelona: Martínez Roca.

Barceló, B. J. (2008): «La dependència de la gent gran a les Illes Balears». A: Orte, C.: *Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2008*. Palma: Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració; Universitat de les Illes Balears.

Barceló, B. J. (en premsa): «Sistema de Promoció de l'Autonomia Personal i d'Atenció a la Dependència (SAAD) de les Illes Balears». A: *Memòria 2008 del Consell Econòmic i Social (CES)*. Palma: Sa Nostra.

Barceló, B. J.; Cladera, M.; Pérez, A. (2001): «Los programas de intervención comunitaria con mayores (PRICOM)». A: Colom, A. J.; Orte, C. (coord.): *Gerontología educativa y social*. Palma: Universitat de les Illes Balears.

Barceló, B. J. [et al.] (2008): *Els programes de prevenció de la dependència i de promoció de l'autonomia personal a les Illes Balears. Informe 2007*. Palma: Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració. Govern de les Illes Balears.

Barceló, B. J.; Santiago, J. (1997): «Epistemologia sistèmica i vellesa. Apunts per a la intervenció psicosocial en la vellesa». *Alimara*, 39, 77-87.

Barceló, B. J.; Santiago, J. (2000): «Necessitats i serveis de les persones grans». A: AA.VV.: *Informe sobre els serveis socials de les Illes Balears*. Palma: Estudis Solidaris i Econòmics «Sa Nostra», 52-89.

Beswik, A. D. [et al.] (2008): «Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis». *The Lancet*, 371, 725-735.

Buz, J.; Bueno, B. (2006): «Las relaciones intergeneracionales». Madrid: Portal Mayores, Informe Portal Mayores, núm.66. *Lecciones de Gerontología*, X.

CIS-IMSERO (2000): *La soledad de las personas mayores, estudio 2.279. Boletín sobre el envejecimiento*. Madrid: IMSERSO.

Cornes, J. M. (2004): «Ciencia de la prevención: fundamentos y perspectivas. Implicaciones en psicología». *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 31 (2), 86-95

Duocastella, R.; ISPA (1978): *Problemática social de la tercera edad en las Islas Baleares*. Barcelona: Obra Social de la Caixa de Pensions per a la Vellesa i d'Estalvis de Catalunya i Balears.

Fernández, J. A. (1998): *Proyección de la población española*. Madrid: FEDEA.

Green, C. S.; Bavelier, D. (2008): «Exercising your brain: a review of human brain plasticity and training-induced learning». *Psychology and Aging*, 23, 4, 692-701.

Iglesias de Ussel, J. (2001): «La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis Cualitativo». Madrid: IMSERSO

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERO) (2009): *Informe 2008. Las personas mayores en España*. Madrid: IMSERSO.

Martín, A.; Chacón, F.; Martínez, M. (1988): *Psicología comunitaria*. Madrid: Visor.

Ministeri de Treball i Assumptes Socials; Secretaria d'Estat de Serveis Socials, Famílies i Discapacitat; Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERO) (2004): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: IMSERSO.

Montorio, I. (2007): «Intervenciones psicológicas en la prevención y atención a la dependencia». *Intervención Psicosocial*, 16, 43-54.

Novoa, A. M.; Juárez, O.; Nebot, M. (2008): «Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en personas mayores sanas». [Versió electrònica]. *Gaceta Sanitaria*, 22, 5.

Orte, C.; March, M. X. (2008): «Envel·liment, educació i qualitat de vida: cap a la institucionalització de la gerontologia educativa». A: Orte, C.: *Anuari de l'envel·liment. Illes Balears 2008*. Palma: Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració; Universitat de les Illes Balears. Càtedra de Gerontologia Educativa i Social.

Papp, K. V.; Walsh, J.; Snyder, P. J. (2009): «Immediate and delayed effects of cognitive interventions in healthy elderly: A review of current literature and future directions». [Versió electrònica]. *Alzheimer's & Dementia*, 5, 50-60.

Pérez Salavona, M. (2001): «Envejecimiento y participación: ¿necesitamos nuevos enfoques?». *Intervención Psicosocial*, vol 10, (3), 285-294.

Sunyer, J. M. (2008): *Psicoterapia de grupo grupoanalítica. La co-construcción de un conductor de grupos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Rennemark, M.; Hagberg, B. (1999): «Gender specific associations between social network and health behavior in old age». *Aging & Mental Health*, 3, (4), 320-327.

Shapiro, A.; Taylor, M. (2002): «Effects of a Community-Based Early Intervention Program on the Subjective Well-Being, Institutionalization, and Mortality of Low-Income Elders». [Versió electrònica]. *The Gerontologist* 42, (3), 334-341.

Triadó, C.; Vilar, F. (2006): *Psicología de la Vejez*. Madrid: Alianza Editorial.

Autors

BARTOMEU J. BARCELÓ GINARD

Porreres 1957. Doctor en Psicologia. Tècnic de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials. Especialista en Intervenció Comunitària per a la Vellesa i la Família, i en Psicologia Evolutiva i de la Música. Professor associat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la Universitat de les Illes Balears i del Conservatori Superior de Música.
tomeu.barcelo@uib.es

ROBERT FERNÁNDEZ GARCÍA

Barcelona, 1972. Llicenciat en Psicologia (UB). Màster en Psicoteràpia Analítica Grupal (Deusto). Postgrau en Detecció, Avaluació i Intervenció en Violència Familiar (UB). Tècnic de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.

CATALINA GARCIA GARÍ

Porreres, 1973. Llicenciada en Antropologia Social i Cultural (UAB) i diplomada en Treball Social (UIB). Tècnica de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.

MARIA ISABEL CUART SINTES

Palma, 1974. Llicenciada en Psicopedagogia (UIB). Postgrau en Demències i Alzhèimer (ISEP). Tècnica de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca.