

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2025



Universitat
de les Illes Balears



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>
CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c Pàgina 1/532

CARMEN ORTE SOCIAS

Directora

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

ANUARI DE L'ENVELLIMENT.
ILLES BALEARS **2025**



Universitat
de les Illes Balears



**Govern de les
Illes Balears**
Conselleria de Famílies, Benestar
Social i Atenció a la Dependència



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



IMAS
Departament de
Benestar Social
Consell de Mallorca



Colonya
Fundació Guillem Cifre



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>
CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 2/532

Anuari de l'envelliment. Illes Balears 2025

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

Consell de Direcció

Directora:

Dra. Carmen Orte Socías

Directora adjunta:

Dra. Maria Valero de Vicente

Consell de Redacció

Vocals:

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

Secretari:

Dr. Liberto Macías González

Comitè Assessor:

Sr. Enrique Campos Alcaide
Sr. Ferran Dídac Lluch i Dubon
Dr. Jordi Forteza-Rey Borralleras
Sra. Josefa Marí Marí
Dr. Pere Antoni Borràs Rotger
Dr. Juan José Montaña Moreno
Dr. Jordi Puiguriquer Ferrando
Dra. Pilar Andrés Benito
Dr. Josep Antoni Tur Marí
Dr. Miquel Josep Oliver Ramón
Dra. Margarita Viñuela Benítez

- * © del text: els autors 2025
- * © de l'edició: Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques, Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i Universitat de les Illes Balears
- * Disseny, maquetació i impressió: esment impremta
- * Foto portada: Maria Oliver Verdaguer
- * ISSN: 2174-7997
- * Dipòsit legal: PM-2908-2008

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

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

Dra. Carmen Orte Socías

Dra. Maria Valero de Vicente.

Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. Ed. Guillem Cifre de Colonya. Campus de la UIB. Cra. de Valldemossa, km 7.5.
07122 Palma (Illes Balears).

Tel.: 971 17 30 00 / Fax: 971 17 31 90

E-mail: anuarienvelliment@gmail.com



PRESENTACIONS	7
Pròleg de la consellera de Famílies, Benestar Social i Atenció a la Dependència del Govern de les Illes Balears Sandra Fernández Herranz	
Pròleg del conseller de Benestar Social del Consell de Mallorca i president de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials Guillermo Sánchez Cifre	10
INTRODUCCIÓ	13
Direcció de l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears	
FORMACIÓ PER A PREVENIR L'EDATISME EN LES RESIDÈNCIES DE MALLORCA: LA PERSPECTIVA DELS PROFESSIONALS	21
Carmen Orte Socias, Marga Vives Barceló, María Valero de Vicente i Liberto Macías González	
LA PARTICIPACIÓ COMUNITÀRIA EN RESIDÈNCIES PER A PERSONES GRANS: UN MODEL DE MILLORA DE LA QUALITAT DE VIDA A TRAVÉS DEL PROJECTE #SOMCOMUNITAT	41
Francisca Jofre Maimó i Joan Escandell Mayans	
30 ANYS ACTIVANT LA MENT (1994-2024)	57
Neus Fullana Lladó, Isabel Moya Moreno, M. del Mar Muñoz Mulet i Maria Margalida Ribas Mas	
INTERVENCIÓ COMUNITÀRIA: ESTRATÈGIES INNOVADORES PER COMBATRE LA SOLEDAT EN PERSONES GRANS	75
José Antonio Rodríguez Varela, Carlos Manuel Nieves Rodríguez i Úrsula Sánchez Álvarez	
EL PAPER DE LA FARMÀCIA COMUNITÀRIA EN SOLITUD NO DESITJADA EN GENT GRAN. EXPERIÈNCIA DE LA FARMÀCIA COMUNITÀRIA EN EL BARRI DE SANTA CATALINA I ES JONQUET, PALMA	93
Clara Frau Bonafè	
EN BICI SENSE EDAT MALLORCA	107
Catalina Miralles Bauzá	
LA NARRACIÓ ORAL COM UN PONT INTERGENERACIONAL DE CULTURA, VITALITAT I AFECTE	125
María Rosa Solsona Roig, Flavia Mertehikian Barrientos i Mar Ferragut Rámiz	
DIÀLEGS INTERGENERACIONALS: PERSPECTIVES I REFLEXIONS EN L'ÀMBIT UNIVERSITARI	141
Marga Vives Barceló i Liberto Macías González	



15 ANYS DE CONNEXIONS INTERGENERACIONALS: UN CAMÍ DE SAVIESA I APRENENTATGE Bàrbara F. Mas Salom	157
ENVELLIR AMB VEU PRÒPIA: LA FORÇA TRANSFORMADORA DE LA GENT GRAN EN UNA SOCIETAT INTERGENERACIONAL Omar Lamin-Abeidi	175
MENTORIA SÈNIOR PER A JOVES EMPRENEDORS QUE VOLEN SER EMPRESARIS Juan Muñoz Aguilar, Natalia Rosset Garcia i Ignacio Miranda Larrucea	193
MALLORCA SENSE FAM AMB LA GENT GRAN. AJUDA ALS MAJORS DE 65 ANYS I MÉS Joan Martorell Caimari	209
ENVELLIR COM A DONA LESBIANA O BISEXUAL: UN PROCÉS DE DISCRIMINACIONS CREUADES Sacramento Pinazo-Hernandis i Celia Carrascosa Sánchez	233
ENTRE SILENCIS I PASTILLES: DONA, ENVELLIMENT I SALUT MENTAL Teresa Suárez Genovard	251
L'ENVELLIMENT INVISIBLE: PERSONES GRANS SENSE LLAR Sofía Alonso Bigler	267
ELS ROBOTS PER ATENDRE LA GENT GRAN Ferran Dídac Lluch i Dubon	283
DESNUTRICIÓ EN UNA POBLACIÓ RESIDENCIAL DE MALLORCA: ESTUDI DE PREVALENCÇA USANT ELS CRITERIS DE LA <i>GLOBAL LEADERSHIP INITIATIVE ON MALNUTRITION</i> I DESENVOLUPAMENT D'UNA ESTRATÈGIA D'INTERVENCIÓ Oriol Miralles Resina	315
ATENCIÓ SANITÀRIA HOSPITALÀRIA EN UN SERVEI DE GERIATRIA Margarita Viñuela Benítez	331
ABORDATGE DE L'ESTENOSI AÒRTICA EN LA PERSONA GRAN: EL PROGRAMA TAVI A LES ILLES BALEARS Luis Nieto Roca, Ferrán Augé Bailac, Irene Núñez Hernández, Cristina Morante Perea, Tania Rodríguez Gabella, Raúl Millán Segovia, Marcos Pascual Sastre, Mar Alameda Ortiz, Jaume Maristany Daunert, Bernardo García de la Villa i Vicente Peral Disdier	355



TRAJECTÒRIA DE LES CURES PAL·LIATIVES A LES ILLES BALEARS I SITUACIÓ ACTUAL	375
Maria del Carmen Moreno Hoyos i Estefanía Serratusell Sabater	
LA CONTENCIÓ FÍSICA EN LA CURA A LES PERSONES GRANS: PROTECCIÓ O VULNERACIÓ?	391
Alba L. Carrero Planells	
COM CANVIA L'ACTITUD DE LA PERSONA CUIDADORA ARRAN DE PARTICIPAR EN UN GRUP D'AJUDA MÚTUA (GAM)? UNA PROPOSTA D'ESTUDI	409
Deyana Mihaylova Sapareva i Margarita Rodríguez Almarcha	
ALIMENTACIÓ, HIDRATACIÓ I MENOPAUSA	427
Josep Antoni Tur Marí, Alexandra Tijerina Sáenz i Cristina Bouzas Velasco	
LA REGULACIÓ DE L'HERÈNCIA EN VIDA A LES ILLES BALEARS	453
Francesca Llodrà Grimalt	
SUCCESIONS INTERREGIONALS I TRANSFRONTERERES: LLEI APLICABLE I PLANIFICACIÓ SUCCESSÒRIA	473
M. Esperança Ginebra Molins	
LA TRANSMISSIÓ DE CAPITAL AL MARGE DE L'HERÈNCIA: IMPLICACIONS SUCCESSÒRIES DELS INSTRUMENTS D'ESTALVI I PREVISIÓ	493
Jaume Tarabal Bosch	
CONTRACTACIÓ DE CONSUM I GENT GRAN	513
Lídia Arnau Raventós	





PRESENTACIONS



Sandra Fernández Herranz

*Consellera de Famílies, Benestar Social i Atenció a la Dependència del
Govern de les Illes Balears*



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 9/532

És un honor poder prologar aquesta nova edició de l'*Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears* elaborat per la Universitat de les Illes Balears (UIB), una publicació que, any rere any, es consolida com un referent imprescindible per comprendre, analitzar i projectar les múltiples realitats que conformen el procés d'envellir a la nostra societat.

El contingut d'aquest volum és tan divers com necessari: des de la formació de professionals per prevenir l'edatisme a residències, fins a l'abordatge clínic de malalties complexes com l'estenosi aòrtica; des de propostes comunitàries innovadores per combatre la soledat fins als aspectes legals vinculats a la vellesa, com també interessants iniciatives de caràcter intergeneracional que aposten per l'intercanvi de sabers, afectes i experiències entre joves i grans.

L'*Anuari* també dona espai a realitats moltes vegades invisibilitzades: gent gran sense llar, dones grans lesbianes o bisexuals i gent gran amb problemes de salut mental. Posar nom i veu a aquestes vivències és un acte profundament transformador que ens obliga, com a responsables públics, a repensar les nostres polítiques des d'una perspectiva més inclusiva, més humana i més justa.

Vull destacar, per la seva dimensió comunitària, alguns dels projectes que són objecte d'anàlisi en aquesta edició, com #SomComunitat, En Bici sense Edat, els programes de mentoria sènior, les experiències dels grups d'ajuda mútua o la vida a les residències en els seus múltiples vessants. Tots ells mostren que l'envelliment no s'ha de viure en solitud sinó en companyia, en xarxa, en comunitat.

Des del Govern de les Illes Balears reafirmem el nostre compromís amb el benestar de la gent gran. No només com un deure institucional, sinó com un reconeixement al paper actiu, valuós i transformador que tenen en la nostra societat. Volem que totes les persones puguin envellir amb dignitat, amb autonomia i amb una veu pròpia que sigui escoltada i respectada.

Aquest *Anuari* és una eina fonamental per seguir avançant en aquesta direcció. Agraïxo profundament el treball de totes les persones i equips que han contribuït a la seva elaboració, i especialment a la UIB per la seva tasca constant en recerca, formació i reflexió crítica al voltant de l'envelliment.

Continuem construint, entre totes i tots, una societat més solidària, intergeneracional i inclusiva.



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



L'envelliment és un fenomen universal que pren formes molt diverses segons el context social, econòmic i cultural en què es produeix. Més enllà de l'increment progressiu de l'esperança de vida, envellir implica una transformació vital que interpel·la a tothom, com a persones, com a famílies i com a societat. Per això, conèixer, analitzar i comprendre l'envelliment des d'una mirada global i crítica no és només un repte intel·lectual, sinó un deure col·lectiu que ha de guiar l'acció pública i l'organització dels serveis socials, sanitaris i comunitaris.

En aquest context, l'**Anuari de l'envelliment**, que enguany arriba a la seva **devuitena edició**, s'ha consolidat com un instrument fonamental per entendre i analitzar aquest fenomen amb una mirada plural, rigorosa i compromesa. Es tracta d'una eina que transcendeix la recollida de dades o la descripció de tendències, i esdevé un espai de reflexió crítica i d'actualització constant sobre els reptes i les oportunitats que planteja una societat cada vegada més longeva.

Avui sabem que envellir no és simplement una qüestió cronològica. És una etapa vital amb potencialitats, amb diversitat d'experiències i amb necessitats específiques que cal abordar des d'una perspectiva integral. Aquest canvi de mirada exigeix repensar les polítiques públiques, la manera com oferim serveis i l'enfocament amb què construïm les relacions socials i comunitàries.

Al **Consell de Mallorca** i a l'**Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS)**, entenem que només amb coneixement, anàlisi i escolta activa podrem donar resposta als desafiaments actuals i futurs. Per això consideram que iniciatives com aquest anuari són imprescindibles: ens ajuden a fer visible allò que sovint roman ocult, a valorar les aportacions de la gent gran i a orientar l'acció des de l'evidència i el rigor.

Una mostra d'aquest compromís la trobam en la participació de professionals vinculats a l'IMAS, que aporten una mirada arrelada a la pràctica, però alhora oberta a la innovació i a la recerca. A través de diversos estudis i reflexions, s'hi aborden qüestions clau com la necessitat de prevenir actituds edatistes dins els entorns residencials, la importància de promoure vincles comunitaris significatius, el valor de la prevenció i l'activació cognitiva en la promoció de l'autonomia, o els riscos que comporta la desnutrició i la necessitat de dissenyar estratègies d'intervenció adaptades.

Aquestes aportacions no sols il·lustren les línies de treball que impulsam des de la institució, sinó que també reforcen el nostre compromís amb un model d'atenció centrat en la persona, que posa èmfasi en la dignitat, la qualitat de vida i la participació activa. Un model que entén la cura com una responsabilitat col·lectiva i no només com una resposta assistencial.



Al llarg d'aquests devuit anys, l'anuari ha sabut evolucionar i mantenir-se com un referent per als professionals de l'àmbit social, sanitari i acadèmic, però també per a la ciutadania interessada a comprendre millor el procés d'envelliment. L'èxit d'aquesta trajectòria no és fruit de la casualitat, sinó del treball rigorós i constant d'un equip multidisciplinari que, any rere any, en fa possible la publicació.

Ara que ens trobam en un moment de canvis accelerats —tecnològics, demogràfics, culturals— és més important que mai continuar apostant pel coneixement com a base de les polítiques públiques. Comprendre què significa envellir avui, i com podem fer que aquesta etapa de la vida sigui viscuda amb plenitud, és una responsabilitat que ens incumbeix com a societat.

Els articles que trobareu en aquesta edició ens conviden a reflexionar, però també a actuar. A promoure una cultura del respecte i del reconeixement cap a les persones grans. A lluitar contra l'aïllament, la discriminació i les desigualtats. A generar espais on la vellesa sigui viscuda amb autonomia, seguretat i sentit.

Vull agrair sincerament a totes les persones que han fet possible, un any més, la publicació d'aquest anuari: a les autores i autors, a l'equip de coordinació, i a la gent gran que, amb la seva trajectòria i la seva mirada, ens ensenyen cada dia el valor de la vida viscuda amb intensitat i saviesa.

També vull fer una crida a tots els professionals del sector —tant de l'àmbit públic com del privat, de l'acció directa i de la recerca— perquè facin seu aquest recull i l'emprin com a eina de treball, reflexió i transformació. L'anuari és, en definitiva, un instrument per a l'acció: perquè el coneixement que no es comparteix ni es posa al servei de la comunitat perd la seva força transformadora.

Envellir en bones condicions ha de deixar de ser una excepció per convertir-se en un dret universal. I per assolir aquest objectiu, cal continuar sumant esforços, voluntats i mirades diverses.

Aquest **Anuari de l'envelliment 2025** és una passa més en aquest camí compartit. Us convid a llegir-lo, a reflexionar-hi i a fer-lo vostre. Perquè només des del coneixement i el compromís podem construir una Mallorca que cuidi, valori i respecti totes les etapes de la vida.



INTRODUCCIÓ



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



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 15/532

Aquest és l'*Anuari* número 18. Des de la seva creació, el 2008, l'objectiu que persegueix s'orienta a millorar la vida de la població gran de les illes Balears. L'envelliment és un procés i, per això, tenir informació sobre els diferents aspectes que el caracteritzen, possibilita sens dubte que puguem millorar-lo. Disposar d'informació sobre aquest i divulgar-la és un pas important en aquest objectiu. Tal com reflecteixen les dades any rere any, sobre l'augment de l'edat mitjana de la població i l'augment de la població tant de 65, 80 i més de 100 anys, som una societat longeva. Amb tot, el ritme d'aportacions al coneixement procedent de recerques i de publicacions necessita més impuls per a donar resposta als reptes que planteja. Aquest anuari pretén donar suport a aquesta tasca, visibilitzant l'envelliment, les persones grans i els professionals que treballen i investiguen en aquest àmbit des d'una perspectiva multidisciplinària.

Efectivament, els inicis de les intervencions, no tant sobre el procés d'envelliment com sobre les persones grans, han estat orientats als majors com a grup d'edat de 65 i més anys. I per això, majorment situats a aportar solucions grupals més o menys àmplies i ràpides per a aquest grup, unificant, en la pràctica, les seves característiques. Unes característiques que, segons el context d'anàlisi s'explicaven per l'edat en si mateixa i/o pel fet de pertànyer a un grup social i cultural determinat. Aquesta perspectiva va tenir la seva resposta en les intervencions i programes destinats a aquests, contribuint a una visió unificada, la qual ha amagat les persones adultes grans durant molt de temps i ha alentit les intervencions diferenciadores de les persones que integren els diferents grups i subgrups d'edat a partir d'un moment del temps. Sense tenir en compte, per tant, la importància d'un acostament personalitzat.

La recerca i la intervenció en l'àmbit de l'envelliment i de les persones grans són les que permeten visualitzar el treball dels professionals i investigadors en les temàtiques de l'envelliment de la població de les illes Balears. El format d'aquest *Anuari de l'envelliment* possibilita comptar amb les aportacions d'aquests professionals, tant en prevenció com en intervenció. Al llarg de gairebé vint anys l'anuari s'ha convertit en un lloc de trobada en el qual els professionals i els investigadors dels diferents àmbits de coneixement en l'àrea de les ciències mèdiques, socials, educatives, psicològiques, legals, econòmiques, etc. han aportat la seva veu i els seus coneixements a l'àmbit de les persones grans. També als aspectes que han de millorar-se o incloure's per a fomentar una major comprensió entorn de l'envelliment.

Els grans temes a tenir en compte i que abordem cada any en aquest anuari fan referència als aspectes sociodemogràfics de l'envelliment i als temes que susciten més interès. Es tracta de respondre als reptes d'una societat longeva comptant amb les aportacions dels professionals i els investigadors de les illes Balears. En aquest anuari, a més, i des d'una perspectiva inclusiva, ens referim a les persones adultes grans apel·lant a la seva singularitat o diversitat i a la seva heterogeneïtat com a grup i des d'una



perspectiva multidisciplinària. Amb això el nostre objectiu és donar la paraula i la perceptibilitat als seus protagonistes.

En relació amb la sociodemografia de l'envelliment, i seguint les dades que hem anat recollint al llarg d'aquests 18 anuaris, veiem que Espanya afronta un envelliment accelerat amb una població en augment de persones majors de 65 anys, fonamentalment dones. A Balears, encara que des d'una perspectiva comparada la població és menys envellida que en l'àmbit nacional, també segueix la mateixa tendència: un índex d'envelliment en ascens i una bretxa de gènere en edats avançades. Sobre aquest tema, l'edat mitjana de la població espanyola continua ascendint. Se situa en 44,54 anys (45,81 anys en les dones i 43,21 anys en els homes). A Balears, l'edat mitjana se situa dos punts per sota, sent l'edat mitjana de la població de 42,59 anys (43,52 en les dones i 41,66 en els homes) (INE, 2025).

Per part seva, la piràmide de la població a Espanya mostra l'augment de la proporció de la població de 65 i més anys, i l'augment dels segments de població de major edat. A Espanya la proporció mitjana de persones de 65 i més anys és de 20,1 %. En el cas de Balears, la població mitjana de persones de 65 i més anys és de 16,5 %, cinc punts percentuals per sota de la mitjana nacional (Pérez et al., 2024) i una de les més baixes d'Espanya, encara que la tendència és a l'alça. De fet, a Balears el 2024, l'índex d'envelliment va superar el llindar del 100 % (113,9 majors de 64 anys per cada 100 menors de 16 anys) (INE, 2024).

L'esperança de vida en néixer a Espanya és una de les més altes del món. Se situa en 83,77 anys (86,34 en el cas de les dones i 81,11 en el cas dels homes). Respecte a l'esperança de vida a partir dels 65 i més anys: està establerta en 21,68 anys (23,49 en les dones i 19,65 anys en els homes) (taules de mortalitat INE, 2023, publicades el novembre de 2024). Una dada important, i el principal objectiu de les polítiques sanitàries respecte a l'augment de la longevitat, és ampliar l'esperança de vida amb bona salut a partir dels 65 anys. A Espanya, segons les dades Eurostat 2021 (a Pérez et al., 2024) va estar en 10,3 anys en el cas de les dones i 10,7 anys en el cas dels homes. Encara que les dones tenen una esperança de vida més alta, tant en néixer com als 65 anys, també tenen més limitacions de salut (taules de mortalitat INE, 2024, Esperança en bona salut; Pérez et al., 2024). De fet, és important tenir en compte el predomini de la dona en els grups d'edat més avançada, especialment a partir de 70 anys o més (Pérez et al., 2024; Sistema Nacional de Salut, 2024) i amb menor salut. Sobre aquest tema, la major supervivència femenina, en si mateixa i comparada amb l'envelliment masculí implica considerar la presència de major viduïtat, menor nivell educatiu, pensions més baixes i alta prevalença de malalties cròniques (Imsero, 2025) repercutint en les seves necessitats i condicions de vida amb major dependència i discapacitat.



La longevitat representa un repte prioritari per a les societats des de diferents punts de vista en pensions, atenció sanitària, serveis socials o mercat laboral. També suposa desenvolupar polítiques específiques per a millorar els anys de vida amb salut promovent l'envelliment actiu, la integració social i les necessitats en l'àmbit de dependència i solitud. En aquest anuari recollim bona part d'aquestes qüestions, igual que algunes reflexions sobre temes importants que, pensem, mereixen una atenció específica. Ens referim al tema del paper de la família en les residències per a persones grans. Tal com hem comentat, la feminització de l'envelliment es produeix en els grups d'edat més majors i amb més necessitats de suport. La majoria dels serveis té una alta proporció de dones usuàries, principalment aquells de major intensitat assistencial.

A Espanya, l'atenció residencial, segons dades de l'Imsero (2023), arriba a més de 300.000 persones usuàries, el 69,1 % són dones i el 75,4 % d'elles té més de 80 anys. L'esperança de vida mitjana després de l'ingrés sol estar entre 2 anys i 2,5 anys, depenent de l'edat en el moment de l'ingrés, el gènere, la salut i el grau de dependència. El procés d'adaptació dura entorn de tres mesos (PlantaDoce, 2019). El suport de la família, en aquest moment i durant tot el temps que la persona gran usuària viu en el centre residencial, repercuteix en la qualitat de vida del resident. Aquesta és una de les raons per les quals és important treballar de manera específica amb les famílies dels residents i amb els professionals de les residències de persones grans. L'evidència disponible d'iniciatives orientades a la família basades en el model d'atenció centrada en la persona, en diferents moments del procés residencial, compleixen un paper molt important i presenten resultats positius. Des d'aquest model tant el procés d'adaptació com el suport emocional i la col·laboració eficaç entre les famílies i els professionals reconeix el paper de la família, com a suport afectiu i col·laborador en les cures, complementant els professionals. A més fomenta la integració de la persona resident, utilitzant estratègies i instruments com: informació i acompanyament previ a l'ingrés, suport emocional i psicològic, formació específica i grups de suport, participació activa en la vida del centre, i altres recursos digitals i formació en línia.

En aquest sentit, i seguint la revisió exhaustiva de la literatura duta a terme per Eltaybani et al. (2022) sobre les intervencions orientades a la família en centres residencials de cures a llarg termini per a persones grans i els seus resultats per als residents, les famílies i el personal dins d'aquests entorns, les principals conclusions apunten a l'heterogeneïtat de les intervencions. Aquestes inclouen activitats com psicoteràpia, programes educatius i estratègies de comunicació estructurades dirigides als professionals dels centres, els residents i les seves famílies. Els autors assenyalen resultats positius relacionats amb la millora de la qualitat de l'atenció, la millora de la col·laboració entre els residents, el personal i les famílies. La col·laboració és un factor clau per afavorir la millora dels resultats psicosocials dels residents i incrementar la satisfacció de les famílies.



Les intervencions més destacables en els centres residencials van ser: 1) Psicoteràpia i assessorament: programes destinats a secundar emocionalment i psicològicament les famílies; 2) Programes educatius: formació per a professionals sanitaris, residents i famílies amb la finalitat de millorar la comprensió i la comunicació; 3) Comunicació estructurada: iniciatives per a facilitar interaccions regulars i significatives entre el personal, els residents i les famílies.

Les implicacions per a la pràctica, tenint en compte que treballar amb els familiars dels residents d'una forma estructurada, sistemàtica i des del model d'atenció centrat en la persona és la millora de la qualitat de l'atenció. La implementació d'intervencions orientades a la família pot conduir a uns estàndards d'atenció més elevats i a una millora del benestar dels residents, el personal i les famílies. Per això és important que els centres assistencials integrin aquestes intervencions en la seva pràctica habitual, per a millorar els resultats en tots els àmbits.

Tal com hem vist, la comunicació amb les famílies té un paper molt important en els centres d'atenció residencial a llarg termini per a persones grans. Com apunten els treballs de revisió de Stephen et al. (2024), comprendre com millorar la comunicació entre les famílies o cuidadors i el personal és fonamental per a millorar l'atenció centrada en la persona en els centres de cures a llarg termini i les famílies o cuidadors per a millorar la qualitat de l'atenció als residents, alguns dels quals tractem en aquest anuari.

L'Anuari de l'envelliment de les Illes Balears 2025 està integrat per 27 capítols que aborden diferents temàtiques que afecten les persones grans. La prevenció mitjançant la detecció, la formació, la creació de xarxes i el suport a la població gran en situacions de precarietat, puntual o permanent, des del context comunitari; la visibilitat de l'heterogeneïtat de les persones grans, tant des del punt de vista de salut com d'altres qüestions de tipus social i relacional; l'atenció a la salut i les experiències sobre aquest tema en l'àmbit de l'atenció hospitalària i residencial; i l'anàlisi i les propostes d'informació i millora des del dret, són les propostes dels 52 autors procedents de diferents institucions i organitzacions, i la seva activitat investigadora i professional orientada a les persones grans.

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



Referències bibliogràfiques

Eltaybani, S., Yasaka, T., Fukui, C., Inagaki, A., Takaoka, M., Suzuki, H., Maruyama, M., Igarashi, A., Noguchi-Watanabe, M., Sakka, M., Weller, C. i Yamamoto-Mitani, N. (2022). «Family-oriented interventions in long-term care residential facilities for older people: A scoping review of the characteristics and outcomes». *Nursing forum*, 57 (5), 800-818 <https://doi.org/10.1111/nuf.12768>

Instituto Nacional de Estadística, INE (2023). Tablas de mortalidad INE, 2023, (publicades el novembre de 2024). <https://www.ine.es/>

Instituto Nacional de Estadística, INE (2023). Tablas de mortalidad INE, 2024, Esperanza de vida en buena salud. <https://acortar.link/flxBub>

Instituto Nacional de Estadística, INE (2024). Encuesta Condiciones de Vida 2024. <https://www.ine.es/>

Instituto Nacional de Estadística, INE (2025). Indicadores demográficos básicos. (consulta el juliol de 2025). <https://www.ine.es/>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) (2023). Situación de los Servicios Sociales dirigidos a las Personas Mayores en España a 31 de diciembre de 2023. Disponible a: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-a-personas-mayores-en-espana-diciembre-2023>

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) (2025). Disponible a: <https://imserso.es/espacio-mayores/estadísticas/mayores-un-clic>

Pérez, J., Castillo, A.B., Aceituno, P. i Ramiro, D. (2024). *Un perfil de las personas mayores en España, 2024. Indicadores estadísticos básicos*. Madrid, Informes envejecimiento en red núm. 33, 50.

Ministerio de Sanidad (2024). Indicadores clave. Sistema Nacional de Salud. Disponible a: <https://inclasns.sanidad.gob.es/report/population/>

PlantaDoce (2019). Dos años de estancia y 50.000 euros de gasto: radiografía del residente senior en España. Disponible a: https://lc.cx/A_ygJP

Stephen, A., Connelly, D., Hung, L. i Unger, J. (2024). «Staff-family communication methods in long-term care homes: An integrative review». *Journal of Long Term Care*, 220-239. <https://doi.org/10.31389/jltc.282>





FORMACIÓ PER A PREVENIR L'EDATISME EN LES RESIDÈNCIES DE MALLORCA: LA PERSPECTIVA DELS PROFESSIONALS



Formació per a prevenir l'edatisme en les residències de Mallorca: la perspectiva dels professionals

Carmen Orte Socías
Marga Vives Barceló
María Valero de Vicente
Liberto Macías González



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 23/532

Resum

El present capítol recull part dels resultats del projecte «Diagnòstic i intervenció sobre edatisme a Mallorca», un projecte de recerca i formació per a la prevenció de l'edatisme en l'atenció residencial de les persones grans i basat en el model d'atenció centrada en la persona. S'analitzen els resultats sobre les percepcions dels professionals que han participat en la formació integral i participativa realitzada en les residències públiques de Mallorca d'Huialfàs, Son Caulelles, Oms i Sant Miquel. Els resultats principals mostren les inquietuds dels professionals sobre la qualitat de les cures en diversos contextos com l'alimentació, el bany i la higiene, la vida diària i les activitats de les residències, les relacions familiars i els aspectes organitzatius i institucionals. A partir de les seves observacions, la reflexió i el debat interdisciplinari, es recullen diverses recomanacions per a la millora sobre la base de l'atenció centrada en la persona per a cada entorn amb l'objectiu d'oferir cures més humanes, individualitzats i lliures d'edatisme. Com a conclusió, és necessària la formació contínua, actualitzada i participativa dels professionals que treballen en les residències per a persones grans des de la perspectiva d'atenció centrada en la persona i sobre la base de l'evidència científica, per a millorar la qualitat de vida de les persones grans residents i reduir els estereotips negatius en l'àmbit de les cures.

Resumen

El presente capítulo recoge parte de los resultados del proyecto «Diagnóstico e intervención sobre el edadismo en Mallorca», un proyecto de investigación y formación para la prevención del edadismo en la atención residencial de las personas mayores y basado en el modelo de Atención Centrada en la Persona. Se analizan los resultados sobre las percepciones de los profesionales que han participado en la formación integral y participativa realizada en las residencias públicas de Mallorca de Huialfàs, Son Caulelles, Oms y Sant Miquel. Los principales resultados muestran las inquietudes de los profesionales sobre la calidad de los cuidados en diversos contextos como la alimentación, el baño e higiene, la vida diaria y actividades de las residencias, las relaciones familiares y aspectos organizativos e institucionales. A partir de sus observaciones, la reflexión y el debate interdisciplinar, se recogen diversas recomendaciones para la mejora en base a la atención centrada en la persona para cada entorno con el objetivo de ofrecer cuidados más humanos, individualizados y libres de edadismo. Como conclusión, es necesaria la formación continua, actualizada y participativa de los profesionales que trabajan en las residencias para personas mayores desde la perspectiva de atención centrada en la persona y en base a la evidencia científica, para mejorar la calidad de vida de las personas mayores residentes y reducir los estereotipos negativos en el ámbito de los cuidados.



1. Introducció

El 1969 Robert Neil Butler va encunyar el terme **edatisme** o *ageism* (en anglès) en l'obra *Ageism: A Social Phenomenon*, per a designar un tipus de discriminació que ocorre amb raó a l'edat i que estaria format per estereotips i prejudicis que motiven actituds i comportaments negatius cap a la vellesa i el procés d'envelliment. Se sap que aquest tipus de discriminació impacta en diferents capes de la societat, incloent-hi un efecte sobre l'autopercepció que tenen les persones grans de si mateixes i del seu entorn, sobre la imatge pública i social que es mostra de les persones grans, les propostes en matèria de polítiques socials i institucionals, en l'àmbit laboral, en l'economia, els mitjans de comunicació, etc. (Serrano, 2024; Swift i Abrams, 2017). En aquest sentit, el treball de Butler ha estat fonamental per al desenvolupament posterior de recerques i intervencions que tenen com a objectiu dissenyar actuacions per a trencar amb els estereotips, prejudicis i actituds edatistes.

L'últim informe sobre l'edatisme de l'Organització Mundial de Salut [OMS] (2021) sosté que l'edatisme entès com un fenomen de construcció social s'inicia des de la infància i que mitjançant el procés de socialització s'assimilen i interioritzen les estructures de discriminació. També es posa de manifest que l'edatisme no és aliè a altres tipus de discriminació com el sexisme, el racisme o el capacitisme, sent bastant freqüent que es donin de manera simultània. De fet, es multiplicarien els efectes negatius sobre la salut, el benestar i la qualitat de vida de les persones grans. Per aquest motiu, l'OMS (2021) emfatitza en la necessitat de dur a terme tres tipus d'estratègies que han resultat ser efectives per a reduir l'edatisme:

- Estratègia 1: Polítiques i legislació
- Estratègia 2: Intervencions educatives
- Estratègia 3: Intervencions de contacte intergeneracional

Aquest treball s'ha centrat especialment en la segona estratègia. Les intervencions educatives com a eina fonamental per a la prevenció de l'edatisme en l'atenció residencial. Concretament, sobre com la formació per als professionals que treballen en residències de persones grans és clau per a proporcionar cures de qualitat, lliures d'edatisme i seguint el model d'atenció centrada en la persona (d'ara endavant ACP).

Els **centres residencials** com a institucions de cura representen un context al qual hem de prestar especial atenció donades les seves característiques estructurals, organitzacionals i funcionals (Bermejo, 2022). Bermejo (2022) sosté que en els centres residencials conflueixen, d'una banda, una visió homògena i negativa sobre les persones que viuen institucionalitzades i, d'altra banda, la percepció de diferència respecte a la resta de la societat pel fet de necessitar suports o estar en una situació



de dependència. Ambdues contribuirien al tracte edatista, promovent una mirada paternalista, capacitista i desempoderadora.

És ben sabut que residir en una institució comporta una pèrdua pràcticament total sobre el control personal de la pròpia vida, així com una desconexió, més o menys pronunciada, de l'entorn familiar i social (Martínez et al., 2020). La vida institucional es regeix per les normes organitzacionals que reemplacen les regles personals i obliguen les persones residents a adaptar-se als criteris establerts per l'organització. Aquest fet impedeix mantenir les rutines i els estils de vida propis i, sovint també, genera falta d'intimitat, pèrdua de la identitat personal i de l'autonomia (Araújo et al., 2023; Bermejo, 2022; Martínez et al., 2020). Tot això representa un tracte edatista que juntament amb la dependència i l'aïllament contribueixen de manera significativa a la «disminució de l'autoestima i autoeficàcia, la qual cosa al seu torn incrementa la vulnerabilitat al maltractament i redueix les possibilitats de trobar suport» (Pinazo-Hernandis, 2013, p. 259).

Diversos estudis coincideixen que la **formació continua dels professionals** de les residències és un factor clau per a prevenir l'edatisme i promoure un tracte digne i personalitzat cap a les persones grans (Fernández-Ballesteros et al., 2019). La capacitat del personal en el model ACP i en el reconeixement d'actituds i pràctiques discriminatòries permet desenvolupar una mirada més empàtica, respectuosa i conscient respecte al bon tracte i adaptació a l'heterogeneïtat dels perfils als quals s'atén (Araújo et al., 2023; Iglesias-Gómez et al., 2022; Pérez-Rojo et al., 2021). Aquesta formació no sols millora la qualitat de les cures, sinó que també enforteix el compromís professional entre diferents perfils i contribueix a generar un clima organitzacional més humà i cohesionat (Dys et al., 2022).

1.1. Projecte «Diagnòstic i intervenció sobre edatisme a Mallorca»

El present capítol recull part dels resultats del projecte «Diagnòstic i intervenció sobre edatisme a Mallorca» fruit del conveni de col·laboració entre l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) i la Universitat de les Illes Balears. L'objectiu principal del projecte és dissenyar una proposta formativa basada en l'evidència per a treballar l'edatisme des del model ACP i dirigit a professionals de les residències de persones grans a Mallorca. La formació s'ha dissenyat sobre la base dels resultats de dues revisions sistemàtiques de la bibliografia en bases de dades científiques. Una de les revisions tenia com a objectiu definir quins són els continguts i les metodologies que han d'incloure les intervencions per a la prevenció de l'edatisme, i l'altra revisió tenia com a objectiu l'elecció dels instruments d'avaluació de les actituds edatistes i la qualitat de les cures seguint el model ACP (Orte et al., 2024; Orte i Vives, 2025).



A partir d'aquesta revisió de la literatura, es va dissenyar l'experiència formativa des d'una perspectiva integral de l'organització. La formació està dirigida no sols cap al personal que treballa en la cura directa de les persones grans en residències (metges, infermeres, auxiliars d'infermeria, etc.), sinó també per al personal que té un tracte indirecte o que té un altre rol —diferent del de cuidador— però que igualment és fonamental per al bon funcionament de les residències i responsable de la qualitat de les cures que es proporcionen (equip directiu, personal de cuina, manteniment, etc.). Es tracta, doncs, d'oferir una formació basada en els principis del model ACP, que aposta per l'atenció holística i integral de la persona, respectant-ne els drets, valors, interessos i capacitats per a prendre decisions i d'autodeterminació (Kogan et al., 2016).

En la taula 1 es presenta l'esquema de sessions, mòduls i continguts de la formació. Cada sessió té una durada de dues hores i mitja. A més, s'inclou una part de treball no presencial que inclou la visualització d'un vídeo (mòdul 0), l'avaluació pretest i un període d'observació d'una setmana (mòdul 4).

Taula 1 | *Estructura de sessions, mòduls i continguts de la formació*

Treball autònom previ	Mòdul 0. Introducció al model ACP	• Qüestionari d'avaluació pretest • Lectura i revisió dels principis del model ACP • Visualització prèvia de material audiovisual (documental <i>Me llamo Carmen</i>)
Sessió 1 - presencial	Mòdul 1. Estereotips edatistes i la seva identificació	• Definir, analitzar i identificar situacions edatistes • Reflexió grupal i individual sobre situacions
	Mòdul 2. Atenció centrada a la persona	• Aprofundir en el model ACP, la prevenció i actuació enfront del maltractament i la solitud no desitjada • Dinàmiques de <i>role-play</i>
	Mòdul 3. Benestar emocional de les persones grans i els professionals	• Definir i proporcionar indicadors de benestar i qualitat de vida • Identificació d'emocions
Treball autònom d'observació	Mòdul 4. Observació i grup de discussió	• Registre i anàlisi de situacions edatistes en el seu context de treball
Sessió 2 - presencial		• Discussió i reflexió grupal

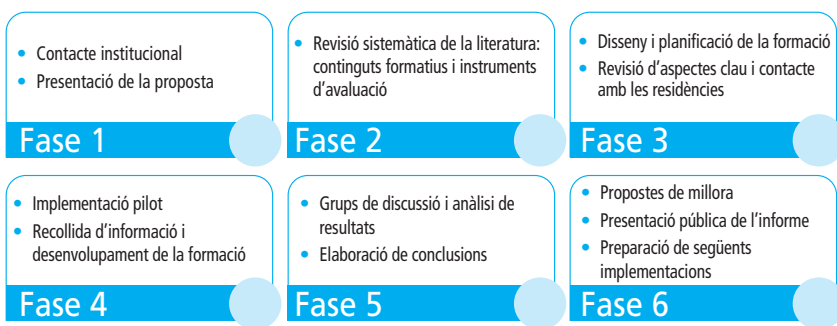
Font: elaboració pròpia.

En la figura 1 es presenten les diferents fases per les quals ha passat el projecte des de la seva fase inicial fins a la fase de disseminació i difusió. La implementació pilot (fase 4) es va dur a terme durant el 2023 a la residència d'ancians d'Huialfàs, a la localitat de sa Pobla. En aquesta formació pilot es va formar un total de 46 professionals (32 van



assistir a les dues sessions) i va servir per a ajustar els continguts, organització de les sessions i altres aspectes logístics, i recollir les percepcions dels professionals sobre les actituds edatistes en les residències (Orte et al., 2024). Posteriorment, s'han realitzat dues implementacions més (fase 6); una formació el 2024 a la residència d'ancians Son Caulelles, a la localitat de Pòrtol, en la qual es van formar 104 professionals (89 van assistir a les dues sessions), i una altra formació el 2025 a la residència Oms i residència de Sant Miquel a Palma en la qual s'han format 96 professionals.

Figura 1. Fases de desenvolupament del projecte formatiu



L'objectiu d'aquest capítol és presentar els resultats que s'han obtingut per part dels professionals en el període d'observació i compartir les principals reflexions que han realitzat durant les sessions de discussió en grup amb la finalitat d'anunciar propostes de millora per a la prevenció de l'edatisme i la qualitat en les cures residencials.

2. Metodologia

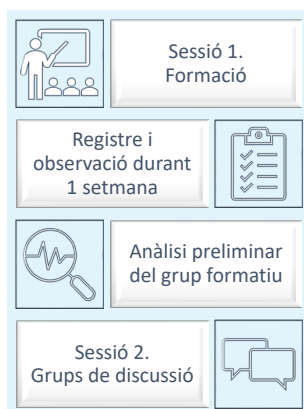
La formació segueix un disseny de tipus dinàmic i participatiu, amb un enfocament centrat en el debat, la reflexió, l'observació i l'escenificació mitjançant dinàmiques de *role-play*. Durant l'última part de la sessió 1 es presenta la graella d'observació, la seva finalitat i com realitzar la fase d'observació. Finalment s'avança sobre com es tractarà aquesta informació durant la sessió 2, s'explica el funcionament dels grups de discussió i la importància de la tasca d'observació per a l'enriquiment del debat posterior (vegeu figura 2).

La graella d'observació ha estat el principal instrument per a la recollida d'informació per part dels professionals. Cada professional disposava d'una graella de registre i hi podia anotar totes aquelles situacions que fora detectant, respectant sempre la confi-



dencialitat i evitant assenyalar o identificar persones concretes. El període d'observació es va fixar en una setmana, si bé cada grup de professionals van observar en setmanes diferents segons quan havien rebut la formació. Durant aquest temps podien observar i registrar comportaments edatistes en el seu entorn o accions de bon tracte que fossin propis, d'un altre professional o del resident, així com també els sentiments observats o experimentats per part de la persona que duu a terme l'acció edatista i de qui la rep.

Figura 2. Procediment d'observació, registre i discussió de comportaments i actituds edatistes



Així mateix, també es va indicar que podien realitzar una descripció el més completa possible dels comportaments, així com dels elements de llenguatge verbal com paraules, frases, to de veu, ritme de comunicació, etc., o de llenguatge no verbal com gestos, expressions facials i corporals, direcció de la mirada, etc. Per a cada situació observada es va sol·licitar que identifiquessin les possibles causes antecedents i conseqüències que es deriven de la situació observada.

Els resultats de les graelles d'observació, en totes les formacions, van ser analitzats pels membres de l'equip de recerca i formació amb l'objectiu d'organitzar i estructurar els grups de discussió. Aquests grups de discussió es van realitzar en la sessió 2 presencial i van tenir una durada d'unes dues hores aproximadament. En tots els casos la segona sessió es va realitzar en els 15 dies de després de la primera

sessió presencial. És a dir, una vegada finalitzada la sessió 1, van observar i van registrar durant una setmana, posteriorment es recollien les graelles i una setmana després tenia lloc la sessió 2 de grups de discussió. Durant els grups de discussió es van analitzar les seves observacions tractant d'identificar i classificar els incidents crítics, ja fossin aquests positius o negatius.

L'estructura de la sessió 2 de grups de discussió es va organitzar d'acord amb l'esquema següent:

- Anàlisi de les conductes problemàtiques i els moments o llocs on són més freqüents: conductes dels treballadors (del mateix grup professional o d'un altre), conductes dels residents (entre ells i/o amb els professionals) i conductes d'altres persones, familiars o visites.
- Anàlisi dels espais per a treballar les conductes edatistes de forma compartida.
- Reflexió sobre els aspectes a millorar en el dia a dia per a prevenir i gestionar les conductes edatistes.



- Autoreflexions sobre el treball quotidià (problemes i situacions més freqüents) a partir dels continguts que s'han vist en la formació.

3. Resultats

En la implementació pilot a la residència d'Huialfàs es van recollir 12 graelles amb un total de 33 situacions. Aquestes observacions van servir per a dibuixar un primer escenari sobre on es produïen les situacions més complexes i freqüents, així com qui eren els implicats i quin tipus de relacions s'establien. Aquesta informació va resultar especialment útil per a conèixer quines eren les principals dificultats i inquietuds que tenien els professionals sobre els comportaments edatistes en el seu dia a dia, i es va utilitzar per a ajustar continguts i exemples de la formació, així com consolidar en la formació els aspectes més rellevants i pròxims a la seva labor professional. A partir d'aquests resultats es van identificar diversos elements que ajuden a classificar la informació sobre els agents implicats, els espais on tenen lloc i les relacions entre els agents (vegeu figura 3).

A continuació, es presenten els resultats principals de les 132 observacions realitzades pels professionals (vegeu taula 2). Trobem que el 31 % (n=41) dels comportaments observats correspon amb les condutes del mateix professional que observa, el 47 % (n=62) correspondria a condutes observades en altres professionals i el 22 % (n=29) serien protagonitzades pel resident o per un familiar. Quant als entorns, espais o llocs en els quals s'han registrat situacions amb més freqüència destaquen l'espai de menjador i d'alimentació amb el 28,8 % (n=38), les activitats de la vida diària o de relació entre els mateixos residents o amb els professionals amb el 26,5 % (n=35) i amb el moment de bany i higiene amb el 16,7 % (n=22) (vegeu taula 3).

Figura 3. Elements recollits durant el període d'observació



Respecte a les situacions edatistes protagonitzades per professionals, principalment es va observar tracte infantilitzador i deshumanitzador, o comentaris inadequats sobre els residents en espais no apropiats. Entre els residents es van destacar les faltes de respecte entre ells i cap a la labor del personal, també la desmotivació, les negatives o falta de col·laboració en les activitats programades. Sobre els familiars o persones



externes, s'observa qüestionament cap als professionals, falta de comprensió sobre el procés de deterioració o la malaltia del seu familiar resident i baix nivell d'acompanyament d'aquest. Quant als aspectes relacionats amb la institució, assenyalen la falta de personal per a proporcionar cures adequades, problemes en la distribució de tasques i falta de formació per al personal de nova incorporació.

Taula 2 | Resum d'observacions realitzades a cada residència en funció de qui té conductes edatistes

Observació de conductes	Residència			
	Huialfàs	Pòrtol	Oms – Sant Miquel	Total
Pròpia	17	19	5	41
D'un altre professional	13	30	19	62
Resident o familiar	3	12	14	29
Total	33	61	38	132

Font. elaboració pròpia.

Taula 3 | Resum d'observacions realitzades a cada residència en funció del context o l'entorn en el qual s'identifiquen

Entorns/espais	Residència			
	Huialfàs	Pòrtol	Oms – Sant Miquel	Total
Menjador/alimentació	18	13	7	38
Bany/higiene	2	14	6	22
Vestimenta/aparença	1	6	3	10
Son/descans	1	8	0	9
Vida diària / relació entre residents	7	16	12	35
Activitats programades	1	2	3	6
Familiars/visites	0	2	6	8
Organització	3	0	1	4
Total	33	61	38	132

Font. elaboració pròpia.

Quant als contextos, en la taula 4 es presenten les situacions problemàtiques més freqüents, les recomanacions i l'anàlisi dels principis clau per a resoldre'ls. Com es pot observar, els principis clau per al bon tracte es presenten de manera transversal a l'acció quotidiana en els diferents contextos. Aquests principis serien: a) autonomia, tractar de respectar sempre que sigui possible les decisions del resident i fomentar la seva independència en les activitats de la vida diària; b) context personal, conèixer i adaptar les pràctiques tenint en compte la història personal, les preferències i els interessos dels residents; c) comunicació empàtica i calidesa en el tracte diari (no infantilitzar, informar



constantment, llenguatge verbal i no verbal respectuós, etc.); d) acompanyament afectiu que transmet calma, seguretat, comprensió, etc.; e) estructures flexibles, tractar d'ajustar normes o rutines si és possible i necessari; i f) organització institucional del personal i dels recursos que afavoreixi el bon tracte i la qualitat tant de residents com de professionals.

Taula 4 | *Resum de les situacions problemàtiques més freqüents, les recomanacions de bon tracte i els principis clau*

Context i situacions	Recomanacions	Principis clau
Menjador/alimentació		
Residents es lleven el menjar / es donen menjar entre ells	Explicar pautes dietètiques des de la proximitat, agrupar-los per tipus de dieta i anticipar-se	Coneixement personal, prevenció de conflictes
Desgrat pel menjar / rebuig puntual d'aliments	Usar l'afecte, permetre amb flexibilitat o establir límits personalitzats	Coneixement personal, llenguatge pròxim
Peticions d'ajuda per a menjar	Avaluar fins on ajudar, reforçar capacitats autònomes	Fomentar l'autonomia personal
Bany/higiene		
Ús i canvi de bolquers, anades freqüents al bany	Identificar les causes (físiques o cognitives), respectar autonomia si la persona reconeix la necessitat, procurar la intimitat	Fomentar l'autonomia personal
Negatives a la higiene, agressivitat, incomoditat	Procurar adaptar-se als hàbits previs, usar les aproximacions successives, preparar tot el necessari amb anterioritat	Coneixement personal, reduir i manejar les resistències fent ús de l'empatia i la calidesa en la comunicació
Vestimenta/aparença		
Negativa a vestir-se, incomoditat amb la roba, roba inadequada	Polítiques clares sobre la roba, considerar els gustos previs, procurar la comoditat i funcionalitat	Intimitat, autonomia, coneixement personal i flexibilitat
Son/descans		
Negativa a dormir, confusions horàries, despertar durant la nit	Parlar amb calidesa i tractar de calmar el resident, flexibilitzar horaris, fer excepcions	Flexibilitat, coneixement personal i acompanyament emocional
Vida diària / relacions		
Soledat davant la falta de visites, dificultat per a acceptar la vida en la residència	Accés a cridades telefòniques, procurar suport emocional i tracte empàtic davant el tabú de la institucionalització	Acompanyament emocional
Problemes entre residents	Fomentar les relacions entre aquells que es porten millor, tractar de distanciar aquells que es porten pitjor, activitats per a millorar les seves relacions	Coneixement personal, reduir i manejar les resistències fent ús de l'empatia i la calidesa en la comunicació

continua



Activitats programades		
Rebuig a dur a terme les activitats, activitats infantils	Millorar l'oferta d'activitats, materials, tenir en compte els seus interessos, fomentar l'autonomia i donar suport a les propostes	Coneixement personal i autonomia
Inclusió selectiva de sortides i assistència a esdeveniments	Buscar opcions i suports per a afavorir la inclusió i participació	Organització institucional, coneixement personal
Falta d'activitats en horari de tarda	Organitzar i estructurar els moments d'oci, especialment rellevant en aquells que tendeixen a la desorientació	Organització institucional
Familiars/visites		
Faltes de respecte al personal de la residència, coneixement i seguiment de normes, horaris i recomanacions	Formació regular per a les famílies que ajudi a adaptar-se i acceptar la vida residencial del seu familiar	Organització institucional, comunicació, acompanyament emocional
Mala qualitat de les visites que realitzen al seu familiar (disgustar-se amb ell/ella, centrar-se en tot el que no pot fer, estar amb el mòbil, etc.)	Crear espais de comunicació i relació entre familiars i residents, realitzar acompanyament afectiu	Acompanyament emocional
Organització/institució		
Falta d'organització i/o ajuda entre els professionals respecte als residents més demandants, respectar espais de descans del personal	Organitzar torns en funció de les característiques dels residents, comptar amb suports puntuals en situacions de major càrrega de treball o baixes de personal	Organització institucional, estructures de treball més flexibles i adaptades a les situacions
Comentaris inadequats entre professionals, solapament o falta de claredat en funcions	Respecte entre professionals de la mateixa categoria o diferent, comunicació interna i delimitació de funcions	Organització institucional, comunicació interna, espais de formació i suport

Font. elaboració pròpia.

En relació amb les situacions problemàtiques més freqüents a l'hora de menjar, els professionals destaquen que es poden anticipar horaris de menjar per a residents que triguen més i/o que necessiten més suport per a menjar de manera autònoma. També informen que es podria reforçar el menjador amb personal addicional en moments puntuals. Troben difícil poder respectar la individualitat en aquest aspecte atès que, encara que hi ha servei de cuina en les residències, existeix un estoc mínim d'aliments alternatius que oferir als residents i el menjar es proporciona a través d'un servei de servei d'àpats. Els professionals sostenen que la qualitat de l'alimentació és una queixa recurrent entre personal, residents i famílies. Malgrat les dificultats, tracten de registrar gustos i preferències alimentàries per a garantir la flexibilitat i l'alimentació adequada.



Quant al context d'higiene i bany, els professionals destaquen la importància de respectar el ritme i estat de salut del resident, tractant de fomentar l'autonomia quan és possible. Sobre les negatives a banyar-se o arreglar-se, fan èmfasi en la capacitat de comunicar de manera afectiva per a calmar i traslladar seguretat mentre acompanyen amb accions com dutxes progressives (començant pels peus o les mans), explicant el que es farà o negociar amb els residents si és possible.

Respecte a la vida diària en la residència i les relacions que s'estableixen en el dia a dia, destaquen la necessitat de coneixement personal de la història de vida, gustos i preferències del resident juntament amb comunicació empàtica com a estratègies efectives per a evitar conflictes i generar confiança. En aquest sentit, els professionals tracten amb un llenguatge adequat els residents, saluden, expliquen amb claredat o anticipen accions, i consideren fonamental l'accés per part de tot el personal a les històries de vida dels residents, especialment per a les auxiliars que hi tenen un tracte més íntim i pròxim. Quant a les activitats durant els temps d'oci, els professionals mantenen que existeix falta de materials i equipaments per a l'estimulació cognitiva, cultural i social. Alguns professionals han posat materials propis o han usat els seus mòbils com a recurs improvisat. Sobre l'oferta d'activitats, aquestes podrien ser ajustades a la diversitat de perfils, més variades i que involucrin de forma més clara la dimensió social i de connexió amb l'exterior.

Quant a les famílies, els professionals han destacat deficiències i falta de comunicació amb algunes famílies. Per exemple, no se'ls informa adequadament de rutines i normes del centre, i això genera conflictes i malentesos. Algunes de les propostes o accions per a millorar aquest aspecte serien la realització de reunions periòdiques amb famílies (no sols en casos conflictius), proporcionar formació i acompanyament emocional per a familiars, on s'expliquin els límits i rutines, què necessita el seu familiar durant les visites i donar suport al procés de l'ingrés en residència, ja que en alguns casos es viu com un dol, tant pel resident com pel seu entorn.

Finalment, sobre l'organització institucional i la relació entre professionals, consideren fonamental recuperar espais informals (com l'*office*) com a oportunitat per a relacionar-se i crear millor ambient laboral. També consideren la necessitat de crear espais formals de reflexió conjunta amb direcció per a repensar l'organització interna, prioritzar tasques i buscar una major fluïdesa en l'organització del treball. Així mateix, valoren de forma molt positiva el desenvolupament de l'autoconsciència professional, assenyalant que observar les seves pròpies actituds, i també les d'altres, ajuda a millorar el tracte cap a les persones grans i l'ambient laboral. En aquest sentit, consideren fonamental reforçar la figura del lideratge efectiu que coordini, organitzi, motivi i reconegui el valor de cada equip professional.



4. Discussió

A partir de l'anàlisi dels resultats trobats, i d'acord amb els principis del model de ACP, es plantegen una sèrie de propostes orientades a millorar la qualitat de vida de les persones grans que viuen en centres residencials, reduir les manifestacions d'edatisme fomentant el bon tracte i augmentant la satisfacció dels equips professionals que presten les cures (Dys et al., 2022; Kogan et al., 2016; Lee et al., 2022).

Un dels eixos centrals de la discussió gira entorn de la **qualitat de la relació entre el professional i la persona resident**. S'identifica com a prioritari promoure un tracte basat en el respecte a la individualitat, evitant actituds de despersonalització o infantilitzadores. Per a això, resulta fonamental reforçar la formació pràctica en el model ACP, especialment pel que fa a la comunicació positiva, el llenguatge no estigmatitzant i la promoció de l'autonomia, en accions quotidianes com l'ús del bany, la higiene personal o l'alimentació. Cuidar les relacions entre professionals i residents com a factor fonamental per a proporcionar suport emocional i satisfacció personal (Dys et al., 2022; Iglesias-Gómez et al., 2022).

En aquest sentit, també destaca la importància de conèixer i **tenir en compte la història de vida i els hàbits** previs de cada resident per a construir plans d'atenció veritablement individualitzats. Aquesta perspectiva permet no sols reduir resistències (per exemple, enfront de la dutxa, el canvi de roba o l'alimentació), sinó també fomentar una experiència més significativa i respectuosa de la vida residencial. Conèixer la persona amb la qual tractem diàriament afavoreix l'establiment de vincles afectius més sòlids, redueix la visió homogènia i humanitza les cures (Araújo et al., 2023; Iglesias-Gómez et al., 2022; Pérez-Rojo et al., 2021).

Respecte a la **participació activa dels residents**, els resultats conviden a flexibilitzar les rutines institucionals, com els horaris de menjar o descans, adaptant-se en la mesura que sigui possible a les preferències personals. També es proposa una revisió crítica de les activitats d'oci, evitant enfocaments infantilitzats, ampliant l'oferta amb opcions cridaneres, com tallers culturals, programes intergeneracionals o sortides adaptades a les capacitats físiques i cognitives dels residents. Aquestes propostes no impliquen només estructuració i organització del temps lliure (necessàries en alguns casos), sinó també espais on poder triar sobre la base de les seves preferències i interessos les activitats a desenvolupar, o fins i tot que puguin fer propostes i desenvolupar-les (Lee et al., 2022).

Quant als aspectes organitzatius, els professionals assenyalen la importància de comptar amb procediments per a **afavorir la incorporació i integració eficaç dels nous professionals**, especialment quan hi ha rotació elevada de professionals. Això inclou



la designació de tutors de referència, l'elaboració de guies pràctiques adaptades a les rutines del centre i l'acompanyament inicial, facilitant així la continuïtat en l'atenció i la transmissió efectiva de l'enfocament ACP. En aquest sentit, un altre element clau que s'ha identificat és la necessitat **d'enfortir la comunicació interna** entre els diferents perfils professionals. Per a això, se suggereixen espais regulars de trobada interdisciplinària que permetin compartir experiències, coordinar tasques, resoldre conflictes i **fomentar el suport emocional entre els professionals**. Es percep que aquestes accions milloren el clima laboral, l'organització i la distribució més equitativa de les càrregues de treball, constituint factors protectors enfront de l'estrès professional (Dys et al., 2022).

Destaca el **paper fonamental de les famílies** per a secundar i complementar la labor dels professionals. Ben formades i amb els suports necessaris poden ser grans aliades en la implementació del model ACP (Stephen et al., 2024). Promoure vincles de confiança, proporcionar informació clara sobre el funcionament del centre i facilitar recursos d'adaptació pot contribuir a la convivència i l'acceptació de l'entorn residencial, tant per part del resident com dels seus familiars (Eltaybani et al., 2022).

Finalment, el procés formatiu i participatiu del projecte ha posat de manifest la utilitat **d'incorporar metodologies de recerca aplicada** que permeten espais de reflexió i aprenentatge. Algunes de les recomanacions en aquesta àrea passen per incorporar l'ús d'entrevistes en profunditat i la participació d'observadors externs. Totes dues opcions es creuen necessàries per a identificar biaixos implícits, pràctiques no conscients i les oportunitats de millora (Orte i Vives, 2025).

5. Conclusions

A partir dels resultats d'aquest projecte «Diagnòstic i intervenció sobre edatisme a Mallorca» es considera necessària la promoció d'estratègies basades en evidències per a prevenir i intervenir sobre l'edatisme, així com la consegüent recerca per a la comprensió del fenomen tenint en compte la perspectiva de tots els agents implicats, inclosos professionals i institucions. Només des d'aquest marc d'acció poden generar-se accions que realment repercutixin en un canvi respecte a la visió que tenim com a societat sobre l'edat i el procés d'envelliment.

Els professionals de la salut i les cures en particular, i les institucions i la societat en general, tenen l'obligació de plantejar-se i reflexionar sobre el tracte que reben les persones grans en les residències. Emfatitzant sobre els aspectes organitzacionals que faciliten el bon tracte i la qualitat en les cures de salut i assistencials, així com atendre les necessitats individuals i la cura de les relacions del resident amb l'exterior, els seus familiars, amics i comunitat. Per tant, entenem la necessitat de mantenir els



compromisos amb el desenvolupament de normatives, protocols i formacions contínues, que, com l'aquí present, sobre la base del model ACP fomentin l'autonomia de les persones grans i ajudin a construir espais residencials lliures d'estereotips negatius cap a la vellesa.

Com a reflexió final per a concloure aquest capítol, defensem la importància d'abordar l'edatisme en les residències des d'una perspectiva integral i interdisciplinària guiada per la recerca i per la pràctica basada en les evidències. De forma més específica, destaquem el paper fonamental de la participació dels professionals i les institucions a l'hora d'adaptar continguts formatius als seus perfils i necessitats professionals per a oferir formació contínua actualitzada i significativa.

Agraïments

Aquest capítol és resultat del conveni de col·laboració entre l'Institut Mallorquí d'Afers Socials i la Universitat de les Illes Balears, pel desenvolupament de programes i activitats de cooperació científic, de transferència del coneixement i de formació.



Referències bibliogràfiques

Araújo, P. O.; Soares, I. M. S. C.; Vale, P. R. L. F.; Sousa, A. R.; Aparicio, E. C. i Carvalho, E. S. S. (2023). «Ageism directed to older adults in health services: A scoping review». *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 31, e4020. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6727.4020>

Bermejo, L.G. (2022). «Edadismo hacia las personas mayores que viven en residencias». *A La discriminación por edad de las personas mayores. Las múltiples caras del edadismo*, Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero).

Dys, S.; Tunalilar, O.; Hasworth, S.; Winfree, J. i White, D. L. (2022). «Person-centered care practices in nursing homes: Staff perceptions and the organizational environment». *Geriatric Nursing*, 43, 188-196. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.11.018>

Eltaybani, S.; Yasaka, T.; Fukui, C.; Inagaki, A.; Takaoka, M.; Suzuki, H.; Maruyama, M.; Igarashi, A.; Noguchi-Watanabe, M.; Sakka, M.; Weller, C. i Yamamoto-Mitani, N. (2022). «Family-oriented interventions in long-term care residential facilities for older people: A scoping review of the characteristics and outcomes». *Nursing forum*, 57 (5), 800-818 <https://doi.org/10.1111/nuf.12768>

Fernández-Ballesteros, R.; Sánchez-Izquierdo, M.; Olmos, R.; Huici, C.; Caprara, M.; Santacreu, M.; Ribera, J. i Cruz-Jentoft, A. (2019). «Development and validation of a paternalism and autonomist care assessment». *Journal of Advanced Nursing*, 75 (11), 3166-3178. <https://doi.org/10.1111/jan.14154>

Iglesias-Gómez, R.; Álvarez-Estévez, L.; González-Rodríguez, C.; Amaro-Vázquez, N.; Rodríguez-Pastoriza, S.; Sánchez-Sánchez, N. i Hernández-Gómez, M. (2022). «Edadismo: análisis de los estereotipos negativos del envejecimiento en profesionales de AP». *Revista Cuadernos de Atención Primaria*, 28 (1), 1-13. <https://journal.agamfec.com/index.php/cadernos/article/view/63>

Lee, K. H.; Lee, J. Y. i Kim, B. (2022). «Person-centered care in persons living with dementia: A systematic review and meta-analysis». *The Gerontologist*, 62 (4), e253-e264

Martínez, T.; Martínez-Loredo, V.; Cuesta, M. i Muñiz, J. (2020). «Assessment of Person-Centered Care in Gerontology Services: A new tool for healthcare professionals». *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 20 (1), 62-70. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.07.003>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Informe mundial sobre el edadismo*. Washington, D.C. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275324455>.



Orte, C.; Vives, M.; Valero, M.; Macías, L.; Sánchez-Prieto, L. i Jonusaityte, D. (2024). «Diagnòstic i intervenció sobre edatisme a Mallorca». *Anuari de l'Envel·liment*, 21-38.

Orte, C. i Vives, M. (2025). *Prevención del edadismo en la atención residencial. Una propuesta de formación integral*. Octaedro.

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

Pinazo-Hernandis, S. (2013). «Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial». *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 252-282.

Serrano, P. (2024). «Una aproximación al edadismo contra las personas mayores». *Anales de la Real Academia de Doctores de España*, 9 (4), 899-916.

Stephen, A.; Connelly, D.; Hung, L. i Unger, J. (2024). «Staff-family communication methods in long-term care homes: An integrative review». *Journal of Long Term Care*, 220-239. <https://doi.org/10.31389/jltc.282>

Swift, H. J. i Abrams, D. (2017). «The risks of Ageism Model: how ageism and negative attitudes toward Age can be a barrier to active ageing». *Social Issues and Policy Review*, 11 (1), 195-231. <https://doi.org/10.1111/sipr.12031>



Autors

CARMEN ORTE SOCÍAS

Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació. És catedràtica d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB des de 2006. En 2025 va obtenir la prestigiosa beca Fulbright per a realitzar una estada investigadora a l'Arizona State University (ASU), als Estats Units. Té sis quinquennis de docència, cinc sexennis de recerca i un sexenni de transferència investigadora. Té activa l'excel·lència investigadora. Quant a publicacions, té 241 articles en revistes nacionals i internacionals; 517 aportacions en llibres i capítols de llibre; 600 aportacions en congressos i conferències nacionals i internacionals. Es troba en el rànquing de les cinc mil investigadores més destacades a Espanya, segons el CSIC (2022). És la investigadora principal del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. En l'àmbit de la formació al llarg de tota la vida, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) el curs 1997-98 i la va dirigir fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal i la directora de l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears. Igualment és la directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC) de la UIB. Va crear la International Summer Senior University. Entre 2018 i 2019 fou directora general de l'Institut de la Gent Gran i Serveis Socials (Imsero) del Govern d'Espanya. Membre de l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca (IMAS) i participant de la comissió Promoció de l'Autonomia.

MARGA VIVES BARCELÓ

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



MARÍA VALERO DE VICENTE

Doctora internacional en Educació per la Universitat de les Illes Balears (UIB) i llicenciada en Psicologia per la Universitat d'Almeria. Màster en Intervenció Psicològica en Àmbits Clínics i Socials, i psicòloga general sanitària. Actualment, és professora titular laboral del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre actiu del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES). Entre els seus interessos de recerca destaquen el treball en competències familiars, els programes de prevenció basats en l'evidència i la prevenció de conductes de risc en la infància i l'adolescència. Participant a la comissió d'Atenció a la Dependència de l'Observatori de les Persones Majors.

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

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



**LA PARTICIPACIÓ COMUNITÀRIA EN
RESIDÈNCIES PER A PERSONES GRANS:
UN MODEL DE MILLORA DE LA QUALITAT
DE VIDA A TRAVÉS DEL PROJECTE
#SOMCOMUNITAT**



La participació comunitària en residències per a persones grans: un model de millora de la qualitat de vida a través del projecte #SomComunitat

Francisca Jofre Maimó
Joan Escandell Mayans



Resum

Aquest treball analitza el projecte #SomComunitat, desenvolupat a la Llar d'Ancians, com una eina per fomentar la participació activa de residents, famílies i treballadors. L'objectiu principal és crear un espai col·laboratiu on tots els membres de la comunitat puguin expressar-se, fer propostes i contribuir a la millora dels serveis i del benestar dels residents. El projecte parteix de la idea que la participació comunitària és essencial en l'atenció a la gent gran, ja que potencia el sentiment de control i millora emocional dels usuaris. La base teòrica recull aportacions de diversos autors que destaquen els beneficis d'una gestió participativa. Els objectius del treball inclouen avaluar l'impacte del projecte en la qualitat de vida, la gestió de la residència i la comunicació interna. Es preveu que els resultats mostrin una millora en els serveis, les relacions interpersonals i la sensació d'autonomia dels residents. Les conclusions destacaran la participació com un mecanisme clau per afavorir un entorn inclusiu i eficient, i es proposaran recomanacions per aplicar aquest model en altres centres de gent gran.

Resumen

Este trabajo analiza el proyecto #SomComunitat, desarrollado en la *Llar d'Ancians*, como una herramienta para fomentar la participación activa de residentes, familias y trabajadores. El objetivo principal es crear un espacio colaborativo donde todos los miembros de la comunidad puedan expresarse, hacer propuestas y contribuir a la mejora de los servicios y del bienestar de los residentes. El proyecto parte de la idea que la participación comunitaria es esencial en la atención a las personas mayores, puesto que potencia el sentimiento de control y mejora emocional de los usuarios. La base teórica recoge aportaciones de varios autores que destacan los beneficios de una gestión participativa. Los objetivos del trabajo incluyen evaluar el impacto del proyecto en la calidad de vida, la gestión de la residencia y la comunicación interna. Se prevé que los resultados muestren una mejora en los servicios, las relaciones interpersonales y la sensación de autonomía de los residentes. Las conclusiones destacarán la participación como un mecanismo clave para favorecer un entorno inclusivo y eficiente, y se propondrán recomendaciones para aplicar este modelo en otros centros de personas mayores.

1. Introducció

#SomComunitat és un òrgan de participació dels residents, familiars i treballadors de la Llar d'Ancians de l'IMAS. El dret de participació d'aquesta comunitat es facilita amb la constitució d'aquest fòrum.



La comunitat de la Llar d'Ancians està integrada per totes les persones, serveis i entitats que intervenen en la convivència de la residència: en formen part els residents, les famílies, les entitats tutelars, els professionals d'atenció sanitària, els professionals d'atenció psicosocial i el personal d'administració i serveis.

#SomComunitat respon a la promoció de metodologies que fomenten la participació de tota la comunitat de la Llar d'Ancians en la millora del servei d'acolliment residencial i assistència integral promovent la participació activa, la inclusió social i el benestar emocional dels residents.

La finalitat de **#SomComunitat** és constituir un espai de participació efectiva i permanent que permeti a tots els membres manifestar-se en relació amb la seva experiència convertint-los en agents actius de la seva pròpia vida quotidiana i així fomentar la interacció social, el sentiment de pertinença i l'autonomia.

2. Marc jurídic

Carta Europea dels Drets i Responsabilitats de les Persones Grans que Necessiten Atenció i Assistència a Llarg Termini: aquest document, elaborat en el marc del projecte EUSTaCEA, estableix drets fonamentals per a les persones grans que requereixen atenció prolongada, incloent-hi el dret a l'autodeterminació i a participar en les decisions relacionades amb la seva cura. Encara que no és legalment vinculant, serveix com a guia per a promoure bones pràctiques en l'atenció a persones grans.

A més, en l'àmbit nacional, alguns països han adoptat normes específiques que, encara que no són d'àmbit europeu, influeixen en la qualitat dels serveis prestats en les residències. Per exemple, a Espanya, la norma UNE 158101:2008 estableix requisits per a la gestió de centres residencials, promovent l'autonomia personal i la participació dels usuaris en la gestió dels serveis que reben.

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència

Article 3. Principis de la llei

Aquesta llei s'inspira en els principis següents:

k) La participació de les persones en situació de dependència i, si és el cas, de les seves famílies i entitats que els representin en els termes previstos en aquesta llei.

Article 35. Qualitat en la prestació dels serveis



2. Els centres residencials per a persones en situació de dependència hauran de disposar d'un reglament de règim interior, que reguli la seva organització i funcionament, que inclogui un sistema de gestió de qualitat i que estableixi la participació dels usuaris, en la forma que determini l'Administració competent.

La Llei 4/2009, d'11 de juny, de serveis socials de les Illes Balears (BOIB núm. 89, de 18 de juny de 2009), al títol IV de la participació en els serveis socials i els òrgans de participació a l'article 50 de principis generals exposa:

1. El sistema de serveis socials, per a la consecució dels seus fins, compta amb la participació de la ciutadania al llarg de tot el cicle comprès entre la planificació, la gestió i l'avaluació de la seva actuació. Sempre que sigui possible, les decisions relatives al sistema de serveis socials s'han de prendre amb la participació de la ciutadania.
2. La finalitat de la participació és integrar la deliberació entre les administracions i els diversos actors de la societat civil en els processos de presa de decisions, per tal de millorar el sistema de serveis socials i enfortir el capital social.
3. Els objectius de la participació són la implicació de tota la societat en els assumptes socials, la prevenció de la fragmentació social, la innovació en la prestació dels serveis i el reforçament de les xarxes socials de suport, com també aconseguir l'autonomia, la llibertat i l'apoderament de la ciutadania, aquest darrer entès com el procés pel qual una persona o un grup social adquireix o rep els mitjans per enfortir el seu potencial en termes econòmics, polítics o socials.

3. Projecte

1. Principis

El projecte **#SomComunitat** es regeix pels principis següents:

- 1.1. Periodicitat. **#SomComunitat** s'ha de reunir periòdicament per tal de fer possible una participació continuada i no puntual.
- 1.2. Voluntarietat. Els residents, familiars i treballadors que vulguin formar part del Consell ho han de fer de manera totalment voluntària.
- 1.3. Integritat. A les reunions de **#SomComunitat** pot tractar-se qualsevol assumpte relacionat amb la Llar d'Ancians excloent els casos propis dels membres del Consell, sempre que presentin un interès general i no merament particular.



- 1.4. Informació. Els residents, familiars i treballadors participants han de rebre, prèviament a les reunions, tota la informació necessària perquè puguin formar-se una opinió sobre els assumptes inclosos a l'ordre del dia. Així mateix, se'ls ha de comunicar la influència o els efectes que les seves conclusions i propostes hagin tingut, en el seu cas, a les polítiques, els programes o l'actuació de l'IMAS.
- 1.5. Confidencialitat. Tant en el desenvolupament de les sessions com en la preparació de la documentació, es respectarà el dret a la intimitat de les persones, per la qual cosa s'actuarà amb la deguda reserva. Amb aquesta finalitat, en aquelles sessions en què s'hagin de tractar assumptes que, malgrat presentar un interès general, afectin particulars, s'han d'ometre les dades identificatives d'aquests.
- 1.6. Participació directa. Els residents, famílies i treballadors han de participar a les reunions de **#SomComunitat** de manera directa, sense intermediaris. Les seves opinions han de ser tingudes en compte per a la millora del servei.
- 1.7. Igualtat. Tots els residents, les seves famílies i els treballadors han de tenir l'oportunitat de formar part de **#SomComunitat**, bé de manera continuada o bé puntual. Durant els plenaris, tots els assistents han de tenir l'oportunitat d'expressar la seva opinió i de fer els suggeriments que considerin adients, així com que es deixi constància de les seves manifestacions.

2. Qui forma el consell de participació **#SomComunitat**

#SomComunitat està integrat pels membres següents:

- Presidència
- Secretaria
- Vocals (15)

El nomenament dels membres de **#SomComunitat** és per dos cursos escolars.

- La Presidència de **#SomComunitat** és la directora de la Llar d'Ancians, si bé pot delegar una altra persona. Les seves funcions són:
 - a) Ordenar i disposar la constitució de **#SomComunitat**.
 - b) Disposar-ne les seves convocatòries ordinàries i extraordinàries.
 - c) Visar les actes i els certificats de **#SomComunitat**.



- d) Ordenar i impulsar els debats a les sessions.
- e) Elevar els suggeriments dels residents i les famílies a la Direcció Insular per tal que siguin considerades per l'IMAS, o, si es refereixen a assumptes que concerneixen altres persones o institucions, públiques o privades, per tal que les comuniqui a aquestes perquè siguin tinguts en compte.
- f) Representar **#SomComunitat** davant d'altres institucions, quan sigui procedent.

El president o presidenta té veu però no té vot.

- El secretari o la secretària és la persona que ostenta el càrrec de coordinador del Servei Psicosocial de Llar d'Ancians o persona en qui delegui. Les seves funcions són:
 - a) Fer les convocatòries per ordre del president o presidenta de **#SomComunitat**.
 - b) Organitzar i preparar la llista de temes a tractar a les sessions, d'acord amb l'ordre del dia disposat per la presidència.
 - c) Facilitar a la presidència, als vocals i als assessors la informació i l'assistència tècnica que necessitin, d'acord amb la legalitat vigent, i tenint especialment cura de garantir la protecció de les dades de caràcter personal.
 - d) Tenir cura de la documentació pròpia de **#SomComunitat**.
 - e) Redactar i autoritzar les actes de les sessions i emetre les certificacions oportunes.

El secretari o la secretària té veu però no té vot.

- Vocals. Les persones vocals de **#SomComunitat**, amb veu i vot són:
 - a) Quatre representants dels residents de la Llar d'Ancians.
 - b) Quatre representants dels familiars de residents de la Llar d'Ancians.
 - c) Cinc treballadors de la Llar en representació dels diferents serveis.
 - d) Dues persones designades per la presidència de **#SomComunitat** representants de les entitats tutelars.

Els residents que vulguin formar part de **#SomComunitat** com a vocals seran convocats a una reunió informativa del projecte i entre ells triaran els 4 representats.



Les famílies que vulguin formar part de **#SomComunitat** com a vocals seran convocades a una reunió informativa del projecte i entre elles triaran els 4 representats.

Els treballadors que vulguin formar part de **#SomComunitat** com a vocals seran convocats a una reunió informativa del projecte i entre ells triaran els 5 representats.

Totes les designacions de vocals poden incloure titulars i suplents.

Les funcions dels vocals són:

- a) Participar en els debats i manifestar la seva opinió sobre els assumptes tractats a cada sessió.
- b) Votar sobre els assumptes que es sotmetin a consideració de **#SomComunitat**. Cada un dels membres pot emetre un vot particular que dissenteixi de la majoria, expressant-ne els motius.
- c) Proposar a la Presidència, amb una antelació mínima de deu dies hàbils a la celebració de cada sessió, els assumptes que s'han d'incloure dins l'ordre del dia.

3. Què esperam del Consell de Participació **#SomComunitat**?

Les funcions de **#SomComunitat** de caire deliberatiu i de participació:

- a) Deliberar sobre els assumptes inclosos a l'ordre del dia de cada sessió i emetre conclusions sobre aquests.
- b) Proposar els suggeriments que es considerin pertinents sobre qualsevol assumpte relacionat amb dia a dia de la Llar d'Ancians.
- c) Participar en l'elaboració de programes o plans de l'IMAS que afectin la residència.
- d) Ser escoltats, a requeriment de l'IMAS, en relació amb la redacció de la normativa relativa a la Llar d'Ancians.

Igualment **#SomComunitat**, per iniciativa pròpia, pot exercir les funcions següents:

- a) Participar en conferències, estudis, investigacions i documents tècnics sobre l'atenció gerontològica.
- b) Manifestar-se davant l'opinió pública sobre temes relatius a l'atenció gerontològica.



- c) Presentar suggeriments, al·legacions o fer peticions sobre temes relacionats i que afectin els residents.
- d) Promoure activitats que condueixin a un millor coneixement de la dinàmica de la residència.
- e) Prestar l'assessorament o l'ajut necessari als residents o als seus familiars.

4. Funcionament

#SomComunitat es reunirà en sessió ordinària amb una periodicitat trimestral. La preparació de les sessions ordinàries es farà d'acord amb el procediment que segueix.

Amb una antelació mínima de deu dies hàbils a la celebració de la sessió, els vocals han de proposar al president o presidenta incloure a l'ordre del dia tots aquells assumptes que s'estimi pertinent sotmetre a la consideració de **#SomComunitat**.

També poden fer aquestes propostes tots els residents o les famílies encara que no siguin membres de **#SomComunitat**, així com els professionals de la Llar d'Ancians, mitjançant la direcció de la Llar, o d'entitats col·laboradores amb el Servei, i qualsevol altra persona que tingui interès a plantejar a **#SomComunitat** una o diverses qüestions relacionades amb l'atenció gerontològica. No es podran incloure a l'ordre del dia assumptes que tinguin un interès purament particular, i no general. Correspon a la Presidència decidir incloure o no a l'ordre del dia els assumptes proposats. El secretari o secretària ha de convocar la sessió, per ordre del president o presidenta, amb una antelació mínima de 10 dies hàbils, adjuntant a la convocatòria una còpia de l'ordre del dia.

#SomComunitat podrà reunir-se en sessió extraordinària quan així ho acordi la Presidència, a petició d'un mínim de tres membres de **#SomComunitat** que s'haurà de convocar amb un dia d'antelació, en qualsevol moment, sempre que es garanteixi l'assistència del quòrum necessari. Els peticionaris faran arribar al secretari la seva demanda de sessió extraordinària, expressant les circumstàncies que la motivin i els assumptes que s'han d'incloure a l'ordre del dia. Les peticions de sessió extraordinària que no incloguin aquests punts podran ser desestimades.

Poden intervenir de manera puntual a les sessions, tot aquells residents, famílies o treballadors que no formin part de **#SomComunitat** i que així ho sol·licitin, per tal de tractar un assumpte que els afecti de manera particular i que tingui interès general per a la resta de famílies. Aquesta participació ha de ser autoritzada pel president o la presidenta, amb el vot favorable de la majoria dels seus membres amb dret a vot.



La presidència, per iniciativa pròpia o a petició d'un mínim de tres membres de **#SomComunitat**, també pot convidar a participar en una sessió qualsevol altra persona que presenti interès pel projecte, en raó de la seva experiència i/o qualificació professional dins l'àmbit de la protecció de persones menors d'edat o dels assumptes a tractar.

En tots aquests casos, aquestes persones tindran veu, però no vot, i la seva participació s'ha d'incloure dins l'ordre del dia.

Per a la vàlida constitució de les sessions, tant les ordinàries com les extraordinàries o d'urgència, és necessari la presència, com a mínim, del president o presidenta i del secretari o secretària, o persona que els substitueixi, i de la meitat més un dels vocals.

5. Productes

El resultat de les deliberacions i les votacions poden adoptar dues formes diferents:

- a) Conclusions, que recullen el parer o el posicionament de **#SomComunitat** en relació amb els assumptes tractats a les sessions.
- b) Suggeriments, que són propostes de millora pel que fa al funcionament de la Llar d'Ancians o a assumptes que concerneixen altres persones o institucions, públiques o privades, en la mesura en què la seva actuació pugui repercutir en els residents.

Les decisions i els suggeriments s'han d'adoptar per la majoria dels membres de **#SomComunitat** amb dret a vot. Si no es fa constar la votació s'ha d'entendre que s'ha adoptat per unanimitat. Qualsevol membre amb dret a vot pot fer constar el seu vot contrari a l'acord de la majoria i les motivacions que ho justifiquen.

Les decisions i els suggeriments es podran publicar a la pàgina web de l'IMAS i comunicar a altres persones o institucions, públiques o privades, que hi tinguin relació, quan així ho acordi el president o la presidenta, a proposta de la majoria dels membres de **#SomComunitat**.

El secretari o la secretària ha d'aixecar acta de les sessions. Les actes de les sessions s'han d'arxivar per ordre cronològic en un fitxer específicament creat a aquest efecte. El secretari o secretària disposarà la publicació dels dictàmens del Consell de Participació de la comunitat de la Llar d'Ancians de l'IMAS, si procedeix.



4. Posada en marxa

Un cop redactat el projecte es va informar a la reunió setmanal de l'equip multidisciplinari de la Llar d'Ancians la voluntat de la direcció d'implementar el projecte **#SomComunitat**, escoltant i responent a les propostes i dubtes que l'equip va manifestar.

Vist el projecte, es varen fer tres convocatòries dirigides a residents, familiars i treballadors per informar del projecte i conèixer les seves opinions i recollir les persones que de manera voluntària es varen oferir a formar part de **#SomComunitat**.

La convocatòria als treballadors es va fer mitjançant l'aplicació de WhatsApp, cartells informatius i, a través de l'equip multidisciplinari, traspasant la informació directament als treballadors, convidant-los a formar part del projecte.

La convocatòria als residents es va fer mitjançant cartells informatius i, a través de l'equip multidisciplinari, traspasant la informació directament als residents.

La convocatòria als familiars es va fer mitjançant SMS, cartells informatius i, a través de l'equip multidisciplinari, traspasant la informació directament als familiars, convidant-los a formar part del projecte.

- 17 d'abril de 2024: convocatòria als residents.
- 25 d'abril de 2024: convocatòria als treballadors.
- 7 de maig de 2024: convocatòria als familiars.

5. Plenaris i propostes

Constitució i primer plenari: 15 de juny de 2024, coincidint amb el Dia Mundial de Presa de Consciència de l'Abús i Maltractament a les Persones Grans. Va ser un acte formal amb l'assistència del president de l'IMAS i conseller de Benestar Social del Consell, Guillermo Sánchez.

Durant els plenaris celebrats a la Llar d'Ancians, es varen tractar diversos temes d'interès per a la millora de l'atenció als residents, així com per a la comunicació entre la residència i les famílies. A continuació es detallen els punts més rellevants tractats en cada sessió i les propostes acordades.

Plenari del 20 de juny de 2024

Principals temes tractats:



1. El menjar a la Llar d'Ancians

- Compra dels productes. Es va acordar redactar els plecs pel nou conveni per garantir un menjar de bona qualitat i amb la quantitat adequada.
- Elecció de menú. Es va decidir revisar els menús per evitar repeticions i introduir més varietat de purés.
- Procés d'elaboració. Es va acordar millorar el servei al menjador i a les plantes, amb un control més estricte dels carros de menjar.

2. Torn obert de paraula

- Propostes. Es va acordar fer arribar l'acta a la directora insular i seguir les mesures per garantir la qualitat i varietat del menjar.

Propostes acordades

- Redactar els plecs del nou conveni per garantir un bon menjar.
- Revisar els menús per evitar la repetició de plats i garantir més varietat de purés.
- Millorar el servei al menjador i a les plantes amb més cura en el tancament hermètic dels carros de menjar.

Plenari del 7 d'octubre de 2024

Principals temes tractats:

1. L'atenció dels residents a les plantes

- Es va discutir la neteja, la higiene, l'atenció sanitària i sociopsicològica.
- Es va destacar la satisfacció de residents i familiars amb l'atenció rebuda pel personal de la residència.

2. Torn obert de paraula

- Propostes. Es va acordar elaborar una guia de bones pràctiques d'atenció als residents, establir la comunicació adequada sobre l'ús del mòbil i introduir teràpies noves amb tallers d'estimulació i musicoteràpia.



Propostes acordades

- Elaborar una guia de bones pràctiques d'atenció al resident.
- Informar els treballadors sobre l'ús adequat del mòbil.
- Introduir tallers d'estimulació, musicoteràpia i teràpia amb el joc.

Plenari del 27 de gener de 2025

Principals temes tractats:

1. Restricció en l'ús de bolquers

- Es va informar que IBSALUT ha reduït els bolquers de 5 a 4 canvis diaris, tot i que es farà un seguiment per veure si és suficient.

2. Decàleg d'atenció als residents

- Es va presentar un document amb pautes d'atenció, que es distribuirà entre els treballadors i es farà un seguiment de la seva implementació.

3. Millores en la comunicació amb les famílies

- Es va acordar facilitar l'ús de correu electrònic per a una comunicació més ràpida i eficient entre la residència i les famílies.

4. Torn obert de paraula

- Queixes i suggeriments. Els residents varen expressar queixes sobre la bugaderia, el menjar i el respecte al descans nocturn. Es va informar que es prendrien mesures per millorar aquestes situacions.

Propostes acordades

- Facilitar l'ús d'un correu electrònic per millorar la comunicació amb les famílies.
- Millorar el protocol per evitar pèrdues de roba a la bugaderia.
- Posar en marxa mesures per millorar el menjar, amb enquestes als residents per avaluar-ne la qualitat.



Els plenaris han estat un espai de debat i consens per tal d'introduir millores en diversos aspectes de la gestió de la Llar d'Ancians, des de la qualitat del menjar fins a l'atenció als residents i la comunicació amb les famílies. Les propostes acordades tenen com a objectiu garantir un entorn de confiança, benestar i transparència, així com millorar la qualitat dels serveis oferits als residents.

6. Conclusions

El projecte **#SomComunitat** ha demostrat ser una eina valuosa per a fomentar la participació activa i la inclusió social dels residents, les seves famílies i els treballadors a la Llar d'Ancians. A través d'aquesta iniciativa, s'ha aconseguit establir un espai de debat i col·laboració on tots els membres de la comunitat poden expressar-se lliurement, compartir les seves preocupacions i suggeriments, i contribuir a la millora del servei d'atenció.

La periodicitat i la voluntarietat del projecte han permès mantenir una participació contínua i sostenible, sense que aquesta es converteixi en una acció puntual. Així, el projecte ha complert amb els objectius d'enfortir la relació entre els diferents membres de la residència i promoure un sentiment de pertinença i autonomia entre els residents.

Finalment, el projecte ha demostrat que la participació no només millora la qualitat dels serveis, sinó que també contribueix a la creació d'un entorn més respectuós, transparent i còmode per als residents, les famílies i els treballadors. La implementació d'aquest projecte ha estat un pas important cap a la construcció d'una residència més inclusiva i orientada al benestar de tots els seus membres.

En conjunt, **#SomComunitat** ha posat de manifest la importància de la participació comunitària per aconseguir serveis més eficaços i centrats en les necessitats de les persones, i serveix com a model per a futures iniciatives en altres centres.



Referències bibliogràfiques

Carta Europea dels Drets i Responsabilitats de les Persones Grans que Necessiten Atenció i Assistència de llarga duració.

Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència (BOE núm. 299, de 15 de desembre de 2006)

Llei 4/2009, d'11 de juny, de Serveis Socials de les illes Balears (BOIB núm. 89, de 18 de juny de 2009)

Norma UNE 158101:2008



Autors

FRANCISCA JOFRE MAIMÓ

Lloret de Vistalegre (1982). Diplomada en Infermeria per la Universitat de Barcelona i llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Especialitzada en infermeria geriàtrica, ha completat postgraus en animació estimulativa i en neuropsicologia clínica. Amb una trajectòria centrada en l'atenció a les persones grans, actualment exerceix com a directora de la Residència Llar d'Ancians de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials.

JOAN ESCANDELL MAYANS

Eivissa (1967). Llicenciat en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears. Màster en Gestió de Polítiques Públiques a la Universitat de les Illes Balears. Tota la trajectòria professional ha estat dins del camp de la infància i la família, on ha col·laborat en diferents projectes de participació: Comissió de Famílies Adoptives del Consell Insular de Mallorca (2002), Comissió de Famílies Cangur de l'IMAS (2009), Consell de Participació de la Infància i Adolescència de l'IMAS (2014), Comissió de Famílies d'Acollida de Mallorca de l'IMAS (2016), Comissió de Famílies Biològiques dependent del Servei d'Infància i Família de l'IMAS (2021). Des de juny del 2023 és coordinador del Servei de Psicogerontologia de la Llar d'Ancians de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials.



30 ANYS ACTIVANT LA MENT (1994-2024)



30 anys activant la ment (1994-2024)

Neus Fullana Lladó

Isabel Moya Moreno

M. del Mar Muñoz Mulet

Maria Margalida Ribas Mas



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 59/532

Resum

Els continus canvis socials d'aquesta darrera dècada juntament amb l'augment de l'esperança de vida, que demogràficament ha suposat un índex elevat de persones majors de 65 anys, han fet que el Servei de Foment de l'Autonomia per a les Persones Majors s'hagi hagut d'adaptar a una nova realitat social i nous enfocaments de prevenció per poder donar resposta a les necessitats d'aquest col·lectiu.

Actualment, l'equip pertany a l'Àrea de Gent Gran de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) del Consell de Mallorca, de la Direcció Insular d'Atenció Comunitària i Promoció de l'Autonomia Personal.

El repte del nostre equip és adaptar-nos a les iniciatives polítiques encaminades a potenciar i fomentar l'envelliment actiu, així com també incidir en la importància de mantenir els programes existents i obrir nous camins amb la creació de més programes i professionals.

Aquest article repassa breument la trajectòria de l'equip durant aquests 30 anys, com els canvis socials i les diferents mirades cap a la gent gran han anat variant al llarg del temps. A continuació, s'exposen els diferents programes que actualment es duen a terme i dels quals es beneficien anualment més de dues mil persones.

Per finalitzar es reflexiona sobre quins són els reptes de futur i els desitjos associats al col·lectiu de gent gran. Posem especial atenció en l'edatisme, la soledat no desitjada, la inclusió de la població masculina en els programes que es duen a terme i la promoció de l'envelliment actiu.

Resumen

Los continuos cambios sociales de esta última década junto con el aumento de la esperanza de vida, que demográficamente ha supuesto un índice elevado de personas mayores de 65 años, han hecho que el Servei de Foment de l'Autonomia per a les Persones Majors se haya tenido que adaptar a una nueva realidad social y nuevos enfoques de prevención para poder dar respuesta a las necesidades de este colectivo.

Actualmente, el equipo pertenece al Àrea de Gent Gran de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials del Consell de Mallorca, de la Direcció Insular d'Atenció Comunitària i Promoció de l'Autonomia Personal.

El reto de nuestro equipo es el de adaptarnos a las iniciativas políticas encaminadas a potenciar y fomentar el envejecimiento activo, así como también incidir en la



importancia de mantener los programas existentes y abrir nuevos caminos con la creación de más programas y profesionales.

Este artículo repasa brevemente la trayectoria del equipo durante estos 30 años, cómo los cambios sociales y las diferentes miradas hacia las personas mayores han ido variando a lo largo del tiempo. A continuación, se exponen los diferentes programas que actualmente se llevan a cabo y de los que se benefician anualmente más de dos mil personas.

Para finalizar se reflexiona sobre cuáles son los retos de futuro y los deseos asociados al colectivo de personas mayores. Ponemos especial atención en el edadismo, la soledad no deseada, la inclusión de la población masculina en los programas que se llevan a cabo y la promoción del envejecimiento activo.

1. Els inicis

El 1994 es va crear l'Equip de Gent Gran amb la doble finalitat de millorar la qualitat de vida de les persones grans i els seus familiars als pobles de Mallorca i d'iniciar una cooperació amb els professionals dels serveis socials d'atenció primària municipals en el terreny de la intervenció psicosocial amb persones grans, la qual cosa no s'havia desenvolupat atesa l'hegemonia de la intervenció assistencial (treball familiar o residencial) o sociocultural (associacions de tercera edat).

L'equip en aquell moment estava format per vuit professionals multidisciplinaris. Eren moments de canvi a diferents nivells:

- L'augment de l'esperança de vida.
- La professionalització de la intervenció amb persones grans.
- Nou paradigma sistèmic de les intervencions.
- L'aparició de necessitats de suport psicosocial per atendre la dependència.
- Les necessitats de formació i suport dels familiars cuidadors, etc.

Tot això va fer necessari reorganitzar l'Equip de Gent Gran, que l'any 1996 passà a anomenar-se Equip de Vellesa i Família, incorporant la família com un factor central a l'hora d'abordar la intervenció amb les persones grans. Actualment, l'equip pertany a l'Àrea de Gent Gran de l'IMAS del Consell de Mallorca, de la Direcció Insular d'Atenció Comunitària i Promoció de l'Autonomia Personal.

Es tractava, doncs, de posar en marxa un equip que, des de la prevenció comunitària, intervingués en el suport psicosocial de les persones grans i les seves famílies, tant abans



com després de l'aparició de les dificultats derivades del procés d'envelliment o de les causades pel fet de tenir cura de les persones grans dependents. Cal dir que l'equip fou pioner al seu temps, ja que es va posar en marxa deu anys abans de la promulgació de la llei de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a la dependència.

Per altra banda, i professionalment parlant, el treball psicosocial amb la gent gran tampoc no estava gaire definit. Els recursos dels serveis socials municipals de la part forana se centraven en la gestió del Servei d'Ajuda a Domicili i de les places residencials.

A hores d'ara tot ha canviat molt, els programes (dels quals parlarem més endavant) han anat evolucionant i adaptant-se a noves necessitats i canvis socials. Però l'essència segueix essent la mateixa, vetllar pels drets i deures de les persones grans, fent possible que siguin protagonistes de la seva realitat.

El passat 2024 l'equip va celebrar 30 anys de trajectòria, consolidant-se així com un equip de referència en l'àmbit de la gent gran. Les xifres parlen per si mateixes, es començà amb un grup reduït de persones ateses i municipis en els quals es donava servei; a l'actualitat som presents a la majoria de pobles de Mallorca, atensem més de 2.000 persones i la demanda va en augment. Tot això ha fet necessari el creixement de l'equip, que ara compta amb tretze tècnics de diferents disciplines com treball social, educació social, psicologia i pedagogia, dividits en tres centres comarcals (Inca, Manacor i Palma).

2. Programes d'intervenció

Els programes d'intervenció es troben dins el marc de la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i d'atenció a les persones en situació de dependència, la qual estableix l'obligació de les administracions públiques per desenvolupar programes específics de prevenció a la dependència.

Aquesta llei té com a objectius principals prevenir la dependència mitjançant la promoció de l'autonomia personal. Això inclou mesures perquè les persones tinguin el major grau d'independència possible a les seves activitats diàries respectant la seva dignitat i capacitat de decisió.

El concepte de foment de l'autonomia personal fa referència al conjunt d'accions orientades a promoure la capacitat de les persones grans per prendre decisió, gestionar la seva vida de forma independent i participar activament dins el seu entorn respectant la seva dignitat i els seus drets. Fet que implica no només donar suport perquè mantinguin les habilitats físiques, cognitives i emocionals sinó també per proporcionar les eines, en-



torns accessibles i serveis que afavoreixin la seva independència. Es fonamenta amb la idea de l'envelliment actiu i saludable que permet a les persones grans gaudir d'una millor qualitat de vida amb major control de les seves activitats diàries i relacions socials.

La prevenció amb persones grans és clau per fomentar un envelliment saludable, preservar l'autonomia i potenciar la participació activa a la societat.

L'Equip de Vellesa i Família (EVIF) treballem per a fomentar l'autonomia de les persones grans de manera transversal, sempre que sigui possible, en tots els programes que desenvolupem i, de forma més específica, a través dels programes següents.

2.1. Programa d'estimulació cognitiva i habilitats socials per a persones grans

2.1.1. Finalitat

Es tracta de reforçar, en tot el que sigui possible, la memòria estimulant les capacitats cognitives. D'aquesta manera, també enfortim les relacions interpersonals, treballem l'autonomia i la integració social de les persones grans i el seu benestar emocional, mitjançant exercicis i dinàmiques actives i agradables.

El programa consisteix en la realització de sessions de grup setmanals on es treballen diferents temàtiques. L'equip elabora un llibre anualment que serveix de fil conductor de les sessions. A part del contingut del llibre, duim a terme altres activitats didàctiques adaptades a les necessitats del grup.

Aquestes sessions són també un espai d'atenció grupal, on es dona suport al procés d'envelliment i propicia que el grup sigui un espai de suport mutu. Alhora també és un espai d'atenció comunitària, de visibilització i promoció de l'envelliment actiu.

2.1.2. Objectius

- Treballar les pèrdues de memòria associades a l'edat i/o a un deteriorament cognitiu lleu.
- Fomentar la integració social de relacions socials i l'autoestima de la persona gran.
- Dotar de recursos personals (habilitats socials de comunicació, relació, autoconeixement emocional, tècniques de relaxació i minva d'ansietat...) per afrontar les dificultats associades al procés d'envelliment.
- Prevenir i pal·liar situacions de soledat i aïllament social que pugui viure la persona gran.

2.1.3. Destinataris

Persones majors de 60 anys i d'altres que es valori que es puguin beneficiar d'aquest programa.



2.2. Programa d'atenció, orientació, suport i formació per als familiars cuidadors

Durant el període comprès entre el 22 de maig de 2015 i el 21 de maig de 2024 hi ha hagut un conveni signat entre IB-Salut, Fundació Balear per a la Dependència (FBD) i l'IMAS per dur a terme aquest programa (actualment, pendent de revisió).

El desenvolupament del programa estava constituït per sessions formatives en grups dirigits a familiars que tenen al seu càrrec persones en situació de dependència. La sinergia d'aquestes tres administracions feia que es poguessin treballar continguts tan diversos com:

1. L'experiència de cuidar i de promocionar l'autonomia.
2. Alimentació.
3. Eliminació urinària i intestinal.
4. Higiene i cura de la pell. Prevenció d'úlceres per pressió.
5. Mobilització i ergonomia.
6. Demències i alteracions de les conductes.
7. Afectivitat i comunicació per a la persona cuidadora.
8. Afectivitat i sentiments de la persona cuidada (maltractament inclòs).
9. Aspectes legals i recursos sanitaris.
10. Final de la vida.
11. Altres temes per determinar pel grup.

Aquestes sessions s'adapten sempre als coneixements o necessitats del grup. Si fos necessari, es poden ampliar el nombre de sessions i els temes a tractar, sempre consensuats entre Centre de Salut, IMAS i FBD.

2.2.1. Finalitat

Proporcionar eines i suport tècnic per ajudar i capacitar els familiars cuidadors per millorar la qualitat de vida i l'assistència que ofereixen als majors que en depenen.

2.2.2. Objectius

- Informar i orientar tots els familiars que tenen cura d'alguna persona gran en situació de dependència.
- Oferir suport personal i familiar.
- Crear un espai de desconexió, respir, diàleg i ajuda per als familiars cuidadors.
- Conèixer la situació personal i familiar del cuidador amb l'aplicació d'instruments de valoració.
- Posar en valor la feina dels familiars cuidadors.

2.2.3. Destinataris

Familiars cuidadors de persones grans dependents.



2.3. Programa de suport psicosocial

2.3.1. Finalitat

El programa es centra en l'atenció directa, individual i familiar, de les persones grans i familiars cuidadors de persones dependents en situació de risc psicosocial, per dificultats associades al procés d'envelliment o per les atencions a la dependència dels familiars grans.

2.3.2. Objectius

- Minvar o resoldre les dificultats que el procés d'envelliment i la dependència generen sobre la persona gran i els seus familiars.
- Assessorar la millora en l'organització de les accions dels serveis d'atenció personal i l'accés als recursos disponibles.

2.3.3. Destinataris

Persones majors de 60 anys i familiars cuidadors no professionals de persones grans dependents detectats en els programes de l'EVIF.

2.3.4. Tipologia de demandes que pot rebre l'EVIF

- Dificultats en el procés d'adaptació a l'envelliment.
- Dificultats en el procés d'adaptació a l'atenció a la dependència.
- Processos de dol dificultosos.
- Trastorns adaptatius de tipus depressiu i ansiós en el procés d'envelliment, d'atenció a la dependència i en les relacions familiars que se'n deriven.
- Maltractament i negligència en la cura de les persones grans dependents.
- Queixes de memòria deguda a l'edat i indicis de deteriorament cognitiu.
- Bloquejos en la capacitat de presa de consciència o de remoure els obstacles que impedeixen una adaptació funcional al procés d'envelliment o atendre la dependència.
- Conflictes o disfuncions entre familiars en el procés d'envelliment o d'atenció a la dependència.
- Manca d'informació, d'orientació o dificultats en l'accés als recursos per a persones grans i familiars cuidadors.



- J. Assessorament i suport als professionals d'atenció social primària en casos compartits de persones grans o familiars cuidadors.
- K. Assessorament i suport als professionals del Servei d'Atenció Integral a Domicili (SAID) en casos compartits de persones grans o familiars cuidadors de persones grans.
- L. Situacions de desvinculació social o familiar, soledat o aïllament amb factors de risc psicosocial.

2.3.5 .Tipologia d'intervencions que pot fer l'EVIF

Mediació familiar

Distribució de tasques, capacitat d'arribar a acords, redimensionar els registres de mèrits, estimular les respostes protectores davant els conflictes, situacions de deserció familiar o de no implicació en les tasques de cuidador, disminuir la victimització, assessorament de recursos, etc.

Suport personal

Treballar l'autoestima, capacitat d'anàlisi, desbloqueig emocional, sentiments de culpa, assessorament i suport en les relacions familiars, repartiment de rols i maneig de regles familiars, etc.

Capacitació (*empowerment*)

Presa de consciència, incorporació d'eines per al canvi tant en el context personal com en el familiar i social, millorar la disposició a l'ús dels serveis comunitaris, assessorament en l'accés als recursos disponibles, etc.

Escolta activa

Ordenació del relat personal, capacitat d'anàlisi i reflexió, contraposició de punts de vista, confrontar arguments, coherència del relat, capacitat d'afrontar i resoldre contradiccions, disminució de l'estrès, etc.

Prescripció de tasques

Treballar el vincle amb els professionals, l'adherència a les intervencions, capacitat d'acompliment de les tasques, reforçar la capacitat de complir i resoldre les dificultats, assolir compromisos, comportaments consistents en relació amb els objectius de feina acordats, pràctiques de responsabilitat i d'alleugeriment de càrrega familiar.

Dinàmiques de formació

Reforçar les capacitats d'aprenentatge, optimitzar el procés d'envelliment o de cura a familiars dependents, tècniques d'autocura, participació en dinàmiques de grup, reforç



de l'autoestima i de l'autoconcepte, millora de la capacitat en l'intercanvi d'opinions, sentiments i propostes, aplicació d'eines i estratègies per a la resolució de conflictes, coneixement de les bones pràctiques en l'atenció a les persones grans, etc.

Valoració psicosocial

Aplicació d'escalas estandarditzades per a la valoració funcional, cognitiva, emocional i sociofamiliar.

Seguiments

Aplicació de noves valoracions, revisió dels acords, reunions de seguiment amb altres recursos, assoliment o manteniment dels objectius assolits, etc.

Informació i orientació

Informació, acompanyament i derivació a altres recursos, propostes d'assessorament, criteris per manejar la informació i el millor ús dels recursos, etc.

Suport tècnic als professionals del SAID

Reunió de cas, de xarxa, informació, orientació i assessorament als professionals referents dels usuaris del SAID.

2.4. Programa de participació i cooperació

2.4.1. Finalitat

El programa de participació i cooperació és una plataforma per a les persones grans perquè participin dels serveis comunitaris que tenen al seu abast.

2.4.2. Objectius

- Implementar accions comunitàries que promoguin i potenciïn un envelliment actiu.
- Promocionar iniciatives de participació i cooperació en les quals les persones grans siguin protagonistes treballant els valors humans.
- Prevenir l'aïllament social i generacional de les persones grans.

2.4.3. Serveis

- Suport tècnic i coordinació amb els serveis socials comunitaris i específics de persones grans.
- Espais de formació i intercanvi entre professionals comunitaris i especialitzats en persones grans.
- Jornades professionals.
- Prevenció del maltractament i promoció de bones pràctiques amb persones grans.
- Promoció del voluntariat per a les persones grans i dels familiars cuidadors.
- Fòrums municipals per a persones grans.



- Projectes intergeneracionals.
- Intercanvi entre diferents grups de persones grans dels programes de l'Equip de Vellesa i Família (projecte Poble a Poble) entre professionals comunitaris i especialitzats en persones grans.
- Creació de material especialitzat, com la guia de gent gran a domicili, «Xerra'm de tu».
- Col·laboracions amb fundacions i entitats socials com ESMENT.
- Xerrades per a associacions de gent gran sobre temàtiques d'interès.
- Activitats adreçades a persones grans relacionades amb gènere, col·laboració amb Genèrica: escola per la igualtat.

2.4.4. Destinataris

Persones grans, familiars cuidadors, professionals de l'àmbit sociosanitari i de les entitats i institucions que treballen en l'àmbit comunitari.

A tots els programes es desenvolupen els diferents serveis segons les necessitats observades:

- Atenció individual i directa a la persona usuària en el propi municipi.
- Atenció familiar, en funció de les necessitats detectades.
- Atenció de grup, per afavorir la creació d'uns espais de formació, capacitat, accés als recursos i d'intercanvi de vivències i materials.
- Atenció comunitària, fent difusió, promoció i sensibilització sobre la tasca dels familiars cuidadors.

2.5. Altres

L'equip s'ha convertit en un referent per als altres serveis de l'IMAS que treballen amb gent gran. S'ha donat resposta a les diferents demandes que han anat sorgint.

2.5.1. Suport tècnic durant les crisis de covid-19

Els professionals de l'EVIF durant la pandèmia i postpandèmia varen tenir un paper fonamental dins les residències per tal de donar resposta a l'alta demanda d'atenció psicosocial que hi havia en aquell moment.

2.5.2. Xerrades de temàtica psicosocial

Durant el temps de pandèmia i postpandèmia, es varen dur a terme xerrades de caràcter psicosocial dirigides a les associacions de persones grans, per donar resposta a les preferències i desitjos d'aquest col·lectiu.

El projecte sorgeix com un impuls per reprendre l'activitat, combatre l'aïllament i apropar recursos a la població de gent gran.



2.5.3. Formació als TCAI del SAID

Es va dur a terme formació especialitzada en l'atenció a la gent gran dirigida a les Tècnics de Cures d'Auxiliar d'Infermeria (TCAI).

2.5.4. Projecte «Xerra'm de tu»

Pretén donar veu a les persones grans, fent-les protagonistes de la seva pròpia història de vida. Es desenvolupa a diferents centres de promoció de l'autonomia personal (CPAP), residències i centres de dia de gestió de l'IMAS.

2.5.5 Guia bàsica per treballar amb gent gran

L'EVIF va crear una guia bàsica per treballar amb gent gran, que recull material específic per a persones grans amb una metodologia basada en el model d'atenció centrada en la persona, adaptant-se a la singularitat de cada individu.

Aquesta guia va rebre el Premi a les Bones Pràctiques en Atenció Domiciliària de l'any 2022 en l'apartat d'Innovació en Serveis Socials i Dependència a Fuenlabrada.

L'objectiu d'aquest manual és treballar el potencial de cada persona de forma integral, basant-nos en les habilitats i capacitats que conserven.

3. Estadístiques 1994-2024

El nombre de persones inscrites als diferents programes ha augmentat significativament, exceptuant els anys postpandèmia de covid, en què hi va haver un descens puntual dels participants, que tornà a augmentar l'any 2023.

A continuació es detallen les dades estadístiques extretes de les memòries anuals de l'IMAS, dels darrers cinc anys.

Taula 1 | Estimulació cognitiva i habilitats socials

Participants als tallers d'estimulació cognitiva i habilitats socials				
2020	2021	2022	2023	2024
1.345	1.134	1.100	1.620	1.855

Nota: memòries anuals d'activitats IMAS.

Del total de participants el 2020: 1.345, 1.156 eren dones i 189 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes	Nombre de municipis
1.345	1.156	189	41



Del total de participants el 2021: 1.134, 980 eren dones i 154 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes	Nombre de municipis
1.134	980	154	46

Del total de participants el 2022: 1.100, 945 eren dones i 155 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes	Nombre de municipis
1.100	945	155	44

Del total de participants el 2023: 1.620, 1.415 eren dones i 205 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes	Nombre de municipis
1.620	1.415	205	50

Del total de participants el 2024: 1.855, 1.609 eren dones i 246 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes	Nombre de municipis
1.855	1.609	246	50

Taula 2 | *Familiars cuidadors*

Participants als tallers de familiars cuidadors		
2022	2023	2024
209	216	305

Nota: memòries anuals d'activitats IMAS.

Del total de participants el 2022: 209, 180 eren dones i 29 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes	Nombre de tallers	Sessions
209	180	29	15	42

Del total de participants el 2023: 216, 172 eren dones i 44 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes	Nombre de tallers	Sessions
216	172	44	15	49

Del total de participants el 2024: 305, 249 eren dones i 56 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes	Nombre de tallers	Sessions
305	249	56	16	56



Taula 3 | Intervenció psicosocial

Participants al projecte d'intervenció psicosocial			
2021	2022	2023	2024
277	277	324	227

Nota: memòries anuals d'activitats IMAS.

Del total de participants el 2021: 277, 243 eren dones i 34 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes
277	243	34

Del total de participants el 2022: 277, 243 eren dones i 34 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes
277	243	34

Del total de participants el 2023: 324, 291 eren dones i 33 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes
324	291	33

Del total de participants el 2024: 227, 203 eren dones i 24 homes.

Persones inscrites	Dones	Homes
227	203	24

4. Perspectives de futur i desitjos

Com hem anat comentat anteriorment, els canvis de la societat també s'han reflectit en canvis en els nostres usuaris. El perfil dels usuaris ha anat canviant amb el temps, cosa que ha fet que els programes, materials i professionals s'hagin hagut d'adaptar a aquests canvis com són: noves necessitats, augment de l'esperança de vida, augment del nivell formatiu, més quantitat d'homes, canvis en els models familiars amb l'augment de la soledat no desitjada en persones grans.

Cal destacar que l'enfocament interdisciplinari ha fet possible abordar de manera adequada la varietat de necessitats que presenten les persones adultes grans.



Com a reptes de futur de l'equip tindríem:

- **Sensibilització de la població masculina**

Cal dir que en els darrers anys ha augmentat el nombre d'homes participants als nostres programes, tot i que els usuaris dels nostres programes continuen essent en la seva majoria dones. Per això, un repte de futur per a l'equip seria sensibilitzar la població masculina per tal que es puguin beneficiar més homes d'aquest tipus de programes.

Quant al programa de familiars cuidadors és especialment important que es faci una feina de sensibilització cap a la població masculina per impulsar la corresponsabilitat, implicar els homes en les tasques de cures i que assumeixin també el rol de cuidador i, per tant, aquest fet es vegi reflectit en un major nombre de participants masculins en els tallers de familiars cuidadors.

- **Lluita contra l'edatisme**

L'edatisme és la discriminació contra les persones a causa de l'edat, normalment per culpa de prejudicis i estereotips que afecten la salut de la gent gran i limiten el seus drets d'autonomia i decisió. L'edatisme és ben present a la nostra societat i es manifesta habitualment com a infantilització, despersonalització i deshumanització. Des de l'EVIF tenim com a objectiu la visibilització i conscienciació social sobre aquesta problemàtica.

En primer lloc creiem necessari explicar aquest terme, fer conscient la gent gran d'aquest fenomen, que sàpiguin detectar aquestes situacions i així poder posar límits i generar canvi.

Duim a terme diferents activitats dirigides a desmuntar estereotips relacionats amb les persones grans, com són els tallers intergeneracionals, l'objectiu dels quals és fomentar l'enteniment i l'empatia entre la infància i l'adolescència i persones grans a través de l'exploració i l'anàlisi d'estereotips compartits, tot promovent el respecte mutu i l'aprenentatge col·laboratiu.

El nostre objectiu és continuar treballant en aquesta línia, per reduir l'edatisme en la nostra societat.

- **Combatre la soledat no desitjada**

La soledat no desitjada en persones grans és un problema en augment a la nostra societat que va més enllà de la simple falta de companyia. Hi ha persones que presenten un sentiment d'aïllament i desconexió social amb conseqüències per a la salut física i mental de les persones grans.

El nostre objectiu és crear espais de socialització, com ara els tallers d'estimulació cognitiva i els programes de participació i cooperació, on les persones grans estan connectades amb la xarxa social i comunitària i participen en la vida política i social del municipi.



Posar la mirada sobre la importància de com viure la soledat i proporcionar suport psicosocial individual a persones que pateixen aquesta soledat no desitjada és un dels eixos principals dels nostres programes.

- **Promoure l'envelliment actiu**

A l'EVIF entenem l'envelliment com una etapa més de la vida, que posa en valor la diversitat de la vellesa i promou la participació de les persones grans en la presa de decisions.

Combatre el model tradicional d'envelliment lligat a inactivitat i malaltia ha estat i és un dels grans objectius dels nostres programes. Se cerca que les persones grans agafin un paper actiu i triïn com volen envellir. És important que la societat canviï la visió de la vellesa i entengui que és una altra etapa vital més, en la qual encara es poden fer moltes coses.

Amb els nostres programes contribuïm que les persones grans tinguin una rutina i estiguin actius, físicament, mentalment i socialment.

- **Donar resposta a la demanda dels nostres programes**

Durant aquests 30 anys l'EVIF ha anat creixent amb diferents mirades, programes, i ens hem anat adaptant a les demandes socials de la gent gran.

És un fet que ens agradaria arribar encara a més persones que es puguin beneficiar dels nostres programes i millorar la seva qualitat de vida. Per això, és important l'esforç de les administracions d'apostar per un equip de persones que facin possible comptar amb els recursos necessaris per cobrir la demanda creixent dels nostres programes.

- **Treball en xarxa**

Durant tots aquests anys de trajectòria professional ens hem adonat de la importància de fer feina en xarxa amb tots els agents implicats en el benestar de les persones grans per promoure i apropar els recursos a les persones grans.

Salut, serveis socials, atenció a la dependència, educació, entitats no governamentals, associacions de gent gran i altres; és bàsic mantenir una estreta col·laboració amb tots ells per tal de crear una xarxa de sinergies que facilitin la promoció de l'autonomia de les persones majors.

Continuar fent feina en aquesta línia i enfortir aquesta xarxa de recursos és una de les prioritats de l'equip.



Referències bibliogràfiques

«Memòria anual d'activitats de l'any 2020». Coordinació i edició: Àrea de Gerència. Servei de Planificació i Documentació de l'IMAS.

«Memòria anual d'activitats de l'any 2021». Coordinació i edició: Àrea de Gerència. Servei de Planificació i Documentació de l'IMAS.

«Memòria anual d'activitats de l'any 2022». Coordinació i edició: Àrea de Gerència. Servei de Planificació i Documentació de l'IMAS.

«Memòria anual d'activitats de l'any 2023». Coordinació i edició: Àrea de Gerència. Servei de Planificació i Documentació de l'IMAS.

«Memòria anual d'activitats de l'any 2024». Coordinació i edició: Àrea de Gerència. Servei de Planificació i Documentació de l'IMAS.

«25 anys: Vellesa i Família, 1994-2019». Equip de Vellesa i Família, IMAS, Departament de Benestar i Drets Socials, Consell de Mallorca.



Autores

NEUS FULLANA LLADÓ

Palma, 1978. Diplomada en Treball Social. Universitat de les Illes Balears. Treballadora social de l'Equip de Vellesa i Família. Institut Mallorquí d'Afers Socials.

ISABEL MOYA MORENO

Almeria, 1966. Llicenciada en Psicologia. Universitat Autònoma de Barcelona. Psicòloga de l'Equip de Vellesa i Família. Institut Mallorquí d'Afers Socials.

M. DEL MAR MUÑOZ MULET

Palma, 1991. Llicenciada en Psicologia. Universitat de les Illes Balears. Psicòloga de l'Equip de Vellesa i Família. Institut Mallorquí d'Afers Socials.

MARIA MARGALIDA RIBAS MAS

Maria de la Salut, 1985. Llicenciada en Psicologia. Universitat de les Illes Balears. Psicòloga de l'Equip de Vellesa i Família. Institut Mallorquí d'Afers Socials.



INTERVENCIÓ COMUNITÀRIA: ESTRATÈGIES INNOVADORES PER COMBATRE LA SOLEDAT EN PERSONES GRANS



Intervenció comunitària: estratègies innovadores per combatre la soledat en persones grans

José Antonio Rodríguez Varela
Carlos Manuel Nieves Rodríguez
Úrsula Sánchez Álvarez



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 77/532

Resum

La soledat pot manifestar-se en qualsevol etapa de la vida, però és especialment prevalent entre les persones majors de 65 anys, a causa de factors com la jubilació, la viduïtat i la reducció de les interaccions socials. Aquests elements poden incrementar el risc de patir malalties cròniques, deteriorament cognitiu i trastorns afectius com la depressió.

La soledat no desitjada té un impacte significatiu en la salut i el benestar de les persones i afecta tant a nivell individual com comunitari, perjudicant greument la qualitat de vida de la gent gran. Davant d'aquesta realitat, les comunitats, tant urbanes com rurals, han de desenvolupar estratègies actives que fomentin la connexió social, promoguin el benestar emocional i redueixin l'aïllament d'aquest col·lectiu. Per abordar aquesta problemàtica, es proposen intervencions comunitàries basades en el concepte d'espais saludables, promovent entorns que facilitin la participació activa i la construcció de vincles socials. Això inclou la creació d'espais de trobada, tallers d'oci significatiu, programes de voluntariat, activitats d'acompanyament i accions intergeneracionals.

Les infermeres tenen un paper clau en la detecció precoç de la soledat i en la implementació d'estratègies per afrontar-la. A més, la professió afronta el repte de combatre l'estigma associat a la vellesa, promovent una visió positiva i digna de l'envelliment. Per tot això, es fa imprescindible dissenyar intervencions comunitàries fonamentades en l'evidència científica i adaptades a les necessitats diverses de les persones grans.

Resumen

La soledad puede estar presente en cualquier etapa de la vida. Sin embargo, es especialmente prevalente entre las personas mayores de 65 años, debido a factores como la jubilación, la viudedad y la disminución de interacciones sociales. Estos elementos pueden incrementar el riesgo de enfermedades crónicas, deterioro cognitivo y depresión.

La soledad no deseada presenta un verdadero impacto en la salud y bienestar de las personas y afecta tanto a nivel individual como comunitario, perjudicando la calidad de vida de los mayores. Las comunidades, tanto urbanas como rurales, deben implementar estrategias que fomenten la conexión social, promuevan el bienestar emocional y reduzcan el aislamiento de este grupo poblacional. Para abordar esta problemática, se proponen intervenciones basadas en el concepto de espacios saludables, promoviendo entornos que permitan la participación activa y la conexión social como la creación de



espacios de encuentro y participación, talleres de ocio, entretenimiento, programas de voluntariado y acompañamiento, etc.

Las enfermeras desempeñan un papel esencial en la detección temprana de la soledad y la implementación de estrategias para abordarla. Por todo ello, es necesario el diseño de intervenciones comunitarias basadas en evidencia científica y adaptadas a las diferentes necesidades de las personas mayores. Además, a la enfermería se le presenta todo un reto ya que tiene la responsabilidad de trabajar sobre el estigma asociado a la vejez, promoviendo una imagen positiva del envejecimiento.

1. Contextualització

L'envelliment sovint és percebut socialment com una etapa negativa, en la qual es destaquen únicament els canvis funcionals o les pèrdues associades. Aquesta visió reductiva, coneguda com a **edatisme**, comporta conseqüències emocionals importants: sentiments de desvalorització, aïllament, marginació i una disminució progressiva de les activitats, dificultant l'adaptació a noves situacions vitals. Aquesta percepció social pot ser interioritzada per la mateixa persona gran, la qual comença a viure el seu propi procés d'envelliment com una etapa desfavorable, augmentant així el risc de soledat no desitjada (Yanguas, 2018).

La vellesa és una fase del cicle vital marcada per una sèrie de canvis i pèrdues acumulatives: la jubilació, la pèrdua de rol social, la pèrdua de la parella, el declivi en la capacitat funcional, el temps lliure no estructurat o l'anomenat **síndrome del niu buit** (Coca i Gómez, 2015; Vicente i Sánchez, 2020). Aquests factors poden actuar com a detonants del sentiment de soledat, especialment si no hi ha una xarxa de suport significativa. Encara que, amb els anys, la societat hagi avançat considerablement en les tecnologies i actualment estiguem constantment connectats entre nosaltres, és irònic que la soledat també hagi augmentat, sobretot en les persones grans per com de digitalitzat està tot l'entorn. L'entorn digitalitzat, que sovint no està dissenyat tenint en compte les seves necessitats, pot accentuar la bretxa i generar una nova forma d'exclusió social (Manzano, 2023).

Encara que la soledat, en moments puntuals, pugui ser percebuda com una oportunitat per a la introspecció o el creixement personal, quan s'allarga en el temps pot convertir-se en un problema greu de salut pública. Per això, la promoció de **programes d'educació per a la salut**, així com el disseny d'**intervencions comunitàries liderades des de l'atenció primària**, s'està consolidant com una estratègia clau per afrontar aquest repte de manera estructurada i proactiva.



2. Introducció

La soledat pot definir-se com un **sentiment subjectiu d'angoixa** vinculat a la percepció de manca de vincles o connexions socials significatives (Iglesias de Ussel, 2021). Aquesta experiència pot adoptar dues formes principals:

- **Soledat emocional**, que sorgeix davant l'absència o pèrdua d'una figura d'aferrament propera.
- **Soledat social**, associada a la manca d'una xarxa relacional activa i satisfactòria, que proporcioni sentiments de pertinença i companyonia (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

Diversos estudis assenyalen que la soledat emocional pot derivar en ansietat, hipervigilància, hipersensibilitat a estímuls interpersonals i sentiments d'abandonament. En canvi, la soledat social es vincula més freqüentment amb l'avorriment, la depressió i la sensació de manca de propòsit. Aquest fenomen pot produir-se a qualsevol edat, però la seva prevalença augmenta de forma significativa en l'etapa de la **vellesa** (Pérez et al., 2023).

La recerca evidencia un increment sostingut en la prevalença de la soledat entre les persones grans. Prop del 50 % d'aquest col·lectiu podria estar en risc d'aïllament social i un terç experimenta nivells significatius de soledat al llarg de la seva vida (Luna i Pinto, 2021). Aquest risc es veu agreujat per factors com la viduitat, la discapacitat, el deteriorament cognitiu, la reducció dels ingressos, la pèrdua de mobilitat o la dispersió familiar.

A més, determinats canvis socials —com la reducció de la convivència intergeneracional, la major mobilitat geogràfica i la fragmentació de les comunitats— han afeblit les estructures de suport tradicional, incrementant el sentiment d'aïllament en les persones grans (Nogueira et al., 2024). Fets com la jubilació, la pèrdua del rol laboral o el fet de ser cuidador principal d'una parella malalta també poden limitar greument la capacitat per mantenir vincles socials actius.

La **connexió social** esdevé, així, una **necessitat bàsica** per al benestar i la salut global. No es tracta només de tenir contactes o xarxes, sinó de **sentir-se significativament connectat** amb altres persones, grups o entorns. Aquesta connexió comporta sentir-se estimat, reconegut, valorat i integrat dins una comunitat.

Per contra, la soledat és una experiència d'absència d'aquesta connexió, i per combatre-la calen intervencions fonamentades en tres elements clau, tal com assenyalen Miguel del Fresno i Sagrario Segado (2012, citat a Gobierno de Navarra, 2020):



1. Existència d'interacció social real entre individus.
2. Presència d'un vincle o element compartit que uneixi la comunitat.
3. Existència d'un **espai comú compartit**, físic o simbòlic, que permeti la trobada.

El projecte Salut en Acció s'emmarca en aquesta definició i representa una **oportunitat estratègica per a la infermeria comunitària**. Les professionals d'infermeria poden identificar factors de risc, promoure accions preventives i desplegar una resposta comunitària estructurada des del primer nivell assistencial.

A l'atenció primària —punt d'entrada majoritari del sistema de salut per a aquest col·lectiu— es poden detectar de manera precoç les situacions de soledat, mitjançant valoracions específiques que considerin tant la **soledat objectiva** (viure sol/a) com la **soledat subjectiva** (sentir-se sol/a), com apunten les guies de valoració infermera (Pérez et al., 2023).

Finalment, cal destacar el **compromís ètic i educatiu** de la infermeria per desmuntar l'estigma associat a la vellesa i fomentar una nova narrativa col·lectiva basada en el respecte, la dignitat i la potencialitat vital de les persones grans.

3. Justificació

El tema escollit per aquest projecte, «*Intervenció comunitària: estratègies innovadores per combatre la soledat en persones grans*», és d'enorme rellevància, ja que estem davant d'un **problema social i de salut pública creixent**, amb profundes repercussions en la qualitat de vida i el benestar de la població envellida.

La soledat no desitjada s'associa a un **major risc de deteriorament funcional, deteriorament cognitiu, trastorns afectius, fragilitat i fins i tot mortalitat prematura**. Aquest fenomen no es pot entendre únicament com una situació objectiva (com viure sol/a), sinó com una **experiència subjectiva** de desconexió, absència de vincles significatius o manca de suport emocional.

És fonamental distingir entre **viure sol/a** —una decisió que moltes persones prenen de manera autònoma i satisfactòria— i **sentir-se sol/a**, que sovint és conseqüència de pèrdues significatives com ara la mort de la parella, la jubilació, la partida dels fills o la pèrdua de sentit vital.

Aquesta soledat sobrevinguda, especialment quan és persistent, s'ha convertit en un **repte emergent per a la infermeria, la salut pública i els serveis socials**, que reclamen un enfocament preventiu i comunitari.



El progressiu envelliment demogràfic accentua aquesta urgència: cada cop més persones grans viuen situacions de vulnerabilitat social i emocional. Aquest context requereix **respostes coordinades, basades en l'evidència i arrelades al territori**.

Davant d'aquesta realitat, aquest projecte proposa el **disseny i implementació d'una sèrie d'intervencions comunitàries estructurades**, amb capacitat per prevenir la soledat i enfortir el teixit relacional de les persones grans. Aquestes intervencions, contextualitzades al barri del Coll d'en Rabassa, poden servir de model replicable en altres zones urbanes i semiurbanes de les Illes Balears.

4. Objectius

4.1. Objectiu general

Dissenyar i implementar un projecte d'intervenció comunitària que contribueixi a **reduir el sentiment de soledat en les persones grans** del medi urbà, millorant la seva qualitat de vida i afavorint el benestar biopsicosocial mitjançant accions sostenibles, participatives i arrelades al territori.

4.2. Objectius específics

- **Establir i enfortir xarxes de suport social**, mitjançant la col·laboració amb entitats, associacions i institucions locals, per mantenir vincles actius i continuats.
- **Programar activitats d'acompanyament emocional i suport grupal** per compartir vivències, fomentar l'escolta activa i facilitar la gestió del malestar emocional derivat de la soledat.
- **Oferir recursos accessibles i suports adaptats** per superar les barreres que dificulten la participació comunitària, tenint en compte les diversitats funcionals, culturals i socioeconòmiques.
- **Fomentar un envelliment actiu i significatiu**, a través de propostes grupals que promoguin la interacció intergeneracional, l'aprenentatge mutu i la resignificació de rols.
- **Sensibilitzar la comunitat sobre la realitat de la vellesa**, visibilitzant els aspectes positius d'aquesta etapa vital i trencant estereotips relacionats amb el declivi i la inutilitat.



5. Context de la intervenció

La soledat no desitjada afecta una proporció creixent de persones a les comunitats de les Illes Balears, tant en entorns urbans com rurals. Aquest fenomen, amb profundes implicacions en la salut física, emocional i social, justifica el desplegament d'intervencions específiques i integradores que l'abordin des d'un enfocament holístic.

Aquest projecte es centra en la comunitat del barri del Coll d'en Rabassa, on s'ha detectat la necessitat d'espais de trobada, programes d'acompanyament emocional, activitats de voluntariat i promoció de xarxes de suport social consolidades i sostenibles.

5.1. Necessitats detectades

D'entre les múltiples necessitats identificades entre les persones grans, destaquem:

- Potenciar l'autonomia personal per a una vida més independent, activa i gratificant.
- Revaloritzar la vellesa com una etapa de desenvolupament i màxima maduresa vital, amb aportacions valuoses per a les altres generacions.
- Afavorir la participació comunitària efectiva, assegurant serveis adaptats, universals i equitatius.

5.2. Característiques de la població i de l'entorn

Aquest projecte s'implementarà en un entorn urbà, concretament al barri del Coll d'en Rabassa. S'adreça principalment a persones majors de 65 anys, especialment aquelles en situació de solitud o amb risc de patir-la, ja sigui per viure soles o per expressar sentiments d'aïllament. No obstant això, el plantejament és intergeneracional i inclusiu.

5.2.1. Població diana

- **Comunitat local:** el projecte s'enfoca a tota la població del barri, amb especial atenció a les persones grans, però oberta a altres col·lectius com joves, famílies i persones amb diversitat funcional.
- **Professionals de la salut:** el personal sanitari del centre (infermeria, medicina, treballadora social) tindrà accés a espais de cura i descans, contribuint també a la promoció del benestar emocional comunitari.
- **Grups específics:** persones amb diversitat funcional, migrades o amb risc d'exclusió social, així com cuidadors familiars, que podran beneficiar-se d'un entorn d'acollida i participació.
- **Diversitat i inclusió:** el projecte està arrelat en valors d'equitat, respecte i pluralitat. Es treballa en xarxa amb entitats locals per garantir l'accessibilitat real a totes les activitats.



5.2.2. Entorn físic i social

- **Cohesió comunitària:** la presència activa d'associacions i col·lectius facilita la participació ciutadana en activitats culturals, festives i socials.
- **Equipaments:** el barri compta amb un centre de dia, espais verds, serveis d'atenció domiciliària i un equip d'infermeria comunitària consolidat.
- **Rellevància del context:** la concentració urbana i l'existència de recursos faciliten la implementació escalada del projecte, tot i que s'han detectat bretxes d'accés, aïllament estructural i esletxes digitals.

5.3. Perfil de persones beneficiàries

5.3.1. Edat i sexe

Persones majors de 65 anys, dones i homes, especialment aquelles que viuen soles o expressen sentiments de soledat. També es preveu la participació d'altres perfils en risc: joves, persones migrades o novvingudes al barri, amb dificultats per generar xarxes socials.

5.3.2. Context socioeconòmic

Diversitat de perfils, incloent-hi persones amb ingressos baixos, aturades o amb precarietat residencial. Es procurarà que totes les activitats siguin gratuïtes o amb alternatives finançades.

5.3.3. Estat de salut

Es facilitarà la participació activa, però també es tindran en compte les persones amb mobilitat reduïda o que no poden sortir de casa, mitjançant accions domiciliàries o grups en línia adaptats. Es vetllarà per evitar riscos en persones amb immunosupressió o malalties de transmissió.

5.3.4. Xarxa de suport social

Moltes persones compten amb xarxes febles o fràgils. El barri disposa de serveis de suport com la teleassistència, orientació social, tallers ocupacionals i un equip de voluntaris que poden acompanyar els participants.

5.4. Expectatives del projecte

Aquest projecte té l'objectiu de **transformar el sentiment de soledat en oportunitats de connexió**. Es vol oferir moments significatius, activitats amb sentit i experiències compartides que ajudin a reconstruir vincles, aportar benestar i recuperar el sentit de pertinença a la comunitat. També es busca generar un model replicable i inspirador per a altres barris i territoris.



5.5. Diversitat i inclusivitat

El projecte està fonamentat en una mirada transversal de **diversitat i equitat**. Es promourà la participació plena i digna de totes les persones, independentment del seu origen, orientació, identitat, capacitats o situació social. Es comptarà amb adaptacions específiques i suports quan sigui necessari, per garantir l'accessibilitat universal.

5.6. Nombre estimat de persones beneficiàries

El projecte preveu beneficiar diversos perfils, entre els quals:

- **Persones grans que viuen soles** o amb dificultat per relacionar-se, especialment per pèrdues, jubilació o dol.
- **Persones amb discapacitat o malalties cròniques**, que poden tenir dificultats de mobilitat o per mantenir una vida social activa.
- **Persones amb trastorns de salut mental**, sovint estigmatitzades i aïllades.
- **Individus amb dificultats econòmiques**, que no poden accedir a activitats d'oci de pagament.
- **Cuidadors familiars**, que sovint pateixen sobrecàrrega emocional i aïllament.
- **Persones novingudes al barri**, amb dificultats per crear vincles o integrar-se a la xarxa social local.

Directament, unes 150 persones. Indirectament, més de 400 persones entre familiars i persones implicades.

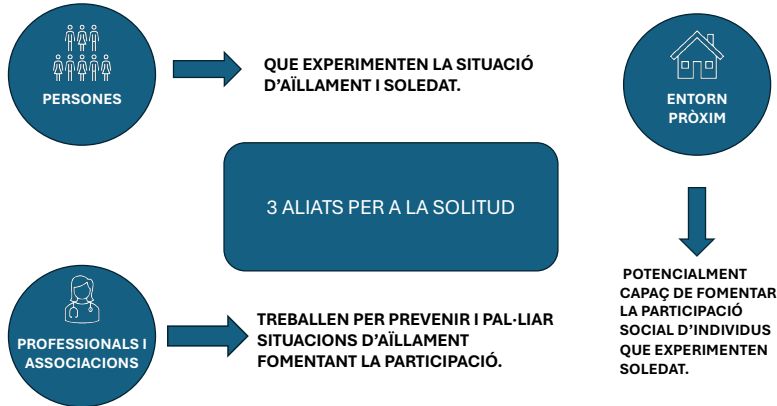
6. Metodologia i planificació

Els programes d'intervenció comunitària han de donar resposta a les necessitats reals de la població. En aquest cas, la soledat no desitjada en persones grans constitueix un dels reptes més urgents per a les administracions públiques i el sistema de salut. Per aquest motiu, resulta essencial dissenyar propostes adaptades a les condicions de vida de la població, des d'un enfocament integral, equitatiu i amb vocació de comunitat.

El projecte Salut en Acció té com a objectiu **connectar persones i construir ponts entre individus i entorns**, promovent la participació comunitària com a eina de prevenció i salut emocional.



Figura 1. Itinerari de la participació comunitària.



6.1. Planificació i disseny de les activitats

A continuació, es detalla el programa d'activitats previstes, estructurat en 10 sessions temàtiques.

Taula 1 | Descripció de les activitats

Sessió	Títol	Contingut / Objectius
Sessió 1	Acollida i rebuda de la xarxa de suport	- Definir l'objectiu principal. - Assignar rols. - Presentació de les activitats. - Pluja d'idees de tallers futurs.
Sessió 2	Acollida i benvinguda de participants: Parlem de soledat...	- Dinàmica de presentació. - Definició compartida de soledat. - Factors que la provoquen i formes de reduir-la.
Sessió 3	Activitats per treballar la ment	- Exercicis cognitius. - Lectura i comprensió. - Jocs de matemàtica lúdica.
Sessió 4	Resta'm anys, suma'm experiència: acompanya el teu veí	- Vinculació intergeneracional. - Empatia i escolta activa.
Sessió 5	Creació d'una obra de teatre comunitària	- Tema vinculat a l'entorn. - Repartiment de papers. - Representació participativa.
Sessió 6	Aprèn a fer ganxet	- Introducció a la tècnica. - Materials i punts bàsics.
Sessió 7	Tornem als bons temps...	- Concert en viu amb música tradicional: pasdobles, boleros, jotes, coples i sevillanes.
Sessió 8	Taller de risoteràpia	- Jocs cooperatius. - Tècniques de relaxació i expressió emocional.

continua



Sessió	Títol	Contingut / Objectius
Sessió 9	Passejada + Gimcana pel barri	- Ruta accessible. - Dinàmica per grups. - Punts de trobada i interacció.
Sessió 10	Receptes amb sabor de companyia	- Taller de cuina local. - Higiene alimentària. - Cuina sensorial i col·laborativa.

6.2. Cronograma de la intervenció

Les activitats es desenvoluparan al llarg de 12 setmanes, amb una sessió setmanal. El cronograma detallat es presenta a la Taula 2.

Taula 2 | *Cronograma de la planificació de la intervenció*

	MESOS DE PLANIFICACIÓ											
	GENER 2026				FEBRER 2026				MARÇ 2026			
	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a
ACTIVITATS												
Publicitat del projecte												
Captació de la xarxa de suport												
Reunió amb les associacions												
Sessió 1												
Sessió 2												
Sessió 3												
Sessió 4												
Sessió 5												
Sessió 6												
Sessió 7												
Sessió 8												
Sessió 9												
Sessió 10												

	MESOS DE PLANIFICACIÓ											
	ABRIL 2026				MAIG 2026				JUNY 2026			
	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a
ACTIVITATS												
Publicitat del projecte												
Captació de la xarxa de suport												

continua



	MESOS DE PLANIFICACIÓ											
	ABRIL 2026				MAIG 2026				JUNY 2026			
	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a	1a	2a	3a	4a
ACTIVITATS												
Reunió amb les associacions												
Sessió 1												
Sessió 2												
Sessió 3												
Sessió 4												
Sessió 5							A	A	A	A	A	R
Sessió 6												
Sessió 7												
Sessió 8												
Sessió 9												
Sessió 10												

*A: assajos / R: representació

6.3. Desenvolupament de recursos humans i col·laboracions

El projecte està liderat per l'equip d'infermeria d'atenció primària del CS Coll d'en Rabassa, amb el suport de Serveis Socials de l'Ajuntament. La iniciativa compta amb la implicació altruista de diverses entitats del barri:

- Associació de veïns
- Grup de pacients actius
- Associació de jubilats i pensionistes

A més, es preveu la col·laboració de voluntariat veïnal, professorat, monitors, rebosters i fornars del municipi per al desenvolupament de tallers específics.

Professionals externs especialitzats en memòria i dinamització emocional també participaran en l'execució d'activitats concretes.

6.4. Desenvolupament de recursos materials

Les sessions es duran a terme en diferents espais comunitaris i municipals segons les necessitats de cada activitat. A continuació, es detallen els materials i les infraestructures requerits:



Sessió	Espai requerit	Materials
Sessió 1	Aula àmplia amb pissarra digital	Ordinador, pissarra
Sessió 2	Aula amb cadires mòbils i pissarra	Paper, bolígrafs, retoladors
Sessió 3	Aula per a treball cognitiu	Material d'escriptura, sudokus, jocs impresos
Sessió 4	Espais lliures del barri (parelles)	Full de seguiment, bolígrafs
Sessió 5	Aula gran amb escenari	Disfresses, guions, micròfon i altaveu
Sessió 6	Aula de tallers	Kits de ganxet, tisores, taules
Sessió 7	Sala polivalent o casal	Cadires, equip de so
Sessió 8	Aula amb projector i altaveus	Materials per a jocs, coixins per a relaxació
Sessió 9	Exteriors del barri	Plànols, punts de control visibles
Sessió 10	Espai amb cuina bàsica	Ingredients, estris de cuina, materials d'higiene

7. Difusió i comunicació

Una estratègia de comunicació eficaç és fonamental per a promoure la participació comunitària i visibilitzar l'impacte del projecte. Aquesta estratègia estarà centrada en la sensibilització, la mobilització ciutadana i la difusió de testimonis significatius.

Element	Detalls
Estratègia de comunicació	Estratègia integral amb creació de materials promocionals, campanyes de sensibilització, col·laboració amb mitjans locals, xarxes socials i canals institucionals.
Objectiu	Augmentar la consciència i participació al projecte. Compartir històries de vida i testimonis que reflecteixin l'impacte positiu en la comunitat i entre professionals.
Accions clau	• Disseny de fullets, cartells i vídeos.
Recursos	• Organització d'actes públics i jornades.
Indicadors d'èxit	• Aparicions en mitjans locals (ràdio, premsa).

8. Avaluació i seguiment

L'avaluació del projecte serà contínua, participativa i orientada a la millora. Permetrà analitzar l'eficàcia, l'eficiència i l'impacte de les accions desenvolupades. Aquesta s'articularà en tres àrees clau:



Àrea d'avaluació	Mètode / Criteris	Indicadors clau
Estructura	Valoració de recursos i condicions	• Adequació d'espais • Disponibilitat de professionals • Compliment de requisits tècnics
Procés	Seguiment del cronograma i execució	• % de sessions realitzades • Flexibilitat davant imprevistos • Coordinació entre equips
Resultats	Impacte sobre participants i comunitat	• Grau de satisfacció • Coneixements adquirits • Canvis en actituds i habilitats

8.1. Indicadors d'avaluació

Indicadors quantitatius

- % d'activitats realitzades versus planificades.
- % de participants que finalitzen el programa.
- Nombre de participants segons franja d'edat (>/< 65 anys).
- Nombre de voluntaris i professionals implicats.
- Nombre d'associacions i entitats col·laboradores.
- % de dones participants versus homes.

Indicadors qualitatius

- Observació sistematitzada de les sessions.
- Enquestes de satisfacció.
- Grups focals de participants i professionals.

9. Conclusions

A mesura que les persones arriben a la vellesa, emergeixen qüestions profundes sobre la pròpia vida, el sentit del temps i la qualitat dels vincles humans. Aquest procés de reflexió pot portar emocions complexes, especialment si no s'han generat espais per compartir, connectar i sentir-se útils en comunitat.

La soledat no desitjada no ha de ser un destí inevitable. La societat ha de reconèixer el valor de les persones grans i garantir el seu dret a una vida plena, digna i socialment vinculada. Tots caminarem cap a la vellesa; per això, cultivar l'empatia cap a les persones grans és també un acte de respecte cap al nostre propi futur.



Tal com deia Francisco de Quevedo: «Todos deseamos llegar a viejos y todos negamos haber llegado ya» (citat a Fernández, 2012).

Aquest projecte vol ser un pont entre generacions, un espai de trobada per recuperar la comunitat com a font de salut, alegria i sentit.



Referències bibliogràfiques

Coca, A.B., i Gómez, J.L.G. (2015). Estudio de la compañía y la soledad a través de la lógica. *Santa Cruz de la Palma*, 9(1).

Fernández, E. (2002). *Psicogerontología para educadores*. Granada: UGR.

Gobierno de Navarra (2020). *Guía sobre participación en intervención comunitaria*. Departamento de Presidencia, Igualdad, Función Pública e Interior.

Iglesias de Ussel, J. (2021). *La soledad en las personas mayores*. Observatorio de personas mayores.

Luna, B.P., i Pinto, J.A.F. (2021). *Aislamiento y soledad no deseada en las personas mayores*. DGSP Madrid.

Manzano, J.M.C. (2023). *La epidemia de la soledad*. Nueva Tribuna.

Marchioni, M., Morín Ramírez, L., i Morín Ramírez, M. (2016). La intervención comunitaria. *Comunidad*, 18(2).

Nogueira, P.G., Gil, D., i Álvarez-Dardet, C. (2024). Luces y sombras en la implementación de la acción comunitaria para la salud. *Gac Sanit*, 38.

Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud. OPS; 2024

Pérez, J.D., Ramiro, D.F., Aceituno, P.N., Escudero, J.M., Bueno, C.L., Castillo, A.B. et al. (2023). *Un perfil de las personas mayores en España 2023*. Informes Envejecimiento en Red.

Vicente, A.A., i Sánchez, A. C. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia*, 19, 15–32.

Yanguas, J.J.L. (2018). *Soledad y personas mayores*. Universidad Internacional de Valencia.



Autors

JOSÉ ANTONIO RODRÍGUEZ VARELA

Infermer gestor de casos. Gerència d'Atenció Primària (GAP) de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Professor del departament d'infermeria UIB des del 2018. Màster en Neurociència i Dolor per la Facultat de Medicina de Granada. Màster en Urgències, Emergències i Cures Crítiques. Màster de Formació Permanent en Direcció i Gestió Sanitària per la Universitat de Vitoria-Gasteiz; Màster de Formació Permanent en Cronicitat i Atenció al Pacient Pluripatològic per la Universitat de Vitoria-Gasteiz. Investigador. Grup de recerca CTS-502 Universitat de Granada. <https://orcid.org/0009-0002-5293-2769>

CARLOS MANUEL NIEVES RODRÍGUEZ

Infermer en cirurgia general i otorrinolaringologia HUSLL. Professor del departament d'infermeria UIB des del 2018. Membre integrant de la xarxa educativa DIM-EDU, SEHER, SEECIR i REDU. Expert en pràctica avançada d'infermeria en l'atenció de persones amb ferides cròniques i complexes. Expert universitari en infermeria en geriatria. Màster en Gestió Integral sobre Deteriorament de la Integritat Cutània. Maneig avançat d'úlceres i ferides cròniques. Màster en Direcció i Gestió de Serveis de Salut per a Infermeria. Instructor en simulació clínica i debriefing (U Manresa). <https://orcid.org/0000-0001-5062-1989>

ÚRSULA SÁNCHEZ ÁLVAREZ

Infermera gestora de casos. Gerència d'Atenció Primària (GAP) de Mallorca. Servei de Salut de les Illes Balears. Graduada en Nutrició Humana i Dietètica per la Universitat de Burgos; màster en Cures Especialitzades d'Infermeria per la Universitat de València; màster de Formació Permanent en Cronicitat i Atenció al Pacient Pluripatològic per la Universitat de Vitoria-Gasteiz. Expert universitari en salut mental per la UNED, màster oficial de recerca en Nutrigenòmica i Nutrició Personalitzada per la UIB.



**EL PAPER DE LA FARMÀCIA COMUNITÀRIA
EN SOLITUD NO DESITJADA EN GENT
GRAN. EXPERIÈNCIA DE LA FARMÀCIA
COMUNITÀRIA EN EL BARRI DE
SANTA CATALINA I ES JONQUET, PALMA**



El paper de la farmàcia comunitària en solitud no desitjada en gent gran. Experiència de la farmàcia comunitària en el barri de Santa Catalina i es Jonquet, Palma

Clara Frau Bonafè



Resum

El paper que pot exercir una farmàcia comunitària i les competències com a professionals sanitaris dels farmacèutics que hi treballen estan ben descrites en les lleis que regeixen el nostre desenvolupament com a professió. En els últims anys, no obstant això, i per necessitats de la població, també han sorgit serveis no sols orientats al medicament i a les malalties sinó també orientats a la comunitat. En aquests, la part social de la farmàcia s'ha enlairat fins a veure moltes iniciatives consensuades amb els recursos socials de l'àrea d'influència. En aquest article, s'explica l'experiència en aquest camp de la Farmàcia Frau, establerta en el barri de Santa Catalina de Palma, juntament amb altres farmàcies i amb altres recursos sanitaris i socials en matèria de solitud no desitjada. La crida a l'acció per part de les farmàcies va ser a través del projecte d'Intervenció Comunitària Intercultural (ICI) de la Caixa, en el qual, sobre la base del desenvolupament d'un mapa d'actius del barri, la població ens va considerar actiu en salut i per això ens van convidar a formar part de la Comissió de Salut de Santa Catalina. Aquell treball fet pels responsables del projecte i la participació ciutadana ens va introduir en un treball en xarxa desconegut per a nosaltres. A l'article es descriuran les característiques principals del projecte i el paper dels farmacèutics comunitaris (FC) com a agents facilitadors en les diverses iniciatives implementades per la Comissió de Salut. També s'exposarà el paper que podria tenir la farmàcia comunitària dins els equips de promoció de la salut a nivell comunitari i les diferents iniciatives arreu de l'Estat espanyol.

Resumen

El papel que puede desempeñar una farmacia comunitaria y sus competencias como profesionales sanitarios de los farmacéuticos que trabajan en ellas están bien descritas en las leyes que rigen nuestro desarrollo como profesión. En los últimos años, sin embargo, y por necesidades de la población, también han surgido servicios no solo orientados al medicamento y a las enfermedades sino también orientados a la comunidad. En ellos la parte social de la farmacia ha despegado hasta ver muchas iniciativas consensuadas con los recursos sociales del área de influencia. En este artículo, se explica la experiencia en este campo de la Farmacia Frau, ubicada en el barrio de Santa Catalina en Palma, junto con otras farmacias y con otros recursos sanitarios y sociales en materia de soledad no deseada. La llamada a la acción por parte de las farmacias fue a través del proyecto de Intervención Comunitaria Intercultural (ICI) de "la Caixa", en el cual, en base al desarrollo de un mapa de activos del barrio, la población nos consideró activo en salud y por ello nos invitaron a formar parte de la Comisión de Salud de Santa Catalina. Aquel trabajo hecho por los responsables del proyecto y la participación ciudadana nos introdujo en un trabajo en red hasta antes nunca visto. En el artículo se describirán las principales características del proyecto y el



papel de los farmacéuticos comunitarios (FC) como agentes facilitadores en las diversas iniciativas implementadas por la Comisión de Salud. También se expone el papel que podría tener la farmacia comunitaria dentro de los equipos de promoción de la salud a nivel comunitario y las diferentes iniciativas en todo el Estado español.

1. Justificació

Els farmacèutics comunitaris treballen en les anomenades farmàcies comunitàries o oficines de farmàcia, que són establiments sanitaris privats d'interès públic, subjectes a la planificació sanitària que estableix la nostra comunitat autònoma i que ofereix diferents serveis descrits en la Llei 16/1997, de 25 d'abril, de regulació de serveis de les oficines de farmàcia:

1. L'adquisició, custòdia, conservació i dispensació dels medicaments i productes sanitaris.
2. La vigilància, control i custòdia de les receptes mèdiques dispensades.
3. La garantia de l'atenció farmacèutica, en la seva zona farmacèutica, als nuclis de població en els quals no existeixin oficines de farmàcia.
4. L'elaboració de fórmules magistrals i preparats oficials, en els casos i segons els procediments i controls establerts.
5. La informació i el seguiment dels tractaments farmacològics als pacients.
6. La col·laboració en el control de l'ús individualitzat dels medicaments, a fi de detectar les reaccions adverses que puguin produir-se i notificar-les als organismes responsables de la farmacovigilància.
7. La col·laboració en els programes que promoguin les administracions sanitàries sobre garantia de qualitat de l'assistència farmacèutica i de l'atenció sanitària en general, promoció i protecció de la salut, prevenció de la malaltia i educació sanitària.
8. La col·laboració amb l'Administració sanitària en la formació i informació dirigides a la resta de professionals sanitaris i usuaris sobre l'ús racional dels medicaments i productes sanitaris.
9. L'actuació coordinada amb les estructures assistencials dels Serveis de Salut de les comunitats autònomes.
10. La col·laboració en la docència per a l'obtenció del títol de Llicenciat en Farmàcia, d'acord amb el que es preveu en les directives comunitàries, i en la normativa estatal i de les universitats per les quals s'estableixen els corresponents plans d'estudi en cadascuna d'aquestes.



Dins aquest marc legislatiu, s'aprecia la quantitat de competències i actuacions que pot dur a terme un farmacèutic comunitari (FC) en el seu àmbit de treball, no només les més conegudes, com són els primers punts relacionats amb el medicament. En el camp d'estudi que ens ocupa, destaquem el punt 7, en què se'ns reconeix la capacitat per a participar en accions de promoció i prevenció de la salut. El reconeixement d'aquest paper col·laboratiu en la llei ens capacita per ajudar, en la mesura que sigui possible, a les accions que sorgeixin per millorar la salut i la qualitat de vida de les persones (Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España, 2025).

2. Contextualització

Aquest article sorgeix de l'experiència de la Farmàcia Frau, situada en el barri de Santa Catalina i es Jonquet de Palma, juntament amb altres farmàcies del barri: Farmàcia Progrés, Farmàcia Llull, Farmàcia Romaguera, Farmàcia Planas i Farmàcia Gallardo. Totes aquestes van ser convidades a participar en la Comissió de Salut que es va crear en el barri a partir del treball realitzat pels companys del projecte ICI, liderat per Carlos Vecina i Toñi Segura, de l'associació GREC (Grup d'Educadors de Carrer i Treball amb Menors). Aquest treball va suposar un canvi transformador, ja que va posar en contacte totes les entitats socials i sanitàries que treballaven a l'àrea de Santa Catalina. El projecte ICI va finalitzar el 2020, però la Comissió de Salut va continuar treballant amb totes les entitats. En l'avaluació del projecte, els autors Vecina i Segura (2020) van considerar aquesta etapa com una fase intermèdia en la qual encara no es podia garantir la sostenibilitat i continuïtat del procés comunitari. Amb el temps, es van anar afegint més recursos fins a conformar-se un treball en xarxa en què totes les institucions estaven representades i que segueix avui dia.

3. Descripció

La nostra inclusió en el projecte es va iniciar des de la ciutadania, ja que en el transcurs del mapa d'actius se'ns va identificar com a actiu en salut i els líders del projecte ens van incloure en la comissió. La farmàcia comunitària fins llavors havia treballat de manera aïllada amb contactes puntuals amb els altres recursos del barri, fossin socials o sanitaris. En el treball de l'ICI es va realitzar el primer diagnòstic comunitari del barri i la principal problemàtica es va veure que era la solitud no desitjada en persones grans i com aquest col·lectiu es trobava en risc de vulnerabilitat. La línia a seguir de la comissió es va definir sobre la base d'aquest tema i les accions realitzades buscaven afrontar aquesta problemàtica.

Quan se'ns va convidar a participar-hi, moltes línies ja estaven definides i els recursos ja havien estat treballant conjuntament. Les farmàcies vam adoptar una posició d'es-



colta activa per a poder entendre com funcionava la comissió. Pel que hem comentat abans, la FC desconeixia molts d'aquests recursos i la manera en la qual treballaven i, per això, en la reunions que es realitzaven vam aprendre a treballar en xarxa i connectar-nos.

En el projecte inicial hi havia tres comissions: la de salut, la socioeducativa i la de convivència. Partint que el projecte era intergeneracional un dels objectius era apropar les persones grans a la població jove i moltes de les accions s'encaminaven a posar en contacte aquestes persones a través dels col·legis i dels recursos socials. En els anys de l'ICI vam participar en les trobades anuals entre les tres comissions, posant en valor tot el treball realitzat i buscant sinergies per a futures col·laboracions.

Amb les persones grans, es va treballar amb els diferents recursos per a ajudar en la solitud no desitjada posant en marxa el programa «Sempre acompanyats», de suport a aquestes persones grans i posant-les en el centre perquè aprofitessin els recursos socials del barri (Grec Mallorca, 2017).

En aquest punt, les farmàcies vam pensar com podíem implicar-nos en el desenvolupament de les diferents iniciatives promogudes per la comissió quan no teníem experiència prèvia en la matèria. De les accions col·laboratives que es van proposar, sempre trobàrem alguna manera de promoure la participació ciutadana, perquè la farmàcia és un punt accessible de la població i on les persones grans acudeixen sovint a recollir la seva medicació.

Per això, les funcions com a recurs sanitari pròxim a la població eren:

1. Punt d'informació i difusió de les accions promogudes per la Comissió de Salut:

- 1.1. Difusió de la Fira de la Gent Gran i la Festa de la Primavera.
- 1.2. Difusió de les activitats de l'Escola de Formació Comunitària.
- 1.3. Campanyes de sensibilització i conscienciació dirigides a la comunitat veïnal i al teixit empresarial del barri.
- 1.4. Punt de recollida de materials per a les diferents activitats: cabdells de llana, intercanvi de llibres, aliments peribles.
- 1.5. Promoció de les activitats d'altres recursos com els Casals de Barri.
- 1.6. Invitació a les xocolatades i llonguetades anuals.



2. Detecció de necessitats no cobertes: solitud no desitjada en persones grans:

Posar en contacte persones grans en situació de solitud no desitjada amb els recursos disponibles. La FC actua com a agent facilitador i posa a disposició de l'usuari, en aquest cas de les persones grans, tots els recursos disponibles prèvia valoració dels professionals responsables. En detectar un cas, ens posem en contacte amb els seus familiars i/o cuidadors i oferim la seva inclusió en la valoració. Els informem del treball que realitzen les diferents entitats i les possibilitats que poden trobar en aquests recursos. Si el mateix usuari ho accepta o els responsables de la seva cura hi estan d'acord, ja els posem en contacte amb el recurs adequat.

3. Participació activa en activitats de la comissió:

- 3.1. Taules d'informació i difusió de serveis professionals farmacèutics a la població durant les fires de salut. En el nostre cas hem realitzat taules sobre fotoprotecció solar, mesura de pressió arterial i determinants de la salut en salut comunitària.
- 3.2. Entrevistes amb persones grans per a contar la seva experiència de vida i plasmar-la en una publicació anomenada *Memòries de la pell*. Els nens il·lustraven aquestes memòries i es van publicar les històries amb els dibuixos realitzats. Aquest recurs es va utilitzar en els col·legis per a apropar ambdues generacions.
- 3.3. Inclusió de les farmàcies en la Guia de Recursos de Santa Catalina i es Jonquet amb una descripció dels principals serveis que oferim per al barri i participació en la revista del grup promotor de la salut *Estam amb tu!*
- 3.4. Impartir xerrades sobre ús racional de medicaments i de sistemes personalitzats de dosificació (SPD) i de temes de promoció i prevenció de la salut.
- 3.5. Conscienciació sobre els determinants de la salut en la població mitjançant jocs interactius amb la població. Identificar allò que ens aporta salut en el nostre entorn.

4. Paper de la farmàcia comunitària (FC) en la solitud no desitjada en gent gran

Les característiques de la FC com a punt d'encontre de la gent gran afavoreix la inclusió d'aquesta entitat com a recurs estratègic per a millorar la vida de les persones amb solitud no desitjada (FUNDEC, 2024). Les característiques principals són:



- **Distribució en el territori:** La FC és el recurs sanitari més ben distribuït en el territori, regulat per la Llei 7/1998, de 12 de novembre, d'ordenació farmacèutica de les Illes Balears, on la planificació farmacèutica es basa en mòduls de població i distàncies.
- **Accessibilitat:** Es pot accedir a les farmàcies sense cita prèvia i en horaris ampliats oferint un accés fàcil i equitatiu a l'atenció sanitària i sempre es disposa de farmàcies de guàrdia en els diferents municipis per donar resposta a les urgències.
- **Longitudinalitat:** La continuïtat assistencial ha demostrat que salva vides i millora els resultats en salut (Añel-Rodríguez i Astier-Peña, 2022). L'estabilitat laboral que aporta la FC es tradueix en un major coneixement dels barris i dels pacients per part dels professionals que treballen a les farmàcies.
- **Abordatge dels determinants de la salut i la intersectorialitat:** Treballar de manera coordinada amb altres entitats no sols sanitàries sinó socials ajuda a tractar els problemes relacionats amb la salut, el benestar i la qualitat de vida.
- **Resolutivitat:** Pel flux de treball habitual que tenen, la FC està acostumada a resoldre problemes concrets en un espai curt de temps i, per tant, a donar resposta des de la farmàcia o derivant als recursos adients.
- **Equitat:** És un component fonamental de la justícia social que indica l'absència de diferències evitables entre la població a causa de circumstàncies socials, econòmiques o demogràfiques.

Entre les competències exclusives del farmacèutic es troba la dispensació de medicaments, feina que realitzem cada dia en el taulell de la farmàcia. En moltes ocasions, relacionem aquest ús o abús de certs medicaments amb la solitud, una senyal d'alerta bidireccional que hem d'atendre. L'adherència terapèutica i la polimedicació poden tenir implicacions en el sentiment de solitud. De manera que fomentar una bona adherència al tractament des de la FC pot traduir-se en un bon maneig de la malaltia, amb menys complicacions associades que, al mateix temps, donen una major capacitat a la gent gran per sortir, relacionar-se i establir vincles amb la comunitat. La revisió de la medicació en pacients polimedicats, junt amb un abordatge psicosocial, redueix aquest sentiment de solitud percebut pels individus (Organització Mundial de la Salut [OMS], 2024).

Per tant, si des de la FC veiem un usuari amb ús repetitiu de certs medicaments o amb una falta d'adherència al tractament podem identificar senyals d'aïllament social i derivar-lo als recursos adients. Amb formació i sensibilització específiques



sobre situacions i factors de risc en aquesta edat podem actuar com a pont per a derivar als equips d'atenció primària o serveis socials. En els casos d'abús o de mal ús de medicaments cal anomenar les benzodiazepines, medicaments hipnòtics i ansiolítics que en aquest grup de persones es recomana una desprescripció com a grup de risc més vulnerable als seus efectes adversos. Aquest problema derivat d'una mala adequació de la prescripció en indicacions i dosis va impulsar un estudi a Múrcia (Menárguez et al., 2021) en què el seu objectiu era la descripció del procés, activitats i resultats d'una estratègia comunitària en desprescripció i desmedicalització de les benzodiazepines. En els resultats de l'estratègia es va aconseguir una reducció de l'ús d'aquests fàrmacs en població major de 65 anys del 7 % implicant-hi els prescriptors, farmacèutics i pacients (tot comptant que tenguérem la crisi de la covid-19 durant l'estudi).

Per altra banda, a nivell comunitari destaquen dues iniciatives arreu de l'Estat espanyol: el programa «Acompañando Teruel» i el programa «Radars de Barcelona» (Ajuntament de Barcelona, s.d.). En el primer, el Col·legi Oficial de Farmacèutics de Teruel (COFT, 2023) va donar el seu suport a aquest programa fent difusió entre els seus col·legiats. Les farmàcies que s'adherien al projecte podien derivar usuaris en risc de solitud no desitjada al programa on els voluntaris acompanyaven la gent gran a realitzar activitats i trobades veïnals per reduir el seu aïllament. En el segon, els FC tenen una actitud més proactiva i són part indispensable en un treball en xarxa en què la detecció de casos de solitud no desitjada la fan a les farmàcies i als centres de salut, així com també als comerços locals de la zona i els mateixos veïns. Tot està coordinat pels Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona, encarregats de posar en contacte totes les entitats participants. El projecte compta amb un suport telefònic on els voluntaris del projecte parlen amb la gent gran, hi estableixen un contacte proper i els apropen a les activitats i iniciatives comunitàries del barri on resideixen.

5. Canvi de paradigma. Proposta d'una atenció farmacèutica basada en determinants de la salut i l'acció comunitària

Veient les diferents iniciatives arreu del territori en matèria de solitud no desitjada en gent gran, cal fer-se la pregunta de si l'atenció farmacèutica com la tenim descrita en el document de serveis professionals farmacèutics assistencials del denominat grup FORO (Foro de Atención Farmacéutica - Farmacia Comunitaria, 2008) dona resposta a les necessitats de la població. Històricament, els farmacèutics comunitaris hem descrit serveis relacionats amb els medicaments i amb els pacients, però recentment els autors Villafaina et al. (2023) han proposat afegir serveis orientats a la comunitat i als determinants socials de la salut. En aquest article, proposem afegir dos nivells als ja descrits, ambdós referits com a atenció farmacèutica comunitària segons la taula 1:



Taula 1 | Nivells III i IV dels serveis professionals farmacèutics assistencials (SPFA)

Atenció farmacèutica comunitària	
Nivell III: Activitats orientades al context del pacient i als determinants socials de la salut (DSS)	
Activitat	Exemples
Realització de cribratges per DSS	Solitud no desitjada Violència de gènere
Creació de relacions col·laboratives amb entitats del territori	Acords de col·laboració amb entitats arrelades al territori
Coordinació comunitària un cop identificades les necessitats que requereixen abordatge intersectorial	Creació d'un espai coordinat més o menys formal Constitució d'una comissió de salut
Derivacions a la comunitat o altres recursos/actors	Mitjançant procediments normalitzats de treball que permetin comunicacions fluides
Nivell IV: Activitats orientades a la comunitat	
Activitat	Exemples
Participació activa en la realització de mapeig d'actius i de diagnòstic participatiu de salut	Identificar persones, llocs, entitats i institucions que treballin en solitud no desitjada
Catalització de processos comunitaris de promoció de la salut	Connexió de persones del barri que són actius de salut amb l'objectiu de crear sinergies

Font: Villafaina et al., 2023.

6. Conclusions

En el transcurs d'aquesta redacció hem pogut establir que el paper de la FC en matèria de solitud no desitjada podria ser un recurs col·laboratiu molt útil per detectar-ne casos i derivar-los als serveis adients. La principal limitació d'aquest recurs sanitari es troba en la manca de coordinació amb els equips d'atenció primària i els serveis socials. Tot i que algunes farmàcies dins el nostre territori ja treballen conjuntament amb aquests serveis de manera voluntària, és necessari establir programes a nivell administratiu que permetin una integració més efectiva de tots els recursos possibles, de manera homogènia i amb indicadors quantitatius i qualitatius.

El treball en xarxa entre les diferents entitats posa el pacient o l'usuari al centre, millorant la seva qualitat de vida i benestar. Com a professionals de la salut, des de la FC sempre pensem en com documentar adequadament aquest treball col·laboratiu, i es parla sovint de la prescripció social com a eina per registrar i activar aquests recursos. No obstant això, cal recordar que en tot procés comunitari és fonamental involucrar la



mateixa comunitat en la presa de decisions. Així doncs, hem de tenir clar que la nostra tasca és la de facilitadors, sempre responant a les necessitats que sorgeixen en cada moment.

Aquest coneixement previ dels recursos disponibles al barri afavoreix que els usuaris, orientats per la nostra indicació, decideixin quin recurs volen utilitzar. En el nostre cas, valorem molt positivament la nostra experiència com a farmàcia dins del procés comunitari, malgrat les nostres limitacions normatives. Ha estat un procés enriquidor que ens ha permès connectar més profundament amb els nostres pacients i comprendre millor els seus problemes i necessitats. Des d'aquesta perspectiva, el treball al taulell es transforma i, com a professionals sanitaris, adquirim una visió molt més completa de les circumstàncies de vida del pacient, les quals sovint no teníem en compte abans.

Ara caldrà observar com la FC podrà continuar ajudant en els propers anys una població envellida, així com de quina manera els canvis en les polítiques sanitàries i socials poden acompanyar les realitats canviants de les comunitats.



Referències bibliogràfiques

Ajuntament de Barcelona (s.d.). *Projecte d'acció comunitària Radars*. [Internet]. Disponible en: <https://ajuntament.barcelona.cat/serveissocials/es/canal/projecte-daccio-comunitaria-radars>

Añel-Rodríguez, R. M.; Astier-Peña, P. (2022). «Longitudinalidad en Atención Primaria: un factor protector de la salud». *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 15 (2), 75–76. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2022000200075>

Colegio Oficial de Farmacéuticos de Teruel (2023). *Campaña solidaria: Acompañando-Teruel*. [Internet]. Disponible en: <https://www.cofteruel.org/ciudadanos/campana-solidaria-acompanando-teruel/>

Consejo General de Colegios de Farmacéuticos de España (2025). *Abordaje de la soledad. Un desafío compartido*. [Internet]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/wp-content/uploads/2025/01/2025-Informe-Estudio-Soledad.pdf>

Foro de Atención Farmacéutica - Farmacia Comunitaria (Foro AF-FC) (2008). *Documento de consenso 2008. Farmacéuticos: Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos*. [Internet]. Disponible en: <https://www.farmaceuticos.com/farmaceuticos/farmacia/farmacia-asistencial/foro-de-atencion-farmaceutica/>

Fundación para la Innovación, la Investigación, la Formación y el Desarrollo Comunitario (FUNDEC) (2024). *Farmacia catalizadora de salud comunitaria: Conceptos básicos, metodologías y herramientas prácticas* (Mba Bee Nchama i A. Villafaina Barroso, coord.). FUNDEC. ISBN 978-84-09-54451-6

Grec Mallorca (2017). *Siempre acompañados*. [Internet]. Disponible en: <https://www.grecmallorca.org/programa-siempre-acompanados>

Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia.

Llei 7/1998, de 12 de novembre, d'ordenació farmacèutica de les Illes Balears

Menárguez Puche, J. F.; Llor Muelas, A.; Vidal López, Á.; Sánchez Martínez, P.; Martínez Rodríguez, R.; Herrero Delicado, R.; Aguilera Musso, B. (2021). «Estrategia comunitaria municipal «yonomebenzo». Actividades y resultados en el período 2017–2020». *Comunidad*, 23 (3). <https://doi.org/10.55783/comunidad.230303>



Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024). *Commission on Social Connection*. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/groups/commission-on-social-connection>

Vecina Merchant, C.; Segura Rotger, A. (2020). *Avaluació participativa del projecte d'Intervenció Comunitària Intercultural (ICI). Barris de Santa Catalina i el Jonquet (2014–2020)*. Projecte d'Intervenció Comunitària Intercultural, impulsa: Ajuntament de Palma, Grup d'Educadors de Carrer i Treball amb Menors (GREC) i Obra Social "la Caixa"

Villafaina Barroso, A.; Bee Nchama, N. M.; Correa Magdalena, N.; Vicente Cardoso, J.; Abs Sacks, A. (2023). «Atención Farmacéutica, Determinantes Sociales de la Salud y Comunidad: nuevo paradigma». *Pharmaceutical Care España*, 25 (2), 50–64. <https://doi.org/10.60103/phc.v25i2.788>



Autora

CLARA FRAU BONAFÈ

Palma (1989). Farmacèutica comunitària titular de la Farmàcia Frau a Santa Catalina, Palma. Graduada en Farmàcia per la Universitat de Barcelona (UB). Màster en Atenció Farmacèutica i Farmàcia Assistencial per la UB. Màster en Ortopèdia per la UB. Actualment, és presidenta de la Societat de Farmàcia Clínica, Familiar i Comunitària de les Illes Balears (SEFAC IB). Membre del Programa d'Activitats Comunitàries d'Atenció Primària (PACAP) de la Societat Balear de Medicina Familiar i Comunitària de les Balears (IBAMFIC). Membre de la Comissió de Salut de Santa Catalina i Es Jonquet.



EN BICI SENSE EDAT MALLORCA



En bici sense edat Mallorca

Catalina Miralles Bauzá



Resum

«En bici sense edat» és un programa de voluntariat social sorgit a Copenhaguen l'any 2012 que, sota el lema «el dret a sentir el vent a la cara», cerca prevenir la solitud no desitjada, crear nous vincles i relacions intergeneracionals, connectar la gent amb l'entorn i la comunitat en la qual viu, i promoure la participació ciutadana i el canvi social. La seva activitat principal consisteix a fer acompanyament a gent gran (i altres grups poblacionals vulnerables) d'una manera molt original: a través de passejos amb un tricicle elèctric especialment adaptat que a la part del davant té un banc en el qual poden seure fins a dues persones. Palma ha vist rodar el seu primer tricicle a principis de l'any 2025 de la mà de la Fundació Mallorca Integra, entitat impulsora del projecte a la nostra comunitat. La posada en marxa d'aquest nou projecte permet abordar el voluntariat i l'acompanyament dirigit a la gent gran d'una manera diferent i amb una metodologia que combina l'activitat física, l'ús d'espais a l'aire lliure, la implicació comunitària i la sostenibilitat mediambiental. En el present article s'analitzarà, per una part, la metodologia d'aquest projecte i els efectes positius que ha demostrat tenir durant els anys de funcionament a nivell internacional i, per una altra, s'explicarà el procés d'implementació a la nostra comunitat i el seu impacte inicial a través de diferents testimonis.

Resumen

«En bici sin edad» es un programa de voluntariado social surgido en Copenhague el año 2012 que, bajo el lema «el derecho a sentir el viento en la cara», busca prevenir la soledad no deseada, crear nuevos vínculos y relaciones intergeneracionales, conectar a la gente con el entorno y la comunidad en la que vive, y promover la participación ciudadana y el cambio social. Su actividad principal consiste en hacer un acompañamiento a personas mayores (y otros grupos poblacionales vulnerables) de una manera muy original: a través de paseos con un triciclo eléctrico especialmente adaptado que en la parte de delante tiene un banco en el que pueden sentarse hasta dos personas. Palma ha visto rodar su primer triciclo a principios del año 2025 de la mano de la Fundació Mallorca Integra, entidad impulsora del proyecto en nuestra comunidad. La puesta en marcha de este nuevo proyecto permite abordar el voluntariado y el acompañamiento dirigido a personas mayores de una manera diferente y con una metodología que combina la actividad física, el uso de espacios al aire libre, la implicación comunitaria y la sostenibilidad medioambiental. En el presente artículo se analizará, por una parte, la metodología de este proyecto y los efectos positivos que ha demostrado tener durante sus años de funcionamiento a nivel internacional y, por otra, se explicará el proceso de implementación en nuestra comunidad y su impacto inicial a través de diferentes testimonios.



1. Contextualització

En els darrers anys s'ha començat a posar el focus en la importància que les relacions socials tenen per a la salut i el benestar de les persones i en els efectes de la seva absència. En aquest context, entenem la solitud com el resultat de l'anàlisi de les relacions socials que una persona té i les que li agradaria tenir (Peplau i Perlman, 1982, a Gallardo, Sánchez, Rodríguez i García, 2023). La solitud en si mateixa no té perquè tenir connotacions negatives, sinó que és la percepció subjectiva d'una diferència entre aquestes dues dimensions la que fa que es converteixi en una situació involuntària i no desitjada, que pot arribar a crear un buit vital i a dur a l'aïllament social degut a la sensació d'insuficiència —per nombre o per qualitat— de relacions socials. Aquesta percepció i els sentiments que desencadena tenen efectes negatius en la persona, donant lloc a una gran problemàtica social actual: la solitud no desitjada.

Molts autors es refereixen a la solitud no desitjada com «l'epidèmia silenciosa» d'aquest segle (Durán et al., 2023) i no és d'estranyar si tenim en compte, per una part, que les característiques de la societat actual faciliten la seva aparició (noves estructures familiars, individualisme, immediatesa i rapidesa, xarxes socials i tecnologia, etc.) (Lluch, 2024) i, per una altra, els efectes que aquesta situació té sobre les persones (augment del risc de desenvolupar demències o problemes de salut mental, de mort prematura, de malalties cardiovasculars, etc.) (Gallardo et al., 2023). Els riscos sobre la salut física de la solitud no desitjada són comparables a fumar diàriament, beure de manera excessiva i tenir obesitat (Organització Mundial de la Salut, 2021). Altres estudis més centrats en el seu impacte en la salut emocional apunten a una vinculació entre la solitud no desitjada i la prescripció de psicofàrmacs (ansiolítics, antidepressius i analgèsics opioides, progressivament) com a via per pal·liar el malestar relacionat amb aquest sentiment, que alhora duen a un augment dels sentiments de solitud i aïllament, creant un cercle viciós de difícil ruptura que va agreujant el problema (Pedrero et al., 2023). La fragilitat física i la solitud, vista com una forma de fragilitat emocional, tenen un major impacte i efectes més negatius en les dones i en les persones de més edat (Sancho et al., 2022), així com en les persones més vulnerables a nivell socioeconòmic (Martín i González, 2021).

Estudis recents estimen que una de cada quatre persones majors té sentiments de solitud no desitjada o sofreix aïllament social, xifra que augmenta a gairebé dues de cada quatre persones quan posem el focus en les persones majors de 80 anys (Hong Teo et al., 2023). Si tenim en compte, per una part, que l'actual esperança de vida al nostre país és de 80,4 anys en el cas dels homes i de 85,7 anys en el cas de les dones (Institut Nacional d'Estadística, 2025) i, per l'altra, que en poc més de trenta anys la població de més de 65 anys s'ha duplicat i la de més de 85 anys s'ha triplicat a les Illes Balears (Lluch, 2024), podem entendre que promoure estils de vida actius per poder



gaudir d'aquesta etapa vital amb salut i prevenir o reduir l'aparició de sentiments de solitud no desitjada, entre altres, siguin elements clau a tenir en compte en les intervencions dirigides a gent gran, tant a l'Europa occidental, en general, com a la nostra comunitat, en particular.

L'abordament d'aquesta problemàtica social, considerada per molts un problema de salut pública (Pedrero et al., 2023), és complexa per la dificultat d'intervenir sobre els factors de risc que poden dur a desenvolupar aquests sentiments com són, entre altres, factors sociodemogràfics relacionats amb l'estructura familiar o de la llar (és a dir, viure sol/a o acompanyat, tenir o no parella, haver enviudat, etc.) o factors psicosocials centrats en les relacions i suports socials existents (és a dir, el tipus, la freqüència, la composició dels grups de relació social, etc.) (Gallardo et al., 2023). Tot i això, sí que es detecta un factor de protecció des del qual es pot intervenir de manera més sistemàtica a l'àmbit social i és el de la participació en activitats socials i de la comunitat. És per això que afavorir la participació i el benestar personal i social s'han de convertir en un eix prioritari d'intervenció a la nostra societat, cada vegada més envellida, i, a més, s'ha de fer des d'una perspectiva intergeneracional, ja que es tracta d'una problemàtica que afecta cada vegada més persones. Projectes com «En bici sense edat» ens poden oferir una alternativa diferent i innovadora per intervenir davant aquest gran repte social, com podem veure en els apartats següents.

2. Objectius i metodologia

El present article té l'objectiu d'analitzar la metodologia del projecte internacional «En bici sense edat» i els efectes positius que ha demostrat tenir durant els anys de funcionament, a més de compartir i explicar el procés d'implementació a la nostra comunitat autònoma i l'impacte inicial a través de diferents testimonis.

Per tal d'aconseguir aquests objectius, s'han dut a terme dues accions. Per una banda, s'ha fet una recerca bibliogràfica per conèixer l'impacte de la solitud no desitjada en la població, especialment la gent gran. Aquesta informació, bolcada principalment en la contextualització, s'ha obtingut de diferents informes i dades estadístiques emeses per organismes oficials, així com d'articles sobre la temàtica, publicats en els darrers cinc anys, principalment.

Per altra part, s'analitzarà en els propers apartats informació específica sobre aquest projecte, que té entre els seus objectius prevenir la solitud no desitjada, recollida a través d'articles i treballs de difusió que entitats i organismes han publicat basats en la seva experiència durant el seu desenvolupament i execució. Entre aquestes experiències, s'inclourà la de la Fundació Mallorca Integra com a entitat pionera en



la implementació d'aquest projecte a la nostra comunitat autònoma amb informació obtinguda a través de testimonis de persones que han participat al projecte.

A partir d'aquesta informació, s'espera donar a conèixer el projecte «En bici sense edat» i posar-lo en relleu com una innovadora manera d'intervenir sobre una de les grans problemàtiques socials actuals: la solitud no desitjada.

3. En bici sense edat

3.1. L'origen

L'any 2012 una petita acció solidària a Copenhaguen va sembrar la llavor que impulsaria l'inici d'aquest projecte i la seva expansió i consolidació arreu del món. En una ciutat on anar en bicicleta està integrat a l'ADN de la ciutadania, Ole Kassow es va demanar què passava quan la gent tornava gran i perdia, per qüestions de salut o de limitació de mobilitat, la possibilitat d'utilitzar-la.

Tal com explica Kassow (2014), un matí es va presentar a la residència de la seva barriada amb un tricicle de lloguer disposat a anar de passeig amb algun dels seus residents i així va ser com Gertrude i una de les treballadores es varen convertir en les primeres persones destinatàries d'aquest projecte. Un passeig de només una hora de durada per una zona de la ciutat a la qual ella anava molt quan era jove va servir perquè Gertrude compartís i revisqués una part de la seva història de vida i perquè Ole sentís l'impacte transformador que aquella sortida havia tingut en els dos.

De seguida es va adonar que aquests passejos permetien, per una part, que les persones recuperessin una forma de mobilitat que creien perduda i, per una altra, que ell veiés la ciutat amb uns altres ulls —a través de les històries dels altres— i que establís vincles interpersonals inesperats. Aquests descobriments el varen impulsar a contactar amb l'ajuntament per compartir el que feia i l'impacte que tenia en ell i la gent de la residència. La seva sorpresa va ser rebre una resposta explicant que estaven interessats a donar suport a aquest tipus d'iniciatives de participació ciutadana i oferint-se a finançar cinc tricicles que es distribuïrien a diferents residències com a prova pilot.

Després de la primera sortida conjunta dels cinc tricicles, que va ser coberta per diferents mitjans de comunicació, més de trenta persones es varen oferir per fer voluntariat i diversos pobles i ciutats de Dinamarca s'interessaren per aquesta activitat, donant peu a la fundació de l'entitat que donaria forma i estructura a aquest moviment.



Aquest projecte ha tingut un gran recorregut i s'ha estès ràpidament arreu del món. Dades de principis de l'any 2025 indiquen que «En bici sense edat» està present a 41 països, s'ofereix a més de 3.500 municipis, agrupa 6.000 tricicles, compta amb 43.000 persones voluntàries i ha ofert més de 5 milions de passejos a més d'1,5 milions de persones (Cycling without age, s.d.).

3.2. Els principis i el funcionament

«En bici sense edat» es pot definir com un programa de voluntariat social que, sota el lema «el dret a sentir el vent a la cara», cerca prevenir la solitud no desitjada, crear nous vincles i relacions intergeneracionals, connectar la gent amb l'entorn i la comunitat en la qual viu, i promoure la participació ciutadana i el canvi social. La seva activitat principal consisteix a fer acompanyament a gent gran (i altres grups poblacionals vulnerables) d'una manera molt original: a través de passejos amb un tricicle elèctric especialment adaptat que a la part del davant té un banc en el qual poden seure fins a dues persones.



Imatge 1. Sortida amb el tricicle. Elaboració pròpia.

Els tricicles són conduïts per persones voluntàries que reben una formació teòrica i pràctica sobre el seu maneig i el projecte. Aquesta formació posa molt el focus en els cinc principis bàsics que guien les accions emmarcades dins aquest moviment i que s'espera que les persones integrin durant l'acció de voluntariat:

1. Generositat: «En bici sense edat» es basa en la generositat i amabilitat, característiques que impregnen totes les activitats incloses en el projecte. L'activitat principal (passejos en tricicle) és un acte senzill que gairebé qualsevol persona pot fer, independentment de si es pot involucrar de manera continuada o més puntual en el projecte. El voluntariat no només se centra en les sortides, sinó que també es contemplen altres formes de col·laboració per afavorir la participació ciutadana.
2. Ritme pausat: pedalar amb calma i tranquil·litat permet estar present en el moment, interactuar amb l'entorn i ser part de la vida i el dia a dia de la zona per la qual es passeja, a més de facilitar la interacció amb les persones que es coneixen en les



sortides. Durant els passejos hi ha d'haver temps per aturar-se, xerrar i compartir sense presses.

3. **Històries:** les persones, especialment la gent gran, tenen moltes històries, coneixements i vivències sobre l'entorn i la vida a la comunitat que seran oblidades si no compartim temps amb elles i les escoltem. Mentre anem amb el tricicle, contem unes històries i n'escoltem d'altres, animant que es comparteixin perquè no caiguin en l'oblit.
4. **Relacions:** els passejos pretenen facilitar la creació de vincles nous, principalment entre generacions, que van més enllà dels que puguin sorgir entre les persones voluntàries i les persones destinatàries de l'activitat. Altra gent gran, familiars, personal dels centres i les residències, de l'entitat coordinadora, etc. estan presents en el dia a dia del projecte i, per tant, es connecten entre elles, fent possible que sorgeixin oportunitats de relació basades en la confiança i que, per la seva natura i el context en el qual es produeixen, aportin felicitat i contribueixin a la millora de la qualitat de vida.
5. **Sense edat:** la vida no s'atura de viure quan arribes a certa edat, sinó que esdevé al llarg de tota la nostra existència. Mai no és tard per gaudir de noves experiències, conèixer més gent i ser part activa de l'entorn. Per això, aquest projecte vol facilitar que les persones envelleixin en un context positiu, essent conscients de les oportunitats que tenen, i fomentar el bon tracte a les persones, especialment a la gent gran.

Tot i que tots els principis són importants per igual, el que defineix sense dubte aquest moviment és el de la generositat, ja que està molt present també en el format del projecte. Qualsevol persona o entitat que tingui certa organització i estructura pot formar part d'aquesta comunitat i, amb el suport de l'entitat matriu (*Cycling without age*) o d'altres entitats més properes geogràficament, posar-lo en marxa al seu entorn. D'aquesta manera es poden convertir en centres coordinadors del projecte (o «capítols», com els anomenen) que n'impulsin l'inici o la consolidació a diferents punts i contribueixin, així, a difondre el missatge que defensa, la perspectiva que té sobre l'envelliment i, el que és més important, la promoció de la participació ciutadana i el voluntariat com a vehicle per transformar la societat.

3.3. Els principals beneficis

«En bici sense edat» és un projecte que no deixa indiferent a ningú i que ha demostrat tenir uns beneficis que arriben, de diferents maneres, a totes les persones implicades en els passejos, ja siguin les persones destinatàries directes (gent gran), les persones voluntàries, els centres i serveis que fan les derivacions o la societat en general.



Alguns dels efectes més importants del projecte s'han observat, com era d'esperar, entre la gent gran. Des de l'inici i ja durant els primers mesos de funcionament del projecte, les persones voluntàries i el personal de les residències varen ser testimonis de com persones que pràcticament no es comunicaven, xerraven i interactuaven durant el passeig; com es reduïa l'agressivitat en persones amb demències després del passeig; i com persones amb ceguesa apreciaven molt positivament l'activitat perquè els oferia altres estímuls (olors de l'entorn, renou de la natura, sentir el vent, etc.) (Kassow, 2014).

Amb el temps s'han realitzat diferents investigacions sobre aquest projecte que apunten que la metodologia que s'utilitza i la seva activitat principal (passejos amb el tricicle) tenen efectes positius sobre el benestar de la gent gran (Eghoj, 2021; Cotnam, 2020) pels motius següents:

- L'atenció directa que proporcionen les persones voluntàries és clau perquè la gent gran tingui una bona experiència i gaudeixi d'aquesta activitat.
- Els passejos permeten que hi hagi una major estimulació sensorial, diferent a la que es té en el dia a dia de la residència o del centre: permet sentir el vent a la cara i els clots del carrer (tàctil); se senten les olors de la ciutat, dels parcs, de les cafeteries i botigues, etc. (olfacte); es veuen diferents paisatges (vista); s'accedeix als sons del carrer, les places, les escoles, els parcs, etc. (oïda); i es poden tastar coses diferents de les que habitualment mengen si s'aturen a prendre alguna cosa (gust).
- L'activitat dona resposta a necessitats psicològiques bàsiques imprescindibles per tenir una bona salut mental, ja que permet exercir l'autonomia (la persona tria si vol participar i on anar), les seves habilitats i competències (conversa amb altra gent, recorda coses, narra històries, planifica pel futur, etc.) i sentir-se important i part de l'entorn. La possibilitat de recordar coses i compartir-les amb altres persones ajuda a millorar la salut mental i la qualitat de vida.
- S'observen canvis significatius a curt termini relacionats amb l'estat d'ànim i el benestar, directament atribuïbles a les sortides amb el tricicle.

Les sortides en tricicle han demostrat tenir un impacte immediat en la millora de l'estat d'ànim de la persona—independentment de factors externs que hi puguin interferir (durada, climatologia, etc.)—i de la seva percepció de satisfacció vital (Ahrensberg et al., 2025). A través d'aquesta activitat es fomenta la socialització, la reminiscència i sentir-se connectats amb l'entorn, la qual cosa es tradueix en el desenvolupament del sentiment de pertinença i en la millora del benestar psicològic (autoestima, confiança, ànims) i repercuteix directament en la disminució dels sentiments de solitud i aïllament (Staines et al., 2024).



Actualment, investigacions nacionals posen el focus específicament en l'impacte que aquest projecte té sobre les persones voluntàries (Universitat Politècnica de Catalunya, s.d.) i, tot i que encara es tracta d'una feina en progrés, els anys de funcionament i la comunitat que s'ha creat al seu voltant ha permès, de manera més informal i a través d'altres estudis que abordaven aquest aspecte transversalment (Ahrensberg et al., 2024), recollir informació que permet fer les següents afirmacions respecte d'aquesta activitat de voluntariat:

- Hi ha una sensació generalitzada que a través d'aquesta activitat es rep molt més del que es dona, especialment pels sentiments positius que aporten les interaccions socials que es donen de manera natural durant l'activitat.
- L'acció de voluntariat es reforça positivament gràcies a les reaccions de les persones destinatàries i de les persones amb les quals s'interacciona durant els passejos.
- Destaquen millores en la salut social i emocional, vinculades als fets de fer una activitat exterior, conèixer persones noves i compartir històries.

El personal dels serveis i entitats que atenen de manera diària la gent gran que es beneficia d'aquesta activitat també reporta beneficis en l'estat d'ànim de les persones participants, les seves habilitats i les seves relacions i interaccions amb ells, ja que, entre altres, les sortides propicien converses noves (els residents poden explicar el que han fet), una sensació de rejoeniment que fa que es trobin millor físicament i mentalment, i dona un propòsit que els anima a esforçar-se, especialment els dies de les sortides (Ahrensberg et al., 2024).

3.4. L'arribada a Mallorca

«En bici sense edat» arriba a Mallorca de la mà de la Fundació Mallorca Integra, entitat fundada l'any 2018 que promou la integració i la inclusió social a través de l'oci i l'esport, l'acompanyament i la sensibilització de la societat, entre d'altres. Després de la pandèmia, l'entitat comença a desenvolupar els primers projectes dirigits a gent gran i és en aquest moment quan, especialment dins l'àmbit de la intervenció comunitària, es posa en rellevància el gran repte que representa per a les entitats, i la societat en general, la prevenció i/o intervenció sobre la solitud no desitjada. Sempre cercant noves maneres d'abordar les necessitats i problemàtiques socials, a principis de l'any 2024 comença a treballar en la posada en marxa d'aquest projecte al nostre entorn com a eina per prevenir o pal·liar la solitud no desitjada entre la gent gran, però no és fins a finals d'any quan, gràcies a la col·laboració de dues empreses privades, s'aconsegueixen els recursos per adquirir el primer i, fins a la data, únic tricicle.





Imatge 2. Participació a la Diada ciclista de Sant Sebastià. Elaboració pròpia.

Per a la implementació del projecte a la nostra comunitat, l'entitat s'ha recolzat, per una part, en la informació proporcionada per l'entitat matriu (*Cycling without age*) i la formació i el coneixement compartit per «En bici sense edat Catalunya», associació que gestiona el projecte a Barcelona i voltants des de l'any 2016. Per l'altra, ha tingut en compte els reptes i els aprenentatges als quals altres entitats han fet front durant la seva execució. D'aquesta manera, s'han pres en consideració els elements que semblen clau per a la posada en marxa i promoció de l'activitat en contextos residencials, com són els factors contextuals (ubicació dels centres, característiques dels residents, estructura i organització, objectius estratègics, etc.) i les persones implicades en la promoció de l'activitat (coordinadors de centres, personal d'atenció directa, coordinador de l'entitat, voluntariat i persones destinatàries) (Schwenn, 2022).



Tenint tot això en compte, s'havia programat i coordinat que el projecte pilot es realitzés amb serveis públics que proporcionen atenció continuada a gent gran, però els temps necessaris per a la realització de certes gestions burocràtiques han fet que la intervenció amb aquests centres s'hagi hagut de posposar fins al segon semestre de 2025. D'aquesta manera, els primers passejos s'han realitzat amb persones usuàries d'entitats com ELA Balears o Associació Siloé, a més de amb gent gran derivada de manera particular al projecte.

Tot i aquestes variacions, podem afirmar que l'inici del projecte i les sensacions i testimonis recollits durant aquests primers mesos de passejos estan mostrant efectes prometedors. Després de tres jornades formatives, s'ha constituït un equip de dotze persones voluntàries (7 homes i 5 dones, de 37 a 68 anys) que, amb dedicació variable al projecte segons la disponibilitat de cada una, s'encarreguen de realitzar les sortides amb el suport de la coordinadora del projecte, que és qui n'assumeix la gestió i el bon funcionament, desenvolupant tasques com la captació i formació de voluntariat, la difusió entre potencials entitats o serveis destinataris, la comunicació i coordinació de les sortides amb centres i voluntariat, etc.

Les sortides, que han tingut una durada d'entre 40 minuts i 2 hores i mitja, s'han realitzat tant per fer activitats individuals amb la persona destinatària com per a participar en una activitat comunitària. En el primer cas, ens trobem amb participants com Isabel (91 anys), que durant el primer passeig va compartir que l'havia fet recordar quan era jove i anava en bicicleta, però que la millor cosa que s'enduia era que l'havia fet pensar molt en el seu home, gran aficionat al ciclisme, i, amb una rialla, deia «si em ves en aquesta bici!». Un altre cas és el de Pep (68 anys i malalt d'ELA), que va fer la sortida acompanyat de la seva dona, i varen compartir que l'activitat els havia donat l'oportunitat de fer una cosa junts, anant al mateix nivell (habitualment, ell va en cadira de rodes) i fent que ella, que és la seva cuidadora principal, es pogués oblidar d'aquest rol per un moment, gaudir de «ser passejada» i no tenir més responsabilitats que fer una xerradeta, mirar per on anaven i anar agafats de la mà. A les persones ateses al servei residencial de Siloé, l'activitat els ha permès rompre la rutina i tenir noves experiències que ofereixen un nou entorn de socialització, estar en contacte amb altra gent i connectar amb la ciutat.

Per la seva part, Bàrbara (84 anys) va assistir amb el tricicle a una activitat comunitària: la Diada ciclista de Sant Sebastià, realitzada al gener de 2025 i en la qual va participar per primera vegada gràcies a aquest projecte. Quan la varen anar a recollir, es notava que havia dedicat una part del matí a arreglar-se: s'havia maquillat, anava perfectament pentinada i s'havia mudat. La sortida va ser tot un èxit i la va resumir en una frase: «m'ha fet sentir com una reina!». El tricicle va fer que la gent s'acostés a xerrar amb el grup per saber de què es tractava i que interaccionessin molt amb ella, demanant-li si



anava còmoda, admirant la bicicleta, fent bromes i, en el cas dels nins i nines, saludant constantment.

Pel que fa a les persones voluntàries implicades en el projecte, reporten sentiments de satisfacció després de les sortides i expressen que estan coneixent persones i històries molt interessants i inesperades, que fan que tinguin una altra mirada cap a elles, ja que mai saps què han viscut o fet durant la seva trajectòria vital.

4. Conclusions

«En bici sense edat» ens proporciona una oportunitat per intervenir sobre la problemàtica de la solitud no desitjada a través d'una acció de voluntariat innovadora, original i amb resultats provats. L'ampli recorregut d'aquest moviment arreu del món i en diferents contextos fa que apostar per aquest model d'intervenció sigui una passa lògica donades les dificultats actuals existents en l'abordatge d'aquest repte social.

No podem oblidar que els sentiments de solitud no desitjada es troben més presents a l'adolescència i entre la gent gran, però no són només propis d'aquestes dues etapes, sinó que es poden experimentar al llarg de tot el cicle vital (Pedrero et al., 2023; Martín i González, 2021). És per això que la importància d'aquest projecte no només radica en els beneficis i l'impacte que té en la gent gran, sinó també en totes les altres persones involucrades directament i indirectament en ell, especialment les persones voluntàries, motor i part imprescindible de l'acció que es realitza.

Tot i que encara és necessari invertir en estudis que avaluin el seu impacte a llarg termini, creiem que els resultats immediats són suficientment bons i importants com per justificar l'inici d'aquest projecte, treballar per consolidar-lo i donar-li continuïtat. L'efecte més mencionat i valorat a curt termini és que aquesta activitat alleugereix la solitud no desitjada, ja que permet a la gent participar en una activitat que veuen com a important i significativa, que els connecta i fa partícips de la comunitat, que els ajuda a rompre la monotonia del dia a dia i que els permet reconnectar amb ells mateixos (Lange et al., 2024; Alves et al., 2023). Sentir-se escoltat i part de la comunitat és clau a qualsevol etapa vital per cultivar el sentiment de pertinença i de rellevància social. És per aquest motiu que no s'ha d'obviar tampoc l'oportunitat que aquest projecte proporciona de compartir vivències del passat en un ambient social informal, que afavoreix que es comparteixin records i memòries que tendeixen a ser bons o positius sobre la seva història de vida (Staines et al., 2024).

Com hem pogut veure, els testimonis recollits després de la implementació del projecte a Palma apunten que els seus efectes i resultats aniran en la mateixa direcció que en



la resta de llocs on és present. Esperem que aquesta primera prova pilot, encara en desenvolupament, pugui servir per donar a conèixer «En bici sense edat» al nostre entorn i fer possible que, a través d'aliances estratègiques amb l'administració i altres entitats, arribi a altres punts de la nostra comunitat autònoma.

Agraïments

Gràcies a la Fundació 'la Caixa', Caixabank i BMW Proa Premium pel suport i col·laboració en la implementació d'aquest projecte a Palma.



Referències bibliogràfiques

Ahrensberg, H.; Jorgensen, A.; Ramussen, M.; Eghoj, M.; Toftager, M. i Bjork Petersen, C. (2024). *When Movement Moves: An evaluation of participation in Team Twins and Cycling without age*. The Norwegian Institute for Public Health. 978-87-7899-638-1

Ahrensberg, H.; Eghoj, M.; Rasmussen, M.; Jorgensen, A.; Toftager, M. i Bjork, C. (2025). «Life satisfaction and mood assessment of Danish nursing home residents' participation in Cycling without age: A pre/post 16-to 20-week evaluation». *Journal of Gerontological Nursing*, 12, p. 1-8. <https://doi.org/10.3928/00989134-20250505-03>

Alves, H.; Martins, S. i Guedes, J. (2023). *Relatório final de avaliação: Projeto PSIP "Pedalar Sem Idade Porto"*. ISSSP, Instituto Superior de Serviço Social do Porto: Sra. Da Hora.

Cotnam, V. (2020). *Exploring the effects of the Cycling Without Age Program on older adults living in long-term care* [Treball de fi de master, The University of Western Ontario]. Repositori Scholarship@Western. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/7374>

Cycling without age (s.d.). *Cycling without age facts*. <https://cyclingwithoutage.org/>

Durán, J. C.; Martínez, S. i Ramon, J. (2023). *Guía para el acompañamiento de la soledad no deseada en personas mayores*. Cooperativa La Sembra.

Eghoj, M. (2021). *A Shared journey towards mental Health: nursing home residents' participation in Cycling without age* [Treball de fi de master, University of Southern Denmark]. Repositori de la Facultat de Ciències de la Salut.

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

Hong Teo, R.; Hui Cheng, W.; Jie Cheng, L.; Lau, Y. i Tiang Lau, S. (2023). «Global prevalence of social isolation among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis». *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 107 (2): 104904. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2022.104904>

Institut Nacional d'Estadística (2025, 12 de maig). *Mujeres y Hombres en España 2023*. https://ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=125473



5110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout&param1=PYSDetalle&param3=1259924822888

Kassow, O. (2014, 3 d'octubre). *Cycling without age* [vídeo]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=O6Ti4qUa-OU&t=4s>

Lange, S. K.; Stig, M. H.; Eghoj, M. i Petersen, C.B. (2024). «Can we steer nursing home residents away from loneliness? A qualitative study of Cycling without age». *Geriatrics*, 9 (4), p. 88-102. <https://doi.org/10.3390/geriatrics9040088>

Lluch, F. D. (2024). «La soledat i la gent gran a les Illes Balears: situació actual i projecció de futur». *Anuari de l'envelliment de les Illes Balears*, p. 230-286. ISSN: 2174-7997

Martín, U. i González, Y. (2021). «Soledad no deseada, salud y desigualdades sociales a lo largo del ciclo vital». *Gaceta Sanitaria*, 35 (5), p. 432-437. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.010>

Organització Mundial de la Salut (2021). *Social Isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. ISBN 978-92-4-003074-9

Pedrero, E. J.; Haro, A.; Sevilla, J. V. i Díaz, E. (2023). «La soledad: asociación con la salud mental en un estudio poblacional». *Psicología conductual*, 31 (3), p. 463-478. <https://doi.org/10.51668/bp.8323302s>

Sancho, P.; Sentandreu-Mañó, T.; Fernández, I. i Tomás, J. M. (2022). «El impacto de la soledad y la fragilidad en el bienestar de los mayores europeos». *Revista Latinoamericana de Psicología*, 54, p. 86-93. <https://doi.org/10.14349/rlp.2022.v54.10>

Schwenn, K. (2022). *Evaluering af Cykling under alder. En realistik evaluering af hvordan og hvorfor Cykling uden alder virker i en bestemt kontekst* [Treball de fi de màster, Universitat de Copenhagen]. Repositori de la Facultat de Ciències de la Salut Pública.

Staines, R.; Bittner, M. i Atkinson, P. (2024). *The impact and purpose the Cycling without age program has on service users and carers experiences*. [Treball de fi de grau, Curtin University]. Repositori de la Facultat de Ciències (Teràpia Ocupacional).

Universitat Politècnica de Catalunya (s.d.). *Cycling to Care (C2C)*. <https://canviaelmon.upc.edu/ca/compromis-social/iniciatives/c2c>



Autora

CATALINA MIRALLES BAUZÀ

Palma, 1988. Llicenciada en Psicologia per la Universitat de Barcelona. Màster en Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família per la Universitat de les Illes Balears. Cofundadora de la Fundació Mallorca Integra.

Ha treballat a diferents entitats en projectes adreçats a persones amb discapacitat intel·lectual, gent gran i persones amb trastorns de salut mental a l'àmbit de l'educació, l'oci i l'esport, i l'acompanyament social, entre d'altres. Actualment, forma part del patronat i l'equip tècnic de la Fundació Mallorca Integra.





LA NARRACIÓ ORAL COM UN PONT INTERGENERACIONAL DE CULTURA, VITALITAT I AFECTE



La narració oral com un pont intergeneracional de cultura, vitalitat i afecte

María Rosa Solsona Roig
Flavia Mertehikian Barrientos
Mar Ferragut Rámiz



Resum

El Club de los Abuelos Narradores és una iniciativa nascuda a Mar del Plata (Argentina) l'any 1984. El programa consisteix que gent gran expliqui contes tradicionals i poemes a infants de diverses institucions educatives, com ara llars d'infants i centres d'educació infantil. Es tracta d'un voluntariat que requereix sessions formatives, fomenta la trobada intergeneracional i genera múltiples beneficis per a ambdues parts implicades. Aquest programa, que es pot reproduir a qualsevol lloc del món, va ser fundat per l'escriptora María Rosa Solsona Roig, resident a Palma, i ja ha superat els 40 anys d'activitat ininterrompuda.

Había una vez, hace 40 años... és un documental realitzat per Flavia Mertehikian, qui ha registrat la tasca d'aquests «padrins i padrines contacontes» al llarg de tot un curs lectiu. La pel·lícula permet descobrir de manera observacional l'entrellat i els esdeveniments d'aquest grup, des de l'acció conjunta fins a la història individual dels seus protagonistes, i mostra a l'espectador, de manera clara, els beneficis que el projecte té per a ambdues generacions participants. Pel que fa a les persones grans, el documental mostra clarament què els aporta el projecte, en una societat que tendeix a marginar-les o invisibilitzar-les, perdent la possibilitat d'aprofitar el seu bagatge cultural i la seva memòria. La cinta també permet veure com el programa esdevé la millor recepta per combatre l'aïllament social, la solitud i el deteriorament tant físic com cognitiu.

L'estrena d'aquest documental en diversos festivals durant el 2024 suposa l'excusa perfecta per aprofundir en la dinàmica d'aquest programa de trobada generacional. Així, en aquest article analitzarem aquesta experiència des de tres perspectives: la de la fundadora del programa cultural (María Rosa Solsona), la de la directora de la pel·lícula (Flavia Mertehikian) i la d'una periodista especialitzada en temes relacionats amb l'envelliment (Mar Ferragut), tot això sota la premissa que la literatura, l'afecte i les relacions intergeneracionals són essencials per a la gent gran i amb la certesa que la narració oral és un llegat de valor incalculable per als infants.

Resumen

El Club de los Abuelos Narradores es una iniciativa nacida en Mar del Plata (Argentina) en 1984. El programa consiste en que personas mayores vayan a contar cuentos tradicionales y poemas a niños de diversas instituciones educativas, como guarderías y centros de educación infantil. Se trata de un voluntariado que requiere sesiones formativas, fomenta el encuentro generacional y genera múltiples beneficios para ambas partes implicadas. Este programa, que se puede reproducir en cualquier lugar del mundo, fue fundado por la escritora María Rosa Solsona Roig, residente en Palma, y ha superado ya los 40 años de actividad ininterrumpida.



Había una vez, hace 40 años... es un documental realizado por Flavia Mertehikian que ha registrado la tarea de estos «abuelos y abuelas cuentacuentos» a lo largo de todo un ciclo lectivo. La cinta permite ir descubriendo de manera observacional los entresijos y devenires de este grupo, desde la acción conjunta a la historia individual de sus protagonistas, y muestra al espectador de forma clara los beneficios que el proyecto tiene para ambas generaciones participantes. En lo que se refiere a las personas mayores, la cinta muestra de forma clara lo que el proyecto les aporta, en una sociedad que tiende a marginarles o invisibilizarles, perdiendo la posibilidad de aprovechar su bagaje cultural y su memoria. La cinta también permite ver cómo el programa se convierte en la mejor receta para combatir el aislamiento social, la soledad y el deterioro tanto físico como cognitivo.

El estreno de este documental en distintos festivales en 2024 supone la excusa perfecta para profundizar en la dinámica de este programa de encuentro generacional. Así, en el presente artículo analizaremos esta experiencia a partir de tres perspectivas: la de la fundadora de este programa cultural (María Rosa Solsona), la de la realizadora de la película (Flavia Mertehikian) y la de una periodista especializada en temas relacionados con envejecimiento (Mar Ferragut), todo ello bajo la premisa de que la literatura, el afecto y las relaciones intergeneracionales son esenciales para las personas mayores y con la certeza de que la narración oral es un legado invaluable para los niños.

1. Introducció

1.1. De la creació del *Club de Abuelos Narradores de Mar del Plata*.

El **Club de Narradores Los Abuelos Cuenta Cuentos** va néixer a la ciutat argentina de Mar del Plata. Aquesta experiència es desenvolupa de forma ininterrompuda des de 1984 i ha suposat que els narradors formats en aquest espai han deixat la seva empremta en milers de nins de la ciutat, en les seves famílies i en docents. Al llarg d'aquests anys hem presenciat el valor inestimable d'aquesta tasca sociocultural: s'ha pogut constatar com l'estimulació i l'enfortiment de vincles amb iguals i amb la comunitat que els rep i el treball cognitiu, físic, cultural i social que desenvolupen per poder tirar endavant la seva tasca com a narradors, potencia la salut, la vitalitat i la qualitat de vida dels adults grans, a més d'enfortir els seus vincles amb la societat i estimular un intercanvi intergeneracional molt enriquidor.



La concreció d'aquest projecte s'ha basat en la recerca i l'estudi de les idees de destacats especialistes en educació i desenvolupament humà, les obres dels quals han estat una guia constant. Investigadors com Noam Chomsky, i el seu significatiu desenvolupament sobre el llenguatge; Bruno Bettelheim, que va desentranyar el profund significat dels contes de fades; Graciela Montes i Ana Pellegrini, referents de la literatura infantil argentina i que amb les seves reflexions sobre el poder de la paraula i la imaginació varen nodrir el meu enfocament; Tzvetan Todorov, amb les seves anàlisis de la narrativa; i Jean Piaget, les etapes del desenvolupament cognitiu del qual ens ajuden a comprendre com els nins es relacionen amb les històries; han estat fonamentals en el meu camí. La bibliografia dels meus treballs sempre ha reflectit aquest diàleg amb els seus pensaments, així com la invaluable guia de professionals com Dora Pastoriza de Echevarne i María Adelia Díaz Ronner, les quals em varen brindar eines pràctiques i conceptuals essencials.

Com a docent, i en el meu rol de responsable d'àrees vinculades a l'educació i la cultura, així com en la meua experiència privada com a mare de tres fills i padrina de set netes, sempre he mantingut una profunda convicció sobre el valor afectiu i la transcendència dels contes en la vida dels infants, des dels seus primers contactes amb el llenguatge. Va ser aquesta convicció la que em va impulsar a presentar, el 1984, un projecte que vaig considerar innovador a l'ajuntament de Mar del Plata, a l'Argentina, centrat en el poder de la transmissió oral i de l'acostament intergeneracional com un factor de salut i desenvolupament per a dos grups fonamentals: nines i nins petits i gent gran.

La meua proposta era senzilla, però amb una profunda vocació inclusiva: per ser narrador no es requerien estudis formals previs, només la voluntat d'adquirir eines bàsiques de narració, coneixements generals sobre literatura infantil i un maneig expressiu de la veu i el gest. Aquesta obertura va permetre que un nombre creixent de persones se sumàs amb entusiasme a la iniciativa, duent la màgia dels seus relats a parcs i platges, sembrant la imaginació en els nins i també en els adults que s'acostaven a escoltar. La recepció d'aquesta proposta va superar les expectatives per la qual cosa vaig proposar la creació d'un espai més estructurat: un *Club de Narradores* integrat per adults grans i desenvolupat a les escoles locals. Per concretar aquesta idea, tenia el suport, la creativitat i la trajectòria de la professora de teatre Silvia Ferragine, qui va assumir amb dedicació la responsabilitat de la formació en veu i expressió dels narradors i va sostenir la presència del *Club de Narradores* a la ciutat durant anys, formant futurs coordinadors.

Nous narradors i nous coordinadors han anat transitant-lo, sempre amb els objectius d'apropar la paraula narrada, els contes, aprofundint vincles, promovent el manteniment d'una memòria viva, el desenvolupament i l'alegria, i la trobada entre adults grans i nines i nins petits.



1.2. Memòria d'objectius i accions

Els objectius plantejats des d'un principi varen ser:

- Reivindicar el valor intrínsec de la transmissió oral com una forma poderosa de coneixement i connexió humana.
- Fomentar la recuperació de la memòria individual i col·lectiva en els adults majors.
- Promoure una trobada enriquidora entre les diferents generacions.

Pel que fa al valor de la transmissió oral, aquesta iniciativa ressona amb les teories sobre la importància del llenguatge i la narració en la construcció de la identitat i la transmissió cultural. Tot i que el seu auge va ser posterior, les idees de Walter Ong en la seva obra *Oralidad y Escritura* ja circulaven en certs àmbits acadèmics, destacant el poder de la paraula parlada en la configuració del pensament i la memòria en les cultures orals. En el nostre context argentí, la rica tradició del relat oral, present en les nostres cultures originàries i en les narratives populars, atorgava una base cultural sòlida a la meua proposta. Al seu torn, la transmissió oral s'enllaça amb el plaer de contar, però també amb la recuperació de la memòria. I en parlar de memòria feim referència tant a la memòria històrica com a la memòria individual. Els nostres narradors majors s'enfrontaven, moltes vegades, al temor de no poder recordar. I va ser en l'acció reiterada i organitzada mitjançant exercitacions dissenyades per treballar sobre la seva seguretat i la seva memòria, sumada a l'acció amorosa d'aquest acte de «contar contes», com els nostres narradors recuperaven la seva capacitat de retenir, memoritzar i narrar llargues històries, reafirmant-los.

Si bé la investigació específica sobre els beneficis de la narració oral per a la memòria en adults grans sense patologies neurològiques era incipient el 1984, les meves observacions empíriques en aquest projecte varen ser consistents amb troballes posteriors en el camp de la neuropsicologia i l'estimulació cognitiva. La pràctica de recordar i narrar històries activa àrees del nostre cervell associades amb la memòria, el llenguatge i la funció executiva. En un país amb una creixent població d'adults grans, aquests espais oferien una forma creativa i molt significativa de promoure el benestar i la participació social.

Pel que fa a l'objectiu de l'aprenentatge intergeneracional, la idea d'involucrar adults grans com a narradors a les escoles es va fonamentar en el que, intuïa, eren els profunds beneficis de la trobada entre generacions. A la ciutat de Mar del Plata hi ha molta població migrant, tant adults grans que trien la ciutat com a lloc per retirar-se després de la jubilació, com famílies joves de l'interior del país i d'altres països de Llatinoamèrica que s'instal·len a la ciutat per treballar. Això genera que hi hagi un percentatge important de la població on padrins i nets no resideixen a la mateixa ciutat.



Apropar l'experiència d'un «padrí contacontes» a nins petits no només complia objectius pedagògics, culturals o de salut cognitiva, sinó que cercava cobrir també alguns buits emocionals en sectors importants de la nostra població. L'experiència del programa «Abuelos Cuenta Cuentos» va reflectir els efectes positius d'aquest contacte, tant per als infants (en el seu desenvolupament social i emocional, i en l'adquisició de valors) com per als adults grans (en el seu sentit de propòsit, estimulació cognitiva i reducció de l'aïllament). En un país on la memòria històrica i la transmissió d'experiències eren tan crucials, aquesta iniciativa ofería un pont valuós, tant cognitiu com emocional entre les generacions.

En el seu origen, aquest projecte s'inscrivía en un context on, malgrat les difícils circumstàncies polítiques i socials de l'Argentina el 1984, existia una rica tradició pedagògica i una creixent valoració del rol de la cultura i l'educació en la reconstrucció del nostre teixit social. Per això es varen tenir en compte diversos plans de treball:

- **En relació amb el rol de la comunitat i la cultura.** Es va presentar el projecte a l'Ajuntament de Mar del Plata. Això cercava aconseguir un suport institucional i comunitari que donàs arrelament i continuïtat a una iniciativa cultural i educativa local. En un context on la participació ciutadana i la revitalització dels espais públics eren tan rellevants, la proposta ofería una forma positiva d'apropiació de l'espai públic a través de la paraula compartida i la trobada humana.
- **En relació amb la recuperació de la memòria individual i col·lectiva dels adults grans.** Es va treballar amb professionals en les àrees de literatura, pedagogia, teatre, expressió corporal i pedagogs, entre d'altres, per consolidar un programa que complís amb exercicis adequats per al manteniment i la preservació dels recursos cognitius i la memòria emotiva dels participants en les activitats. El treball es va realitzar, tal com s'explica anteriorment, amb persones sense patologies neurològiques preexistents ja que l'objectiu no era tractar aquest tipus de problemes sinó desenvolupar un programa de prevenció, promoció de qualitat de vida i intercanvi cultural intergeneracional. Les pràctiques desenvolupades tenien a veure amb la narració, la retenció de contes i cançons, el moviment expressiu, l'ampliació de recursos comunicacionals, utilitzant-se diferents tipus d'exercicis de veu, d'expressió corporal, de lectures de contes i una orientació general per a la selecció adequada dels materials a narrar segons les diferents edats dels infants.
- **La literatura infantil i el desenvolupament emocional.** L'elecció de la literatura infantil com el cor del repertori narratiu sempre va estar lligada a les idees de Bruno Bettelheim sobre la funció catalitzadora dels contes de fades, proporcionant als infants eines simbòliques per comprendre les seves emocions i el món que els envolta. A l'Argentina, autores com Graciela Montes sempre varen emfatitzar la



capacitat única de la literatura per despertar la imaginació i el pensament crític en els nostres nins. És per això que es va treballar amb els narradors en la comprensió conceptual general del que impliquen els contes infantils i la seva elecció per complir amb la missió dels «Abuelos Cuenta Cuentos». Donar aquestes eines als participants del Club, i no només donar-los una selecció de llibres a aprendre, els donava la possibilitat de triar conscientment el material a desenvolupar i ser participants responsables de les seves eleccions, la qual cosa representava reconèixer-los capacitat i autonomia en la seva tasca.

- **Pel que fa a la trobada intergeneracional.** Els narradors es varen inserir com a voluntariat, en un treball conjunt amb la Secretaria d'Educació de l'Ajuntament de Mar del Plata (Municipalitat de General Pueyrredón) en escoles bressol de barris perifèrics de la ciutat. En aquestes escoles i escoles es troba la major quantitat de nins i nines els pares dels quals treballen tot el dia fora de casa i un percentatge molt alt són migrants a la ciutat, per la qual cosa molts d'aquests nins no tenen padrins amb els quals connectar-se quotidianament. Aquest contacte entre els petits i els narradors va donar fruits molt enriquidors a nivell comunitari. Comentaris escrits per docents, pares i narradors, reflectits en els informes escolars i dos llibres escrits i publicats sobre el Club de Narradores, donen compte d'aquest enriquiment compartit i la valoració d'aquestes experiències, que tenen encara avui continuïtat i vigència.

2. Una longeva i saludable trobada intergeneracional

L'experiència d'aquests quaranta anys ha estat profundament reveladora. Un dels fruits més gratificants va ser observar com persones que inicialment dubtaven de la seva capacitat per recordar, a través d'exercicis específics i la pràctica constant de la narració, experimentaven una millora notable en la memòria. És important tornar a assenyalar que es treballa amb persones sense lesions neurològiques i que aquesta experiència es basa en la tasca realitzada en aquest context particular, sense pretendre generalitzar els resultats a altres camps o disciplines. Els objectius proposats de fomentar la transmissió oral, el plaer de contar històries i, amb això, enriquir la qualitat de vida dels participants es varen complir de manera molt profitosa i continuen desenvolupant-se i evolucionant. Els beneficis tangibles varen incloure l'enfortiment de la trobada intergeneracional, l'estimulació de la memòria en els adults grans i l'aprofundiment dels vincles afectius, tant entre els narradors com a iguals, com amb els nins que rebien aquest regal amorós de les històries.

L'experiència desenvolupada a Mar del Plata no va ser només una pràctica pedagògica i cultural efectiva, sinó que es va anticipar a molts dels fonaments teòrics que posteriorment es varen desenvolupar en camps tan diversos com la literatura infantil,



la psicologia del desenvolupament, la gerontologia i els estudis sobre l'oralitat. La visió de connectar generacions a través del poder màgic de les històries va deixar una empremta inesborrable a la nostra comunitat i va establir un precedent valuós per a futures iniciatives.

Avui, quaranta anys després de la seva creació, veig reflectit el fruit de tota aquesta experiència a la pel·lícula documental de Flavia Mertehikian ***Había una vez, hace 40 años...*** En aquest segle XXI travessat i resignificat pels mitjans audiovisuals com a forma de comunicació, difusió i fins i tot com a estratègia pedagògica, trobar-nos amb aquest treball documental que rescata aquesta experiència per al món és realment un valor agregat que possibilitarà replicar aquesta tasca en diferents escenaris, potenciant-lo en nous espais amb les característiques pròpies de cada cultura o mirada que pugui valorar-lo i reinventar-lo. A la pel·lícula es reflecteix generosament aquesta tasca desinteressada i amorosa dels *Narradores*: es poden veure «Abuelos Narradores» de l'actualitat transitant els nostres carrers i escoles, superant tota mena d'obstacles per arribar a aquest instant de contacte amb nins que els reben amb els braços oberts, complint somnis i sentint el valor de la seva tasca i de la seva experiència. Aquesta llavor que sembrarem fa 40 anys, avui és un veritable «arbre de les memòries», tal com el descrivim en el nostre primer llibre quan complim els primers deu anys d'aquest meravellós projecte, quan encara només podíem somiar que aquest projecte seguiria enllaçant mons com avui continua fent-ho.

3. La pel·lícula documental

3.1. Registrar una experiència invisibilitzada

Flavia Mertehikian com a documentalista i realitzadora del documental *Había una vez hace 40 años...*, la motivació principal ha estat poder transmetre els immensos beneficis d'aquest viatge intergeneracional que es produeix en una època on els ancians a tot el món pateixen aïllament social, vinculat a la soledat, la depressió i al decaïment tant físic com mental. Com a directora, el meu objectiu ha estat sempre que aquest llargmetratge transmeti amb el major respecte i amor per als nostres adults majors l'experiència d'aquest programa de convivència, perfectament reproducible en qualsevol altre lloc del planeta.

La fi d'aquest informe és compartir les nostres vivències, des de l'aparició del tema, el seu desenvolupament i investigació fins al dia de l'estrena en cinemes i el seu impacte. Una sort de bitàcola a través d'aquest treball documental on queda palès que la literatura, l'afecte i les relacions personals són poderoses teràpies en la vellesa. La narració oral pot ser una medicina sanadora per al cor i el millor llegat per a les noves generacions.



La realitat és que aquest voluntariat, malgrat els 40 anys que duu en vigència, passa desapercebut per a molts dins la seva pròpia ciutat. En el meu cas vaig descobrir aquest club per l'odontòloga Delia Pezatti, amiga de la meua família que, arribada la seva jubilació molt activa, sempre ens relatava amb entusiasme les seves activitats per aprendre l'art de narrar amb el grup, que després desplegava una vegada al mes davant les audiències infantils que la rebien amb afecte i curiositat. La meua fascinació pels seus relats i alhora l'astorament que no existís cap registre audiovisual de la tasca d'aquests adults grans varen encendre la flama d'aquesta idea.

Sent alumna del primer curs de la carrera Comunicació Audiovisual a la Universitat de Mar del Plata (any 2019), durant la Càtedra de Ricardo Aiello, en un exercici de guió documental vaig presentar la idea al meu grup de treball. El tema no va ser elegit entre els estudiants per al seu desenvolupament, però sí que va despertar l'interès d'Aiello, que des del principi em va encoratjar per continuar-ne la investigació. Primer corol·lari com a alumna major de 40 anys entre companys que estan en la vintena: la vellesa és un tema molt llunyà per als més joves i fins i tot genera cert desinterès o rebuig.

3.2. Una idea que neix en pandèmia

Convençuda que aquest grup mereixia un documental, vaig emprendre l'etapa de recerca per endinsar-me en l'univers dels narradors. Va ser al començament del següent curs, en els inicis del 2020, en plena pandèmia. Vaig contactar per primera vegada per telèfon amb la coordinadora del Club, Victoria Padin, entre les notícies mundials del desastre sanitari on infants i adults grans eren els més castigats. Els padrins narradors, però, seguien actius en el voluntariat marplatenc, comunicats en línia, tractant d'adaptar-se a les noves tecnologies i fent tot el possible per seguir arribant amb els seus contes, cançons i poesies als infants, a través de vídeos que varen gravar ells mateixos. Sense possibilitat de realitzar un audiovisual per la situació que travessàvem, vaig voler que tota la ciutat s'assabentàs de la proesa d'aquests majors d'entre 50 i més de 90 anys. El reportatge titulat «Abuelos narradores y digitales en cuarentena: "Están ocurriendo cosas mágicas"», publicat al diari local *Qué Digital* el 30 de maig del 2020, va tenir gran repercussió en visites i comentaris.

A mitjans del 2021, el club començava a aconseguir cert abast internacional amb les seves narracions a través del mòbil. Tot i que diversos integrants varen haver d'abandonar, impeditos per la salut i aclaparats per la tecnologia. També consider just que la societat tengués notícies d'això i, en aquesta entrevista, Lidia Roca, una de les narradores amb més temps al grup, entre alegria per poder continuar i pena per les baixes de companys confessava: «Aquest és el nostre lloc, però som molt poques les que ens podem connectar, a moltes se'ls fa difícil. I les poques que quedem hauríem d'aprendre i començar de zero».



Al tercer any i últim de la tecnicatura universitària tenia ja una carpeta armada del projecte documental. Duia ja més d'un any visionant pel·lícules de referència, investigant sobre la narració oral, llegint sobre la història d'aquest voluntariat i d'altres grups de narradors, conversant en conjunt i individualment amb cadascuna de les padrines i els padrins que podien arribar a ser protagonistes... Per a sorpresa general, a la classe final, per Zoom, en presentar el *pitch* del projecte amb els padrins narradors cantant i ballant davant de càmera, la reacció dels meus joves companys va ser molt divertida. Segon corol·lari com a alumna major de 40 anys entre companys que fan la vintena: la vellesa és un tema molt atractiu per a totes les edats quan ens allunyem d'estereotips i prejudicis tan llunyans a la realitat.

En aquests temps d'aprenentatge existia la dolça esperança que amb un treball tan minuciós seria possible aconseguir un subsidi o obtenir finançament de l'Institut Nacional de Cinema i Audiovisual Argentí (INCAA). Assumeix també el meu rol de productora quan a la fi vaig conèixer personalment els padrins narradors, en la primera sortida que varen fer després de la pandèmia, ja no vaig tenir dubtes que pagava tots els esforços continuar treballant per aconseguir-ho. El 2022, disposada a lluitar per aquesta pel·lícula com la meua òpera prima, destí el meu temps i recursos per participar en les classes dels dimarts amb els narradors. Vaig demanar entrevistes individuals a qui vaig veure amb potencial de ser protagonistes i així vaig conèixer millor Lidia, amb el seu optimisme contagiós; Lizi, una dona sola i independent, forta, amb mil històries meravelloses. Eren les dues narradores amb més temps al club, amb tanta vitalitat com anècdotes. També compartesc un horabaixa de xerrada amb Hugo, l'únic home del grup. Començ a visitar Alicia a la llar de gent gran. Una narradora excepcional que després de la pandèmia se'n va anar a viure a una residència al costat de la seva germana Bety i, tot i que ja no participava al club, em va obrir la seva vida i cor per compartir com de feliç va ser de formar part dels padrins narradors, i com la va ajudar aquesta activitat després de la pèrdua del seu marit i company de tota la vida.

El març del 2023, es va armar un equip de treball en temps rècord. Rodam amb el meu equip de sis tècnics al llarg de tot el cicle lectiu. El muntatge va aconseguir un altre rècord per acabar l'edició del nostre primer llargmetratge documental, que es va estrenar el 2024, l'any del 40è aniversari dels «Abuelos Narradores».

3.3. De l'estrena amb premis a l'emoció del públic

L'estrena del film del *Club de Abuelos Narradores de Mar del Plata* va tenir lloc el setembre 2024 a la Segona Edició del Festival de Cinema Internacional de la Província de Buenos Aires. El públic ens va premiar amb la seva emoció i gratitud. Gent de totes les edats que entre rialles, llàgrimes i records personals dels seus familiars o coneguts majors ens agraïa descobrir la tasca dels narradors. Per a la nostra sorpresa ens varen



atorgar dos importants Premis Paral·lels, a millor producció femenina i menció especial a millor direcció. El passat mes de maig la pel·lícula va tenir l'estrena llatinoamericana al Perú, al VII Festival Render de Cine Universitario, a Lima.

El cinema com a experiència col·lectiva és sanadora, tal com el treball dels «Abuelos Narradores». En l'era de l'estríming la dificultat d'aconseguir pantalles per al cinema independent i autogestionat és una realitat a la qual ens enfrontam els realitzadors de tot el món. L'oportunitat de compartir el nostre treball, que en conseqüència visibilitza la tasca dels Abuelos Narradores, és la tasca en la qual seguim immersos, amb l'exemple dels nostres majors i defensant els seus drets, que són els de tots i totes.

4. La visió externa d'una periodista especialitzada en envelliment: els objectius complerts del projecte, el documental com a prova

(Mar Ferragut) Vaig conèixer el projecte «d'Abuelos Narradores» a través del documental *Había una vez hace 40 años...* I vaig arribar al documental no per interès professional, sinó per amistat amb la realitzadora de la cinta i coautora d'aquest article, Flavia Merteikian. Tant el documental com el seu objecte de narració els «Abuelos Narradores» em varen entusiasmar com no podia ser d'una altra manera en unir dues de les temàtiques sobre les quals he desenvolupat bona part de la meva tasca periodística: la infància i l'envelliment. A més, com a periodista, la idea nuclear després del projecte dels «Abuelos Narradores» i del documental («el valor de contar historias») també em toca de forma irremeiable.

Donada la naturalesa d'aquest anuari, no ens estendrem més pel que fa als beneficis per a la infància de la narrativa oral (àmpliament documentada i especialment necessària en aquests temps d'hiperconnexió i tecnologia omnipresent) i de la trobada amb gent gran.

Ens centrarem en l'envelliment i en els dos principals reptes que suposa: la soledat no desitjada i el deteriorament cognitiu i físic. El *Club de los Abuelos Narradores* ofereix resposta a aquestes dues qüestions i el documental així ho prova amb senzillesa i veritat, simplement mostrant els protagonistes «al natural», sense necessitat d'una veu en off ni de fer entrevistes.

4.1. Davant la soledat, reconeixement, emoció i connexions (entre ells i amb els nins: «¿Querés ser mi abuelo?»)

L'envelliment actiu no només implica preservar la salut física i cognitiva, sinó també garantir que les persones grans mantinguin vincles significatius i espais de participació social. En aquest sentit, la soledat no desitjada s'ha consolidat com un dels majors



desafiaments contemporanis en salut pública, amb efectes perjudicials tant a nivell emocional com fisiològic, com avalen nombrosos estudis científics i adverteixen organismes internacionals com l'Organització Mundial de la Salut (2021), que alerta que l'aïllament social augmenta el risc de deteriorament cognitiu, depressió, malalties cardiovasculars i mortalitat prematura. Són diversos estudis els que proven aquest punt (Holt-Lunstad et al., 2010; Cacioppo i Cacioppo, 2014) i per això resulta fonamental generar espais on els més grans se sentin escoltats, valorats i emocionalment connectats.

El *Club de Abuelos Narradores* es proposa com una resposta concreta a aquest problema, com explica la precursora del projecte, María Rosa Solsona, a la primera part d'aquest article. A través de la narració de contes, poemes i experiències personals en centres educatius, es fomenta la interacció entre iguals, a més d'entre generacions, i es propicia el reconeixement social dels majors com a transmissors de cultura, afecte i memòria. Aquesta participació activa no només enriqueix els infants, sinó que contribueix a reduir el sentiment d'invisibilitat i soledat en els qui narren, millorant el seu benestar psicològic, la seva autoestima i la seva salut integral.

L'activitat també té un evident component emocional. Com diu Iván als seus companys al principi de la cinta: «Cuando se les acerque un chico y les diga "¿quierés ser mi abuelo?" todo los dolores se les van a olvidar...».

La soledat no desitjada en les persones grans va més enllà del simple fet d'estar físicament sols, tal com assenyala un estudi qualitatiu recent del Ministeri de Drets Socials i Agenda 2030 – IMSERSO (2022), amb aquesta frase: «La soledat no desitjada no és simplement estar sol, sinó no sentir-se vist, no tenir a qui contar-li la vida». Aquesta definició emfatitza la necessitat d'espais d'escolta activa, reconeixement i vincle emocional per a la gent gran. En aquest sentit, el projecte del Club de Abuelos Narradores els proporciona oients als quals «contar-los la vida». Els converteix en protagonistes valuosos davant els nins i els ofereix una plataforma per compartir la seva saviesa, recuperant el seu rol actiu en la comunitat i contrarestant la invisibilitat social.

Mitjançant la narració de contes i poemes en centres de primera infància, les persones no només fomenten l'educació i el desenvolupament infantil, sinó que també satisfan aquesta necessitat fonamental de ser vistos i escoltats.

Així mateix, el programa funciona com un autèntic club social: serveix de punt de trobada amb persones d'edats i situacions similars al voltant d'una missió i una afició. Gràcies al projecte, aquestes persones grans estableixen amistats, que traspassen l'objectiu del club. Els participants parlen de les seves famílies i de les seves preocupacions i es creen nexes duradors. Ho demostra per exemple la conversa amb Lizí, una de les protagonistes que viu sola, a la qual acudeixen a visitar dos companys amb qui



recorden sessions anteriors i preparen la pròxima però amb els quals també parlen de coses alienes al club. Les relacions que es creen són fortes i perduren: el documental ho mostra amb la visita de les excompanyes a Alicia a la residència. La sororitat en la vellesa (atès que l'envelliment i la solitud a aquestes edats és sobretot femenina per la major esperança de vida) també apareix reflectida a la cinta.

4.2. Contra el deteriorament, activitat cognitiva i física: el dolor de genolls no frena ningú

Diversos estudis han demostrat que les activitats cognitivament estimulants, especialment aquelles que impliquen llenguatge, memòria i creativitat, resulten fonamentals per mantenir les funcions cognitives en la vellesa. En particular, la narració oral i la lectura en veu alta es destaquen per la seva capacitat d'activar processos mentals complexos en un entorn emocionalment significatiu i socialment enriquidor. Com assenyala Parra et al. (2019):

Involucrar a los adultos mayores en actividades que estimulan cognitivamente, como contar historias, leer en voz alta y la expresión verbal creativa, contribuye positivamente al mantenimiento de la memoria, la atención y las funciones ejecutivas, especialmente cuando estas actividades son sociales y emocionalmente significativas. (Parra et al., 2019, p. 1279).

Aquesta perspectiva científica sustenta la proposta del *Club de Abuelos Narradores*. Aquesta experiència permet als participants exercitar la memòria, el llenguatge i l'expressió emocional atès que requereix diverses sessions formatives en les quals es posen a prova diferents habilitats (com actuar, recitar els contes des de diferents punts de vista, com es veu en el documental, o expressar-se amb el cos, aprendre a fer exercicis de relaxació i moure's amb sessions de gimnàstica rítmica expressiva).

La narració és una eina d'estimulació cognitiva i benestar psicosocial i activitat per als majors i la preparació que implica participar en el programa els manté actius i els planteja reptes. Lizi de nou és la millor prova quan el documental mostra l'esforç que fa, malgrat tenir algunes dificultats de mobilitat, per sortir de casa i desplaçar-se fins a les sessions preparatòries o fins a l'escola infantil en què li toqui participar. «Si no fuera por mis rodillas que me están avisando, no podría creer que haya pasado tanto tiempo», diu Lizi, referint-se a la quantitat d'anys que duu participant al club. «Estamos "cachuzas" pero no tanto», bromeja una altra de les protagonistes. L'humor apareix diverses vegades com una constant de la iniciativa.



Referències bibliogràfiques

Ander-Egg, E. (1986). *Técnicas de reuniones de trabajo*. Humanitas. Bettelheim, B. (1979). *Psicoanálisis del cuento de hadas*. Grijalbo.

Díaz Ronner, M. A. (1988). *Cara y cruz de la literatura infantil*. Libros del Quirquincho. Feijoo, M. del C. et al. (1984). *Gente y cuentos*. CEDES.

Fundación General CSIC (2014). *Generaciones entrelazadas: Proyectos intergeneracionales en Iberoamérica*.

Gutiérrez, R. i González, M. (2012). Aprendizaje intergeneracional en contextos educativos. *Revista Complutense de Educación*, 23

Kaplan, M. (2002). Intergenerational programs in schools: Considerations of form and function. *International Review of Education*, 48 <https://www.jstor.org/stable/3445459>

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 – IMSERSO (2022). *Soledad no deseada en personas mayores: Estudio cualitativo*. <https://www.imserso.es>

Montes, G. (1977). *El cuento infantil*. Centro Editor de América Latina.

Ong, W. J. (1987). *Oralidad y escritura: Tecnologías de la palabra*. Fondo de Cultura Económica.

Pellegrini, A. (1982). *La aventura de oír*. Cíncel. Pellegrini, A. (1984). *Cada cual atiende a su juego*. Cíncel.

Piaget, J. (1976). *El lenguaje y el pensamiento en el niño*. Guadalupe.

Sánchez, M. (2009). Envejecimiento activo y participación social: El voluntariado como espacio de ciudadanía. *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 44

Solsona, M. R. et al. (1994). *El árbol de las memorias*. ML Editora.

Todorov, T. (1982). *Introducción a la literatura fantástica*. Editorial Buenos Aires.



Autores

MARÍA ROSA SOLSONA ROIG

Narradora, poeta i assagista, es dedica a l'escriptura i a la coordinació de tallers literaris. Està diplomada en psicodrama i artteràpia, tècniques que utilitza en els seus tallers de creació artística i literària. És docent especialitzada en literatura infantil i educació per l'art. Entre 1985 i 2002, va tenir al seu càrrec les àrees de Cultura (regidora) i Dona (regidora), a l'Ajuntament de Mar del Plata, Argentina. Va realitzar postgraus en Polítiques Socials (FLACSO) i va ser membre fundadora del Foro Mujer y Desarrollo de Mercociudades. A Barcelona, va dirigir la col·lecció Techo de Cristal (editorial Sirpus), i va realitzar tasques de recerca i reculls de dades sobre els treballs amb mandales en diverses residències d'adults grans, per després publicar un llibre *Los mandalas y la gente mayor* (editorial MTM). Té 15 llibres publicats principalment amb les editorials MTM i Sirpus, de Barcelona, i ML Editora, de l'Argentina.

FLAVIA MERTEHIKIAN BARRIENTOS

Redactora, fotògrafa, comunicadora audiovisual i animadora *stop motion*. Va viure a Espanya fins al 2018, quan va tornar a l'Argentina i va complir el somni d'estudiar cinema a la Universitat Nacional de Mar del Plata. És autora de l'espai *historias-mayores*, es per donar veu als més grans. *Había una vez, hace 40 años...* és la seva òpera prima. Compta amb premis nacionals i internacionals per les seves videopoesies i animacions.

MAR FERRAGUT RÁMIZ

Llicenciada en Periodisme i màster en Periodisme i Comunicació Digital: Dades i Noves Narratives. Treballa a *Diario de Mallorca* des de 2007 i està especialitzada en el sector educatiu, tot i que també escriu sobre universitat, afers socials (dependència, envelliment...), ciència, recerca i innovació. Ha col·laborat amb mitjans com IB3 Ràdio, *Cuadernos de Pedagogía* o El Diari de l'Educació, entre d'altres, i també presenta i modera taules rodones i debats al Club Diario de Mallorca i a altres fòrums.



DIÀLEGS INTERGENERACIONALS: PERSPECTIVES I REFLEXIONS EN L'ÀMBIT UNIVERSITARI



Diàlegs intergeneracionals: perspectives i reflexions en l'àmbit universitari

Marga Vives Barceló
Liberto Macías González



Resum

Les relacions intergeneracionals han demostrat des de fa dècades amb evidència científica els beneficis que aquestes experiències aporten no sols per als participants, millorant el seu desenvolupament emocional i social i, en conseqüència, la seva qualitat de vida; sinó també beneficis en la dimensió social, quant a solidaritat intergeneracional i benestar social. Aquest treball pretén analitzar les relacions intergeneracionals de dos grups d'estudiants universitaris, i conèixer el grau de satisfacció així com els aprenentatges adquirits per l'alumnat del grau d'Educació Social (grup de joves) i l'alumnat del Programa Universitari per a Persones Grans (grup de persones grans) de la Universitat de les Illes Balears. Per a això, la metodologia utilitzada ha estat grups de discussió intergeneracionals sobre les vivències i percepcions actuals de la generació de joves i la generació de persones grans i el valor i la importància de les relacions intergeneracionals durant dues sessions. Els resultats apunten a un alt índex de satisfacció amb les trobades intergeneracionals, el debat generat i el grup creat. S'apunta al respecte, l'escolta activa i el clima de comoditat creat a través de l'empatia, com a elements clau per a poder desenvolupar aquests diàlegs. L'aprenentatge mutu, la comprensió entre generacions, conèixer les inquietuds de cada generació, l'autoreflexió i la revaloració de les dues generacions han estat els elements més destacats per part dels participants. A manera de conclusió, la preparació prèvia dels dos grups ha estat crucial, tant en lectures relacionades amb les seves generacions com en dinàmiques de grups de discussió anteriors a l'activitat. Es conclou la necessitat de mantenir aquestes experiències amb una major freqüència i ampliar-la a altres contextos i estudis, així com la creació d'espais d'intercanvi intergeneracional universitari.

Resumen

Las relaciones intergeneracionales han demostrado desde hace décadas con evidencia científica los beneficios que estas experiencias aportan no solo para los participantes, mejorando su desarrollo emocional y social y, en consecuencia, su calidad de vida; sino también beneficios en la dimensión social, en cuanto a solidaridad intergeneracional y bienestar social. Este trabajo pretende analizar las relaciones intergeneracionales de dos grupos de estudiantes universitarios, y conocer el grado de satisfacción así como los aprendizajes adquiridos por el alumnado del grado de Educación Social (grupo de jóvenes) y el alumnado del Programa Universitario para Personas Mayores (grupo de personas mayores) de la Universitat de les Illes Balears. Para ello, la metodología utilizada fueron grupos de discusión intergeneracionales sobre las vivencias y percepciones actuales de la generación de jóvenes y la generación de personas mayores y el valor y la importancia de las relaciones intergeneracionales durante dos sesiones. Los resultados apuntan a un alto índice de satisfacción con los encuentros intergeneracionales, el debate generado y el grupo creado. Se apunta al respeto, la



escucha activa y el clima de comodidad creado a través de la empatía, como elementos clave para poder desarrollar estos diálogos. El aprendizaje mutuo, la comprensión entre generaciones, conocer las inquietudes de cada generación, la autorreflexión y la revalorización de las dos generaciones han sido los elementos más destacados por parte de los participantes. A modo de conclusión, la preparación previa de los dos grupos ha sido crucial, tanto en lecturas relacionadas con sus generaciones como en dinámicas de grupos de discusión anteriores a la actividad. Se concluye la necesidad de mantener estas experiencias con una mayor frecuencia y ampliarla a otros contextos y estudios, así como la creación de espacios de intercambio intergeneracional universitario.

1. Introducció

Les relacions intergeneracionals presenten un gran valor dins les societats, tant en l'àmbit individual com en el col·lectiu. A escala individual, la interacció entre persones de diferents generacions produeix beneficis significatius per al desenvolupament emocional i social dels participants; centrant-nos en persones grans, s'han evidenciat millores en l'autoestima, la participació activa i el benestar; per als joves participants en aquestes relacions, els beneficis s'enfoquen a fomentar l'empatia, el desenvolupament d'habilitats socials i la reducció d'estereotips i prejudicis (Lohman et al., 2003; Butts, 2023). Centrant-nos en els beneficis socials, les relacions intergeneracionals fomenten la cohesió social, ja que afavoreixen la solidaritat intergeneracional i milloren la gestió comunitària i els recursos socials (Vecina i Vives, 2016; Rémillard-Boilard et al., 2021).

En aquest sentit, resulta doncs obvi que les relacions intergeneracionals són un potent aliat contra l'edatisme, ja que, entre d'altres, fomenten la inclusió de les persones grans en espais de participació activa (Newman, 2014). A més, aquests programes reforcen la idea de l'aprenentatge com un procés continu que travessa totes les etapes vitals, dins i fora de l'àmbit familiar (Böstrom i Schmidt-Hertha, 2017).

Cert és que les relacions intergeneracionals es produeixen, de forma espontània o estructurada, a diferents àmbits (familiars, comunitaris...) tot i que els més citats a les referències són de l'àmbit escolar. I dins aquest àmbit, l'etapa educativa universitària esdevé un escenari rellevant per a poder generar aquests espais d'intercanvi i reconeixement mutu entre generacions. Tal com assenyalen diversos autors (Orte i Vives, 2017a; Orte i Vives, 2017b; Nassri et al., 2024), les institucions d'educació superior poden jugar un paper actiu en la promoció d'experiències intergeneracionals significatives, facilitant la creació de vincles entre joves i persones grans mitjançant activitats de caràcter formatiu, reflexiu i vivencial.



A partir d'aquesta perspectiva, s'explica dins aquest capítol l'experiència dels ***Diàlegs intergeneracionals***, desenvolupada a la Universitat de les Illes Balears. L'activitat proposa una trobada entre estudiants del Grau d'Educació Social i estudiants del Programa Universitat Oberta per a Majors (UOM), amb l'objectiu de fomentar el diàleg, l'escolta activa i la comprensió entre generacions. El present document analitza aquesta experiència, valorant-ne els resultats des d'un punt de vista pedagògic i socioemocional, i destacant-ne les condicions que condueixen a l'èxit i a la seva possible transferència a altres contextos educatius.

2. Objectiu

L'objectiu és analitzar les relacions intergeneracionals produïdes de manera espontània de dos grups d'alumnat universitari, i conèixer el grau de satisfacció així com els aprenentatges adquirits.

3. Metodologia

Els ***Diàlegs intergeneracionals*** és una activitat que s'ha dut a terme amb dos grups d'estudiants universitaris, per una banda, l'alumnat de la UOM, programa universitari per a persones més grans de 50 anys, i, per una altra banda, amb l'alumnat de segon curs dels estudis del Grau d'Educació Social, tots dos grups de la Universitat de les Illes Balears (UIB).

A la taula 1 es pot veure la mostra amb la qual es va comptar per desenvolupar l'activitat, que es va realitzar en dues sessions d'una hora de durada cada una. L'activitat es va dur a terme en diverses aules de la UIB.

Taula 1 | *Mostra que va participar en l'activitat*

	Alumnat de la UOM		Alumnat de GRAU		Total
	Dones	Homes	Dones	Homes	
1a sessió (7/04/25)	17	7	32	4	60
2a sessió (14/04/25)	16	7	28	4	55
	33	14	60	8	
Total	47		68		115

Font: elaboració pròpia

Als ***Diàlegs intergeneracionals*** varen participar 137 estudiants, 67 alumnes de la UOM i 70 alumnes del Grau d'Educació Social. Dels dos grups varen recollir 115 qüestionaris, 47 de la UOM i 68 dels estudis de Grau, que són els que apareixen a la taula 1. S'han



comptat conjuntament les dues sessions, ja que no tots els estudiants varen poder participar en les dues sessions.

Els estudiants de la UOM en el moment de l'activitat cursaven l'assignatura «La Gent Gran al segle XXI: nous rols, nous reptes», i els estudiants dels estudis del Grau d'Educació Social cursaven l'assignatura «Educació de Persones Adultes»; per tant, tots dos grups coincidien en el temps treballant uns continguts que es varen poder complementar molt bé amb el desenvolupament d'aquesta activitat.

El treball dut a terme en els *Diàlegs intergeneracionals* es va basar a fer feina mitjançant petits grups de discussió. S'ha de comentar que no va ser una activitat improvisada sinó que ja du diverses experiències, el que sí que va ser diferent varen ser els estudiants de Grau, en altres edicions s'havia fet amb alumnat de Pedagogia i en aquest cas es va fer amb estudiants d'Educació Social, aprofitant l'assignatura que cursaven en el moment de l'activitat i tenint en compte que en el curs vinent tendran una assignatura específica de persones grans (Gerontologia Educativa), experiència que podran aprofitar en el desenvolupament dels continguts de l'assignatura nova. Continuant amb la planificació de l'activitat s'ha de mencionar que el treball previ amb els estudiants, dels dos grups, és important; encara que durant els *Diàlegs* se cercava l'espontaneïtat en les respostes, els comentaris, etc., sí que es va fer una feina prèvia a les sessions. Amb el grup dels estudiants de Grau, durant una de les sessions pràctiques es varen treballar els grups de discussió com a tècnica d'investigació educativa mitjançant alguna lectura que suscités el debat, passant seguidament a desenvolupar el grup de discussió i la posada en comú al final de la sessió. Quant als estudiants de la UOM l'activitat es va realitzar a la sessió 4 i 6 de vuit que en tenen, per tant, en una de les anteriors a l'activitat treballen continguts vers les persones grans i dels programes intergeneracionals.

Els *Diàlegs intergeneracionals* es varen realitzar en dues sessions durant dues setmanes seguides (dilluns 7 d'abril i 14 d'abril de 2025) de 18.15 a 19.30 hores, iniciant la sessió a les 18.30 hores. El contingut de la primera sessió es va centrar en els reptes de les persones grans en el segle XXI, i el contingut de la segona sessió es va centrar a debatre sobre les relacions intergeneracionals. Com s'ha comentat anteriorment se cercava l'espontaneïtat en les intervencions, per això als estudiants de Grau se'ls va donar un petit guió amb algunes qüestions per intentar evitar aquells moments de silenci i que ningú comentés alguna cosa, situació que no va succeir, sinó tot el contrari, ja que la conversa va ser molt fluida i en gran part dels grups no varen utilitzar o seguir de manera estricta el guió. Els grups d'estudiants de la UOM no disposaven d'aquest guió per no condicionar les respostes i que les comentessin obertament.

Per acabar, tenien disponible un qüestionari en línia per a valorar cada una de les sessions realitzades, una vegada finalitzada la sessió se'ls feia arribar el qüestionari i l'havien d'emplenar i enviar.



3.1. Instrument

El qüestionari que l'alumnat participant en els *Diàlegs intergeneracionals* havia de contestar en finalitzar cada una de les sessions és el següent:

Part quantitativa:

- Dades identificatives (nom i grup)
- Sessió sobre la qual s'avalua (triadilluns 7/04 o dilluns 14/04)
- Grau de satisfacció sobre (Gens / Poc / Bastant / Molt)
 - Satisfacció amb el grup.
 - Debat en el grup.
 - Aprenentatge fet.

Part qualitativa:

- Si repetiria l'activitat (Sí / No)
 - Per quins motius.
- Aspectes positius.
- Aspectes a millorar.
- Idees claus que s'emporten.
- Afegir alguna cosa més.

4. Resultats

4.1. Satisfacció (amb el grup, amb el debat dins el grup, amb els aprenentatges fets i si tornarien a participar en l'activitat)

Quant a la satisfacció amb el grup, s'ha de comentar que els grups es varen formar de manera aleatòria, és a dir, a l'atzar. L'alumnat de Grau ja era a l'aula assegut i separat per grups i l'alumnat de la UOM a mesura que arribava i entrava a l'aula triava on asseure's amb total llibertat, per tant, els grups s'anaven formant de manera natural. La valoració que els participants han fet dels grups on han desenvolupat els *Diàlegs intergeneracionals*, com es mostra a la taula 2, ha estat molt positiva, essent valorat el grup com a «Molt» satisfactori per un 85,2 % i «Bastant» satisfactori per un 13,9 %, destacant-se una valoració en positiu d'un 99,1 % dels participants.

Quant a la valoració de la satisfacció amb el debat generat durant l'activitat dins els diversos grups que es varen formar, cal destacar que el 72,2 % dels participants varen valorar el contingut i el debat produït durant les sessions com a «Molt» satisfactori,



com es mostra a la taula 3, arribant a un 99,1 % la valoració en positiu, molt i bastant satisfactori, de l'activitat en la qual varen participar.

Taula 2 | Satisfacció amb el grup

	Alumnat de la UOM		Alumnat de GRAU		Total
	1a sessió	2a sessió	1a sessió	2a sessió	
Molt	15,6 %	17,4 %	27,8 %	24,4 %	85,2 %
Bastant	5,2 %	2,6 %	3,5 %	2,6 %	13,9 %
Poc	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	0,9 %
Gens	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Font: elaboració pròpia

Taula 3 | Debat dins el grup

	Alumnat de la UOM		Alumnat de GRAU		Total
	1a sessió	2a sessió	1a sessió	2a sessió	
Molt	11,3 %	14,8 %	25,2 %	20,9 %	72,2 %
Bastant	8,7 %	5,2 %	6,1 %	6,9 %	26,9 %
Poc	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Gens	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %

Font: elaboració pròpia

Com a darrer punt dins l'apartat de satisfacció, havien de valorar la satisfacció amb els aprenentatges fets durant les sessions dels *Diàlegs intergeneracionals*, com es pot observar a la taula 4 un 72,2 % dels estudiants dels dos grups varen valorar els aprenentatges fets com a «Molt» satisfactoris i un 26 % com a «Bastant» satisfactoris, per tant, es pot analitzar com una valoració molt positiva en un 98,2 % del total dels participants en l'activitat.

Taula 4 | Aprenentatges fets

	Alumnat de la UOM		Alumnat de GRAU		Total
	1a sessió	2a sessió	1a sessió	2a sessió	
Molt	8,7 %	12,2 %	27,0 %	24,3 %	72,2 %
Bastant	11,3 %	7,8 %	4,3 %	2,6 %	26,0 %
Poc	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %	0,9 %
Gens	0,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,9 %

Font: elaboració pròpia



Més endavant es farà una anàlisi de les possibles causes d'aquestes valoracions en negatiu, poc i gens (un 0,9 % en els diversos casos), i d'aquestes valoracions que han puntuat com a «Bastant» satisfactori i per què no s'han puntuat com a «Molt» satisfactòries.

S'ha de destacar que a la pregunta de «Si repetirien l'activitat», si tornarien a participar en aquesta experiència, un 100 % dels participants varen contestar que «Sí», per tant, com es mostra a la taula 5 es pot considerar que l'activitat va agradar i va fer sentir bé la totalitat dels estudiants participants, tant de la UOM com del Grau d'Educació Social.

Taula 5 | *Repetiries l'activitat?*

	Alumnat de la UOM		Alumnat de GRAU		Total
	1a sessió	2a sessió	1a sessió	2a sessió	
Sí	20,9 %	20,0 %	31,3 %	27,8 %	100 %
No	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %

Font: elaboració pròpia

Per a conèixer els motius pels quals els participants repetirien o no repetirien l'activitat, se'ls va demanar que indiquessin aquests motius. Com es pot observar a la taula 5, la totalitat dels participants varen contestar que sí que tornarien a participar en l'activitat *Diàlegs intergeneracionals*, i aquests són els motius més expressats:

- Un **57 %** considera l'activitat com una experiència positiva, agradable, enriquidora, gratificant i interessant per a dialogar. Una activitat que va aconseguir fer sentir molt a gust els participants, activitat beneficiosa i molt divertida, així com destacaren la connexió que es va crear amb el grup generat.
- Un **21 %** apunta que és important el fet d'aprendre d'altres generacions, els aprenentatges de valors, tenir l'oportunitat per veure diferents punts de vista i aprendre de tots, aprendre sobre diferents perspectives, és útil per a l'aprenentatge individual i el mutu entre generacions. Veuen amb interès l'intercanvi d'idees, compartir vivències, contrastar opinions i connectar amb persones, fins i tot es va expressar un canvi de visió sobre els col·lectius aportant i treballant conjuntament.
- Un **12 %** dels participants, sobretot dels estudiants joves, considera important donar peu a la reflexió conjunta, a entendre i evitar situacions edatistes, fomentar la comunicació i fugir d'estereotips, així com disposar d'espais per a compartir, sortint d'aquesta manera de la zona de confort i veure i analitzar diferents visions.



- Un **5 %** dels participants, sobretot dels estudiants grans, considera molt interessant conèixer les inquietuds dels joves, com pensen i com es veuen a si mateixos, que comparteixen els mateixos valors, comenten que els joves tenen les idees clares, i els ha agradat escoltar la veu dels joves i escoltar com veuen el món.
- Un **5 %** dels estudiants assenyalava que varen quedar temes pendents per debatre i explicar, va faltar temps i les sessions varen quedar curtes.

Com es pot observar gran part dels estudiants repetirien l'activitat perquè va ser una experiència molt agradable i positiva, va ser molt natural, espontània i varen poder dialogar, debatre i compartir idees i opinions d'una manera molt distesa i divertida. També valoraren molt bé els aprenentatges adquirits a les sessions i la relació en positiu de les diferents generacions d'estudiants.

A la taula 6 es mostren aquells aspectes positius que han destacat els participants a cada una de les sessions, tant l'alumnat de la UOM com l'alumnat dels estudis de Grau:

Taula 6 | *Aspectes positius de la participació en els Diàlegs intergeneracionals*

	Percentatge
Intercanvi de visions del món, d'idees, d'experiències, de coneixement i d'opinions de com s'entén la vida. Exposició de punts de vista distints, de la realitat, així com comentar i compartir les diverses experiències viscudes.	25 %
El diàleg generat, la comunicació i la reflexió. L'escolta activa, escoltar com el pas necessari per entendre. Es va produir una comunicació fluida, una exposició clara de tots i una satisfacció per poder respondre al debat, un bon <i>feedback</i> .	17 %
Conèixer els problemes, les inquietuds i les expectatives d'altres generacions. Com viuen, noves històries de vida i adonar-se que en el fons tots tenim els mateixos problemes.	14 %
El respecte entre les persones del grup, per les seves idees i opinions, així com l'interès entre les persones del grup. Cordialitat i honestetat dels participants i bona predisposició del grup, generant confiança.	12 %
L'aprenentatge recíproc, mutu, l'enriquiment personal, així com el fet de crear vincles per aprendre junts. Frescor de la joventut i sabor de la maduresa. Importància del desenvolupament d'habilitats socials i comunicatives entre el grup.	11 %
Connexió intergeneracional. Satisfacció per connectar amb una altra generació, generant enteniment i empatia. Solidaritat entre generacions i estar més a prop de cada generació.	10 %
Trencament d'estereotips i eliminació de possibles prejudicis per a poder combatre l'edatisme.	7 %
Conèixer persones grans que volen estudiar i la importància d'estudiar sense importar l'edat. Voluntat de continuar aprenent.	3 %
Llibertat per introduir i tancar la sessió, sent tot molt fluid i natural. Va ser una activitat amena i participativa.	1 %

Font: elaboració pròpia



Com es pot veure a la taula 6, els elements que més valoren en positiu els participants són l'intercanvi que es produeix entre les dues generacions respecte a experiències, idees, opinions, punt de vista, etc. Seguit de valorar el diàleg que es produeix, que sorgeix de manera natural i espontània dins el grup; encara que tenien un petit guió de preguntes, les converses sortien sense dificultats, d'una manera molt fluida, on cada persona podia intervenir de manera lliure de qualsevol tema, sense cap censura per cap membre de grup, gran o jove. Alguns participants varen compartir aspectes molt personals, de la seva vida íntima i familiar, i ho varen fer d'una manera molt natural i la resta de membres del grup ho valoraren molt positivament, mostraren interès per les diverses vides personals, per les seves problemàtiques, inquietuds; a la fi, les històries de vida que són tan importants. D'aquí que també reconeguim i valorin de manera positiva el respecte, la cordialitat, l'honestedat i el bon tracte donat i rebut dels participants i, a la fi, companys. No es pot deixar de mencionar que els aprenentatges generats i la connexió produïda des del primer moment és inqüestionable, es va produir una simbiosi dins els grups que ells varen notar i així ho han expressat, i des de fora del grup també es notava l'energia i les bones sensacions. De la part de l'alumnat de Grau han valorat en positiu que aquesta activitat ha estat bona per trencar amb estereotips i prejudicis i combatre l'edatisme tan present en el dia a dia i en tots els àmbits. I per a finalitzar dos aspectes a assenyalar, per una banda, la valoració, sobretot de l'alumnat més jove, per adonar-se de la importància de l'educació al llarg de tota la vida i associar l'activitat amb els continguts de l'assignatura que estan cursant, això és de gran valor i segurament un incentiu per a ells com a persones i com a futurs professionals; i, per altra banda, la llibertat que varen tenir dins els diversos grups per poder funcionar de manera autònoma i adaptant-se a les mateixes dinàmiques que anaven sortint a cada un dels grups.

Conèixer els aspectes positius està molt bé, ja que és una manera de saber que impacte ha tengut l'activitat en els participants, però també és important conèixer què no ha anat tan bé, què es pot millorar per poder modificar aquells elements que possibilitin, en altres ocasions, que aquelles persones que han valorat la seva satisfacció dels diversos elements com a «Bastant», «Poc» o «Gens» satisfactori puguin valorar-los com a «Molt» satisfactoris. A la taula 7 es mostren aquells elements que els participants han considerat que es poden millorar:

Taula 7 | *Aspectes a millorar de la participació en els Diàlegs intergeneracionals*

	Percentatge
Disposar de més temps. Es considera que el temps ha estat massa breu, poc temps per compartir.	35 %
Millorar els espais. Cercar aules més grans o més aules, les aules tenien poc espai i eren molts de grups. Incomoditat de l'aula, hi havia massa renou que dificultava sentir els companys.	19 %



No hi ha res a millorar. Es considera que tot ha estat bé.	16 %
Fer més activitats com aquesta. Fer-les de manera habitual o amb més freqüència.	10 %
Preparació de missatges per debatre, dur preparat un qüestionari o alguna preparació prèvia (alumnes grans), tenir un guió més específic. Obrir els temes a tractar, tractar temes socials i contemporanis o altres temàtiques, i així debatre sobre temes d'interès mutu.	7 %
Potenciar altres activitats intergeneracionals. Fer extensiva l'activitat a altres estudis i fer activitats conjuntes. Dur a terme l'activitat en altres contextos i fer altres tipus d'activitat.	5 %
Aspectes relacionats amb la dinàmica de les sessions, com per exemple, per una banda, que els grups no siguin gaire grans (màxim 6 persones) i que siguin grups homogenis (mateix nombre de grans que de joves). Poder demanar qualsevol cosa que pugui ser útil al grup i possibilitat que es pugui mantenir el contacte amb els membres del grup. I per l'altra banda, dur a terme l'activitat per poder debatre com a una assemblea, només un grup gran.	5 %
Millor organització (vàrem començar tard), puntualitat a l'hora de començar l'activitat per la col·locació de l'aula i la formació dels grups.	3 %

Font: elaboració pròpia

Com es pot observar a la taula 7, una gran part dels participants considera que un aspecte important a millorar és el temps, l'activitat va quedar curta. Ho varen expressar en el moment de l'activitat i com es pot comprovar també a les valoracions. Consideren que varen quedar molts de temes per tractar, que el temps va passar aviat a cada una de les sessions, que volien continuar, i seguint en aquesta línia un 10 % considera que els *Diàlegs intergeneracionals* s'haurien de fer amb més freqüència, que fos una activitat inclosa com una part obligatòria de la mateixa manera que desenvolupar-la en altres contextos, a altres estudis, que arribi a més llocs. Un altre aspecte a millorar són els espais, les aules on es varen fer les sessions, a vegades és complicat trobar un espai adient per dur a terme activitats dinàmiques i ens hem d'adaptar al que tenim, però és veritat que l'espai influeix molt en el bon desenvolupament de l'activitat. Una altra part dels participants va trobar que l'activitat va anar bé i que no feia falta canviar res, que així com s'havia organitzat i s'havia desenvolupat estava bé. Altres qüestions que han indicat com a possibles millores estan molt bé, però la intenció en el moment de dissenyar i planificar l'activitat varen ser unes altres, per exemple comenten, sobretot els estudiants grans, que podrien tenir i treballar ells un guió amb preguntes o qüestions, però la idea va ser la contrària, per facilitar l'espontaneïtat i una conversa més natural es va considerar que millor no dur res preparat perquè es produís un diàleg més autèntic. S'ha de comentar que el grup d'estudiants joves no havien treballat el guió, se'ls el va donar cinc minuts abans d'iniciar l'activitat pel mateix motiu. Un altre aspecte que indiquen és fer un gran grup i fer-lo semblant a una assemblea, però la idea va ser fer l'activitat en petits grups per facilitar que tothom participés dins el seu grup i compartir experiències diverses entre tots els membres del grup. I finalment un altre aspecte que consideren que s'ha de millorar és iniciar les



sessions puntuals, sobretot perquè després tenen poc temps per poder dur a terme els *Diàlegs*.

Per acabar, es va demanar si volien afegir alguna informació que no haguessin apuntat a cap de les anteriors qüestions i varen fer menció que va ser una experiència bonica, gratificant i molt encertada i útil per als dos grups, destaquen la connexió entre les dues generacions i consideren que és una activitat recomanable. Un altre element que destaquen és que ha de ser una activitat sostenible en el temps, que segueixi en el futur. I tornen a agrair l'oportunitat de participar i donen l'enhorabona a l'organització de l'activitat.

5. Conclusions

Tant l'experiència descrita en aquest capítol com les referències analitzades per a la seva contextualització ens porten a destacar tres idees clau. La primera, és important conèixer com els factors personals i contextuais influeixen en la participació d'aquest tipus d'activitats i en les relacions intergeneracionals en general. Durant el desenvolupament de l'activitat es va poder apreciar com aquestes característiques individuals de tota la diversitat de l'alumnat participant i els contextos del qual procedeixen influeixen d'alguna manera en l'intercanvi i diàleg dels membres del grup.

Un segon element a destacar és que la interacció entre generacions que es genera és molt potent com a facilitador d'aquells beneficis que obtenen els dos grups. Com s'ha pogut veure en el transcurs d'aquest treball els aprenentatges que han assolit i s'enduen són molt significatius i els podran utilitzar en el seu dia a dia i en la seva vida quotidiana.

I finalment, com a tercer element i bàsic és que en el moment de dissenyar d'una manera eficaç i eficient els programes intergeneracionals, i en la mesura que sigui possible programes basats en evidències, han de ser programes inclusius per poder garantir l'èxit d'aquestes experiències.



Referències bibliogràfiques

Boström, A. K. i Schmidt-Hertha, B. (2017). «Intergenerational Relationships and Lifelong Learning». *Journal of Intergenerational Relationships*, 15 (1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/15350770.2017.1260408>

Butts, D. M. (2023). «Connecting Generations Key to Combating Loneliness and Ending Ageism». *Generations*, 47 (4), 1-10.

Lohman, H.; Griffiths, Y.; Coppard, B. M. i Cota, L. (2003). «The power of book discussion groups in intergenerational learning». *Educational Gerontology*, 29 (2), 103–115. <https://doi.org/10.1080/713844284>

Newman, S. (2014). *Intergenerational programs: Past, present and future*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781315783451>

Orte, C. i Vives, M. (2017a). *Compartir la infancia. Proyectos intergeneracionales en las escuelas*. Octaedro.

Orte, C. i Vives, M. (2017b). «Debats intergeneracionals en entorns universitaris: Una experiència a la Universitat de les Illes Balears». A C. Orte (dir.), *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2017*, 133-150.

Rémillard-Boilard, S.; Buffel, T. i Phillipson, C. (2021). «Developing age-friendly cities and communities: Eleven case studies from around the world». *International journal of environmental research and public health*, 18 (1), 133. <https://doi.org/10.3390/ijerph18010133>

Vecina, C. i Vives, M. (2016). «El valor de la participació social. Una aproximació a la vivència de persones grans que participen en les seves associacions». A C. Orte (dir.), *Anuari de l'Envel·liment. Illes Balears 2016*, 345-361.



Autors

MARGA VIVES BARCELÓ

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

LIBERTO MACÍAS GONZÁLEZ

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





15 ANYS DE CONNEXIONS INTERGENERACIONALS: UN CAMÍ DE SAVIESA I APRENENTATGE



15 anys de connexions intergeneracionals: un camí de saviesa i aprenentatge

Bàrbara F. Mas Salom

*A tots aquells que varen creure, i creuen,
que un altre món és possible*



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 159/532

Resum

L'any 2010 la Residència de Campos impulsa un programa intergeneracional a partir de tres projectes que el conformen: Setmana Intergeneracional, Escoles 0-3 i Menors en risc d'exclusió social.

Aquest programa ha anat variant al llarg dels anys, però ha mantingut sempre el principi de la solidaritat intergeneracional, i s'ha observat un increment de l'interès dels participants, afegint-s'hi entitats socials, culturals i esportives, creant-se forts lligams entre els participants. Cal destacar que els infants que inicien el programa amb 2-3 anys el finalitzen amb 14 anys, de manera ininterrompuda, havent creat un vincle excepcional amb els residents.

Els infants arriben a la residència com qui arriba a casa, visiten els usuaris a les seves habitacions, es preocupen per conèixer la seva salut... Mentrestant els residents esperen els grups d'alumnes de manera molt activa i apassionada, proposen activitats que els puguin oferir i que siguin del seu gust, sempre pensant què els poden ensenyar: fer gelat de bomba, conèixer temps passats, sembrar tomàtiguers, contar una rondalla... I per descomptat la satisfacció de les famílies de sentir-se part de la residència, la qual fins al moment havien vist amb recel i prejudici, però que ara valoren molt positivament, fins al punt d'arribar a pensar que a la residència s'hi està com a casa.

Resumen

El año 2010 la Residencia de Campos impulsa un programa intergeneracional a partir de tres proyectos que lo conforman: Semana Intergeneracional, Escoles 0-3 y Menores en riesgo de exclusión social.

Este programa ha ido cambiando a lo largo de los años, manteniendo siempre el principio de la solidaridad intergeneracional, observando un incremento del interés de los participantes, añadiéndose entidades sociales, culturales y deportivas, creándose fuertes vínculos entre los participantes. Cabe destacar que los menores que inician el programa con 2-3 años lo finalizan con 14 años, de manera ininterrumpida, creándose un vínculo excepcional con las personas residentes.

Los menores llegan a la residencia como aquel que llega a casa, visitan a los usuarios en sus habitaciones, se preocupan por conocer su salud... Al mismo tiempo, los residentes esperan a los grupos de alumnos de manera muy activa y apasionada, proponiendo actividades que puedan ofrecerles y que sean de su agrado, aportando algún saber como: hacer «gelat de bomba», dar a conocer tiempos pasados, sembrar tomates, contar una *rondalla*... Y por supuesto la satisfacción de las fa-



milias de sentirse parte de la residencia, a la que hasta el momento habían observado con recelo y prejuicio transformándose en opiniones como que en la residencia se está como en casa.

1. Introducció i fonamentació del programa

L'any 1999 el Consorci Internacional per als Programes Intergeneracionals els definia com a «vehicles per a l'intercanvi determinat i continuat de recursos i aprenentatges entre les generacions grans i les més joves amb el fi d'aconseguir beneficis individuals i socials» (Tribunaeducacio.cat).

L'any 2002, Kaplan i Thang demostraven que els programes intergeneracionals eren capaçs de combatre l'edatisme i promoure els valors prosocials entre els joves.

L'any 2010, l'equip tècnic de la Residència de Campos, emparats amb tots els estudis, articles i polítiques lligats a la promoció de l'autonomia i la prevenció de la dependència, va creure que el foment de l'envelliment actiu i la participació de la gent gran a la comunitat podia afavorir l'aparició d'encontres intergeneracionals al nostre municipi, aleshores inexistent.

Els canvis en l'entorn social i familiar que havia propiciat la crisi financera l'any 2008 ens portava a topar-nos amb un increment de la pobresa que feia créixer les desigualtats socials. Els membres de la unitat familiar es varen veure molt afectats, assumint càrregues econòmiques, però també emocionals, i fent que el paper dels padrins es transformàs i fos el principal estaló de moltes famílies: infants que tornaven a viure amb els seus padrins, àvies que feien de cangurs mentre les filles treballaven, padrins que assumien despeses econòmiques dels fills per la impossibilitat de trobar feina o de fer front a hipoteques inassolibles.

Al mateix temps, per a les persones grans, s'engegaven models d'atenció residencial amb l'objectiu de millorar la qualitat de vida dels usuaris, adaptant-se a les seves capacitats i posant les persones al centre de tota atenció. Sorgien alternatives, com el *housing*, que cercaven oferir entorns semblants a les llars o opcions que promocionaven viure a casa seva, envellir a la llar, amb l'ajuda a domicili professionalitzada.

També sorgien manuals i iniciatives que fomentaven les bones pràctiques en l'entorn residencial, donant importància a la persona i a les seves capacitats, a l'organització de l'equip a partir de la persona, a la família i a la comunitat. Es començava a parlar de centres lliures de subjeccions i s'anaven redactant models i pràctiques que cercaven un



canvi en l'atenció residencial, més digna i més humana, apostant per la millor qualitat de vida possible de les persones de les quals tenien cura.

Aquell mateix any 2010, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va crear la Xarxa Mundial de Ciutats i Comunitats Amigables cercant bastir entorns urbans que afavorissin un envelliment saludable i actiu, promovent la participació de les persones grans a la vida comunitària i essent un dels seus objectius «connectar ciutats i comunitats per a facilitar l'intercanvi d'informació, coneixement i experiència» (IMSERSO, s.d.).

D'aquesta manera, a la Residència i al Centre de Dia, seguint les indicacions de l'OMS (2002) quant a envelliment actiu, que el definia com «el procés d'optimitzar les oportunitats de salut, participació i seguretat per a millorar la qualitat de vida a mesura que les persones envelleixen», vàrem optar per redactar un programa intergeneracional en què es vessin reflectides persones de diferents edats amb diferents perspectives però, n'estàvem convençuts, capaces de crear vincles i connexions molt enriquidores, donant així la importància de la participació social a les persones grans que viuen a les residències, fent-les visibles i desterrant els mites i prejudicis que hi havia sobre les persones residents i els centres gerontoassistencials.

2. Objectius del programa Intergeneracional

L'any 2010, el programa Intergeneracional neix amb tres objectius generals i molt lligats a la comunitat:

- Incrementar la cooperació, la interacció i l'intercanvi entre persones de diferents generacions que conviuen al municipi de Campos.
- Mantenir al llarg del temps els nexes d'unió entre generacions que es puguin crear a partir d'aquestes trobades.
- Comptar amb la col·laboració i participació d'entitats educatives i socials del municipi.

3. Metodologia de treball

Es comença a treballar a partir dels objectius esmentats definint tres projectes que formaran part, inicialment, del programa Intergeneracional.



Figura 1. Projectes que formaran part del programa Intergeneracional.



Font: elaboració pròpia.

Aquests projectes, basats en la proposta de disseny de programes intergeneracionals de McCrea et al. (2004), s'organitzaran de la manera següent:

Taula 1 | Planificació del programa Intergeneracional

	SETMANA INTERGENERACIONAL	MENORS EN RISC D'EXCLUSIÓ SOCIAL	ESCOLETES 0-3
Identificació dels grups implicats	Infants d'educació infantil (4 a 6 anys) i persones usuàries de la Residència. <i>Al 2013, s'aniran afegint alumnes de 1r a 6è d'educació primària.</i> <i>Al 2021, es completa el projecte amb alumnes d'ESO.</i>	Menors que formen part del Centre Base de Serveis Socials (entre 8 i 12 anys) i persones usuàries de la Residència.	Infants que cursen el darrer curs a l'escola (2-3 anys) i persones usuàries de la Residència.
Objectius generals	• Incrementar la cooperació, la interacció i l'intercanvi entre persones de diferents generacions que conviuen al municipi de Campos. • Mantenir al llarg del temps els nexes d'unió entre generacions que es puguin crear a partir d'aquestes trobades. • Comptar amb la col·laboració i participació d'entitats educatives i socials del municipi.		
Objectius específics	• Establir vincles i intercanvi d'opinions entre diferents generacions. • Potenciar espais per a la transmissió de les arrels, interactuant a partir de les experiències viscudes.	• Contribuir a incrementar el sentiment de participació social dels usuaris del centre. • Potenciar el respecte cap a la gent gran. • Treballar a favor de la inclusió social.	• Potenciar la comunicació oral entre generacions. • Promoure l'autonomia personal dels diferents col·lectius participants.

continua



	SETMANA INTERGENERACIONAL	MENORS EN RISC D'EXCLUSIÓ SOCIAL	ESCOLETES 0-3
Identificació del personal participant	- Des de l'escola: tutora del curs participant més mestra de suport. - Des de la Residència: tècnic animador sociocultural, fisioterapeuta, gero-cultors i Direcció.	- Des dels Serveis Socials: educadora social - Des de la Residència: tècnic animador sociocultural, gero-cultors i Direcció.	- Des de l'escoleta: tutors del curs participant més mestre de suport. - Des de la Residència: tècnic animador sociocultural, gero-cultors i Direcció.
Activitats clau per a la consecució dels objectius	- Hort - Taller de rondalles - Taller de cuina - Taller d'art - Psicomotricitat	- Transmissió de la cultura mallorquina: rondalles - Taller de cuina - Taller d'art	- Psicomotricitat i gimnàstica intergeneracional - Taller de contes
Altres activitats a realitzar	Reunions de programació, seguiment i avaluació de l'activitat intergeneracional.		

Font: elaboració pròpia a partir dels elements de disseny dels programes intergeneracionals de McCrea et al. (2004).

4. Temporalització detallada del programa

Inicialment, la temporalització de les tasques referents als tres projectes que conformaven el programa Intergeneracional es varen basar en el cronograma següent. Amb el pas dels anys i amb la introducció de nous cursos participants, s'ha anat modificant, sempre tenint com a principi el curs escolar iniciat al setembre.

Taula 2 | Temporalització detallada del programa Intergeneracional

Projecte	Tasques	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny	Juliol	Agost
Setmana Intergeneracional	Contacte amb el centre i planificació												
	Realització del projecte												
	Avaluació del projecte												
Menors en risc d'exclusió social	Contacte amb el centre i planificació												
	Realització del projecte												
	Avaluació del projecte												

continua



Projecte	Tasques	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig	Juny	Juliol	Agost
Escoletes 0-3	Contacte amb el centre i planificació												
	Realització del projecte												
	Avaluació del projecte												

Font: elaboració pròpia.

5. Els projectes

5.1. Setmana Intergeneracional

Aquest projecte, iniciat l'any 2010, s'inicia amb l'alumnat que cursa 4t, 5è i 6è d'educació infantil del Col·legi Fra Joan Ballester. Es proposa al centre educatiu que durant una setmana, entre els mesos de març, abril i maig, tots aquests cursos «vagin a escola» a la Residència en horari de 15 a 17 hores.

Es realitzen activitats on puguin participar per igual alumnes i persones usuàries de la residència. Les activitats es duen a terme en grups petits, normalment dos alumnes per una persona gran, per a un millor intercanvi d'experiències entre els participants.



Imatge 1. Any 2010. Usuària de la residència amb 3 alumnes sembrant.



Les activitats es basen en el coneixement de les tradicions culturals de la comunitat, tals com hort, cuina mallorquina, transmissió de la cultura oral... i s'adapten a través dels tallers de cuina, taller d'art, psicomotricitat... ja implantats a la residència.

Les famílies acompanyen i recullen els alumnes a la residència, aquest fet permet que molts adults entrin per primera vegada al centre geriàtric i canviïn la seva percepció i impressió en veure que es tracta d'una llar, amb persones que viuen activament el seu projecte de vida i comparteixen amb altres el seu dia a dia.

Una vegada realitzada la Setmana Intergeneracional i abans de finalitzar el curs escolar, s'afegeix també la visita a l'escola per part dels usuaris de la residència. El col·legi també obre les seves portes i aules per a permetre que les persones residents visitin l'espai escolar i s'hi integrin a través d'activitats relacionades amb la tradició i cultura mallorquines: accions que van des d'explicar una rondalla, fer un punt de llibre per Sant Jordi, realitzar un taller de cuina per a elaborar crespells, etc.



Imatge 2. Any 2010. Usuari de la residència amb un alumne elaborant un mural de tradicions, menjars i espais mallorquins.

L'any 2013 aquest projecte Intergeneracional comença a incloure els cursos d'educació primària. D'aquesta manera, els alumnes que havien entrat a formar part del programa Intergeneracional amb 4 anys acabaran l'etapa d'educació primària el 2018 amb 12 anys, havent assistit durant 8 anys, de manera consecutiva i ininterrompuda a aquestes jornades.

Aquest fet permetrà que els alumnes entrin a la residència com si fos casa seva, any rere any, coneixent els residents i teixint un vincle emocional entre ells.

«Anar a la residència era sinònim de somriure; record arribar i veure els padrins amb una rialla, fent que nosaltres, com al·lots que érem, els tornéssim la rialla i, entre nosaltres, féssim bromes. Hi havia una energia especial, afable, entre tanta distància d'edats i experiències, uns amb moltes i altres amb molt poques.



Ajudar-nos mútuament a pintar, dibuixar o escriure era genial, perquè no era un professor que t'ensenyava sinó una altra persona, aliena a tu que t'explicava per què s'havien de fer les coses que fèiem de certa manera.»

Joan P. (alumne participant als programes Intergeneracional 2010-2018)

Aquest projecte Intergeneracional amb l'escola va haver d'aturar-se obligatòriament durant la pandèmia. Després, però, va agafar més força i se'n va veure beneficiat i es va transformar en el Curs Escolar Intergeneracional, passant a ocupar tot el període lectiu anual. Així, des de setembre a juny, cada curs escolar, des de l'any 2021 passen per la Residència i el Centre de Dia tots els cursos escolars d'educació infantil, educació primària i ESO, amb activitats que continuen treballant les tradicions, les arrels, les festivitats locals i tot allò que pugui ser font de coneixement i aprenentatge per a infants i grans. Les visites al centre educatiu també hi són presents, amb la participació de diferents projectes escolars com la Donació de Sang o la Diada del Mercadet de Nadal o de Sant Jordi.

Amb la col·laboració de tot l'equip docent i l'equip d'atenció directa i tècnic de la Residència i el Centre de Dia es dona opció que gairebé 350 alumnes puguin gaudir de les experiències intergeneracionals al llarg de cada curs.

«Després de molts d'anys de participar a les trobades intergeneracionals, puc dir que són una experiència molt positiva tant per als més joves com per als més grans.

És fascinant veure com s'ajuden els uns amb els altres i es crea un clima de respecte, empatia, col·laboració i comprensió entre diferents generacions. Els alumnes aprenen de les experiències de vida dels padrins, mentre que els més grans se senten valorats i connectats amb el món actual.

Una experiència molt enriquidora en l'educació dels infants i una eina més per a ajudar-los a créixer com a individus complets, solidaris i conscients del món que els envolta.»

Llúcia R. (mestra d'educació infantil i primària al Col·legi Fra Joan Ballester, participant al programa Intergeneracional des de l'any 2010)

Cal destacar que les persones usuàries de la Residència i el Centre de Dia han anat canviant de perfil, s'ha passat de persones vàlides o dependents de grau I a persones dependents de grau II o grau III. Aquest fet, però, no ha impossibilitat continuar amb el projecte Intergeneracional sinó que s'ha anat adaptant a les capacitats dels usuaris, valorant aquelles accions que són capaços de fer amb l'ajuda i col·laboració dels alumnes per tal d'anar reforçant els vincles creats al llarg dels anys entre ells.



«La riquesa més gran, a part de la salut, és l'experiència que pares i padrins ens poden transmetre. Els intercanvis generacionals, des del meu punt de vista, són recíprocs, és a dir, durant l'activitat s'enriqueixen per igual ambdues parts.

El contacte que pugui tenir un infant amb una persona d'una altra generació, normalment, es tradueix en aprenentatge, a escoltar històries d'unes vides que a ells els cauen molt lluny, però que els fan ser conscients dels canvis que fa el món on habiten. Per altra banda, la persona major veu amb il·lusió i perspectiva, i per ventura també amb incredulitat, com les generacions més novelles són capaces de desenvolupar accions que per a ells són immensament complicades, i s'admiren de la destresa de les seves habilitats, que just acaben de florir.

Aquestes activitats no s'haurien de deixar perdre perquè, com he dit abans, tots els caires són positius. Com a mare de tres fills, cada vegada que algun d'ells ha participat en una activitat com aquesta, ha tornat a casa entusiasmat i amb moltes anècdotes per contar. Vull pensar que de l'altra part ho han viscut ben igual. Moltes gràcies a totes les persones que ho fan possible.»

Victòria M. (mare de 3 alumnes participants al programa des de l'any 2015)

5.2. Menors en risc d'exclusió social

A l'any 2011 sorgeix la col·laboració amb el departament d'Educació Social del Centre Base de Serveis Socials de l'Ajuntament de Campos per a dur a terme el projecte amb els menors en risc d'exclusió social, amb la finalitat de treballar a favor de la inclusió social.

Els objectius que es plantegen són els de donar a conèixer el paper de la gent gran dins la societat per tal de potenciar el respecte dels més joves cap a aquest col·lectiu, incrementar el sentiment cívic i de responsabilitat cap a la comunitat, un major coneixement de la gent gran, així com la dedicació de temps als més joves per a combatre sentiments de soledat no desitjada.

Les trobades es realitzen durant l'estiu per tal d'afavorir el temps d'oci saludable per a totes les parts participants. Hi participen menors en edats compreses entre els 8 i 12 anys, en grups petits.

En les jornades es comparteixen tallers que van relacionats amb la cultura tradicional mallorquina i que sovint formen part de l'estiu i de les festivitats del poble: trencar ametlles per fer gelat de bomba, fer coques de trempó amb les verdures recollides a l'hortet...





Imatge 3. Any 2012. Trencant ametlles per fer gelat de bomba.

Actualment, s'aprofiten els períodes escolars de vacances de Nadal, Pasqua i estiu per a programar diferents activitats intergeneracionals amb aquest col·lectiu. Així, aquests encontres propicien el coneixement mutu de tots els participants, establint-se sinèrgies molt positives entre ells. Es continua treballant amb grups reduïts per tal de fomentar la participació a través dels diàlegs entre ambdues parts, facilitant una comunicació distesa i estimulant un ambient cooperatiu.

5.3. Escoles 0-3

«A l'escoleta Els Taperons donam molta importància al contacte entre generacions i la posada en marxa de les Jornades Intergeneracionals és un element clau per rompre barreres i promoure la convivència. Gràcies a aquest contacte, poder compartir temps plegats i realitzar activitats de manera conjunta fa que es construeixin relacions positives entre infants i persones majors, permet fomentar la interacció, l'aprenentatge mutu i l'enteniment entre ells i elles.

La sensibilitat i l'afecte que mostren durant aquests contactes i els beneficis que comporta per a ambdues parts va donar com a resultat la necessitat d'incloure l'Intercanvi Intergeneracional dins el nostre Projecte de Centre.»

Poli F. (directora de l'Escoleta Municipal Els Taperons)



Les jornades amb l'escoleta municipal esdevenen un punt de trobada entre infants de 2 i 3 anys amb usuaris d'edats compreses entre 80 i 90 anys. Així, sorgeix un vincle entre ells a partir de l'afectivitat i el respecte entre ambdues edats.

Cada curs escolar, els infants participen d'una jornada a la residència que s'inicia amb l'entrada dels infants a partir de les 7.30 hores del matí, horari de matinet. Les famílies acompanyen els alumnes a la residència i els recullen a les 12 hores del migdia. Al llarg de la jornada se segueix aquesta proposta horària que s'adapta a l'organització del centre residencial i a la vida diària de les persones usuàries:

Taula 3 | *Proposta horària de la jornada a la Residència*

7.30 a 9 hores	Arribada a matinet
9 a 9.30 hores	Berenar d'infants i persones usuàries
10 hores	Inici de l'activitat conjunta
10.30 hores	Espai d'esbarjo
11.30 hores	Joc, psicomotricitat
12 hores	Recollida dels infants

Font: elaboració pròpia.

Tenint en compte les edats dels participants, les activitats que es realitzen de manera conjunta són senzilles, breus i entenedores. S'opta per iniciatives que permetin aprendre habilitats noves com podria ser sembrar una llavor.

Així mateix, es dona importància a l'espai d'esbarjo i de joc lliure. És en aquests espais on neixen acostaments entre grans i petits de manera espontània, senzilla i franca.

En l'espai de joc dirigit, normalment basat en la psicomotricitat i el moviment, s'alternen exercicis físics adaptats amb jocs amb pilota, piques, bitlles... oferint la possibilitat de compartir el material i l'espai a tots els participants.

Els infants de l'escoleta, sempre guiats per una mestra, encaixen de manera molt positiva el tarannà de les persones usuàries en el seu dia a dia. Tant és així, que el berenar esdevé un lloc per a compartir plegats, acompanyar-se un amb l'altre, avesarse a la rutina que aquell dia s'ha convertit en excepcional.

L'encontre entre aquests dos perfils generacionals acaba amb un retrobament amb la visita que les persones usuàries realitzen un altre dia a l'escoleta municipal. En aquesta jornada, els participants adults expliquen una llegenda tradicional als infants i comparteixen temps de pati, moment en què es pot observar l'espontaneïtat i llibertat d'acostar-se a l'altre sense prejudici.





Imatge 4. Any 2013. Infants de l'escoleta i persones usuàries de la Residència compartint el berenar del matí.

«Tenir en compte la globalitat i la diversitat d'infants i que tots ells i elles puguin ser participants dels encontres intergeneracionals és la base perquè els nostres infants creixin i s'eduquin en la riquesa i el respecte cap a les persones grans. Poder intercanviar temps, espais i activitats suposa crear vincles i cohesió més enllà del fet en si, i establir els fonaments d'un present on la gent gran sigui considerada pel seu gran valor, la seva experiència i la seva història.»

Apol·lònia M. (mare de 3 infants participants a diferents projectes intergeneracionals des de 2018 fins a l'actualitat)



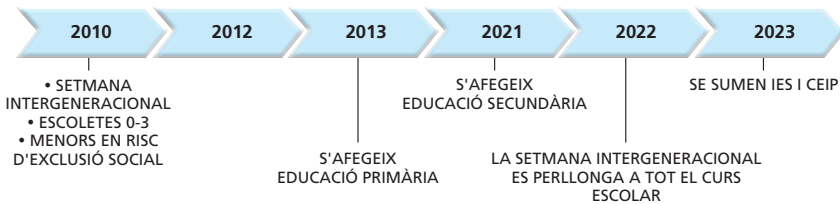
Imatge 5. Any 2013. A l'escoleta municipal els infants i persones usuàries comparteixen pati.



6. Evolució del programa Intergeneracional

Des que es va iniciar el programa l'any 2010 amb tres projectes concrets que l'integraven, s'hi han anat sumant altres projectes i iniciatives que han demostrat la seva eficàcia i que han quedat instaurats des de la seva planificació inicial.

Figura 2. D'aquesta manera, l'evolució del programa ha estat la següent:



Així mateix, i al llarg dels anys, s'han anat afegint de manera puntual entitats esportives, socials, culturals i parroquials al programa Intergeneracional que han fet possible crear més espais de relació entre diferents generacions, han contribuït a complir els objectius d'incrementar la cooperació i fomentar la inclusió dels diferents col·lectius participants.

7. A manera de conclusió

Les portes de la Residència s'han obert de bat a bat perquè els veïns del municipi coneguin què és viure a un centre per a majors, s'han desterrat mites sobre la vellesa, s'ha fet front a l'edatisme conscienciant els més joves sobre la importància del respecte a la gent gran i la preservació de la seva dignitat. Ha arribat el missatge a les famílies que una part fonamental per fer comunitat també passa per incloure els més grans i els més petits.

Però encara queda molt a fer perquè les noves generacions coneguin i estimin tot el llegat que les persones grans tenen per a oferir. Són testimonis vius de la memòria històrica, la llengua, les tradicions i els costums de la nostra terra, l'estima a tot allò que ens envolta, la natura que un dia els va donar el pa per a viure i la terra que els va veure patir per la guerra o la fam.

Tenim les eines per a poder-ho treballar, els equips humans per a poder-ho aconseguir i els participants per a poder-ho dur a terme.



Referències bibliogràfiques

Comisión Europea (2021). *Libro verde sobre el envejecimiento. Fomentar la solidaridad y la responsabilidad entre generaciones*. Brusel·les.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (s.d.). *Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores*. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. <https://www.ciudadesamigables.imserso.es>

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

McCrea, J.M.; Weissmann, M.; Thorpe-Brown, G. (2004). *Connecting the Generation: A Practical Guide for Developing Intergenerational Programs*. Pittsburg, PA: Generations Together.

Organització Mundial de la Salut (OMS) (2002). «Envejecimiento activo: un marco político». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 37 (S2): 74-105. Disponibles a <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

Sánchez, M.; Pinazo, S. (2005). *Gerontología. Actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educacion.

Sánchez, M.; Martínez, A. (2007). «Una sociedad para todas las edades». A M. Sanchez (dir.), *Programas intergeneracionales. Hacia una sociedad para todas las edades*. Colección Estudios Sociales, 23. Obra Social "la Caixa". Barcelona.

Tribuna d'Educació (2018). Programes intergeneracionals. <https://tribunaeducacio.cat/programes-intergeneracionals/>



Autora

BÀRBARA FRANCISCA MAS SALOM

És nascuda a Campos l'any 1979. Diplomada en Educació Social per la Universitat de les Illes Balears i postgrau en Promoció de l'Autonomia i Prevenció de la Dependència per la Universitat Ramon Llull de Barcelona. Des de l'any 2008 és directora de la Residència i Centre de Dia de Campos, promovent programes a favor de l'envelliment actiu, el bon tracte cap a les persones grans i la prevenció de la dependència. Liderant l'equip d'atenció residencial aconseguí certificar la primera residència a les Illes Balears com a Centre Lliure de Subjeccions l'any 2011 per CEOMA.





ENVELLIR AMB VEU PRÒPIA: LA FORÇA TRANSFORMADORA DE LA GENT GRAN EN UNA SOCIETAT INTERGENERACIONAL



Envellir amb veu pròpia: la força transformadora de la gent gran en una societat intergeneracional

Omar Lamin-Abeidi



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 177/532

Resum

Aquest treball analitza el concepte de participació activa de les persones grans des d'una perspectiva de drets humans, multidisciplinària i crítica. Parteix del marc proposat per l'Organització Mundial de la Salut sobre l'envel·liment actiu (OMS, 2002), entès com un procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat, i el complementa amb principis de dignitat, independència i autorealització reconeguts internacionalment (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991; HelpAge International, 2018). Mitjançant una diagnosi detallada de la realitat actual a les Illes Balears i l'Estat espanyol, s'identifiquen barreres estructurals com l'edatisme, la bretxa digital, la desigualtat de gènere i la manca d'accessibilitat, que limiten l'exercici ple de la ciutadania per part de les persones grans.

L'article aprofundeix en els beneficis de la participació activa, tant a nivell individual —millora de la salut mental, autoestima i qualitat de vida (Observatori Social de "la Caixa", 2020; IMSERSO, 2022)— com col·lectiu —cohesió social, transmissió de coneixements i reforç del teixit comunitari (Rodríguez, 2018; López, 2021). A través de casos d'estudi a les Illes Balears, Catalunya i el País Basc, s'il·lustren bones pràctiques en àmbits com el voluntariat, l'habitatge cooperatiu, la participació institucional i l'alfabetització digital (Ajuntament de Palma, 2023; Consell Insular d'Eivissa, 2022; Basque Government, 2022).

A partir d'aquest corpus, es proposen estratègies per fomentar una participació significativa: des de la institucionalització de canals de participació fins a la promoció d'aliances intergeneracionals i la cocreació de polítiques públiques (Fundación Pílares, 2020). Finalment, es fa una crida a la corresponsabilitat institucional i ciutadana per situar la vellesa com una etapa de plenitud i contribució activa, i es defensa la necessitat d'un canvi de paradigma que reconegui les persones grans com a agents polítics i socials imprescindibles per a una democràcia inclusiva i justa.

Resumen

Este trabajo analiza el concepto de participación activa de las personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos, multidisciplinar y crítica. Parte del marco propuesto por la Organización Mundial de la Salud sobre el envejecimiento activo (OMS, 2002), entendido como un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, complementado con principios de dignidad, independencia y autorrealización reconocidos internacionalmente (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1991; HelpAge International, 2018). A través de un diagnóstico detallado de la realidad actual en las Islas Baleares y en el Estado español, se identifican barreras estructurales como el edadismo, la brecha digital, la desigualdad de género y



la falta de accesibilitat, que limiten el exercici ple de la ciutadania de les persones majors.

El article profundiza en els beneficis de la participaci6 activa, tant a nivell individual —mejora de la salut mental, la autoestima i la qualitat de vida (Observatori Social de “la Caixa”, 2020; IMSERSO, 2022)— com a col·lectiu —cohesi6 social, transmissi6 de coneixements i fortalecimiento del teixit comunitari (Rodríguez, 2018; López, 2021). A través de estudis de cas a Balears, Catalunya i el País Vasco, s'il·lustren bones pràctiques en àmbits com el voluntariat, la vivenda cooperativa, la participaci6 institucional i la alfabetitzaci6 digital (Ajuntament de Palma, 2023; Consell Insular d'Eivissa, 2022; Basque Government, 2022).

A partir d'aquest corpus, s'proponen estratègies per fomentar una participaci6 significativa: des de la institucionalitzaci6 de canals de participaci6 fins a la promoci6 d'aliances intergeneracionals i la co-creaci6 de polítiques públiques (Fundaci6 Pílares, 2020). Finalment, s'fa un llamament a la corresponsabilitat institucional i ciutadana per situar la vejez com a etapa de plenitud i contribuci6 activa, i s'defiende la necessitat d'un canvi de paradigma que reconegui a les persones majors com agents polítics i socials imprescindibles per a una democràcia inclusiva i justa.

1. Introducci6

L'envelliment de la poblaci6 és un fenomen global que planteja desafiaments socials, econòmics i polítics de gran abast. Segons les projeccions de les Nacions Unides, el nombre de persones de 65 anys o més augmentarà de manera significativa en les properes dècades, arribant a representar una proporci6 substancial de la poblaci6 total. Aquest canvi demogràfic té implicacions profundes per als sistemes de salut, les pensions, els serveis socials i, especialment, per al model de participaci6 ciutadana.

Tradicionalment, l'envelliment ha estat concebut des d'una perspectiva assistencialista i biomèdica, centrada en la cura i la dependència. Tanmateix, aquest enfocament ignora el potencial de milers de persones majors que gaudeixen de bona salut, experiència i voluntat de continuar contribuint a la societat. La hipòtesi central d'aquest article és que la participaci6 activa de les persones majors constitueix no només un dret fonamental, sinó també una eina poderosa de transformaci6 social i de reforç de la democràcia. En aquest sentit, la ciutadania sènior pot actuar com a motor de canvi, transmissor de valors i agent de cohesi6 intergeneracional.



L'objectiu principal és analitzar les formes, els beneficis i les barreres de la participació activa, així com proposar estratègies per promoure-la en l'àmbit local i global. Per fer-ho, es planteja una aproximació interdisciplinària i crítica que combini anàlisi teòrica, diagnòsi empírica i propostes d'acció, amb una atenció especial al context europeu i, particularment, a l'Estat espanyol i les Illes Balears.

2. Marc teòric i conceptual

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) defineix l'envelliment actiu com el procés d'optimització de les oportunitats de salut, participació i seguretat per tal de millorar la qualitat de vida a mesura que les persones envelleixen. Aquesta concepció parteix d'un canvi de paradigma en l'abordatge de la vellesa: s'abandona el model biomèdic tradicional, centrat en la malaltia i la dependència, per adoptar una visió positiva i basada en les capacitats, el dret a decidir i la inclusió social.

L'envelliment actiu s'articula al voltant de quatre pilars fonamentals: salut física i mental, participació social, seguretat econòmica i protecció jurídica, i aprenentatge permanent. Aquests pilars es manifesten en múltiples dimensions de la vida quotidiana de les persones grans, des de l'accés als serveis sociosanitaris fins a la seva presència i reconeixement en l'esfera pública i comunitària. És important destacar que aquest enfocament no pot ser interpretat com una responsabilitat individualitzada, sinó com una construcció social que requereix polítiques públiques actives, sistemes de suport comunitari i la implicació corresponsable de tots els nivells institucionals.

Des d'una perspectiva de drets humans, el marc conceptual de l'envelliment actiu es fonamenta en cinc principis reconeguts internacionalment: la independència, la participació, la dignitat, l'assistència i l'autorealització. Aquest enfocament ha estat recollit per instruments com els Principis de les Nacions Unides en favor de les Persones Grans (1991) i, més recentment, per la Convenció Interamericana sobre la Protecció dels Drets Humans de les Persones Grans (2015). Ambdós documents estableixen que l'edat no pot ser motiu de discriminació i que els estats han de garantir les condicions materials, institucionals i culturals per a una participació plena i efectiva de les persones grans.

Aquest article adopta una perspectiva interdisciplinària que integra coneixements de la sociologia, la psicologia social, la gerontologia crítica, l'economia del benestar i l'anàlisi de polítiques públiques. Aquesta mirada holística permet entendre l'envelliment actiu no com un estat estàtic, sinó com un procés dinàmic i relacional, travessat per factors com el gènere, la classe social, l'origen cultural, la discapacitat o el territori. Així, es reconeix la diversitat de trajectòries vitals i es defuig qualsevol aproximació que homogeneïtzi l'experiència de la vellesa.



En particular, la dimensió de la participació social adquireix un rol central en aquest marc. Aquesta no s'ha de limitar a la presència passiva o a l'assistència a activitats recreatives, sinó que ha d'incloure la capacitat d'incidència real en els espais de decisió pública, en les polítiques socials i en la planificació comunitària. La participació activa també comprèn el dret a la cultura, a l'educació permanent, a l'expressió política i a la contribució a la vida col·lectiva. Aquesta concepció implica reconèixer les persones grans com a agents de transformació i no com a receptors passius d'atenció o serveis.

Així mateix, des d'un enfocament feminista i interseccional, cal tenir en compte com les desigualtats acumulades al llarg del cicle vital impacten diferentment en l'envelliment de dones i homes. Les dones grans, per exemple, tendeixen a afrontar majors nivells de precarietat econòmica i solitud, fet que reclama polítiques públiques amb enfocament de gènere i mesures específiques per combatre la feminització de la pobresa i l'exclusió social.

Finalment, cal remarcar que l'envelliment actiu és un repte col·lectiu que interpel·la tots els àmbits de la societat: des de l'urbanisme fins a l'educació, des dels mitjans de comunicació fins als sistemes de salut. Aquest enfocament requereix una governança col·laborativa i una mirada intergeneracional que reconegui el valor de la convivència, la solidaritat i el respecte mutu entre totes les edats.

3. Diagnosi de la participació actual

Malgrat els avenços conceptuals, legislatius i institucionals en el reconeixement del dret a la participació de les persones majors, la seva aplicació pràctica continua sent desigual i fragmentària. Les dades recollides per l'Enquesta de Condicions de Vida, així com per informes de l'IMERSO i altres estudis d'organismes com l'Observatori Estatal de la Discapacitat, mostren que la participació de les persones grans en espais de presa de decisions, en moviments associatius o en processos comunitaris es manté per sota de la mitjana de la població general. Aquesta bretxa no pot ser interpretada únicament des d'un prisma de desinterès, sinó que respon a múltiples condicionants estructurals i simbòlics que configuren un entorn poc propici per a la participació efectiva.

Entre aquests condicionants, cal destacar l'arrelament dels estereotips edatistes, que redueixen les persones grans a una imatge de fragilitat, passivitat o càrrega social. Aquest imaginari es projecta tant en el discurs públic com en les pràctiques institucionals, generant una invisibilitat estructural que afecta l'agenda política, els mitjans de comunicació i l'accés a espais de poder. A més, la manca d'accessibilitat digital i la persistència d'una fractura generacional en l'ús de les tecnologies de la



informació i la comunicació limiten seriosament la participació en canals virtuals, cada cop més centrals en la vida cívica contemporània.

Aquesta realitat s'agreuja quan s'analitza des d'una perspectiva interseccional. Les dones grans, per exemple, experimenten una doble discriminació —per edat i gènere— que sovint es tradueix en una menor presència en espais de representació i una major vulnerabilitat socioeconòmica. Així mateix, el context territorial juga un paper decisiu: en zones rurals o insulars, la dispersió geogràfica, la manca de transport públic adaptat i la reducció de serveis socials d'acompanyament dificulten severament l'accés a espais de participació, mentre que en contextos urbans es reproduïxen altres barreres com la fragmentació comunitària i el predomini de formats de participació excessivament tecnificats o institucionalitzats.

Tot i aquestes barreres, es poden identificar experiències inspiradores que posen de manifest el potencial transformador de la participació de les persones grans. Iniciatives com els consells de gent gran municipals, els bancs del temps, els tallers de memòria oral, els programes de formació digital o els projectes de cocreació cultural mostren que, quan s'ofereixen entorns inclusius i metodologies adaptades, la resposta del col·lectiu és positiva i compromesa. En aquest sentit, diversos estudis apunten que la participació significativa està estretament vinculada a tres factors: la rellevància del contingut participatiu, la proximitat de les decisions a la vida quotidiana, i la capacitat d'incidència real.

Una línia d'anàlisi especialment rellevant és la dels pressupostos participatius amb perspectiva de vellesa, en què s'ha constatat que les propostes elaborades per persones grans no només són viables, sinó altament eficients, sensibles a les necessitats comunitàries i generadores de cohesió social. Aquestes experiències posen de manifest la necessitat de reconèixer la saviesa acumulada de les persones majors i el seu paper com a agents de transformació social, així com el valor de les aliances intergeneracionals com a estratègia per a la inclusió.

No obstant això, perquè aquestes iniciatives puguin consolidar-se, cal una institucionalització de la participació que vagi més enllà de l'anecdotes o de projectes puntuals. Això implica el disseny i desenvolupament de polítiques públiques estables, dotades de recursos materials i humans, que fomentin una cultura organitzacional participativa, amb mecanismes d'escolta activa, formació continuada dels professionals i adaptació constant dels formats i canals de participació.

Un dels reptes més urgents en aquest sentit és la superació de la bretxa digital. Aquesta no només representa una dificultat tècnica, sinó una qüestió d'equitat democràtica. Promoure l'alfabetització digital de les persones grans ha de ser considerat una



prioritat de primer ordre en les agendes públiques, no únicament des d'una perspectiva funcional, sinó també com a estratègia de promoció de la ciutadania activa. Aquesta formació ha de ser integral i adaptada, incorporant elements de confiança, motivació, pedagogia crítica i accessibilitat universal, especialment tenint en compte la diversitat funcional i cognitiva present en el col·lectiu.

4. Impacte de la participació activa

Beneficis individuals

Des del pla individual, la participació activa repercuteix de manera significativa en la millora de la salut mental, especialment en la reducció de sentiments de solitud, angoixa o depressió. La implicació en activitats comunitàries i espais col·lectius genera un sentit de pertinença, contribueix a mantenir la identitat personal i reforça els vincles afectius i socials, elements essencials per a una vellesa digna i satisfactòria.

Diversos estudis indiquen que les persones grans que participen regularment en entitats culturals, associatives o de voluntariat mostren nivells superiors d'autoestima, percepció de control sobre la pròpia vida i esperança vital. Aquestes dades són particularment rellevants si tenim en compte els efectes acumulats que les situacions de dependència, pèrdua de rols o dols poden tenir en aquesta etapa del cicle vital. La participació, entesa com a reconeixement actiu de la utilitat social de la persona, actua així com a factor protector davant l'aïllament i com a palanca per a l'empoderament personal.

A més, l'activitat cognitiva i física associada a determinades formes de participació —com els tallers de memòria, l'activisme cultural o les tasques de voluntariat— té un impacte positiu en la prevenció del deteriorament cognitiu i la promoció d'un envelliment saludable. En aquest sentit, la participació no només té un valor simbòlic o moral, sinó també un valor preventiu i terapèutic, reconegut en múltiples estratègies de salut pública.

Beneficis col·lectius

En l'àmbit col·lectiu, la participació activa de les persones grans contribueix de manera decisiva a la cohesió social i al desenvolupament comunitari. En una societat marcada per la fragmentació generacional i les desigualtats socials, el compromís cívic de la gent gran representa una font de transmissió de coneixements, memòria històrica i valors compartits.

Les persones majors, a través de la seva experiència vital i saviesa acumulada, actuen com a agents d'estabilitat, solidaritat i resiliència comunitària. La seva participació



afavoreix la creació d'entorns més inclusius, on les relacions interpersonals i la reciprocitat social esdevenen eixos vertebradors del benestar col·lectiu. Així, es genera un impacte positiu no només entre els mateixos participants, sinó també entre les generacions més joves, que poden accedir a models de referència, suport emocional i espais de convivència intergeneracional.

L'impacte col·lectiu es fa especialment visible en contextos de crisi —econòmica, sanitària o social— en què el rol del voluntariat sènior s'ha evidenciat com a clau per al manteniment de xarxes de suport, especialment entre persones vulnerables. També és destacable la capacitat d'incidència política i ciutadana que adquireixen els col·lectius de gent gran organitzats, que han impulsat canvis normatius i propostes concretes en àmbits com la mobilitat, la salut, l'habitatge o la memòria democràtica.

Exemples de programes intergeneracionals i de voluntariat

Els programes intergeneracionals constitueixen una de les estratègies més efectives per afavorir la participació activa de les persones grans i, alhora, enfortir el diàleg entre generacions. Iniciatives com «Apadrina un avi», «Escoles de Memòria» o els programes d'ensenyament de competències digitals liderats per persones majors a joves i altres col·lectius vulnerables exemplifiquen com la interacció entre generacions pot generar aprenentatges mutus, trencar prejudicis i construir comunitats més solidàries.

A nivell local, diversos municipis de les Illes Balears han posat en marxa experiències com el Consell de la Gent Gran, espais de participació institucionalitzada on les persones grans poden incidir en les polítiques públiques locals. També són destacables iniciatives de voluntariat social, com el programa «Gent Activa», impulsat per serveis socials i entitats del tercer sector, que canalitzen la participació en activitats de suport escolar, acompanyament a persones dependents o accions de dinamització comunitària.

Aquestes experiències evidencien que, quan les persones grans disposen de canals adequats, suport institucional i reconeixement social, són capaces de generar un impacte profund en la comunitat, esdevenint motors de transformació social i referents de ciutadania activa.

5. Casos d'estudi i experiències significatives

L'anàlisi de casos d'èxit en la promoció de la participació activa de les persones grans permet comprendre millor les condicions que faciliten la seva implicació en la vida col·lectiva i els mecanismes que transformen iniciatives puntuals en processos sostenibles i replicables. A continuació es presenten tres experiències significatives que



han demostrat un alt impacte social i una contribució efectiva a la promoció de la ciutadania activa de la gent gran.

«Gent gran i ciutat» – Palma

Aquest programa, impulsat per l'Ajuntament de Palma en col·laboració amb entitats socials i culturals, té com a objectiu reforçar la presència activa de les persones majors en la vida urbana. A través de tallers de diagnòstic participatiu, recorreguts urbans crítics i sessions de cocreació amb tècnics municipals, les persones grans han pogut incidir en temes com la mobilitat, l'accessibilitat, l'urbanisme i la seguretat als barris.

El projecte ha destacat per la seva metodologia participativa basada en el disseny centrat en les persones usuàries, així com per la seva capacitat de generar canvis reals en les polítiques públiques municipals. Entre els resultats més rellevants hi ha l'adaptació de voreres, la creació d'espais verds intergeneracionals i l'elaboració d'un decàleg ciutadà sobre envelliment i ciutat. Aquest cas exemplifica la importància d'establir canals de diàleg estructurats i permanents entre ciutadania i administració.

«Vincles intergeneracionals» – Manacor

Aquest projecte, coordinat per una associació comunitària en col·laboració amb escoles i residències de gent gran, ha tingut com a eix central el foment de relacions intergeneracionals mitjançant activitats educatives, culturals i creatives. L'objectiu ha estat superar la bretxa generacional i combatre la solitud no desitjada de moltes persones majors, tot enfortint la convivència i la solidaritat mútua.

Les activitats inclouen tallers d'història oral, projectes de creació artística col·lectiva, sessions de lectura conjunta i trobades intergeneracionals periòdiques. Els testimonis recollits apunten a un impacte emocional molt positiu tant en infants com en persones grans, amb millores observables en l'autoestima, la motivació i la percepció de sentit. Aquest projecte posa en relleu la força de les relacions horitzontals i de la reciprocitat emocional com a motors de participació i transformació comunitària.

«Mentors digitals» – Eivissa

En resposta a la bretxa digital i a l'aïllament tecnològic, aquesta iniciativa va ser impulsada pel Consell Insular d'Eivissa juntament amb biblioteques i centres cívics, amb l'objectiu de capacitar persones grans en competències digitals. El valor afegit del projecte rau en el fet que molts dels tallers van ser dinamitzats per altres persones grans que actuaven com a mentors o formadors voluntaris.



Aquest enfocament d'empoderament col·lectiu no només va facilitar l'aprenentatge tècnic, sinó que va generar una xarxa d'ajuda mútua i sentiment de comunitat. El reconeixement públic dels mentors i la seva participació en espais de planificació del projecte van ser claus per garantir-ne la sostenibilitat i legitimitat. Els resultats indiquen una millora significativa en l'autonomia digital i en la confiança a l'hora de participar en espais en línia, inclosos processos participatius i accions de voluntariat virtual.

Testimonis i narratives

Els testimonis recollits en aquestes experiències permeten posar veu a les dades i reflectir el sentit profund de la participació activa. Una participant de 78 anys al projecte de Palma afirmava: «Ara sé que el meu barri pot canviar gràcies a nosaltres. No som només espectadors». Un mentor digital d'Eivissa relatava: «Mai hauria pensat que ens fariem útils amb un mòbil a les mans. Ens hem fet escoltar». A Manacor, una professora de primària destacava: «Els infants han après a mirar els padrins amb altres ulls. Ara són part de la seva realitat quotidiana».

Aquestes narratives reforcen la idea que la participació activa és més que un objectiu polític: és una experiència vital que transforma la percepció que les persones tenen d'elles mateixes, dels altres i del seu entorn.

Factors clau per a l'èxit

De l'anàlisi dels casos descrits se'n poden extreure diversos factors clau per a l'èxit de les iniciatives de participació activa:

- Codisseny amb les persones participants, evitant una lògica paternalista i promovent una implicació real des de l'inici del projecte.
- Flexibilitat metodològica i adaptació a la diversitat funcional, cultural i emocional de les persones grans.
- Presència de lideratges comunitaris i reconeixement simbòlic de les aportacions del col·lectiu.
- Estabilitat i continuïtat institucional, amb pressupost assignat i voluntat política de donar-li continuïtat.
- Enfocament intergeneracional i transversalitat, integrant les persones grans en polítiques educatives, urbanes, digitals i culturals.



6. Propostes per fomentar la participació activa

Promoure la participació activa de les persones grans requereix un compromís transversal i sostingut per part de les institucions públiques, les entitats socials, els agents comunitaris i la societat en general. No es tracta únicament de generar espais d'activitat, sinó de construir una cultura democràtica que reconegui la ciutadania plena de les persones grans, superi els estereotips edatistes i generi entorns que facilitin l'agència col·lectiva.

Recomanacions per a institucions, entitats i societat civil

Les administracions públiques, especialment a nivell local i autonòmic, han de jugar un paper actiu en el reconeixement i promoció dels drets de les persones grans a participar en la vida pública. Algunes mesures prioritàries inclouen:

- Institucionalitzar espais de participació com consells de gent gran, amb capacitat real d'incidència i vinculació amb processos de presa de decisions.
- Impulsar programes específics de formació cívica i participació activa, adaptats a la diversitat funcional, cognitiva i cultural del col·lectiu.
- Revisar normatives i procediments per eliminar barreres administratives o tècniques que dificultin la participació.
- Reconèixer públicament les aportacions de la gent gran, mitjançant campanyes de sensibilització i actes institucionals.

Les entitats del tercer sector i les organitzacions de base comunitària han de promoure metodologies participatives que parteixin del codisseny, el reconeixement de sabers i la corresponsabilitat. Cal també afavorir la col·laboració intersectorial i intergeneracional, enfortint xarxes i projectes comuns que involucrin diversos col·lectius.

Pel que fa a la societat civil, és fonamental trencar amb la mirada paternalista i visibilitzar la capacitat activa de les persones grans en els mitjans de comunicació, les escoles i els espais culturals, promovent relats positius i no estigmatitzadors.

Estratègies per superar les barreres identificades

Per abordar les barreres estructurals identificades en l'apartat de diagnosi, es proposen les línies estratègiques següents:



- **Combat de l'edatisme:** incorporar continguts sobre vellesa activa als currículums educatius i formació obligatòria sobre drets de les persones grans als professionals de serveis socials, sanitaris i administratius.
- **Reducció de la bretxa digital:** desplegar plans d'alfabetització digital a escala local amb itineraris formatius modulars, suport personalitzat, accés a dispositius i connectivitat assequible, i metodologies basades en la pràctica i la motivació.
- **Accessibilitat universal:** garantir la participació en entorns físics i virtuals mitjançant ajustaments raonables, traducció a lectura fàcil, llenguatge clar, i ús de tecnologia adaptativa.
- **Equitat territorial:** assegurar la presència de recursos i facilitadors de participació en zones rurals i illes menors, mitjançant estratègies de descentralització i mobilitat assistida.
- **Interseccionalitat de gènere i cultura:** implementar accions afirmatives per promoure la participació de dones grans, persones migrades i minories culturals, tot respectant i valorant les seves experiències diferenciades.

Propostes per a la cocreació de polítiques amb les persones majors

La cocreació de polítiques no només afavoreix la legitimitat de les actuacions públiques, sinó que millora la seva qualitat, eficiència i sostenibilitat. Per avançar cap a una governança democràtica intergeneracional i inclusiva, es proposa:

- Incorporar processos de consulta deliberativa en totes les etapes del disseny, implementació i avaluació de polítiques socials, urbanes, sanitàries i culturals que afecten les persones grans.
- Crear laboratoris ciutadans o «living labs» sobre vellesa activa, on persones grans, tècnics, investigadors i joves desenvolupin conjuntament solucions a reptes comunitaris.
- Establir taules mixtes de seguiment de les polítiques públiques, amb participació directa de representants de la gent gran i entitats vinculades.
- Fomentar pressupostos participatius amb perspectiva de vellesa, destinant partides específiques a projectes ideats per persones grans o intergeneracionals.
- Reforçar la recerca participativa impulsada per persones grans que permeti evidenciar les seves necessitats i capacitats des de la pròpia veu.



Aquest conjunt de mesures no pot entendre's de manera aïllada, sinó dins d'un enfocament integral de drets que reconegui la participació activa com un element central d'una societat democràtica, justa i cohesionada.

7. Conclusions i perspectives de futur

La participació activa de les persones grans ha esdevingut una dimensió essencial del debat contemporani sobre l'envelliment i la qualitat democràtica de les societats. Aquest article ha evidenciat que l'envelliment actiu, tal com el defineixen organismes internacionals com l'OMS i es reconeix en la normativa de drets humans, no és únicament una qüestió de salut o activitat física, sinó una expressió plena de ciutadania i de drets socials. La participació, entesa com la capacitat de decidir i incidir sobre els assumptes col·lectius, és alhora un mitjà per millorar el benestar individual i un fi democràtic en si mateix.

Les dades i experiències analitzades mostren que quan es generen les condicions adequades —accessibilitat, reconeixement, metodologies inclusives—, les persones grans responen amb implicació, compromís i creativitat. Aquest potencial, tanmateix, encara no es desplega plenament. Persistents barreres estructurals, simbòliques i institucionals —com l'edatisme arrelat, la bretxa digital, la invisibilització en els mitjans i la rigidesa dels canals institucionals— continuen dificultant la participació activa d'un sector creixent de la població.

S'ha evidenciat també que aquesta exclusió no és neutra. Té conseqüències directes sobre la salut emocional, l'autoestima i la qualitat de vida de les persones majors, alhora que empobreix la vida comunitària, que perd així la seva memòria col·lectiva, la seva capacitat de cohesió i la seva diversitat intergeneracional. En aquest sentit, garantir la participació activa no és només una qüestió de justícia per a les persones grans, sinó una necessitat per a la sostenibilitat democràtica de les nostres societats.

Les experiències revisades —tant a les Illes Balears com a Catalunya i el País Basc— mostren camins viables i replicables. La creació de consells de gent gran amb incidència real, els programes de voluntariat i cohabitatge, les iniciatives intergeneracionals i les xarxes d'alfabetització digital comunitària són exemples que il·lustren els beneficis d'una aposta decidida per la inclusió. Però també indiquen que cal anar més enllà de les bones pràctiques puntuals: es necessita una política pública ambiciosa, sostinguda i transversal.

Aquesta nova mirada sobre la vellesa implica entendre-la com una etapa de plenitud, de transmissió de valors i de contribució activa. Aquesta visió trenca amb els imaginis deficitaris i paternalistes i reconeix la diversitat d'experiències, desitjos i capacitats



presentes dins el col·lectiu de persones grans. És des d'aquesta mirada que cal revisar els marcs normatius, els dissenys urbans, les polítiques socials i educatives i els canals de participació política.

Per tal d'assolir aquest canvi de paradigma, és imprescindible una crida a la corresponsabilitat institucional i ciutadana. Les institucions han de passar de considerar les persones grans com a «usuaris» a veure-les com a ciutadans amb ple dret a decidir. Això implica reformular els espais participatius existents, establir nous canals deliberatius, reconèixer el valor de les aportacions de la gent gran i dotar els projectes de recursos estables i no condicionats per cicles polítics curts.

Per la seva banda, la societat civil —entitats, mitjans, escoles, col·lectius juvenils— ha d'assumir la seva part de responsabilitat. És imprescindible generar una cultura de la participació inclusiva, en què la vellesa sigui vista com a valor i no com a límit, i en què la interacció entre generacions sigui motor de transformació i cohesió social.

Finalment, cal reconèixer que el futur d'aquest enfocament no només depèn de l'esfera institucional. També està en mans de la ciutadania, de les mateixes persones grans, de la seva capacitat d'autoorganització, de reivindicar espais i de construir comunitats on es pugui envellir amb dignitat, autonomia i sentit.

Les Illes Balears tenen avui l'oportunitat de situar-se a l'avantguarda en matèria de polítiques d'envelliment actiu, aprenent d'experiències innovadores i adaptant-les al seu context insular, plural i comunitari. La construcció d'un territori per a totes les edats no és només una aspiració: és un deure democràtic, un repte col·lectiu i una possibilitat real si s'actua amb visió, compromís i voluntat transformadora.



Referències bibliogràfiques

Ajuntament de Palma (2023). *Projecte Gent Gran i Ciutat: Memòria d'activitats 2022–2023*. Palma: Àrea de Benestar Social i Drets Socials.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1991). *Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad*. Resolució 46/91. <https://www.un.org>

Basque Government (2022). *Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo y Saludable 2022–2026*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza. <https://www.euskadi.eus>

Cadena Ser Catalunya (2025, 6 de maig). «FiraGran 2025 torna aquest maig amb més activitats i tecnologia per combatre la soledat no desitjada». <https://cadenaser.com/cataluna/2025/05/06/firagran-2025>

Casado, D. i López Doblas, J. (2015). «Participación social de las personas mayores. Una aproximación desde la sociología». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 50 (2), 63–70.

Consell Insular d'Eivissa (2022). *Mentors Digitals: Memòria del projecte pilot de capacitat digital sènior*. Eivissa: Departament de Benestar Social.

Fundación Pílares (2020). *La atención centrada en la persona en servicios gerontológicos*. Madrid: Fundación Pílares.

HelpAge International (2018). *Global AgeWatch Insights: The right to health for older people, the right to be counted*. <https://www.helpage.org>

IMSERSO (2022). *Informe anual de las personas mayores en España 2021*. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. <https://imserso.es>

López, A. M. (2021). *La participación de las personas mayores en el contexto de la pandemia: aprendizajes y desafíos*. A R. Sánchez (ed.), *Cohesión social y ciudadanía sénior* (p. 45–58). Barcelona: Editorial UOC.

Observatori Social de "la Caixa" (2020). *Participació social i benestar de les persones grans*. Dossier temàtic. <https://observatoriosociallacaixa.org>

Organización Mundial de la Salud (2002). *Envejecimiento activo: Un marco político*. Madrid: OMS. <https://www.who.int>



Organización Mundial de la Salud (2020). *Decade of Healthy Ageing: Baseline report*. Ginebra: WHO.

Rodríguez Rodríguez, V. (2018). «Ciudadanía activa y personas mayores: una agenda pendiente». *Revista Internacional de Sociología*, 76 (4), e108.



Autor

OMAR LAMIN-ABEIDI

CRS de Tindouf, Algèria (1988). Treballador social. Postgrau en Direcció i Gestió Estratègica d'Entitats. Expert universitari en Intervenció Social en Situacions de Tràfic de Persones i Prostitució.



MENTORIA SÈNIOR PER A JOVES EMPRENEDORS QUE VOLEN SER EMPRESARIS



Mentoria sènior per a joves emprenedors que volen ser empresaris

Juan Muñoz Aguilar
Natalia Rosset Garcia
Ignacio Miranda Larrucea



Resum

La mentoria sènior per a emprenedors representa una simbiosi intergeneracional d'incalculable valor en l'ecosistema empresarial actual. En aquest capítol s'analitzen en profunditat els múltiples avantatges que ofereix la dedicació de persones jubilades i sèniors a l'ensenyament i mentorització de joves, o no tan joves, amb aspiracions empresarials, un fenomen que guanya rellevància.

En un context de canvi demogràfic, transformació econòmica i digitalització, la mentoria sènior emergeix com un nexa intergeneracional que no només transfereix coneixement i experiència, sinó que també construeix un ecosistema empresarial més resilient i sostenible per al futur.

Resumen

La mentoría senior para emprendedores representa una simbiosis intergeneracional de incalculable valor en el ecosistema empresarial actual. En este capítulo se analizan en profundidad las múltiples ventajas que ofrece la dedicación de personas jubiladas y sènior a la enseñanza y mentorización de jóvenes, o no tan jóvenes, con aspiraciones empresariales, un fenómeno que está ganando relevancia.

En un contexto de cambio demográfico, transformación económica y digitalización, la mentoría sènior emerge como un nexo intergeneracional que no solo transfiere conocimiento y experiencia, sino que también construye un ecosistema empresarial más resiliente y sostenible para el futuro.

1. Introducció

En el dinàmic entorn econòmic de les illes Balears el 2024, la col·laboració intergeneracional es posiciona com una eina crucial per a impulsar l'emprenedoria i revitalitzar el teixit empresarial. El present document s'ha elaborat a partir de diferents recursos documentals que donen a conèixer informes i publicacions, altament recomanables, citades en l'apartat de referències bibliogràfiques. No obstant això, a causa de l'enorme quantitat de literatura sobre l'emprenedoria i bastanta menys sobre la mentoria sènior però suficient, als nostres efectes es prenen dades d'entitats o organismes molt coneguts, amb antiguitat, i de reconeguda solvència: entre altres, SEDIC Societat Espanyola de Documentació Certificada (2025); GEM España-Europa, (Global Entrepreneurship Monitor), últim informe presentat a nivell nacional el 29 maig de 2024, i l'estudi de CEOE (Confederación Espanyola d'Associacions Empresarials), així com de SECOT (Sèniors Espanyols per a la Cooperació Tècnica), especialitzat en mentoria.



El present document se centra en la mentoria sènior per a emprenedors, abordant-la com una estratègia que integra experiència acumulada de professionals que han acabat el seu període laboral amb l'energia i innovació de noves generacions. Aquest enfocament, que ja ha mostrat resultats prometedors a les illes Balears, es defineix com a clau per a contrarestar la baixa taxa d'emprenedoria jove i aprofitar l'inestimable capital intel·lectual dels sèniors. En aquesta introducció s'estableix el context, destacant les diferències demogràfiques, els reptes econòmics i els potencials beneficis d'implementar programes de mentoria sènior en el marc empresarial actual.

D'altra banda, es compta amb una població sènior cada vegada més nombrosa, amb valuosos coneixements que poden ser aprofitats després de la jubilació. La mentoria sènior és, doncs, una solució que beneficia tots dos grups demogràfics i contribueix al desenvolupament econòmic del país.

Per als sèniors, la dedicació a la mentorització ofereix beneficis multidimensionals. En el pla físic i cognitiu, a mantenir una activitat intel·lectual estimulant que contribueix a prevenir la deterioració cognitiva associada a l'envelliment. En l'àmbit emocional i social, la mentoria proporciona un sentit d'utilitat després de la jubilació, evita l'aïllament i obsolescència que amb freqüència afecta aquest grup poblacional (Conca et al., 2016; Roura, 2024).

Els emprenedors, per part seva, obtenen beneficis tangibles de la guia d'un mentor sènior. L'accés a coneixement pràctic i una experiència real dels mercats on desenvolupin la seva activitat evitaran errors comuns en les fases inicials de l'emprenedoria.

Sobre aquest tema, i segons les dades recollides per empreses com Bcombinator (2024), els projectes empresarials que compten amb mentorització sènior tenen un 65 % més de probabilitats de superar els tres primers anys d'activitat, considerats crítics per a la supervivència empresarial. A més, aquests emprenedors desenvolupen habilitats de gestió i lideratge, amplien la seva xarxa de contactes professionals i guanyen confiança en la presa de decisions (GEM, 2017).

Existeixen diversos programes que fomenten la mentoria sènior, com el programa Tales (<https://ageingnomics.fundacionmapfre.org/programes-tales/>), enfocat en emprenedoria a partir dels cinquanta anys, i una organització de voluntariat sènior que proporciona assessorament a emprenedors. També cal citar les Cambres de Comerç que fins i tot subvencionen econòmicament els cursos. Aquestes iniciatives han demostrat resultats positius, amb un increment del 34 % en la creació d'empreses per part de joves que han rebut mentorització sènior (GEM, 2023).

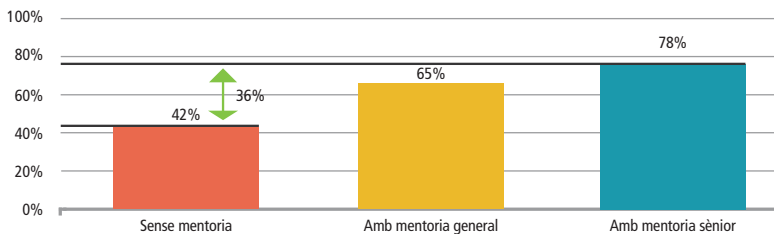


Els objectius que s'aconsegueixen a través de la mentoria sènior són múltiples: per als sèniors, s'aconsegueix una transició satisfactòria a la jubilació, mantenint el seu valor social i professional; per als joves, s'accelera el temps d'aprenentatge empresarial augmentant les seves probabilitats d'èxit; i per a la societat en conjunt, es fomenta la creació d'empreses sostenibles que generen ocupació i riquesa.

2. Emprenedoria amb mentors sèniors

L'activitat empresarial travessa una transformació molt important, segons el «Informe GEM España 2023-2024» (Calvo et al., 2024) i l'estudi de la CEOE (2024). La TEA (taxa d'activitat emprenedora) a Balears, per extrapolació, se situa entorn del 6 %, xifra inferior a la mitjana europea. Aquesta dada, al costat de la disparitat en les taxes d'emprenedoria entre joves i professionals de major edat, posa de manifest la necessitat d'adoptar estratègies que combinin innovació i experiència. En aquest context, la mentoria sènior es presenta com a molt favorable per a la supervivència i el creixement empresarial. Empreses fundades per emprenedors joves o majors de cinquanta anys tenen una taxa de supervivència significativament major (Gràfic 1) que aquelles iniciades per joves sense experiència, la qual cosa subratlla el valor de l'experiència i el coneixement acumulat que els sèniors poden transmetre a través de la mentoria.

Gràfic 1 | Indicadors d'èxit de la mentoria sènior a Espanya



Font: basada en dades de l'Observatori de l'Emprenedoria d'Espanya (2024) inclòs en l'informe GEM 2024

3. Què és SECOT (Sèniors Espanyols per a la Cooperació Tècnica)

Segons la Viquipèdia, SECOT és «una associació no lucrativa, apolítica, independent, no confessional, constituïda en 1989 per iniciativa del Cercle d'Empresaris i amb el suport del Consell Superior de Cambres de Comerç, Indústria i Navegació d'Espanya, i d'Acció Social Empresarial. Els seus membres actius, els Sèniors, són professionals i executius



jubilats i prejubilats, que actuant com a voluntaris ofereixen els seus coneixements i experiència en gestió empresarial a microempreses, joves emprenedors i entitats del tercer sector que el necessitin i que no puguin accedir a una consultoria comercial pels seus limitats recursos econòmics». Seguidament, a les taules 1-3, recollim les seves característiques i activitats de forma més precisa.

Taula 1 | *Qui som a SECOT*

SÈNIORS	
996	Persones que dediquen part del seu temps a col·laborar amb SECOT fent un voluntariat d'assessorament empresarial. Constitueixen la força de treball de l'Associació.
PROTECTORS	
20	Empreses o institucions que contribueixen, mitjançant una col·laboració generosa, a les activitats i manteniment de SECOT.
ADHERITS	
109	Són les persones físiques en actiu que contribueixen a la promoció i el desenvolupament de l'Associació.
COL·LABORADORS	
87	Persones, empreses o institucions que col·laboren econòmicament o en espècies amb SECOT.

Font: elaboració pròpia a partir de dades de la memòria d'activitats de SECOT 2024

Com es recull a les taules 2 i 3, les assessories, els tallers i els cursos de formació han contribuït a la generació del teixit empresarial d'Espanya i per extensió al de Mallorca.

Taula 2 | *Impacte d'activitats d'assessorament i formació realitzada pels sèniors*

Assessories	Formació externa	Formació interna	Generació de teixit empresarial
2.080 assessories	1.375 cursos de formació externa	76 cursos de formació interna	171 empreses creades
16.468 hores de dedicació	29.949 beneficiaris de la formació externa	938 assistents de la formació interna	355 llocs de treball generats
2.070 beneficiaris 1.024 D 1.046 H	3.294 hores de formació externa	139 hores de formació interna	

Font: elaboració pròpia a partir de dades de la memòria d'activitats de SECOT 2024.

Taula 3 | *Activitats SECOT Mallorca*

Sèniors	Persones formades	Assessories	Cursos impartits
35	1.254	68	67

Font: elaboració pròpia a partir de dades de la memòria d'activitats de SECOT 2024.



4. Casos d'èxit a Mallorca

Seguidament incloem dos exemples de mentoria reeixida: Transició i Manduca.

4.1. Assessoria per a la vellesa, dependència i discapacitat. Programes per a la preparació a la jubilació

Titular/Empresa: Natalia Rosset Garcia / Pla Transició

Localització: Alaró (Mallorca)

Inici de l'activitat: any 2020/2021

Origen de la idea: de l'experiència i detecció de necessitats de treballar amb persones majors i les seves famílies.

En el cas de Natalia Rosset, advocada especialitzada en dret de la vellesa, dependència i discapacitat, SECOT va mentorar la posada en marxa d'assessoria jurídica-social per a temes relacionats amb persones majors (<https://nataliarosset.com/>).

Posteriorment va ampliar la seva oferta de serveis amb l'ajuda d'una subvenció del Consell per a projectes amb impacte social liderats per dones. Aquest projecte, denominat Pla Transició, consisteix en programes de preparació per a la jubilació, per a realitzar una transició tranquil·la i segura cap a la jubilació, abastant aspectes legals, financers, socials i emocionals. Aquests programes es desenvolupen tant per a particulars com per a empreses (<https://www.plantransicion.com/>).

4.2. Manduca Proteïna – Proteïna de garrofa, un producte 100 % de Mallorca

Titular/Empresa: Bernardo Sanchez Xifri

Localització: Santa Eugènia (Mallorca)

Inici de l'activitat: any 2023/2024

Origen de la idea: d'un estudi per a replicar els derivats de la soia, utilitzant la llavor de la garrofa, que també és una lleguminosa.

Fruit de gairebé quatre anys de recerca, proves i molta perseverança, MANDUCA és l'innovador resultat del treball del químic mallorquí Bernardo Cifre Bordoy. Avui, aquest nou aliment ja es comercialitza amb èxit des de Mallorca. Pel que fa al producte, MANDUCA és una proteïna vegetal elaborada a partir del germen de la llavor de garrofa, un arbre mediterrani que creix sense reg, sense fertilitzants ni pesticides, i la collita del qual es realitza a mà. El procés d'obtenció, ideat i patentat pel seu creador és tan senzill com natural. Amb més d'un 60 % de proteïna, MANDUCA es presenta



en forma de granulat fàcil d'hidratar i d'incorporar a tota mena de plats. A més, és una alternativa saborosa i versàtil a la carn picada, pensada per als qui cerquen una font de proteïna vegetal de proximitat, sostenible i lliure d'additius. També és apta per a persones veganes, celiaques i diabètiques, gràcies al seu perfil nutricional: sense gluten, sense al·lèrgens, rica en proteïna i amb molt pocs hidrats de carboni. En definitiva, un aliment universal i innovador i amb accent mallorquí.

Mentoria sènior: concepte i aplicació

Recollint el concepte de mentoria sènior elaborat en diferents documents, coincideixen a definir-la com un procés de transferència de coneixements en el qual un professional amb gran experiència assessora un emprenedor nou o empresari que vol millorar la seva gestió. Es caracteritza pel seu enfocament en els dos sentits, i el que s'inicia com una orientació es transforma en un procés d'aprenentatge mutu. Aquest mètode permet que el mentor no sols comparteixi la seva experiència en gestió, resolució de problemes i estratègies per a navegar cicles econòmics, sinó que també es beneficia a actualitzar els seus coneixements a través de la interacció amb noves tecnologies i tendències (<https://www.unir.net/revista/marketing-comunicacion/mentoring/>).

5. Durada del pla de mentoria

El desenvolupament del pla de mentoria oscil·la entre tres mesos i tres anys aproximadament. El període depèn del perfil del mentorat i de la complexitat de l'empresa que comença o, si ja està en marxa, depenent del compliment dels objectius marcats. No obstant això, també depèn d'organitzacions concretes com la UIB (Universitat Illes Balears), que coordina el programa Explorer (<https://explorerbyx.org/es/>), encaminat a fomentar l'emprenedoria en els joves universitaris i a posar-los en contacte amb grups de mentoria sènior, per exemple, SECOT. En aquest cas el programa és de 12 setmanes, amb una dedicació setmanal de 8 a 10 hores.

Pel que fa al temps de formació, i donada la diversitat d'activitats a emprendre i del perfil dels emprenedors, no es disposa d'estadístiques objectives i fiables respecte al temps de formació, però sí d'alguns indicadors de supervivència d'empreses l'emprenedor de les quals ha comptat amb l'ajuda de mentors sèniors que passem a assenyalat en les taules 4 i 5.

Taula 4 | *Indicadors d'èxit de la mentoria sènior a Espanya*

Indicador	Valor
Taxa de supervivència empresarial	78 % als tres anys

continua



Creació d'ocupació	47 % més llocs de treball
Accés a finançament	72 % aconsegueixen finançament extern
Internacionalització	38 % inicien activitats internacionals
Innovació	63 % implementen innovacions significatives
Retorn social de la inversió	4,7 € per cada euro invertit

Font: elaboració pròpia basada en dades de l'Observatori de l'Emprenedoria d'Espanya (2024). Inclosa en l'informe GEM 2024.

Taula 5 | Indicadors d'èxit de la mentoria sènior a Espanya

Indicador	Valor
Taxa de supervivència empresarial, amb mentoria sènior	78 % als tres anys
Taxa de supervivència empresarial sense mentoria sènior	42 % als tres anys
Taxa de supervivència amb i sense mentoria	36 % diferència
Taxa mitjana de supervivència entre amb i sense mentoria	65 % mitjana

Font: elaboració pròpia basada en les dades recollides a la figura 1 i la taula 4 sobre l'emprenedoria d'Espanya (2024). Inclosa en l'informe GEM 2024.

6. Eines metodològiques

Prenent com a referència algunes de les tècniques que s'utilitzen en la formació en *mentoring*, sens dubte una de les eines més importants per al mentor és la conversa amb el mentorat, que ha de ser afectiva i sòlida, i per a la qual es dona per fet que el mentor compta amb habilitats toves perquè la comunicació sigui eficaç, amb escolta efectiva, empatia, treball en equip, pensament crític i gestió (Mentoria Asos, 2025; Garavito-Hernández et al. 2024).

No obstant l'anterior, en aquest apartat ens referim a l'ús d'una altra mena d'eines que requereixen d'habilitats dures com, per exemple, el maneig d'aplicacions informàtiques. Ens referim a l'ús d'aplicacions tipus Excel, comptabilitat o anàlisi de dades i comptar amb coneixements generals per a usar-les adequadament.

De la quantitat de mètodes que existeixen, els tres seguidament comentats són els que més s'utilitzen per la seva eficiència, assequibilitat, accessibilitat i facilitat de maneig.

6.1. Anàlisi DAFO

Aquesta tècnica avalua les febleses, amenaces, forteses i oportunitats, tant de l'entorn intern com de l'extern en el qual es pot trobar en un mercat determinat la potencial empresa (<https://meetwork.es/analisis-dafo-foda-2024/>).



6.2. Mètode CANVAS

Es tracta d'una eina o llenç dividit en nou zones que permet dissenyar i avaluar de manera integral el model de negoci que es projecta. Les esmentades zones, susceptibles de modificar i adaptar al projecte, es dediquen als clients, la proposta de valor, els canals, les relacions amb clients, les fonts d'ingressos, els recursos clau, les activitats clau, els socis clau i l'estructura de costos (<https://www.rdstation.com/blog/es/modelo-canvas-que-es/> 2025).

6.3. Pla d'empresa

Aquest document, d'estructura ben definida, analitza tots els aspectes necessaris per a la posada en marxa de qualsevol projecte empresarial. És imprescindible, tant per a la planificació interna com per a la seva presentació davant tercers interessats o potencials inversors, igual que per a sol·licitar subvencions o finançament en entitats de crèdit:

(<https://www.camara.es/blog/creacion-de-empresas/como-crear-tu-plan-de-empresa-en-siete-pasos>).

7. Oportunitats i beneficis per als sèniors i els mentorats

El món econòmic i social actual, cada vegada més mercantilitzat, presenta reptes molt significatius per a l'emprenedoria que, com ja s'ha comentat, està en el 6 %, per sota de la mitjana europea del 9 %. Les illes Balears i el conjunt del país necessiten mecanismes efectius per a impulsar la creació d'empreses noves i amb èxit al qual, sens dubte, contribueix la col·laboració sènior amb el futur empresari.

7.1. Beneficis per al mentor

Com queda recollit en el programa de mentoria del Sèdic (<https://mentoria.sedic.es/>) els beneficis de la mentoria sènior que recollim aquí, són de diferent naturalesa.

7.1.1. Beneficis físics i cognitius: l'activitat de mentorització contribueix a prevenir la deterioració cognitiva i a reduir l'estrès, a mantenir una rutina activa i fomentar la interacció social. Alguns estudis han evidenciat que aquesta activitat estimula la funció cerebral i promou hàbits saludables.

7.1.2. Revaloració i llegat professional: compartir la seva experiència permet als professionals sèniors revaloritzar la seva trajectòria, consolidar un llegat i sentir-se útils en una etapa de la vida en la qual el rol social tradicional pot disminuir.



7.1.3. Actualització i enriquiment personal: la interacció amb joves emprenedors els exposa a noves tendències i tecnologies, la qual cosa afavoreix el seu desenvolupament personal i professional continu.

7.2. Beneficis per als mentorats

7.2.1. Aprenentatge accelerat: la transmissió directa de coneixements redueix el període d'aprenentatge i ajuda a evitar errors freqüents, permetent als joves i no tan joves emprenedors prendre decisions informades i d'ordre estratègic o qual-sevol altra.

7.2.2. Enfortiment d'habilitats i xarxes: s'adquireixen competències clau en lideratge, negociació i gestió financera, s'amplia la xarxa de contactes professionals, element crucial per a l'èxit empresarial.

7.3.3. Major probabilitat d'èxit: les estadístiques confirmen que els projectes acompanyats per un mentor sènior tenen un 36 % més de probabilitats de superar els tres primers anys (recollit a la figura 1), la qual cosa es tradueix en major estabilitat i creixement en el llarg termini.

8. Programes de suport i perspectives futures

El desenvolupament inclou, a més, una anàlisi de programes com els que hem citat anteriorment.

- El programa Explorer, promogut pel Banc de Santander, es coordina i es duu a terme a la UIB, i s'hi fomenta l'emprenedoria amb el suport de sèniors. D'aquí els seus acords amb SECOT.
- El programa Tales, una iniciativa que també fomenta l'emprenedoria en persones majors de cinquanta anys oferint suport i formació per a l'acompliment d'idees de negoci i la comunicació entre ells.
- SECOT, a través de la delegació balear, ha potenciat la creació de noves empreses, mitjançant la mentoria, totalment gratuïta, així com la realització de tallers i cursos de diverses matèries que són impartides en centres educatius

L'evolució, gairebé sistemàtica, a l'alça de l'economia ha estat favorable per a l'expansió d'aquests models en un escenari marcat per l'envelliment de la població i la creixent importància del coneixement com a actiu estratègic. La transformació digital i



la flexibilització dels models de jubilació són factors clau que reafirmen el potencial de creixement (taula 6) i replicabilitat de la mentoria sènior en tots els nivells.

Taula 6 | *Evolució de resultats documentats de la mentoria sènior a Espanya (2022-2024)*

Resultat	2022	2024
Supervivència empresarial	65 %	78 %
Llocs de treball generats	8.500	12.000
Contribució al PIB (milions €)	580	840
Retorn social de la inversió	3,2 €	4,7 €
Satisfacció dels sèniors participants	78 %	92 %

Font: informes SECOT (2024) i Fundació INCYDE (2024).

9. Conclusions

La mentoria sènior representa una estratègia de benefici recíproc per a abordar simultàniament l'envelliment actiu i el foment de l'emprenedoria. Les recomanacions inclouen l'ampliació de programes de mentoria existents, la creació d'incentius fiscals per a sèniors que participin en aquests programes, i la incorporació de la mentoria com a component essencial en els programes de suport a l'emprenedoria.

La mentoria sènior per a emprenedors en general es consolida com un factor integral d'efectes positius, tant en el món empresarial com per a la millor qualitat de vida dels mentors. Destacam els més rellevants a continuació.

Convivència entre generacions

La fusió d'experiència i joventut facilita la transferència de coneixements pràctics i estratègics, la qual cosa es tradueix en una major capacitat d'innovació i adaptabilitat dels projectes empresarials.

Impacte positiu de la supervivència empresarial

La mentoria sènior incrementa considerablement la taxa de supervivència de les *start-up*, joves empreses que comencen, amb escassos recursos financers, o d'altres actius, però amb grans expectatives d'èxit. La mentoria sènior, per tant, contribueix al creixement sostingut de la jove empresa en mercats que, gairebé sempre, solen ser altament competitius (Asana, 2024).



Millora d'habilitats

Tant per als mentors com per als mentorats, el procés potencia habilitats gerencials, enforteix les competències directives i amplia la xarxa de contactes professionals que, sens dubte, és imprescindible per a la supervivència del projecte i per a la consolidació dels seus bons resultats a llarg termini.

Beneficis físics, cognitius i emocionals

La participació de professionals sèniors en activitats d'acompanyament i mentoria manté la seva activitat intel·lectual, rendibilitza els seus coneixements, contraresta l'aïllament social i afavoreix l'envelliment, potenciant la qualitat de vida.

Retorn social i econòmic

Com recullen els informes consultats als quals ens hem referit en aquest capítol, els indicadors econòmics i socials corroboren que cada euro invertit en la mentoria sènior genera un retorn significatiu, la qual cosa reafirma la validesa d'aquests programes per a estimular l'emprenedoria.

En resum, la mentoria sènior és una solució innovadora i eficaç per als desafiaments contemporanis de l'emprenedoria, permetent que l'experiència acumulada s'integri de manera eficient en la formació i l'èxit de nous empresaris.



Referències bibliogràfiques

Asana (2024). *¿Qué es una Startup? Estrategias para crearla*. A <https://asana.com/es/resources/what-is-a-startup>

Bcombinator (2024). <https://bcombinator.com/2024/09/14/el-impacto-del-mentor-en-el-exito-de-las-startups/>

Calvo, N., Fernandez-Laviada, A., Monje-Amor, A., i Atrio, Y. (2024). *Global Entrepreneurship Monitor. Informe GEM España 2023-2024*. Ed. Universidad de Cantabria. DOI: <https://doi.org/10.22429/Euc2024.000>

Cámara de Comercio de España (2024). *Cómo crear tu plan de empresa en siete pasos*. Recuperat el 15 de maig de 2025 de <https://www.camara.es/blog/creacion-de-empresas/como-crear-tu-plan-de-empresa-en-siete-pasos>.

CEOE (2024). *El emprendimiento en España*. Confederación Española de Organizaciones Empresariales. A <https://www.ceoe.es/es/publicaciones/economia/perspectivas-espana-2024>

Cuenca-Amigo, M., García-Feijoo, M., i Eizaguirre, A. (2016). Reflexión sobre el mentoring como experiencia de ocio educativo y social en personas mayores de 65 años. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 30(2), 77–88. A <https://www.redalyc.org/journal/274/27447325006/html/>

Fundación INCYDE (2024). *Impacto de los programas de mentorización en el ecosistema emprendedor español*. Cámaras de Comercio de España.

Garavito-Hernández, Y., Villamizar-Mancilla, A., i Castañeda-Villamizar, L. (2024). Importancia de las habilidades blandas en el contexto laboral: una revisión de la literatura académica. *INNOVA Research Journal*, 9(3), 1–24. https://repositorio.uide.edu.ec/bitstream/37000/7681/1/1.%202531_maquetado.pdf

Global Entrepreneurship Monitor (GEM) (2017). *GEM Special Report on Senior Entrepreneurship*. Global Entrepreneurship Research Association (GERA). Recuperat de <https://www.gem-spain.com/wp-content/uploads/2015/03/gem-2016-2017-seniors-report.pdf> (p. 43).

Global Entrepreneurship Monitor (GEM) (2023). *Informe GEM de Emprendimiento de la Provincia de Granada 2022-2023*. <https://www.gem-spain.com/wp-content/uploads/>



Informes-Regionales Andalucia/Granada/Informe%20GEM%20Granada%202022-2023.pdf

Meetwork (2024). *Análisis DAFO / FODA en 2024 ¿Qué es y Cómo Hacerlo?* Recuperat el 15 de maig de 2025 de <https://meetwork.es/analisis-dafo-foda-2024/>

Mentoring Ases (2025). *Sesión 4: Técnicas de comunicación en mentoring. Formación para Agentes de Desarrollo Local*. A <https://mentoring-ases.com/wp-content/uploads/2025/03/Sesion-4-Tecnicas-de-Comunicacion-en-Mentoring-Presentacion.pdf>

Roura García, O. (2024). *La promoción de relaciones intergeneracionales positivas: propuesta de intervención desde la mentoría* [Treball de final de grau, Universidad Pontificia Comillas]. Repositorio Institucional Comillas. A <https://repositorio.comillas.edu/jspui/bitstream/11531/83587/1/TFG%20mentoría%20TS.pdf>

RD Station (2024). *Modelo Canvas: ¿qué es y cómo utilizarlo en tu negocio?* Recuperat el 15 de maig de 2025 de <https://www.rdstation.com/blog/es/modelo-canvas-que-es/>

SECOT (2024). *Memoria anual de actividades 2023*. Seniors Españoles para la Cooperación Técnica.



Autors

JUAN MUÑOZ AGUILAR

Màlaga (1952). Enginyer tècnic industrial (Universitat de Màlaga). Director regional de Balears; Div. Materials, CEMEX España. Soci Sènior de SECOT des de 2018.

NATALIA ROSSET GARCIA

Advocada. Directora del Pla Transició

IGNACIO MIRANDA LARRUCEA

SECOT Mallorca. Enginyer industrial. Director d'operacions de Balears de CEMEX España. President de SECOT Balears



**MALLORCA SENSE FAM
AMB LA GENT GRAN. AJUDA ALS MAJORS
DE 65 ANYS I MÉS**



Mallorca Sense Fam amb la gent gran. Ajuda als majors de 65 anys i més

Joan Martorell Caimari



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 211/532

Resum

Aquest estudi pretén exposar i presentar el desenvolupament del projecte iniciat per l'associació Mallorca Sense Fam l'any 2009, l'objectiu de la qual és l'atenció a les persones més necessitades amb el lliurament d'aliments i especialment a persones de 65 anys i més.

Les persones grans han de gaudir d'una qualitat de vida digna, molts d'ells no ho fan per diferents raons, entre les quals: perceben pensions molt baixes, tenen problemes de mobilitat, sofreixen situacions de solitud i molts d'ells no sol·liciten ajuda.

L'atenció la reben a través de dos programes, el primer, amb el lliurament dels aliments en el centre de distribució de l'associació o bé amb el programa d'«Ajuda solidària en aliments a domicili», creat el 2019 per a pal·liar la situació de les persones grans que viuen soles o que el seu estat no els permet acudir a recollir-los. En cadascun dels casos reben aliments envasats, frescos (fruita, verdures, ous i pa) juntament amb articles d'higiene personal i de neteja de la llar. Reben l'ajuda amb periodicitat mensual en tots dos casos.

Abasta l'estat d'aquest col·lectiu a trenta-un de desembre, tancament de la memòria d'activitat de Mallorca Sense Fam, des de l'any 2020 al 2024.

Resumen

Este estudio pretende exponer y presentar el desarrollo del proyecto iniciado por la asociación Mallorca Sense Fam en el año 2009, cuyo objetivo es la atención a las personas más necesitadas con la entrega de alimentos y en especial a personas de 65 años y más.

Las personas mayores deben disfrutar de una calidad de vida digna, muchos de ellos no lo hacen por distintas razones, entre ellas: perciben pensiones muy bajas, tienen problemas de movilidad, sufren situaciones de soledad y muchos de ellos no solicitan ayuda.

La atención la reciben a través de dos programas, el primero, con la entrega de los alimentos en el centro de distribución de la asociación o bien con el programa de «Ayuda solidaria en alimentos a domicilio», creado en 2019 para paliar la situación de las personas mayores que viven solas, o que su estado no les permite acudir para su recogida, en cada uno de los casos reciben alimentos envasados, frescos (fruta, verduras, huevos y pan) junto con artículos de higiene personal y de limpieza del hogar. Reciben la ayuda con periodicidad mensual, en ambos casos.



Abarca el estado de este colectivo a treinta y uno de diciembre, cierre de la memoria de actividad de Mallorca Sense Fam, desde el año 2020 al 2024.

1. Mallorca Sense Fam

Mallorca Sense Fam neix com a associació sense ànim de lucre el dia 3 d'agost de 2009, com a resposta a la situació provocada per la crisi econòmica de 2008, amb l'objectiu d'ajudar amb la donació d'aliments les persones més necessitades i també amb la voluntat de sensibilitzar la societat mallorquina davant aquest greu problema.

La finalitat fonamental de l'associació és aconseguir que cap persona sofreixi fam o subalimentació i assumeix els objectius següents:

- Aconseguir aportacions econòmiques i/o aliments per a poder cobrir les necessitats de les persones menys afavorides de Mallorca.
- Coordinar-se, donar suport i ajudar les entitats públiques o privades amb les mateixes finalitats, per a ser més eficients.
- Canalitzar les aportacions d'aliments que es puguin rebre i ser lliurades a les persones o entitats esmentades.
- Distribuir a les persones els recursos alimentaris que es lliurin a l'associació per altres entitats públiques o privades.
- Facilitar informació i orientació a les persones que sol·licitin ajuda per a cobrir les seves necessitats d'aliments i d'higiene personal i neteja.
- Promoure i gestionar menjadors socials propis, si les circumstàncies així ho requereixen i sempre dins les seves possibilitats econòmiques.
- Ser un factor més de conscienciació social de les causes que provoquen que hi hagi persones que passin fam.

El fundadors de l'associació, i membres de la primera junta directiva, van ser: Bernat Vicens Vich, Onofre Rosselló Bauzá, Catalina Aguiló Picó, Bernat Ribas Planells, Llorenç Tous Massanet, Joana Vidal Alcover, Teodor Suau Puig, Isabel Garau Alemany, Aina Calafat Busquets, Rosario Chacártégui Gayá, Margalida Planas Llabrés de Jornets i



Matilde Gastalver Martín. Persones que, en un moment d'incertesa davant el que es podia desencadenar per la crisi econòmica, van prendre la decisió, al mes d'agost de 2009 de crear-la. Inicià la seva activitat el mes de novembre i avui és una associació sense ànim de lucre consolidada i declarada d'Utilitat Pública pel Govern d'Espanya i pel Govern de les Illes Balears.

Actualment, la junta directiva està formada per 12 voluntaris, i l'associació disposa també de més de 90 voluntaris; en moments puntuals poden ser-ne més, tots units per un esperit solidari i que fan la seva labor de manera totalment altruista.

La seu, el magatzem i el centre de distribució solidària d'aliments i altres productes estan situats al carrers de Vinyet, 9, baixos, i Avinyó, 12, baixos, a la barriada de Son Espanyolet de Palma.

2. Activitat

L'activitat de Mallorca Sense Fam se centra en la distribució i entrega gratuïta d'aliments envasats, frescos i d'articles d'higiene personal i de neteja per a la llar a les famílies més necessitades. Es desenvolupa a través dels voluntaris que la integren i únicament una persona percep un sou, el xofer de la furgoneta.

Cada setmana s'inicia amb la preparació de les llistes per a programar els avisos telefònics que un grup de voluntaris realitzen, els dilluns i els dimarts de cada setmana, per informar les persones beneficiàries dels quatre grups (A, B, C, D) de l'hora a la qual han d'acudir per a la recollida. Reben els aliments una vegada al mes. Es distribueixen, per qüestions de seguretat i d'una millor atenció, en grups de 15 persones amb un interval de 15 minuts entre cadascun dels grups. La quantitat d'aliments s'assigna a cada família segons el nombre de membres, i els reben en ordre de major a menor.

En el magatzem, els dilluns i els dimarts de cada setmana, al dematí, els voluntaris en nombre d'entre 8 i 10 preparen les bosses d'aliments envasats que es recolliran el dimecres, dia del lliurament. A la tarda, entre 10 i 12 voluntaris reben els aliments frescos, fruites i verdures que, procedents de donacions o per compra, arriben al magatzem i també els preparen en bosses per a la seva distribució.

Els dimecres de cada setmana, des de les 8 fins a les 13 hores, únic dia d'entrega, un grup d'entre 25 i 30 voluntaris s'organitzen en diferents torns perquè la distribució es realitzi de la millor forma possible. A l'exterior del magatzem, al carrer Vinyet, enfront del número 9, i en una zona d'uns 20 metres, que es delimita amb l'autorització de la Policia Local de Palma, se situen diversos voluntaris per a l'atenció dels beneficiaris.



Cadascun d'ells presenta el volant de recollida i rebut i es comprova que estan inscrits en la llista del grup d'aquest dia.

A continuació i en una altra zona, enfront de l'entrada del magatzem, esperen a ser anomenats per a recollir les bosses amb els aliments envasats, frescos, aliments infantils i articles d'higiene personal i de neteja per a la llar, que els voluntaris col·loquen sobre una taula i que el beneficiari recull i col·loca en les seves bosses o carrets de la compra.

A l'interior del magatzem se situen dues voluntàries que realitzen l'emissió dels nous volants per a la pròxima recollida del mes següent i arxiven el rebut dels aliments recollits per les famílies. En un altre espai del magatzem, hi ha situat el punt de recepció de les sol·licituds de nous beneficiaris, que s'estudiaran el divendres de la mateixa setmana per a la seva incorporació, i la resolució d'incidències, treball que duen a terme quatre voluntàries. També a l'interior, un grup de voluntaris s'encarrega de preparar i completar les bosses que puguin faltar, a fi que la distribució sigui ràpida i contínua ja que el nombre de famílies a les quals s'atén cada dimecres és de 170 famílies de mitjana.

Regularment es lliura: oli, arròs, sucre, batuts de cacau, cacau soluble, cereals infantils, conserves de tonyina i de sardines, crema de verdures, fruita en conserva, galetes, mongetes en conserva, llet, llegums cuits, tomàquet en conserva, llet infantil de continuació, potets infantils de fruita, potets de pollastre, pasta variada, fruites i verdures fresques, hortalisses, pa i productes de forn, patates, taronges, productes de temporada, carn i ous. Les famílies també reben articles d'higiene personal i de neteja per a la llar com: rentavaixelles, paper higiènic, detergent per a rentar la roba, gel de dutxa, pasta dentífrica i sabó de mans.

Mallorca Sense Fam adquireix amb fons propis els aliments que falten per a completar la «Cistella bàsica», dels que s'han rebut del Banc d'Aliments i de les donacions d'entitats, empreses i particulars o de les recollides d'aliments, que se celebren diverses vegades a l'any, en les anomenades «Operació Quilo».

3. Ajuda solidària en aliments a domicili

Amb la creació d'aquest servei d'«Ajuda solidària en aliments a domicili» per part de Mallorca Sense Fam, amb la col·laboració especial de la Fundació "la Caixa" i l'ajuda dels membres del projecte «Sempre Acompanyats», dels integrants del GREC, del Centre de Salut de Santa Catalina, de membres del Projecte ICI i Càritas, es va iniciar una nova línia d'actuació en l'ajuda social i solidària per a totes aquelles persones de 65 anys i més que viuen soles o amb limitacions de mobilitat. El projecte va ser presentat



i va iniciar el seu desenvolupament el març de 2019. La mitjana mensual de famílies ateses durant l'any 2024 ha estat de 81, s'han establert quatre zones de lliurament: Centre 1, Centre 2, el Terreno i Llevant, per a una millor atenció als beneficiaris. Els lliuraments durant 2024 han estat 968.

Cada setmana entre les 9,30 i les 10 hores, tres voluntaris inicien la ruta corresponent, per fer l'entrega d'aliments frescos, fruita, verdures, etc., ja que es va acordar que l'ajuda a domicili fos els dimecres, el mateix dia en què s'atenen les famílies en la nostra seu perquè es disposa d'aquests aliments. Dir que fins a la data el grau de satisfacció dels beneficiaris d'aquesta ajuda és molt alta i que l'acció dels voluntaris no es limita només a l'entrega, sinó que també s'hi afegeix el tracte especial i l'atenció que presten sobretot si són persones majors que viuen soles i que puguin necessitar ajuda.

Seguirem en el 2025 amb aquest projecte en el qual esperem poder augmentar el nombre de beneficiaris, sempre que puguem comptar amb l'ajuda econòmica i les col·laboracions necessàries per a fer-ho.

4. Incorporació dels beneficiaris

El procés per a la incorporació dels beneficiaris es realitza a través de les entrevistes presencials, als nous sol·licitants d'ajuda, prèvia recepció de la documentació que se sol·licita, la mateixa que demanen els Serveis Socials de les institucions.

Cada divendres, l'equip de vuit voluntàries, a càrrec de la psicòloga i que cuiden de l'àrea de l'Assistència Social a les famílies, estudien totes i cadascuna de les peticions i consensuen les noves incorporacions, considerant sempre la necessitat, els recursos econòmics i la composició de les famílies, si són persones grans, si estan sense recursos o en situació d'extrema necessitat i si en la seva composició hi ha nens de 0 a 24 mesos o amb necessitats especials.

A continuació aquelles famílies que es consideren s'incorporen a un dels quatre grups (A, B, C o D) i se'ls atorga el dia que correspon a la seva recollida, se'ls informa de l'hora a la qual han d'acudir. El perfil de les famílies beneficiàries és en la seva majoria el de persones d'entre 25/30 i 40/55 anys, sense treball, amb ingressos mínims, sense subsidi d'atur, amb renda mínima, amb sous precaris, immigrants, famílies monoparentals i persones grans amb família o que viuen soles i que són objecte d'aquest estudi, en els seus dos vessants: amb família o sols i a partir del 65 anys i més. La incorporació de les persones grans al programa d'ajuda solidària en aliments a domicili es realitza de manera distinta a la de la resta atès que formen part d'un col·lectiu diferent al qual dediquem una atenció especial.



Les ajudes se sol·liciten directament a la nostra seu, per indicació d'amics o derivades d'entitats oficials o privades i d'associacions amb les quals s'ha acordat la derivació de famílies necessitades. L'ajuda s'estén a les entitats públiques o privades que ho sol·liciten i sempre dins de les possibilitats amb què compta Mallorca Sense Fam per a fer-ho possible i d'acord amb la finalitat dels seus principis estatutaris.

Taula 1 | *Incorporació de beneficiaris de 65 anys i més i atesos directament a la seu de Mallorca Sense Fam i derivats d'entitats de 2020 a 2024*

Any	Mallorca Sense Fam	CMSS Ajuntament de Palma	Creu Roja Illes Balears	Institut Mallorquí d'Afers Socials	Naüm	GREC	Suport a la Dependència	Total
2020	82	18	1	16	2			119
2021	84	11	1	10	0			106
2022	99	6	1	10	0	1		117
2023	92	8	1	1	0	1	2	105
2024	94	4	1	0	1	0	2	102
Suma	451	47	5	37	3	2	4	549
Total	549							

Font: Mallorca Sense Fam.

La incorporació dels beneficiaris de 65 anys i més atesos es produeix majoritàriament a través de la sol·licitud d'ajuda directa a Mallorca Sense Fam i també per la derivació dels Centres Municipals de Serveis Socials de l'Ajuntament de Palma, de l'IMAS i Creu Roja, Naüm, Grec i Suport a la Dependència (vegeu Taula 1).

Taula 2 | *Incorporació de beneficiaris de 65 anys i més i atesos a domicili per Mallorca Sense Fam i derivats d'entitats de 2020 a 2024*

Any	Mallorca Sense Fam	CMSS Ajuntament de Palma	Institut Mallorquí d'Afers Socials	Càritas	GREC	C. S. El Terreno Sta. Catalina	Total
2020	22	2	1	0	5	0	30
2021	35	6	1	2	7	4	55
2022	35	7	0	2	7	5	56
2023	40	5	0	2	8	3	58
2024	37	5	0	2	7	3	54
Suma	169	25	2	8	34	15	253
Total	253						

Font: Mallorca Sense Fam.



La incorporació dels beneficiaris de 65 anys i més, atesos a domicili pel programa d'«Ajuda solidària en aliments a domicili», es produeix amb la major part a través de la sol·licitud d'ajuda directa a Mallorca Sense Fam i també per la derivació dels Centres Municipals de Serveis Socials de l'Ajuntament de Palma, de l'IMAS i Càritas, del GREC a través del seu projecte «Sempre Acompanyats» a les barriades de Son Espanyolet, el Terreno, Santa Catalina i el Jonquet, zones properes a la seu de Mallorca Sense Fam (vegeu Taula 2).

Taula 3 | *Distribució de les persones beneficiàries per edat i gènere, de 65 anys i més, ateses a la seu de Mallorca Sense Fam des de 2020 fins a 2024*

Any	De 65 a 70		De 71 a 75		De 76 a 80		De 81 a 85		De 86 a 90		Més de 90		Total
	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	
2020	26	30	15	23	6	12	2	3	1	1	0	0	119
2021	20	28	14	15	5	11	6	4	1	1	1	1	107
2022	23	31	17	19	6	6	4	4	1	1	2	2	116
2023	19	30	18	17	2	9	2	3	1	4	0	0	105
2024	19	24	11	20	10	8	2	3	0	4	0	1	102
Suma	107	143	75	94	29	46	16	17	4	11	3	4	549
Suma	250		169		75		33	15			7		
Total	549												

Font: Mallorca Sense Fam.

La distribució de les persones beneficiàries ateses a la seu de Mallorca Sense Fam, per edat i gènere, presenta que en tots els apartats per franges d'edat i gènere, el nombre de les dones sempre és major al dels homes. Per franges d'edat el total de 65 a 70 anys és el més nombrós seguit del de 71 a 75 anys i en menor nombre, de 76 a 80, de 81 a 85 i de 86 a 90; és significatiu el total de majors de més de 90 anys. Per total d'anys el major nombre és el del 2020, any de la covid-19, hi ha un petit augment el 2022 (vegeu Taula 3).

Taula 4 | *Distribució de les persones beneficiàries per edat i gènere, de 65 anys i més i ateses a domicili per Mallorca Sense Fam des de 2020 fins a 2024*

Any	De 65 a 70		De 71 a 75		De 76 a 80		De 81 a 85		De 86 a 90		Més de 90		Total
	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	
2020	5	8	1	4	3	4	1	2	0	2	0	0	30
2021	5	10	2	4	4	8	3	9	1	4	1	4	55
2022	5	10	3	6	4	6	3	11	1	1	1	5	56

continua



Any	De 65 a 70		De 71 a 75		De 76 a 80		De 81 a 85		De 86 a 90		Més de 90		Total
	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	H	D	
2023	4	11	2	6	3	6	2	13	3	2	2	4	58
2024	3	13	1	6	4	5	3	11	2	2	1	3	54
Suma	22	52	9	26	18	29	12	46	7	11	5	16	253
Suma	74		35		47		58	18			21		
Total	253												

Font: Mallorca Sense Fam.

La distribució de les persones beneficiàries ateses a domicili, per edat i gènere presenta que en tots els apartats per franges d'edat i gènere, el nombre de les dones sempre és major al dels homes. Per franges d'edat el total de 65 a 70 anys és el més nombrós seguit del de 81 a 85 anys i en menor nombre de 76 a 80, de 71 a 75 i de més de 90, és significatiu el total de majors de més de 90 anys, en darrer lloc el grup de 86 a 90 anys. En el total per anys el menor és el 2020, any de la covid-19, que dificultà poder atendre a domicili els beneficiaris per falta de voluntaris. El major nombre és el de l'any 2023 (vegeu Taula 4).

Taula 5 | Distribució dels beneficiaris atesos a domicili pel seu país de procedència o nacionalitat de 2020 a 2024

País de procedència o nacionalitat		Famílies					Total
		2020	2021	2022	2023	2024	
1	Espanya	22	44	44	43	36	189
2	Algèria	1	1	1	1	1	5
3	Argentina	3	5	5	5	4	22
4	Colòmbia			1	1	2	4
5	Cuba	1	1	2	3	5	12
6	Equador					1	1
7	Filipines		1				1
8	França				1		1
9	Itàlia	1	1	1	1	1	5
10	Portugal				1	1	2
11	Regne Unit	1	1	1	1	1	5
12	R. Dominicana	1	1	1	1	2	6
SUMA		30	55	56	58	54	253
TOTAL		253					

Font: Mallorca Sense Fam.



El país de procedència o la nacionalitat dels beneficiaris atesos al seu domicili és un factor que es recull al quadre anterior, la Taula 5. El major nombre és el d'Espanya, amb 189 (74,71 %), seguits dels de nacionalitat: Argentina, 22 (8,70 %); Cuba, 12 (4,75 %) i en menor nombre República Dominicana, 6; Regne Unit, 5; Itàlia, 5; Algèria, 5; Colòmbia, 4; Portugal 2; i només amb 1: Equador, Filipines i França (vegeu Taula 5).

Taula 6 | Distribució dels beneficiaris atesos a la seu de Mallorca Sense Fam pel seu país de procedència o nacionalitat de 2020 a 2024

País de procedència o nacionalitat		Famílies					Total
		2020	2021	2022	2023	2024	
1	Espanya	53	51	42	39	33	218
2	Algèria	1					1
3	Argentina	9	6	1	3	2	21
4	Bangladesh		1				1
5	Bolívia	3	2	2		3	10
6	Brasil	2	2	3	2	1	10
7	Bulgària	8	5	5	3	1	22
8	Colòmbia	5	4	8	11	16	44
9	Cuba	4	2	9	14	18	47
10	El Salvador			1			1
11	Equador	8	9	12	9	5	43
12	Filipines	2					2
13	Iran	1	1	1	1	1	5
14	Itàlia	1					1
15	Marroc	8	8	10	2	7	35
16	Paraguai			1	1	1	3
17	Perú				1	2	3
18	Portugal	1	1	1	1	1	5
19	Regne Unit	2			1		3
20	Rep. Dominicana	5	5	4	3	2	19
21	Romania	1		1		1	3
22	Ucraïna			5	2		7
23	Uruguai	1	1	1	3	2	8
24	Veneçuela	3	8	7	7	5	30
25	Xile	1			1		2
26	Xina		1	2	1	1	5
SUMA		119	107	116	105	102	549
TOTAL		549					

Font: Mallorca Sense Fam.



Taula 7 | Distribució dels beneficiaris per domicili i codi postal atesos a la seu de Mallorca Sense Fam des de 2020 fins a 2024

Codi postal del domicili	Beneficiaris					Total
	2020	2021	2022	2023	2024	
Zona antiga · Jaume II · Pl. Weyler	4	1	0	1	3	9
Centre · Pl. Espanya · Velázquez	7	6	4	2	3	22
Eixample · 31 de Desembre · Gral. Riera	2	5	11	9	7	34
Eixample · Pl. de Toros · Son Pardo	6	5	2	2	1	16
Eixample · Aragó · Sant Vicenç Ferrer	11	11	12	6	8	48
Polígon de Llevant · Aragó · Portitxol	8	7	4	3	3	25
La Soledat · A. Ferran · Trafalgar	6	7	12	11	8	44
Eixample · Aragó · Can Capes · Ametller	8	11	10	11	8	48
Son Cladera · Alfàbia · Pol. Son Rossinyol	0	0	0	2	1	3
General Riera · Ctra. de Valldemossa	5	3	6	7	5	26
Av. Argentina · Balanguera · camí de la Vileta	10	12	12	12	7	53
Bonaire · Apuntadors · Santiago Russinyol	2	2	2	2	3	11
Sta. Catalina · es Jonquet · Son Rapinya	18	22	22	20	22	104
Son Armadans · el Terreno · Vinyet	17	5	7	11	13	53
Gènova · camí de Gènova · Vista Alegre	7	4	4	3	4	22
Son Espanyol · Son Sardina	1	1	1	0	0	3
Pont d'Inca · Marratxí	0	0	0	0	1	1
Santa Ponsa	0	0	0	0	1	1
Illetes	1	1	1	0	0	3
Calvià	0	0	0	0	1	1
Inca	3	2	3	1	0	9
Alcúdia	0	0	0	1	1	2
S'Arenal · es Pilarí · Son Verí · Lluçmajor	2	2	3	1	1	9
Can Pastilla · Sometimes · Maravillas	1	0	0	0	0	1
Lluçmajor	0	0	0	0	1	1
Total	119	107	116	105	102	549

Font: Mallorca Sense Fam.



Segons el país de procedència o la nacionalitat dels beneficiaris que recullen els aliments i que són atesos a la seu i centre de distribució, el major nombre és el d'Espanya, amb 218 (39,71 %), un important nombre seguit de Cuba, 47 (8,57 %); Colòmbia, 44 (8,02 %); Equador, 43 (7,84 %); Marroc, 35 (6,38 %); Veneçuela, 30 (5,47 %); Bulgària, 22 (4,01 %); Argentina, 21 (3,83 %); República Dominicana, 19 (3,46 %), Bolívia, 10, i Brasil, 10 (1,83 %). Inferiors a 10 s'agrupen: Uruguai, Ucraïna, Iran, Portugal, Xina, Paraguai, Perú, Regne Unit, Romania, Xile, Filipines, Algèria, Bangladesh, El Salvador, Itàlia (vegeu Taula 6).

El lloc de residència és un dels factors importants i determinants a l'hora d'atendre les sol·licituds d'ajuda i en l'atenció a la seu de Mallorca Sense Fam i en total a cada un dels codis figuren amb més beneficiaris els més propers al centre de distribució. Hi destaca el 07013 (Sta. Catalina - es Jonquet - Son Rapinya), a continuació el 07011 (Av. Argentina - Balanguera - camí de la Vileta) i el 07014 (Son Armadans - el Terreno - Vinyet).

També són importants els codis: 07005 (Eixample - Aragó - Sant Vicenç Ferrer), 07008 (Eixample - Aragó - Can Capes - Ametller) i el 07007 (la Soledat - A. Ferran - Trafalgar), 07003 (Eixample - 31 de Desembre - Gral. Riera), 07010 (Gral. Riera - Ctra. de Valldemossa), 07006 (Polígon de Llevant - Aragó - Portitxol), 07002 (Centre - Pl. Espanya - Velázquez) i 07015 (Gènova - camí de Gènova - Vista Alegre) (vegeu Taula 7).

Per a les famílies, la proximitat del punt de recollida al seu lloc de residència és molt important ja que per la quantitat dels aliments que reben i el pes és difícil de carregar si no disposen de vehicle; s'han de valer del transport públic per tornar al seu domicili i en ocasions han de fer un o dos transbordaments de línia d'autobús. Aquelles que resideixen a pobles, que són els de menor nombre, són 07300, que correspon a Inca, i 07600, s'Arenal - es Pil·larí - Son Verí - Lluçmajor.

El lloc de residència dels beneficiaris de l'«Ajuda solidària en aliments a domicili» és similar als que la reben a la seu de Mallorca Sense Fam i en els totals dels codis es reflecteix que el codi 07014 (Son Armadans - el Terreno - Vinyet), on va començar el desenvolupament d'aquest projecte, és el de major nombre; els altres codis van incorporar-se a mesura que va anar creixent el servei. No tenen la importància que es veu a la Taula 7, de la recollida al centre de distribució, ja que sempre que el domicili es trobi dins del terme urbà de Palma podrem atendre les sol·licituds d'ajuda, gràcies a la tasca de l'equip responsable dels voluntaris que realitzen el repartiment, cada dimecres en una de les quatre rutes: el Terreno, Centre 1, Centre 2 i el de Llevant (vegeu Taula 8).



Taula 8 | Distribució dels beneficiaris per domicili i codi postal atesos a domicili per Mallorca Sense Fam des de 2020 fins a 2024

Codi postal del domicili		Beneficiaris				Total
		2020	2021	2022	2023	2024
Zona antiga · Jaume II · Pl. Weyler	07001	4	4	4	4	20
Eixample · Aragó · Sant Vicenç Ferrer	07005	1	1	1	2	6
Polígon de Llevant · Aragó · Portitxol	07006	1	1	1	1	6
La Soledat · A. Ferran · Trafalgar	07007	2	2	2	3	14
Eixample · Aragó · Can Capes · Ametller	07008	1	2	2	5	14
Son Cladera · Alfàbia · Pol. Son Rossinyol	07009	1	1	0	1	3
General Riera · Ctra. de Valldemossa	07010	1	3	4	2	13
Av. Argentina · Balanguera · camí de la Vileta	07011	0	4	2	3	15
Sta. Catalina · es Jonquet · Son Rapinya	07013	2	3	2	4	13
Son Armadans · el Terreno · Vinyet	07014	11	24	29	27	111
Gènova · camí de Gènova · Vista Alegre	07015	4	8	8	5	31
S'Arenal · es Pij-lari · Son Verí · Lluçmajor	07600	0	0	1	1	3
Can Pastilla · Sometimes · Maravillas	07610	2	2	0	0	4
Total		30	55	56	58	253

Font: Mallorca Sense Fam.



Taula 9 | *Composició de les famílies dels beneficiaris de 65 anys i més atesos a la seu de Mallorca Sense Fam per nombre de membres de 2020 a 2024*

	D'1	De 2	De 3	De 4	De 5	De 6	De 7	De 8	De 9	Total
2020	46	37	16	8	8	2	1	0	1	119
2021	38	35	17	7	8	2	0	0	0	107
2022	38	30	26	13	7	2	0	0	0	116
2023	49	21	15	12	8	0	0	0	0	105
2024	53	28	9	9	3	0	0	0	0	102
Suma	224	151	83	49	34	6	1	0	1	549
Total	549									

Font: Mallorca Sense Fam.

Un punt a destacar en l'atenció als majors de 65 anys i més que reben l'ajuda a la seu i centre de distribució és el de la composició de les seves famílies, la qual es destaca en la suma d'aquesta taula. S'observa que les d'1 membre (224) són persones que viuen soles però que poden fer la recollida sense ajuda d'altres persones ja que es troben en bones condicions per fer-ho; és el grup més nombrós. A continuació hi ha el de 2 membres (151), seguits dels de 3 (83), de 4 (49) i de 5 (34); els de 6, 7, 8 i 9 no són significatius (vegeu Taula 9).

Taula 10 | *Composició de les famílies dels beneficiaris de 65 anys i més atesos a domicili per Mallorca Sense Fam per nombre de membres de 2020 a 2024*

	D'1 membre	De 2 membres	De 3 membres	De 4 membres	Total
2020	25	3	2	0	30
2021	39	12	4		55
2022	38	14	4		56
2023	40	16	2		58
2024	38	13	2	1	54
Suma	180	58	14	1	253
Total	253				

Font: Mallorca Sense Fam.

La composició de les famílies dels beneficiaris que són atesos al seu domicili és semblant a la d'aquelles que ho són a la seu i centre de distribució, ja que a la suma les d'1 membre (180) són la més destacada, seguida de les de 2 membres (58) i de les de 3 (14); la de més de 4 membres no és significativa (vegeu Taula 10).



És de destacar que les famílies d'1 membre són persones que viuen soles i que no estan en disposició de poder recollir els aliments o bé per l'edat o també pels problemes de mobilitat que puguin tenir o pel seu domicili. Això també es dona el cas en el de 2 membres, ja que poden ser parelles en les mateixes dificultats físiques que els d'1 membre. En el cas de 3 membres i de 4 pot ser que un familiar o amic visqui amb ells però no tenguin les possibilitats de poder fer-los la recollida, de manera que analitzada la situació se'ls incorpora al programa d'atenció a domicili, la majoria amb caràcter vitalici perquè no se'ls requereix la necessitat de la renovació de l'ajuda.

Taula 11 | *Antiguitat com a beneficiaris dels majors de 65 anys i més atesos a la seu de Mallorca Sense Fam de 2020 a 2024*

	D'1 any	De 2 anys	De 3 anys	De 4 anys	De 5 anys	Més de 5 anys	Total
2020	93	11	12	1	2	0	119
2021	74	19	5	7	0	2	107
2022	49	37	15	7	7	1	116
2023	58	12	15	8	5	7	105
2024	51	14	7	10	10	10	102
Suma	325	93	54	33	24	20	549
Total	549						

Font: Mallorca Sense Fam.

És important, dins el projecte de Mallorca Sense Fam i en l'atenció a les persones majors de 65 anys i més, objecte d'aquest estudi, considerar l'antiguitat que com a beneficiaris tenen ja que, en la suma, la majoria d'1 any (325) és en el 2020 i en el 2021, a causa de la covid-19; en el 2022, s'estabilitza i creix en el 2023 i 2024, amb l'arribada d'un nombre important d'immigrants. En la 2 i 3 anys l'augment es veu el 2022 i 2023. Dins tots els apartats, de 3, 4, 5 i més de 5, poden registrar-se el nombre de beneficiaris que són considerats com a vitalicis, perquè són persones molt majors a les quals no es realitzen els tràmits de les renovacions, que sí que es demanen a totes les persones beneficiàries, segons la seva situació, edat i necessitat i que pot ser cada sis mesos o en alguns casos cada any, ja que és una forma de ser equànime en les ajudes. En general aquelles persones que milloren la seva situació ho agraeixen i avisen perquè se'ls doni de baixa (vegeu Taula 11).

En l'assistència a domicili, cal destacar que, a la suma, els de major nombre són els beneficiaris d'1 any seguits amb un important nombre dels de 2 i 3, ja que els de 4 i 5 són els primers que s'incorporaren al programa, nascut l'any 2019, i que el 2020 i el 2021 va augmentar a causa de les conseqüències de la covid-19 (vegeu Taula 12).



Taula 12 | *Antiguitat com a beneficiaris dels majors de 65 anys i més atesos a domicili per Mallorca Sense Fam de 2020 a 2024*

	D'1 any	De 2 anys	De 3 anys	De 4 anys	De 5 anys	Més de 5 anys	Total
2020	30	0	0	0	0	0	30
2021	37	18	0	0	0	0	55
2022	17	24	15	0	0	0	56
2023	19	5	24	0	10	0	58
2024	17	7	5	18	7	0	54
Suma	120	54	44	18	17	0	253
Total	253						

Font: Mallorca Sense Fam.

Taula 13 | *Disponibilitat de telèfon dels beneficiaris de 65 anys i més i atesos directament a la seu de Mallorca Sense Fam de 2020 a 2024*

	Fix	Mòbil	No en tenen	És d'un familiar	Total
2020	11	101	6	1	119
2021	6	99	2	0	107
2022	5	109	2	0	116
2023	5	100	0	0	105
2024	4	98	0	0	102
Suma	31	507	10	1	549
Total	549				

Font: Mallorca Sense Fam.

Taula 14 | *Disponibilitat de telèfon dels beneficiaris de 65 anys i més i atesos a domicili per Mallorca Sense Fam de 2020 a 2024*

	Fix	Mòbil	No en tenen	Total
2020	6	24	0	30
2021	13	42	0	55
2022	9	47	0	56
2023	9	49	0	58
2024	5	49	0	54
Suma	42	211	0	253
Total	253			

Font: Mallorca Sense Fam.



Una condició molt important per poder donar l'atenció en les millors condicions als sol·licitants és que ens donin un telèfon de contacte ja que en el cas dels que recullen els aliments a la seu se'ls cita els dilluns i dimarts a través d'una cridada telefònica i se'ls informa de l'hora a la qual han d'acudir els dimecres, perquè se'ls atén en grups de 15 persones cada 15 minuts des de les 9 fins a les 13 hores. És evident a la Taula 13 que la majoria tenen un telèfon mòbil i els que no en tenien se centren als anys 2020, 2021 i 2022, a partir del 2023 i 2024 ja no en figuren sense. Quan no en tenen, se'ls demana el d'un familiar o el d'una persona de contacte (vegeu Taula 13).

La disponibilitat de telèfon en el cas dels beneficiaris de l'atenció a domicili és una condició necessària ja que els voluntaris responsables d'aquest servei han de poder contactar en tot moment amb els beneficiaris, per tal que puguin rebre els aliments el dia que els correspon. En la majoria dels casos disposen d'un mòbil i en els que per motius personals o pel seu estat físic no puguin atendre les cridades, se'ns facilita un telèfon de contacte d'un familiar, veïnat o amic. Les incidències en l'entrega i la recepció dels aliments a aquest col·lectiu són realment mínimes (vegeu Taula 14).

5. Enquesta

Realitzada a 73 usuaris de l'«Ajuda solidària en aliments a domicili» el mes d'abril de 2025, mitjançant entrevista telefònica.

1. Estat de salut dels usuaris:

1.1. Té algun tipus de dependència reconeguda?

<i>Sí:</i>	38
<i>No:</i>	25
<i>Ns/Nc:</i>	10

1.2. Quin és el grau que té valorat?

<i>Grau I:</i>	13
<i>Grau II:</i>	10
<i>Grau III:</i>	6
<i>Sense:</i>	34
<i>Ns/Nc:</i>	10

1.3. Té algunes altres malalties (diabetis, etc.)?

<i>Sí:</i>	54
<i>No:</i>	9
<i>Ns/Nc:</i>	10



1.4. Quines són aquestes?:

<i>Agorafòbia</i>	<i>Crohn</i>	<i>Fibromiàlgia</i>	<i>Osteoporosi</i>
<i>Alzheimer</i>	<i>Cirrosi</i>	<i>Hepatitis</i>	<i>Tiroides</i>
<i>Artrosi</i>	<i>Colesterolèmia</i>	<i>Hipertensió</i>	<i>Trombosi</i>
<i>Càncer</i>	<i>Diabetis</i>	<i>Ictus</i>	<i>Vasculitis</i>
<i>Cardiopatia</i>	<i>Dolor crònic</i>	<i>Lupus</i>	

1.5. Fa algun tipus d'activitat?

<i>Sí:</i>	22
<i>No:</i>	41
<i>Ns/Nc:</i>	10

1.6. Si la resposta és afirmativa, què tipus d'activitats sol realitzar?

Passejos curts
Estimulació (Casal de barri)
Natació i Casal de barri
Gimnàstica per a persones grans
Programes per a persones grans
Voluntariat
Caminar

2. Soledat i percepció de soledat dels usuaris:

2.1. Té una àmplia xarxa social de suport?

<i>Sí:</i>	20
<i>No:</i>	43
<i>Ns/Nc:</i>	10

2.2. Si té la necessitat d'atenció, té qualque persona que la pot ajudar?

<i>Sí:</i>	32
<i>No:</i>	31
<i>Ns/Nc:</i>	10

2.3. Quina és aquesta persona que l'ajudaria?

<i>Amics</i>	<i>Esposa / Marit</i>
<i>Família</i>	<i>Companya</i>
<i>Fills</i>	<i>Veïna</i>
<i>Nets</i>	<i>Ajuda del servei de dependència</i>
<i>Té assistència a casa</i>	<i>Assistència social</i>



2.4. Quantes visites rep a casa seva durant la setmana?

Cap:	17
Una:	4
Dues:	7
Tres:	3
Quatre:	1
Cinc:	7
Sis:	4
Set:	20
Ns/Nc:	10

2.5. Amb quantes persones xerra per telèfon (cridades, WhatsApp, etc.) al dia?

Amb cap:	17
Amb una:	30
Amb diverses:	16
Ns/Nc:	10

2.6. Té la sensació d'estar tot sol o tota sola?

Sí:	15
No:	48
Ns/Nc:	10

3. Servei d'atenció:

3.1. Com és l'atenció que reben els usuaris?

Permanent al 100 % dels usuaris, mensualment.

3.2. Els usuaris assisteixen a altres institucions o organitzacions (serveis socials, Creu Roja, altres entitats...)?

Sí (ocasionalment i abans de ser atesos per Mallorca Sense Fam).

3.3. Mallorca Sense Fam manté algun tipus de coordinació amb altres serveis, institucions i organitzacions?

Sí (coordina les derivacions que rebem de noves sol·licituds).

3.4. Quina és aquesta coordinació?

El lliurament d'aliments es coordina amb totes les institucions i organitzacions que ho sol·liciten a través de derivacions i sempre dins de les possibilitats de Mallorca Sense Fam.



3.5. Quina casuística s'ha detectat (problemes detectats, actuacions que millor funcionen, etc.) arran de la implementació del projecte?

1) Beneficiaris que acudien a dues o més entitats sol·licitant aliments, qüestió en vies de solució, s'han pres mesures.

2) El lliurament d'articles d'higiene personal i de neteja, molt apreciat per les famílies.

3) L'ajuda solidària en aliments a domicili.

4) La llista d'espera oberta durant 2023 i 2024 per la falta d'aliments que es rebien dels fons FEGA-FEAD i que s'ha regularitzat el 2025.

5) Establir llistes amb l'horari al qual han d'acudir per a recollir els aliments, s'atén 15 persones cada 15 minuts, s'inicià durant la pandèmia covid-19.

3.6. Quin grau de satisfacció han estimat els beneficiaris a l'ajuda que se'ls presta?

Ajuda a domicili:

Molt satisfets: 36

Satisfets: 25

Pot millorar-se: 2

Ns/Nc: 10

Ajuda al centre de distribució:

El grau de satisfacció dels beneficiaris en el lliurament directe en el centre de distribució és molt alt, gràcies a l'atenció que reben, a la quantitat i varietat d'aliments i a l'atenció i la dedicació dels voluntaris.

6. Informació institucional

Associació Mallorca Sense Fam, CIF: G57632234. Domicili: carrer del Vinyet, 9, baixos. 07014 Palma. www.mallorcasensefam.org. Facebook. Instagram. LinkedIn.

La junta directiva, renovada el 28 d'abril de 2022 i inscrita en el Registre de la Conselleria de Presidència i Administracions Públiques, està constituïda pels següents membres i càrrecs, i les responsabilitats que cadascun d'ells té en l'organigrama de Mallorca Sense Fam:

Presidenta: Catalina Aguiló Picó. Vicepresident: Joan Martorell Caimari. Secretària: Cristina Alcover García-Calamarte. Tresorer: Francisco Carrió Frau. Vocals: Onofre



Rosselló Bauzà, Margalida Planas Llabrés de Jornets, Antonio Horrach Pou, Jerónima Balaguer Reus, Catalina Rubio Zabala, Asunción Moscardó Covo, Maria Antónia Llabrés Espina i Enrique Javier del Toro González.

7. Registres oficials

Mallorca Sense Fam consta inscrita com a associació sense ànim de lucre amb el número 311000007135 en la Secció Primera del Registre d'Associacions de les Illes Balears el 15 d'octubre de 2009, en el Registre Insular de Serveis Socials de Mallorca el 9 de març de 2010, amb el número 824. Declarada d'Utilitat Pública amb el número 7135 pel Ministeri de l'Interior el dia 11 de juliol de 2013 i pel Govern balear el 27 de setembre de 2013, en el Registre de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears, en el Registre Municipal d'Entitats Ciutadanes, REMEC 1462/13, el 20 de març de 2013, i en el Registre d'Entitats de Participació Ciutadana del Consell de Mallorca, amb el número 57/2014, el 6 de març de 2014, i declarada d'Utilitat Pública Municipal per l'Ajuntament de Palma el 23 de maig de 2018, per la Junta de Govern.

Agraïments

Aquest estudi ha estat elaborat per Joan Martorell Caimari, amb la col·laboració i en nom dels voluntaris de Mallorca Sense Fam, com a vicepresident i responsable de Comunicació. N'és voluntari des del mes de setembre de 2010.



Autor

JOAN MARTORELL CAIMARI

Caimari (Selva), 1947. El mes de setembre de 2010 coneix l'associació Mallorca Sense Fam i hi sol·licita l'ingrés com a voluntari. Un any després, el 2011, entra com a vocal a formar part de la junta directiva. Hi contribueix aplicant els seus coneixements per a donar més visibilitat a Mallorca Sense Fam i desenvolupar tots i cadascun dels projectes que s'han dut a terme a l'associació per a aconseguir ser una entitat reconeguda per la seva labor solidària i assistencial, reconeguda d'Utilitat Pública pel Ministeri de l'Interior del Govern d'Espanya i pel Govern de les Illes Balears, i ben volguda per la societat mallorquina per la seva extraordinària labor al llarg dels darrers quinze anys. En la seva trajectòria anterior va treballar a l'entitat financera Banca March des de 1963, en diferents departaments i seccions. Va exercir, des de 1976, càrrecs directius en diverses oficines comercials. De 1997 a 2001 va ser subdirector de màrqueting de l'entitat, i l'any 2001 va ser nomenat assessor de qualitat i responsable del servei d'atenció al client. El març de 2005 abandonà l'entitat com a prejubilat i aconseguí la jubilació el maig de 2007.





ENVELLIR COM A DONA LESBIANA O BISEXUAL: UN PROCÉS DE DISCRIMINACIONS CREUADES



Envellir com a dona lesbiana o bisexual: un procés de discriminacions creuades

Sacramento Pinazo-Hernandis
Celia Carrascosa Sánchez



Resum

Tot i els avenços socials i legals en matèria de drets LGTBIQ+ en les últimes dècades, la recerca centrada en les persones d'aquest col·lectiu que envelleixen continua sent escassa a Espanya. Aquesta mancança és encara més evident quan es tracta d'estudis que aborden la realitat de grups específics dins del col·lectiu, com ara les dones lesbianes i bisexuals. Tradicionalment, les dones majors han estat invisibilitzades tant en l'àmbit social com en l'acadèmic, la qual cosa ha impedit una comprensió profunda de les seues experiències al llarg del cicle vital.

Diversos testimonis apunten que moltes persones LGTBIQ+ han patit discriminació en diferents àmbits de la seua vida, com ara la família, l'àmbit laboral, el sistema sanitari o les relacions socials. Aquestes discriminacions, que poden ser explícites o subtils, tenen un impacte acumulatiu que pot afectar greument el benestar emocional i la qualitat de vida en l'etapa de la maduresa i la vellesa.

Aquest treball té com a propòsit analitzar les discriminacions viscudes per dones lesbianes i bisexuals de dos grups d'edat diferenciats: de 45 a 54 anys i de 55 anys en avant. Per a fer-ho, s'ha optat per una metodologia qualitativa, que permet aprofundir en la diversitat i la complexitat de les seues vivències personals. Mitjançant entrevistes en profunditat, s'han recollit relats que aporten una visió rica i matisada sobre les formes de discriminació que aquestes dones han patit, així com les estratègies d'afrontament que han desenvolupat al llarg del temps.

Resumen

A pesar de los avances sociales y legislativos en materia de derechos LGTBIQ+ en las últimas décadas, la investigación centrada en las personas de este colectivo que envejecen sigue siendo escasa en España. Esta carencia es aún más acusada cuando se trata de estudios que abordan la realidad de grupos específicos dentro del colectivo, como las mujeres lesbianas y bisexuales. Tradicionalmente, las mujeres mayores han sido invisibilizadas tanto en el ámbito social como en el académico, lo que ha dificultado una comprensión profunda de sus experiencias a lo largo del ciclo vital.

Numerosos testimonios señalan que muchas personas LGTBIQ+ han sufrido discriminación en distintos ámbitos de su vida, como el entorno familiar, el mundo laboral, el sistema sanitario o las relaciones sociales. Estas discriminaciones, que pueden manifestarse de forma explícita o sutil, generan un impacto acumulativo que puede afectar gravemente al bienestar emocional y a la calidad de vida en la etapa de madurez y vejez.



El propòsit de este treball ha sigut analitzar les formes de discriminació vivides per dones lesbianes i bisexuals pertanyents a dos grups d'edat diferenciats: de 45 a 54 anys i de 55 anys en endavant. Per això, se ha optat per una metodologia qualitativa, que permet profunditzar en la diversitat i complexitat de les vivències personals. A través de entrevistes en profunditat, se han recollit relats que ofereixen una visió rica i matitzada sobre les discriminacions sufrides i les estratègies de afrontament desenvolupades a lo llarg del temps.

1. Introducció

Segons el Baròmetre 3501 de gener de 2025, elaborat pel Centre d'Investigacions Sociològiques, la població LGTBIQ+ a Espanya representa un 9,6 %. Des de la Federació Estatal de Lesbianes, Gais, Trans, Bisexuals, Intersexuals i més (FELGTBI+) s'estima que un 11,1 % de la població és LGTBIQ+. Aquesta xifra, aplicada al conjunt de la població major de 18 anys, és equivalent aproximadament a 5.000.000 de persones. Una part significativa d'aquest col·lectiu té més de 45 anys i es troba en un procés d'envelliment. Cal destacar que moltes d'aquestes persones continuen sense ser visibles en l'àmbit laboral a causa de la por a la discriminació (citat a FELGTB, 2025). Citant un altre estudi de la FELGTBI+, «Estado del odio» basat en 800 persones majors de 18 anys, el 29 % de les persones majors de 45 anys va dir haver patit assetjament, el 27 % discriminació i el 18,4 % agressió física o sexual, tot això referit a l'any immediatament anterior (FELGTB, 2024).

Tot i això, existeix una manca d'investigació sobre el procés d'envellir de les persones LGTBIQ+ (Von Humboldt et al., 2021). Autors com Candrian i Hinrichs (2021) argumenten diferències en salut mental en les persones LGTBIQ+, referint que, per les seues experiències passades, les persones grans experimenten majors nivells de trauma per pertànyer a una minoria que ha sigut durant molt de temps discriminada i l'estrès que això produeix. Semlyen et al. (2016) trobaren que les persones majors lesbianes, gais i bisexuals (LGB) tenen més problemes de salut mental i un benestar psicològic pitjor que les heterossexuals, sent aquesta diferència més notable entre les persones lesbianes, gais i bisexuals majors (Goldberg et al., 2005).

Les persones LGTBIQ+ comparteixen experiències i necessitats, però la investigació mostra que existeixen diferències entre els subgrups (gais, lesbianes, bisexuals i trans), que afecten la seua experiència de vida i és necessari fer investigacions sobre l'envelliment diferencial de cada subgrup (Pinazo-Hernandis i Carrascosa, 2024, 2025). Les dones lesbianes, bisexuals o trans majors es troben (com a mínim) sotmeses a una triple amenaça de marginació: la discriminació per edat, per la seua orientació sexual o identitat de gènere i per gènere (per ser dones) (Averett et al., 2011). A aquestes



amenaces se'n poden afegir d'altres: ser pobres, amb discapacitat, racialitzades, d'una ètnia marginada, etc. Si les representacions de les dones majors són limitades, les de les lesbianes, bisexuals o trans majors ho són encara més. Es produeix així una «triple minoria invisible», que es materialitza en el risc de ser potencialment tres voltes més oprimides (Candrian i Hinrichs, 2021).

La teoria de l'estrès de les minories (Meyer, 2003) ha esdevingut un marc fonamental en la psicologia per a comprendre l'impacte psicosocial que tenen l'estigma, la discriminació i l'exclusió social sobre la salut mental de les persones LGBTIQ+. Segons aquest model, les persones que pertanyen a col·lectius minoritzats experimenten fonts d'estrès específiques, tant externes (discriminació, violència, exclusió) com internes (autoestigma, ocultació de la identitat, hipervigilància), que poden acumular-se al llarg del temps i generar un risc incrementat de patir problemes de salut mental, com ara ansietat, depressió o soledat. Aquest marc resulta especialment rellevant per entendre les vivències de les dones lesbianes en l'etapa de la vellesa, ja que es troben en la intersecció de múltiples eixos de vulnerabilitat: gènere, orientació sexual i edat.

Diferents autors han investigat els efectes psicològics de l'estigma i la discriminació en dones lesbianes majors, destacant que les experiències discriminatòries es manifestaven sovint de manera subtil i indirecta, però tenien un impacte emocional profund. Per exemple, les participants relaten interaccions amb un tracte fred i distant en serveis d'atenció, que atribueixen a la seua condició de dones, lesbianes i persones majors. Aquest tipus de microagressions poden ser interpretades com fonts d'estrès crònic dins del marc de l'estrès de les minories. Paral·lelament, també es documentaren formes més directes de discriminació, com l'exclusió per part del veïnat, la no inclusió en esdeveniments socials comunitaris o el distanciament afectiu de familiars, experiències que incrementen la sensació de vulnerabilitat i aïllament social.

Grant i Walker (2020), en un estudi qualitatiu amb tretze dones lesbianes de més de 55 anys que vivien en entorns rurals, identificaren que les activitats socials promogudes per fomentar un envelliment saludable sovint es basaven en supòsits heteronormatius. Aquestes activitats eren percebudes com clarament homòfobes. La manca de reconeixement de les identitats sexuals dissidents en aquests espais institucionals reforça el sentiment de marginació i limita les oportunitats de connexió social significativa, contribuint a l'estrès minoritari estructural.

Moltes de les situacions de discriminació es relacionen amb soledat i aïllament social. La relació entre discriminació i soledat queda evidenciada en l'estudi de Hughes et al. (2023), que analitzaren els predictors de la soledat en una mostra de 241 dones lesbianes de 60 anys o més. Els autors trobaren que les experiències recents de discriminació per orientació sexual constituïen el predictor més potent de la soledat percebuda. Aquest re-



sultat és coherent amb el model de Meyer (2003) de l'estrès de les minories, que postula que la discriminació persistent pot erosionar el suport social percebut i generar dificultats d'integració relacional, especialment en contextos de vulnerabilitat com la vellesa.

En conjunt, les investigacions revisades reforcen la necessitat d'abordar la salut mental de les dones lesbianes grans des d'una perspectiva interseccional i informada pel model de l'estrès de les minories. Amb l'objectiu d'analitzar millor i conèixer en major profunditat en este capítol s'analitzen les experiències de discriminació de dones majors de 45 anys lesbianes i bisexuals.

2. Mètode

Per assolir els objectius, s'ha utilitzat metodologia mixta quali-quantitativa. S'ha realitzat una entrevista semiestructurada amb preguntes tancades i obertes. L'objectiu és conèixer de mode diferencial quin tipus de discriminació viuen les dones majors de 45 anys lesbianes i bisexuals.

L'anàlisi de les dades quantitatives (freqüència de tipus de discriminació) es va realitzar amb el programa SPSS, mentre que l'anàlisi de les dades qualitatives (verbatim) es va dur a terme amb el programa ATLAS.ti.

2.1. Participants

Taula 1 | *Dades descriptives de les participants*

EDAT	45-54	69,9 %
	55-72	30,1 %
ORIENTACIÓ SEXUAL	Lesbiana	68,9 %
	Bisexual	24 %
ESTUDIS	Sense estudis / primaris	10,4 %
	Secundaris	20,2 %
	Universitaris	69,4 %
CONVIVÈNCIA	A soles	28,4 %
FILLS	Sense fills	57,9 %
	Temps complet	66,7 %
SITUACIÓ LABORAL	Temps parcial	6,6 %
	Jubilació	9,8 %
	Atur	16,9 %
SITUACIÓ ECONÒMICA Dificultat per a arribar a final de mes	Prou o molta dificultat	27,3 %
	Poca dificultat	32,8 %
	Cap dificultat	39,9 %



La mostra forma part d'un estudi més ampli amb 607 persones lesbianes, gais, bisexuals o trans (LGTBIQ+), de totes les comunitats autònomes espanyoles, però en este capítol es presenten només els resultats del grup de dones lesbianes i bisexuals.

Les participants són 170 dones lesbianes i bisexuals residents a Espanya (126 lesbianes, el 68,9 %, i 44 bisexuals, el 24 %), les edats de les quals estan compreses entre els 45 i els 72 anys ($M= 53,82$, $DT= 7,42$). El 69,9 % de les participants tenen entre 45 i 54 anys. Pel que fa al nivell educatiu, el 10,4 % no tenen estudis o només han completat l'educació primària. El 57,9 % no tenen fills. El 28,4 % viuen soles. Pel que fa a la situació laboral, el 16,9 % es troben en situació de desocupació i el 9,8 % estan jubilades. En relació amb la situació econòmica, el 27,3 % manifesten dificultats per arribar a final de mes.

2.2. Instrument

L'estudi forma part d'un projecte en el qual s'analitzen diferents variables psicosocials, però en este capítol ens detindrem a analitzar únicament les experiències de discriminació. Per a aprofundir en les diferents experiències de discriminació viscudes, es va plantejar la següent pregunta de resposta oberta: «Podria descriure un tipus de situació de discriminació que haja experimentat?».

2.3. Procediment

L'estudi es va difondre a través de diverses organitzacions LGTBI, mitjançant xarxes socials i cartells publicitaris. Per tal de garantir el caràcter voluntari i anònim de les persones participants, al principi del qüestionari es va incloure un formulari de consentiment informat que assegurava aquestes condicions. Tots els procediments es van dur a terme d'acord amb les normes ètiques establertes per la Declaració de Hèlsinki (1964) i les seues modificacions posteriors, assegurant el respecte als drets i la dignitat dels participants en la recerca amb éssers humans.

3. Resultats

3.1. Tipus de discriminació

Pel que fa als tipus de discriminació, s'han identificat nou categories temàtiques principals: agressió física (AF), agressió verbal (AV), assetjament laboral o *mobbing* (M), discriminació de gènere (DG), exclusió social (ES), invisibilització de l'homosexualitat i presumptió d'heterosexualitat (I), internalització del prejudici (IP), maltractament institucional (MI) i mirades despectives (MD). Addicionalment, s'ha incorporat una desena categoria per a les respostes de caràcter inespecífic: «No ho sé, no ho recorde» (No).



Les dades revelen que les experiències de discriminació més freqüents són les agressions verbals amb un total de 57 cites o verbatim (36,02 %) (Taula 2). Hem definit cadascuna de les categories de la manera següent: Les agressions físiques són totes les agressions que atempten contra el cos d'una persona mitjançant l'ús intencional de la força o la violència ocasionant danys o lesions físiques en la persona agredida (colpejar-la amb els punys o amb un objecte, empentar...). Les agressions verbals són una forma de violència exercida a través del llenguatge, generant malestar emocional mitjançant paraules, missatges ofensius. L'assetjament consisteix en un tracte vexatori i desqualificador amb la finalitat de desestabilitzar-la psíquicament. Si es produïx en l'àmbit laboral, es denomina *mobbing*. La discriminació de gènere es basa en la creença que un sexe és superior a l'altre. En el cas del masclisme, s'entén com una forma de discriminació sexista caracteritzada per la prevalença de l'home sobre la dona. L'exclusió social és el procés pel qual les persones són excloses per a participar o integrar-se en la societat a la qual pertanyen en l'àmbit social, econòmic i polític. La invisibilitat i la presumpció d'heterosexualitat va ser una altra de les maneres d'experimentar discriminació per exemple en l'ús del llenguatge en situacions en les quals es referencia com a amariat una relació de parella. La internalització del prejudici consisteix a exercir discriminació cap a un mateix, ja siga per haver interioritzat les conductes o idees discriminatòries que socialment predominen, en este cas, cap a les persones LGTB o bé com a mecanisme protector per a evitar patir discriminació per altres persones o per a evitar incomodar altres persones. S'entén per maltractament institucional qualsevol legislació, procediment, actuació o omissió procedent dels servicis de l'administració, o ben derivada de l'actuació individual del professional de les institucions, que comporte abús, negligència, detriment de la salut o del benestar o que vulnere els drets de les persones ciutadanes. Són mirades despectives les que mostren desaprovació (per exemple, davant d'afecte cap a la parella, per passejar de la mà, etc.).

Moltes persones també van indicar no haver experimentat mai cap situació de discriminació, o bé no saber-ho o no recordar-ho (potser associat a trets de personalitat, com seguretat en si mateixes, per exemple; per viure en contextos privilegiats lliures de discriminació; o bé perquè les situacions que han viscut no les han considerades de gravetat i no han volgut donar-los importància).

3.2. Anàlisi comparativa de les situacions de discriminació

En segon lloc, s'ha dut a terme una anàlisi comparativa de les situacions de discriminació segons el grup d'edat i l'orientació sexual, diferenciant entre 45-54 i 55-72 anys, així com entre dones lesbianes i bisexuals (Taula 2).

En analitzar el percentatge de tipus de discriminació per grup d'edat, es constata que les formes més freqüents de discriminació corresponen a l'agressió verbal, en les seues



diverses manifestacions (36,02 %), seguida de l'exclusió social (14,8 %). Cal destacar el percentatge rellevant de participants que afirmen no haver patit cap situació de discriminació o bé no haver-ne estat conscients (26 %). Pel que fa a l'edat, s'observa una major visibilització de les discriminacions en conjunt en el grup de 45-54 anys (70,4 %).

Considerant l'orientació sexual, les dones lesbianes relaten un nombre més elevat d'experiències discriminatòries. En concret, l'agressió verbal ha sigut reportada pel 29,2 % de les dones lesbianes, enfront del 6,8 % de les dones bisexuals.

Taula 2 | *Anàlisi comparativa de les situacions de discriminació*

		AF	AV	M	DG	ES	I	IP	MI	MD	No
45-54	LESB	1 (0.62)	29 (18)	4 (4.8)	3 (1.8)	12 (7.4)	4 (4.8)	0	6 (3.7)	2 (1.2)	21 (13)
45-54	BISEX	1 (0.62)	10 (6.2)	0	0	6 (3.7)	6 (3.7)	0	0	0	9 (5.6)
55-72	LESB	0	18 (11.2)	3 (3.6)	0	5 (3.1)	2 (1.2)	1 (0.6)	0	0	9 (5.6)
55-72	BISEX	0	1 (0.6)	0	1 (0.6)	1 (0.6)	2 (1.2)	1 (0.6)	0	0	4 (4.8)
Total discriminacions		2 (1.2)	57 (36.02)	7 (8.4)	4 (2.4)	24 (14.8)	14 (10.9)	2 (1.2)	6 (3.7)	2 (1.2)	43 (26)

Donada la baixa freqüència de respostes en determinades categories (amb alguna cel·la amb valor igual a 1) i amb l'objectiu d'identificar diferències entre grups, s'ha emprat la prova exacta de Fisher, més adequada en aquest context que la prova de khi quadrat. Així mateix, s'ha analitzat la magnitud de l'efecte mitjançant el coeficient ϕ de Cramer (Taula 3). En el grup d'edat de 45 a 54 anys, únicament la variable «Invisibilització de l'homosexualitat i presumpció d'heterosexualitat (I)» presenta una diferència estadísticament significativa ($p = 0,0282$) entre dones lesbianes i bisexuals, amb una magnitud de l'efecte moderada ($\phi = 0,186$), pròxima al llindar de 0,2. En el grup de 55 a 72 anys, la variable «Agressió verbal (AV)» mostra una diferència quasi significativa ($p = 0,0654$) entre dones lesbianes i bisexuals, amb una magnitud de l'efecte també moderada ($\phi = 0,258$), pròxima a 0,3.

Amb la finalitat de conèixer els subtemes presents en cada una d'eixes categories temàtiques es mostren en la taula següent alguns exemples de verbatim. Es mostra entre parèntesi en primer lloc l'edat de la participant, l'orientació sexual i el lloc on viu. Es presenten diferenciats per orientació sexual: dones lesbianes i dones bisexuals (Taula 4).

Podem destacar que no hi ha diferències per lloc en el qual les persones habiten, trobant exemples de discriminació en totes les comunitats autònomes. Destaquem algun



comentari de participants provinents de l'àmbit rural que justifiquen no haver pogut eixir de l'armari pel tipus de societat més tradicional en la qual viuen. Si analitzem de mode qualitatiu, criden l'atenció les agressions verbals en el grup de dones lesbianes a les quals increpen i insulten tant en directe com a través de les xarxes socials. En el cas de les dones bisexuals destaquen els comentaris desqualificadors associats al llibertinatge, desviació o promiscuïtat.

Taula 3 | Diferències entre grups d'edat per tipus de discriminació

	p (45-54)	φ (45-54)	p (55-72)	φ (55-72)
AF	0.4844	0.000	1.000	NA
AV	0.8266	0.018	0.0654	0.258
BM	0.5753	0.066	1.000	0.026
DG	0.5581	0.042	0.2083	0.105
ES	0.5784	0.024	1.000	0.000
I	0.0282	0.186	0.1871	0.124
IP	1.000	NA	0.3768	0.021
MI	0.1826	0.104	1.000	NA
MD	1.000	0.009	1.000	NA
No	0.8152	0.003	0.4253	0.091

En l'anàlisi també es mostren moltes situacions diverses viscudes en el lloc de treball, des de mostrar incomoditat fins a acomiadar del treball per l'orientació sexual. Negar l'homosexualitat, presumir que la persona és heterosexual, no visibilitzar l'orientació sexual o no acceptar-la són també mostres de discriminació que es poden observar. Finalment, la necessitat de protegir-se ocultant l'orientació sexual per a no sofrir ha sigut manifestada per les participants.

Taula 4 | Tipus de discriminació, temes i subtemes i exemples

		Exemples	
	Subtemes	Dones lesbianes	Dones bisexuals
AGRESSIÓ FÍSICA	Agressió física	<i>Pegar-me al carrer, llançar-me objectes</i> (51, lesbiana, Granollers, Catalunya)	
AGRESSIÓ VERBAL MALTRACTAMENT PSICOLÒGIC	Agressió verbal, insults, desqualificacions (comentaris despectius...)	<i>Insults</i> (68, lesbiana, València) <i>Un grup al carrer increpant-me: «bollera de merda»</i> (49, lesbiana, Las Palmas de Gran Canaria) <i>Desqualificacions en xarxes socials especialment</i> (55, lesbiana, València) <i>Bromes de mal gust</i> (60, lesbiana, Tacoronte, Canàries)	<i>Comentaris bifòbics per part de coneguts</i> (45, bisexual, Oviedo)

continua



		Exemples	
	Subtemes	Dones lesbianes	Dones bisexuals
AGRESSIÓ VERBAL MALTRACTA- MENT PSI- COLÒGIC	Microagressions	<i>En la meua família, constantment he rebut microagressions, diàriament (57, lesbiana, Madrid)</i>	
	Manca de respecte, assetjament al carrer		<i>Assetjament de carrer, faltes de respecte (50, bisexual, Gandia, València)</i>
	Associar a llibertinatge, desviació, promiscuïtat		<i>Acusar de promiscuïtat com a insult (46, bisexual, Huelva) Que se'm diga llibertina o «viciosa» perquè m'agraden hòmens i dones (50, bisexual, Madrid)</i>
	Decepció		<i>Cara de sorpresa o més prompte de decepció quan algú pròxim s'assabenta: «Això no ho esperava de tu» (51, bisexual, Granada)</i>
	No acceptació a l'entorn		<i>No donar veracitat a la meua orientació: «Estàs plenament segura d'això?» (46, bisexual, Vigo)</i>
MOBBING	Discriminació al treball	<i>Negar-me un ascens per la meua orientació sexual (46, lesbiana, Santa Cruz de Tenerife)</i>	<i>Fa anys, no teníem lleis lgtbi, i em van tirar d'un treball per ser bisexual... (49, Otero, Castella-la Manxa) Estic en desocupació fa temps (50, bisexual, Sopelana, Biscaia, País Basc)</i>
	Ghosting	<i>Dir-me que oculte la meua orientació perquè els avergonyisc davant els altres (45, lesbiana, Dos Hermanas, Sevilla)</i>	<i>Ghosting durant dècades per part de la meua família (47, bisexual, San Pedro Alcantara, Andalusia)</i>
	Mostrar explicitament incomoditat	<i>Hi ha famílies que en saber que soc lesbiana desconfien de la meua capacitat professional o intenten desqualificar-me (48, lesbiana, Múrcia) Quan vaig eixir de l'armari en el meu treball era l'única persona lgtb-visible en l'empresa i es notava la incomoditat d'alguns companys i caps. Sobretot en situacions informals amb clients (50, lesbiana, Múrcia)</i>	
	DISCRIMINACIÓ DE GÈNERE	<i>He patit discriminació en molts àmbits, però crec que més per ser dona que per ser queer (57, lesbiana, Madrid)</i>	

continua



		Exemples	
	Subtemes	Dones lesbianes	Dones bisexuals
INVISIBILITAT, PRESUMPCIÓ DE L'HETEROSEXUALITAT	Negació de l'homosexualitat	<i>Assumir l'heterosexualitat quan es coneix el meu estat civil de casada. Situacions de buit i soledat en el meu lloc de treball respecte a companys docents que no aproven la visibilitat ni el treball en diversitat sexe-genèrica en els centres educatius (48, lesbiana, Vigo)</i> <i>Pressuposar que tens marit (50, lesbiana, Sant Cugat del Vallès, Catalunya)</i>	
	Invisibilització, ostracisme		<i>Invisibilització de la bisexualitat amb frases com: estàs confosa, és una fase, en realitat eres lesbiana; o bé, totes som bisexuals en realitat (50, bisexual, Madrid)</i>
EXCLUSIÓ SOCIAL	Es considera vulnerable el col·lectiu, sentir discriminació per pertinença grupal a un grup estigmatitzat	<i>Simplement el fet de pertànyer a un col·lectiu que hui dia continua sent considerat vulnerable em fa sentir eixa discriminació (55, lesbiana, Torrent, València)</i>	
INTERNALITZACIÓ DEL PREJUDICI	Haver d'ocultar-se / armari	<i>Haver d'ocultar, i fins i tot negar, la meua orientació sexual per a poder accedir a l'adopció internacional de les meues filles, país que exigix (o almenys abans exigia) una «declaració de no homosexualitat» davant notari com un dels requisits burocràtics del procés d'adopció (65, lesbiana, Salamanca)</i> <i>«Discriminació laboral» perquè en la meua empresa no saben que soc lesbiana. No ho he dit. En la meua empresa no accepten persones LGTB/Q+ (51, lesbiana, València)</i>	<i>Treball en àmbit rural (difícil eixir de l'armari) (46, bisexual, Salamanca)</i>
	Autoimposades, per no molestar	<i>Part d'elles me les impose jo, que per no molestar soc cauta en les meues expressions d'afecte, temes familiars d'igualtat han costat molt... (55, lesbiana, Alacant)</i>	
	Expulsió d'un lloc	<i>Em van tirar d'un bar per besar-me amb una altra dona (51, lesbiana, Ampuero, Cantàbria)</i>	<i>Expulsada d'una discoteca (48, lesbiana, Múrcia)</i>
	Excomunió de l'església	<i>Excomunió de la meua parròquia (60, lesbiana, València)</i>	
	No hi ha diversitat en l'administració (protocols i pràctiques ja antigues)	<i>En els formularis en general no preveuen la situació de dos mares (55, lesbiana, València)</i>	<i>Vaig haver de casar-me amb la meua dona per a tindre el llibre de família quan van nèixer els nostres fills (48, bisexual, Mislata, València)</i>

continua



		Exemples	
	Subtemes	Dones lesbianes	Dones bisexuals
	Discriminació en assumptes quotidians	<i>Fa anys ens van denegar una hipoteca per ser dos dones en una famosa entitat bancària (45, lesbiana, Alovera, Castella-la Manxa)</i> <i>No em van llogar un pis per la meua orientació sexual (49, lesbiana, Madrid)</i>	<i>Frases que em diuen en els comerços: Em sembla bé, accepte les parelles del mateix sexe i/o gènere, però en privat millor (49, bisexual, Otero, Castella-la Manxa)</i>
MIRADES DE DESAPROVACIÓ	Cares d'incomoditat	<i>En un restaurant la cap em va cridar l'atenció quan estava amb la meua parella amb un gest de desaprovació (49, lesbiana, Barcelona)</i>	<i>Mirades incòmodes al carrer (49, bisexual, Otero, Castella-la Manxa)</i>
CAP, NO HO SÉ	Absència de discriminació, manca d'identificació de la discriminació i l'assumpció de situacions discriminatòries com a quotidianes i normals	<i>Mai (71, lesbiana, València)</i>	<i>Per sort, si és que n'he tingudes, no me n'he adonat (48, bisexual, es Castell, Illes Balears)</i> <i>No tinc record d'això (46, bisexual, Jerez de la Frontera)</i> <i>Realment ningú no m'ha dit res mai, o perquè soc una persona segura de mi mateixa o perquè han tingut por de dir-me alguna cosa. Alguna vegada sí que he notat mirades i alguna rialla, però me l'ha donat literalment igual (48, bisexual, Alaquàs, València)</i>

4. Discussió i conclusions

Els resultats d'aquest estudi evidencien la persistència de la discriminació per motius d'orientació sexual, destacant que les experiències més habituals es relacionen amb agressions verbals en diversos contextos. Hem pogut observar diverses discriminacions en el cas de les dones lesbianes i en el de les dones bisexuals. Els principals àmbits on es produeixen aquestes situacions discriminatòries són els espais públics, l'entorn familiar, laboral, educatiu, els llocs d'oci privats (com ara bars i discoteques) i les xarxes socials. Aquestes dades coincideixen amb estudis previs que evidencien que la discriminació envers dones majors lesbianes i bisexuals és una qüestió vigent, que es manifesta de múltiples formes i en diversos contextos (Butler, 2017; Feinstein et al., 2023; Marchi et al., 2024) i en aquest estudi hem observat que les dones més joves i les més majors viuen situacions de discriminació. Alguns autors han analitzat la importància de mostrar-se i viure com un és per a un bon benestar psicològic (Riggle et al., 2017; Jabson et al., 2021; Martinez et al., 2024).



Averett et al. (2011), en la seua recerca amb 456 dones lesbianes majors als Estats Units, revelen que les principals experiències discriminatòries es donen en entorns informals com les relacions familiars (35,5 %), situacions socials (35,7 %) i activitats com comprar o sopar fora de casa (20,2 %), així com en entorns formals com el laboral (30,7 %). Així mateix, les participants reporten discriminació en diferents entorns i al carrer. Els nostres resultats identifiquen similituds en els espais on es produeix la discriminació.

Un altre aspecte rellevant detectat és la preocupació per la discriminació laboral. En el context espanyol, l'European Union Agency for Fundamental Rights (Rainbow Europe, 2013) indicava que un 16 % de la població LGTB s'havia sentit discriminada en l'àmbit laboral. Pel que fa a les formes específiques de discriminació laboral Pichardo et al. (2019) destaquen que un 36 % de les persones LGTB a Espanya i Portugal senten rumors o comentaris negatius sobre la seua orientació o identitat, i que un 13 % ha presenciat burles o insults freqüents al treball. També un 7 % ha observat perjudicis professionals com la denegació d'ascensos i un % ha vist com algú perdia la feina per motius LGTBfòbics. Aquestes experiències han estat reportades també per les participants del present estudi.

Les experiències d'exclusió, discriminació i invisibilització no sols afecten el benestar psicològic de manera puntual, sinó que poden cronificar-se com a fonts d'estrès acumulatiu al llarg del cicle vital. Per això, és fonamental que les polítiques públiques, els serveis sociosanitaris i les iniciatives d'envelliment actiu incorporen una perspectiva inclusiva i sensibilitzada amb les diversitats sexuals i de gènere, especialment en l'etapa de la vellesa.

A partir d'aquestes evidències, esdevé imprescindible orientar intervencions psicosocials específiques dirigides a dones majors lesbianes i bisexuals per garantir la igualtat, la inclusió i l'erradicació de tota forma de discriminació i desigualtat, minimitzant així les 2025 seues conseqüències socials i psicològiques.



Referències bibliogràfiques

Averett, P.; Yoon, I.; Jenkins, C.L. (2011). «Older Lesbians: Experiences of Aging, Discrimination and Resilience». *Journal of Women & Aging*, 23 (3), 216-232. <https://doi.org/10.1080/08952841.2011.587742>

Butler, S.S. (2017). «Older lesbians' experiences with home care: Varying levels of disclosure and discrimination». *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 29 (4), 378-398. <https://doi.org/10.1080/10538720.2017.1365673>

Candrian, C.; Hinrichs, K.L. (2021). «The impact of intersectional stigma on health outcomes: The case of an older lesbian veteran». *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 33 (3), 291-299. <https://doi.org/10.1080/10538720.2021.1875348>

CIS (2025). *Barómetro 3501. Relaciones sexuales y de pareja*. CIS.

Feinstein, B.A.; Katz, B.W.; Benjamin, I.; Macaulay, T.; Dyar, C.; Morgan, E. (2023). «The Roles of Discrimination and Aging Concerns in the Mental Health of Sexual Minority Older Adults». *LGBT Health*, 10 (4), 324-330. <https://doi.org/10.1089/lgbt.2022.0113>

FELGTB (2024). «Estado del odio». https://felgtbi.org/wp-content/uploads/2024/08/Informe-DDOO_24.pdf

FELGTB (2025). Índice de confianza en la empresa. <https://felgtbi.org/workingfordiversity/wp-content/uploads/sites/20/2025/05/Indice-de-confianza-en-la-empresa-2025.pdf>

Grant, R.; Walker, B. (2020). «Older Lesbians' experiences of ageing in place in rural Tasmania, Australia: An exploratory qualitative investigation». *Health and Social Care in the community*, 28 (6), 2199-2207. <https://doi.org/10.1111/hsc.13032>

Goldberg, S.; Sickler, J.; Dibble, S.L. (2005). «Lesbians over Sixty». *Journal of Lesbian Studies*, 9 (1-2), 195-213. https://doi.org/10.1300/J155v09n01_18

Hughes, M.; Lyons, A.; Alba, B.; Waling, A.; Minichiello, V.; Fredriksen-Goldsen, K.; Barrett, C.; Savage, T.; Blanchard, M.; Edmonds, S. (2023). «Predictors of Loneliness Among Older Lesbian and Gay People». *Journal of Homosexuality*, 70 (5), 917-937. <https://doi.org/10.1080/00918369.2021.2005999>

Jabson, J.M.; Patterson, J.G.; Beavers, D.P.; Bowen, D.J. (2021). «What Is Successful Aging in Lesbian and Bisexual Women? Application of the Aging-Well Model». *The*



Journals of Gerontology: Series B, 76 (7), 1371–1387. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa130>

Marchi, M.; Travascio, A.; Uberti, D.; De Micheli, E.; Quartaroli, F.; Laquatra, G.; Grenzi, P.; Pingani, L.; Ferrari, S.; Fiorillo, A.; Converti, M.; Pinna, F.; Amaddeo, F.; Ventriglio, A.; Mirandola, M.; Galeazzi, G.M. (2024). «Microaggression toward LGBTIQ people and implications for mental health: A systematic review». *International Journal of Social Psychiatry*, 1, 23-35. <https://doi.org/10.1177/00207640231194478>

Martinez, M.E.; Felner, J.K.; Shen, J.; McDaniels-Davidson, C.; Nodora, J.N.; Lacey, J.V.; Savage, K.E.; Duffy, C.N.; Spielfogel, E.S.; Hong, S. (2024). «Mental health and social connection among older lesbian and bisexual women». *International Psychogeriatrics*, 36 (9), 808-817. <https://doi.org/10.1017/S1041610223004453>

Pinazo-Hernandis, S.; Carrascosa, C. (2024). «Visibilizar a los adultos mayores LGTB: la discriminación y otras variables estructurales y psicosociales se relacionan con soledad y exclusión social» (217-234). A: S. Olivero (coord.), *Identidades múltiples. Voces y miradas en torno a la inclusión*. Egregius

Pinazo-Hernandis, S.; Carrascosa, C. (2025). «Discrimination and loneliness among transgender older adults. Journal of Aging Studies». *Journal of Aging Studies*, 75. <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2025.101334>

Rainbow Europe (2023). «Annual review of the human rights situation of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex people in Europe and Central Asia». Disponible a: https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/2023/full_annual_review.pdf

Riggle, E.; Rostosky, S.; Black, W.; Rosenkrantz, D. (2017). «Outness, concealment, and authenticity: Associations with LGB individuals' psychological distress and well-being». *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 4 (1), 54–62. <https://doi.org/10.1037/sgd0000202>



Autores

SACRAMENTO PINAZO-HERNANDIS

Doctora en Psicologia, màster en Psicologia Comunitària. Professora titular de Psicologia Social en la Universitat de València. Directora de l'equip d'investigació BestAGING, Intervenció psicosocial en els envelliments i les cures en el cicle vital.

CELIA CARRASCOSA SÁNCHEZ

Treballadora social en la Generalitat Valenciana (Secció de Protecció a la Infància). Doctora en Psicogerontologia, amb màster en Atenció Sociosanitària a Persones en Situació de Dependència. Membre de l'equip d'investigació BestAGING, Intervenció psicosocial en els envelliments i les cures en el cicle vital.





ENTRE SILENCIS I PASTILLES: DONA, ENVELLIMENT I SALUT MENTAL



Entre silencis i pastilles: dona, envelliment i salut mental

Teresa Suárez Genovard



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 253/532

Resum

Aquest capítol ofereix una lectura feminista i crítica sobre la salut mental de les dones grans, situant el malestar emocional dins un marc estructural de desigualtat, silenci i invisibilització. A partir de l'anàlisi de dades i discursos, es posa en evidència com el patiment d'aquest col·lectiu ha estat sistemàticament medicalitzat a través de psicofàrmacs, sense atendre'n les causes socials ni oferir espais de reconeixement i acompanyament.

S'aborda la feminització de la vellesa i la seva relació amb processos com la soledat, els dols no elaborats i la pèrdua de rols socials. Aquests factors, lluny de ser reconeguts com a determinants socials de salut, es tradueixen sovint en diagnòstics com depressió o ansietat. Es critica el paper del DSM-5 com a eina que contribueix a la patologització del malestar i s'examina la resposta sanitària basada en la prescripció crònica de psicofàrmacs, amb efectes adversos i dependència.

Finalment, es presenten propostes per a un canvi de paradigma, amb exemples d'intervenció comunitària com els desenvolupats al País Basc. Es reivindica una salut mental amb perspectiva de gènere i d'envelliment que situï les dones grans com a subjectes actius, reconegui la seva experiència vital i garanteixi recursos accessibles, contextualitzats i sostenibles. La cura, el vincle i l'escolta es plantegen com a eixos essencials d'un nou model d'atenció emocional més just i transformador.

Resumen

Este capítulo ofrece una lectura feminista y crítica sobre la salud mental de las mujeres mayores, situando el malestar emocional en un marco estructural de desigualdad, silencio e invisibilización. A partir del análisis de datos y discursos, se evidencia cómo el sufrimiento de este colectivo ha sido sistemáticamente medicalizado mediante psicofármacos, sin atender sus causas sociales ni ofrecer espacios de reconocimiento y acompañamiento.

Se aborda la feminización de la vejez y su relación con procesos como la soledad, los duelos no elaborados y la pérdida de roles sociales. Estos factores, lejos de ser reconocidos como determinantes sociales de salud, se traducen frecuentemente en diagnósticos como depresión o ansiedad. Se critica el papel del DSM-5 como herramienta que contribuye a la patologización del malestar y se examina la respuesta sanitaria basada en la prescripción crónica de psicofármacos, con efectos adversos y dependencia.

Finalmente, se presentan propuestas para un cambio de paradigma, con ejemplos de intervención comunitaria como los desarrollados en el País Vasco. Se reivindica una



salud mental con perspectiva de género y de envejecimiento que sitúe a las mujeres mayores como sujetos activos, reconozca su experiencia vital y garantice recursos accesibles, contextualizados y sostenibles. El cuidado, el vínculo y la escucha se plantean como ejes esenciales de un nuevo modelo de atención emocional más justo y transformador.

1. Context i marc teòric: envelliment i gènere des d'una perspectiva feminista

L'envelliment és un procés vital que es veu travessat per diverses estructures de desigualtat com són el gènere, la classe social, l'origen o la condició funcional. En aquest sentit, la vellesa de les dones s'ha configurat històricament des de la invisibilitat, la fragilitat i el silenci. No només hi ha una feminització de l'envelliment en termes quantitatius —les dones configuren la majoria del col·lectiu de persones grans—, sinó també una càrrega simbòlica que associa la vellesa femenina a la pèrdua de valor social, sexual i productiu (Nagusi Intelligence Center, 2022).

Aquest imaginari social, reforçat per l'edatisme i el patriarcat, contribueix a la desvalorització de l'experiència vital de les dones grans, i moltes vegades a la deslegitimació dels seus patiments emocionals. Així, el malestar generat per dècades de cures no correspostes, per dols acumulats, per soledats estructurals i per frustracions silenciades és sovint interpretat com a símptoma mèdic i abordat farmacològicament, en lloc de ser entès com una expressió legítima de condicions de vida injustes (Benedicto, 2018; Rodríguez del Toro, 2009).

El feminisme ha contribuït a la comprensió del patiment psíquic i ha sigut fonamental per desafiar els models tradicionals de la psicologia i la psiquiatria, androcèntrics i cecs a les condicions estructurals que configuren la vida de les dones. Així, les emocions de les dones han estat històricament diagnosticades, deslegitimades o controlades sota criteris normatius.

A la seva obra *The Myth of Mental Illness* (1961), Thomas Szasz ja assenyalava el caràcter polític de molts diagnòstics psiquiàtrics. Però va ser el feminisme qui va posar el focus específicament en com aquests diagnòstics han afectat desproporcionadament les dones, etiquetades sovint d'«histèriques», «depressives» o «emocionals» quan expressaven malestars legítims. Kate Millett (1970), a *Política sexual*, criticava com la psiquiatria ha servit històricament per reforçar rols de submissió femenina i per contenir qualsevol desviació respecte del model ideal de dona: dòcil, abnegada i centrada en la cura.



El paper social atorgat a les dones implica una sobrecàrrega constant i aquesta tensió vital genera un malestar profund que sovint apareix en la vellesa, quan els rols de cuidadora deixen de tenir utilitat social i la dona experimenta la invisibilització.

En aquest sentit, la mirada feminista sobre la salut mental proposa entendre el malestar no com una disfunció interna o individual, sinó com una resposta coherent davant condicions estructurals de desigualtat, silenci i opressió. En el cas de les dones grans, aquesta mirada permet reconèixer el patiment acumulat i recuperar-lo com a testimoni d'una història que mereix ser escoltada i transformada.

2. El malestar silenciàt: dols acumulats, soledat i rols de gènere en la vellesa

La vellesa de les dones constitueix una etapa especialment vulnerable pel que fa a la salut emocional. No per causes biològiques o estrictament clíniques, sinó per l'acumulació de processos socials i simbòlics que han modelat la seva trajectòria vital. Aquest malestar no es presenta necessàriament com una patologia diagnòstica, sinó com un conjunt de símptomes difusos, sovint silenciats o banalitzats, que són resultat d'una trajectòria sostinguda de desigualtats i dols no elaborats (Benedicto, 2018).

L'experiència de moltes dones grans està marcada per una combinació de dols: pèrdua de la parella, desvinculació familiar, reducció del cercle social, dols pel propi cos, per les expectatives incomplertes o per la manca de reconeixement de la seva aportació històrica com a cuidadores (Nagusi Intelligence Center, 2022). Aquests dols, moltes vegades invisibles o no validats culturalment, poden tenir un fort impacte emocional i contribuir a quadres de tristesa persistent, insomni, ansietat o sensació de buit existencial (AEN-PSM, 2023).

La soledat, especialment en la seva dimensió subjectiva, és un altre element del malestar. No es tracta només d'una absència de companyia, sinó de la percepció de no tenir a ningú amb qui compartir emocionalment l'experiència vital. Aquesta soledat s'accentua en un context en què les xarxes de suport tradicional s'han tornat més febles i on l'espai públic sovint exclou o infantilitza les persones grans.

A tot això s'hi suma el llegat dels rols de gènere: l'assignació històrica a les tasques de cura ha comportat, per a moltes dones, una vida centrada en les necessitats dels altres. Quan aquestes responsabilitats desapareixen, apareix una sensació de buit funcional i identitari que no sempre troba espais on compartir-lo, ni tampoc troba reconeixement social. En aquest escenari, les dones poden experimentar el seu patiment com una



forma més de fracàs o de desajust, i no com una resposta lògica a unes condicions estructurals injustes (Rodríguez del Toro, 2009).

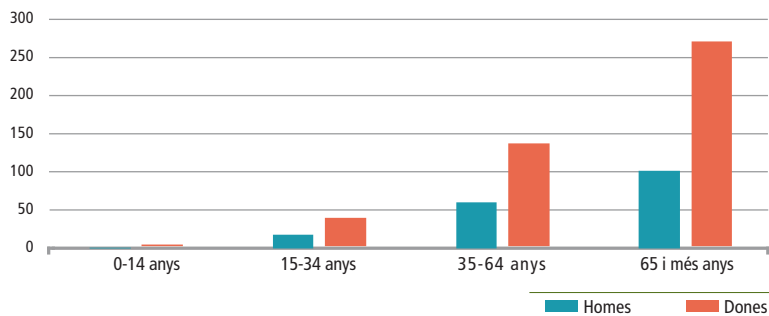
Aquest malestar, malgrat ser recurrent i compartit, és sovint abordat des d'una òptica individualitzada. Això afavoreix la seva psicopatologització i medicalització, sense considerar les arrels socials que el generen i el perpetuen (Nagusi Intelligence Center, 2022; AEN-PSM, 2023).

3. La resposta medicalitzadora: consum de psicofàrmacs i invisibilització del patiment

Diverses autores han alertat sobre el risc d'una psicopatologització del dolor emocional, especialment en dones (Machuca i Pérez, 2023). Aquesta tendència a la medicalització, en què l'ús de psicofàrmacs es converteix en la resposta principal a malestres de base social, és especialment accentuada en l'etapa de la vellesa.

Aquesta realitat no només reflecteix una fallida del sistema sanitari, sinó també una estructura de poder que desposseeix les dones grans de l'espai per narrar el seu patiment en primera persona. La pastilla, en molts casos, substitueix la paraula.

Gràfic 1 | *Dosis diàries d'antidepressius per cada 1.000 persones i dia. Any 2023*



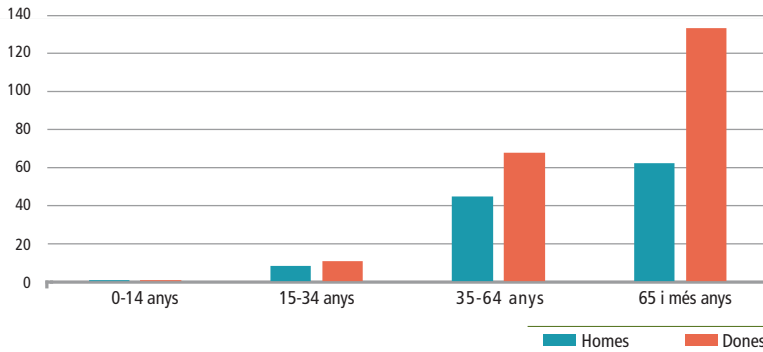
Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la BDCAP (Ministerio de Sanidad).

Aquest gràfic mostra una diferència sostinguda entre sexes en el consum d'antidepressius a totes les franges d'edat. També observam com, a partir dels 35 anys, el consum en dones s'incrementa notablement, i com l'escletxa amb els homes s'amplia



especialment a partir dels 65. Aquesta tendència indica que el malestar emocional de les dones adultes i grans és abordat predominantment des de la farmacologia.

Gràfic 2 | *Dosis diàries d'ansiolítics per cada 1.000 persones i dia. Any 2023*



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la BDCAP (Ministerio de Sanidad).

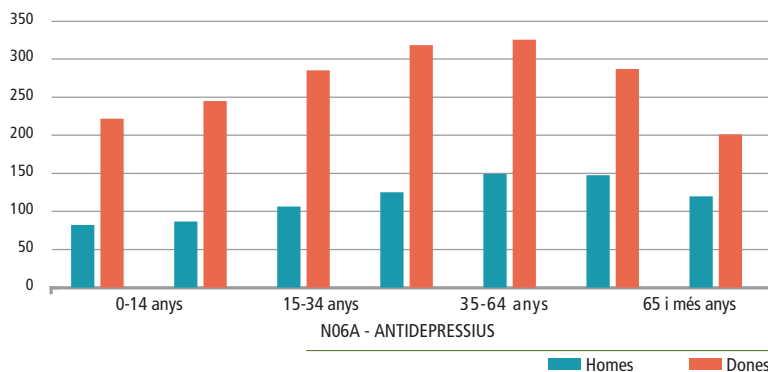
Els ansiolítics presenten una corba similar a la dels antidepressius, però amb un increment encara més pronunciat a partir dels 65 anys. El consum en dones és sistemàticament més elevat que en homes, i arriba a nivells molt alts en les edats més avançades. Aquesta dada posa en qüestió el paper d'aquests fàrmacs com a resposta institucional al malestar. Lluny de ser un recurs puntual, els ansiolítics es converteixen en una presència constant en la vida de moltes dones, com a forma de silenciar l'angoixa, la por o la soledat, en lloc de reconèixer-les com a experiències legítimes que reclamen un altre tipus de suport.

Tot i saber que aquests psicofàrmacs no tracten les causes del malestar sinó que només n'al·leugen de forma temporal els símptomes, se segueixen utilitzant de manera generalitzada com a solució única al patiment de les dones grans, dones dormides.

Quan analitzam les dades del segment de població major de 65 anys veim reforçades les conclusions anteriors. L'elevat consum d'antidepressius en aquest grup evidencia l'absència de recursos alternatius a la farmacologia per a l'atenció emocional de les dones grans. L'expressió del patiment en aquesta etapa de la vida continua sent medicalitzada i això impedeix una reflexió crítica sobre les condicions que el generen. L'alta prevalença d'aquests tractaments és indicativa d'una atenció que prioritza el control farmacològic per damunt del suport relacional.

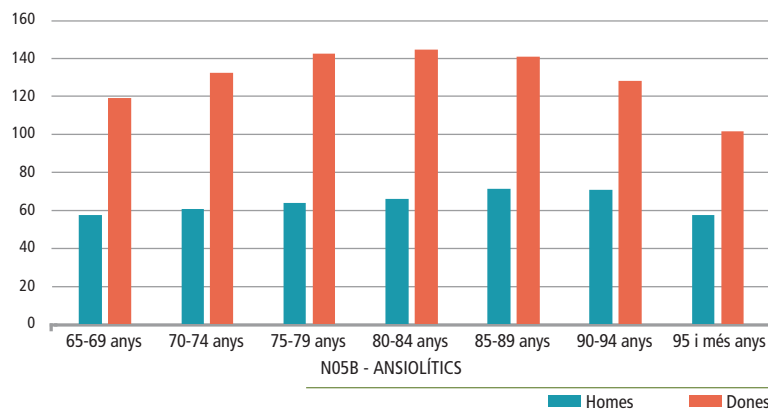


Gràfic 3 | Dosis diàries d'antidepressius per cada 1.000 persones >65 anys i dia. Any 2023



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la BDCAP (Ministerio de Sanidad).

Gràfic 4 | Dosis diàries d'ansiolítics per cada 1.000 persones >65 anys i dia. Any 2023



Font: elaboració pròpia a partir de les dades de la BDCAP (Ministerio de Sanidad).

Aquest gràfic mostra, un cop més, la consolidació de la medicalització en les edats més avançades i amb una marcada diferència entre homes i dones. Les dones grans són el col·lectiu amb més consum d'ansiolítics, fet que s'ha de llegir com un indicador



d'infraatenció emocional i de resposta institucional centrada en la sedació del malestar. L'ús d'aquests fàrmacs, que sovint s'allarga durant anys, no està acompanyat de suport psicosocial ni de processos de retirada pautats. Això contribueix a la dependència i a la invisibilització de les causes profundes del sofriment.

Els quatre gràfics mostren de manera contundent un patró persistent: les dones — especialment a partir dels 65 anys— consumeixen antidepressius i ansiolítics en proporcions molt superiors als homes. Aquest consum no pot ser entès només des d'una òptica clínica, sinó que s'ha de llegir com a expressió sanitària d'un patiment social i estructural.

Els gràfics evidencien tres tendències clau:

1. Una bretxa de gènere constant: les dones, en totes les franges d'edat, presenten nivells més alts de consum de psicofàrmacs, fet que reflecteix un sistema sanitari i social que medicalitza el malestar femení en lloc d'abordar-ne les causes.
2. Una corba ascendent amb l'edat: el consum augmenta progressivament amb l'envelliment, especialment entre les dones majors de 75 anys, posant de manifest la soledat, el dol acumulat i la manca d'espais de reconeixement emocional en la vellesa femenina.
3. Un ús crònic i sostingut de psicofàrmacs: les dades suggereixen una prescripció habitual i mantinguda en el temps, sovint sense alternatives terapèutiques no farmacològiques. Aquest fet reforça l'estigmatització del malestar i la pèrdua de control sobre la pròpia experiència emocional.

Com ja hem comentat, l'elevada prescripció de psicofàrmacs en dones d'edat avançada es pot entendre com una resposta simplificada a situacions complexes: dols no resoltos, soledat, pèrdua de sentit, violència simbòlica o aïllament social. En comptes d'obrir espais d'escolta i comprensió, s'ofereix sovint la pastilla com a únic recurs, contribuint a la cronificació i invisibilització del malestar (AEN-PSM, 2023).

A més de la cronificació del consum, hem de tenir en compte els efectes adversos dels psicofàrmacs en la salut de les dones grans. L'ús sostingut de benzodiazepines i antidepressius pot comportar alteracions cognitives, dificultats per a la desconnexió del tractament, augment del risc de caigudes, així com un deteriorament generalitzat de la qualitat de vida (AEN-PSM, 2023). Aquesta realitat es veu agreujada per la manca d'alternatives terapèutiques, la poca planificació en la retirada progressiva de la medicació i l'absència d'un seguiment integral adaptat a les necessitats específiques d'aquest col·lectiu.



L'abordatge purament farmacològic acaba esdevenint no només insuficient, sinó potencialment nociu.

Diverses autores han denunciat com el model biomèdic reproduïx una mirada reduccionista de la salut mental, centrada en símptomes individuals desconnectats del context vital. En aquest esquema, les dones grans es converteixen en pacients cròniques, sovint etiquetades com a «depres», «ansioses» o «nervioses», sense que es considerin les condicions materials o relacionals que sostenen aquest patiment (Cabezas, 2021; Rodríguez del Toro, 2009).

Aquest model d'abordatge s'alinea amb una concepció del malestar reforçada pel DSM-5, que continua sent l'eina diagnòstica de referència a nivell internacional. Des d'una mirada feminista i crítica, el DSM ha estat qüestionat no només per la seva estructura classificatòria rígida, sinó també per la seva funció social: legitimar certs tipus de malestar com a trastorns mentals i invisibilitzar-ne les causes estructurals.

Diverses autores han destacat que els criteris diagnòstics del DSM-5 responen a una lògica biomèdica, androcèntrica i descontextualitzada, que tracta els símptomes com si fossin entitats naturals, desvinculades de les condicions de vida, les relacions socials i les desigualtats de gènere. D'aquesta manera, s'acaba etiquetant com a depressió o ansietat el que sovint són reaccions comprensibles davant l'aïllament, la sobrecàrrega de cures o el dol acumulat que viuen moltes dones grans.

A més, el DSM ignora les diferències en la forma com homes i dones expressen el malestar emocional. Les dones tendeixen a verbalitzar-lo més en forma de tristesa, preocupació o símptomes somàtics i aquests aspectes encaixen perfectament en les categories psiquiàtriques establertes. Aquest ajustament dels criteris diagnòstics als patrons femenins d'expressió emocional ha contribuït al sobrediagnòstic de trastorns en dones i, per tant, a una medicalització més gran del seu patiment.

Al DSM es tracta el diagnòstic com si fos neutral, però en realitat reflecteix valors culturals i normatius. El que es defineix com a «funcionament normal» de les persones penalitza el dolor crònic, la dependència, la vulnerabilitat o el dol persistent —trets que apareixen amb més freqüència en les trajectòries de les dones grans.

Així, alguns dels trastorns de salut mental descrits al DSM-5 són:

- **Trastorn depressiu major:** tristesa, pèrdua d'interès, fatiga, sentiment de culpa.
- **Trastorn d'ansietat generalitzada:** preocupació excessiva, tensió, irritabilitat, dificultats per dormir.



- **Trastorn d'adaptació amb ànim deprimit o ansiós:** malestar emocional davant situacions estressants de la vida.
- **Trastorn somàtic:** símptomes físics recurrents sense explicació mèdica clara, amb gran preocupació associada.
- **Trastorn depressiu persistent (abans distímia):** estat d'ànim trist o apagat durant llargs períodes de temps.

Per tant, el DSM-5 no només contribueix a la invisibilització de les causes socials del patiment, sinó que reforça el circuit psiquiàtric clàssic: diagnòstic, etiqueta i psicofàrmac. Front a aquesta simplificació dels malestars emocionals, hi ha mirades crítiques que proposen construir categories clíniques més flexibles, contextuals i que incorporin la dimensió relacional, històrica i de gènere de l'experiència emocional.

I mentre es manté aquest model, s'obstaculitza la implementació de respostes comunitàries, preventives i emancipadores que podrien restituir la veu i el control de les dones grans en la construcció del seu benestar.

4. Cap a una salut mental amb perspectiva de gènere

Per superar aquesta visió reduccionista i individualitzadora, diversos estudis reclamen un enfocament biopsicosocial que tingui en compte l'entorn, les relacions i la història vital de cada persona (Nagusi Intelligence Center, 2022). En aquest sentit, la intervenció comunitària apareix com una via fonamental per reconnectar les dones grans amb xarxes de suport, espais de pertinença i processos de cura col·lectiva (Voss i Gannon, 1978).

Aquest canvi de paradigma no només implica deixar de veure les dones grans com a pacients, sinó reconèixer-les com a subjectes actius, portadores de coneixement i amb capacitat per transformar la seva realitat.

Davant el predomini d'una resposta exclusivament sanitària i individualitzadora al patiment emocional de les dones grans, diversos enfocaments proposen la necessitat d'una transformació profunda del model d'atenció. Una salut mental amb perspectiva de gènere no pot limitar-se a adaptar els dispositius existents, sinó que ha de replantejar els fonaments epistemològics, metodològics i ètics del sistema d'acompanyament.

Per poder dur a terme aquest replantejament és fonamental reconèixer que el malestar de moltes dones grans no s'origina en disfuncions personals, sinó en estructures de



desigualtat que travessen tota la seva biografia. Es tracta d'obrir espais d'escolta on el patiment pugui ser legítim, contextualitzat i elaborat sense reduccions clíniques.

Una perspectiva feminista i comunitària de la salut mental aposta també per ampliar les formes de suport: grups de trobada, tallers de reparació simbòlica, xarxes de veïnatge, espais de participació cultural o activisme en la vellesa poden convertir-se en dispositius terapèutics en sentit ampli. Aquests espais no només acompanyen el patiment, sinó que contribueixen al reconeixement de qui ha estat exclosa de la centralitat social.

També és fonamental incorporar la perspectiva de gènere de manera transversal en la formació dels professionals, en la recerca i en el disseny de polítiques públiques. Això implica reconèixer els biaixos de gènere que encara operen en l'avaluació, el diagnòstic i el tractament, així com promoure indicadors que captin millor les dimensions socials i relacionals del malestar.

Voldria aprofitar per fer referència a algunes iniciatives dutes a terme al País Basc i que s'han convertit en referents en l'abordatge del malestar emocional de les dones grans des d'una perspectiva comunitària i feminista. Un exemple destacat és el treball del Nagusi Intelligence Center, depenent de la Diputació Foral de Biscaia, que ha impulsat projectes orientats a identificar, reconèixer i donar resposta a les necessitats psicosocials d'aquest col·lectiu, especialment en contextos de soledat no desitjada i pèrdua de xarxes vitals.

Entre les actuacions més significatives, hi ha la creació de grups de trobada intergeneracionals, on les dones grans poden compartir la seva experiència de vida, parlar dels dols invisibles, la manca de reconeixement i les desigualtats acumulades. Aquestes trobades, dinamitzades per professionals de l'àmbit psicosocial, han demostrat un fort impacte en la recuperació de la veu pròpia i el reforçament del vincle comunitari.

També s'han posat en marxa espais de reflexió col·lectiva sobre els rols de gènere, la medicalització i el malestar emocional, amb enfocament pedagògic i participatiu. Aquests tallers permeten visibilitzar narratives alternatives al model biomèdic i generar estratègies col·lectives de resistència i cura. A més, s'estan desenvolupant mecanismes d'acompanyament emocional no clínics a través d'entitats de proximitat i treballadores comunitàries, que fan un seguiment actiu i vinculat amb l'entorn.

Aquestes pràctiques, a més d'efectives, són reproductibles en altres contextos si s'adapten a les particularitats culturals i territorials. Representen un exemple viu d'una manera diferent d'entendre la salut mental: no com un problema individual a tractar, sinó com un procés relacional que necessita vincles, escolta i reconeixement.



Finalment, el reconeixement de les dones grans com a subjectes de ple dret, amb capacitat de decisió i experiència acumulada, hauria d'esdevenir el principi rector de qualsevol intervenció. Més enllà de cuidar-les, es tracta de posar-les en el centre, escoltar-les i fer-les protagonistes d'una transformació col·lectiva del concepte de salut mental.

5. Conclusions

La lectura feminista de la salut mental de les dones grans no és només una aportació teòrica, sinó una necessitat ètica. El que posa en joc no és únicament la manera com entenem el malestar, sinó el valor que donam a la vida de les dones que han sostingut —quasi sempre en silenci— la cura, la comunitat i la memòria col·lectiva. Quan aquest patiment s'etiqueta i es medicalitza sense reconèixer-ne les causes estructurals, el que estam fent és perpetuar la injustícia amb noves formes de violència institucional.

Amb aquest capítol he volgut visibilitzar una realitat que el sistema de salut tendeix a ocultar: la cronificació del malestar emocional femení a la vellesa com a conseqüència de l'acumulació de desigualtats, dols i silencis. Però també he volgut mostrar que hi ha alternatives. Projectes comunitaris, pràctiques col·lectives de cura, grups de dones i espais de participació emocional que es poden convertir en recursos reals de sosteniment psíquic si reben suport institucional i reconeixement polític. Aquestes iniciatives no només responen a una necessitat, sinó que anticipen nous models d'atenció més justos, més horitzontals i arrelats al territori.

Les dades, les veus i les experiències apunten totes en una mateixa direcció: cal revisar a fons les polítiques públiques en salut mental, des del disseny fins a la implementació, incorporant la perspectiva de gènere i d'envelliment com a eixos centrals. Això vol dir, per exemple, replantejar els criteris diagnòstics, reduir la dependència dels psicofàrmacs, ampliar els recursos comunitaris i situar la paraula, el vincle i l'escolta en el centre de qualsevol intervenció. També implica garantir que les dones grans puguin accedir a aquests recursos sense barreres econòmiques, culturals o territorials, i que tinguin un paper actiu en el seu disseny i avaluació.

A més, cal superar la mirada assistencialista que sovint es projecta sobre les dones grans. No són un col·lectiu feble a protegir, sinó subjectes actius amb memòria, coneixement i capacitat de transformació. Reivindicar la seva veu no és només un gest reparador, sinó una condició imprescindible per construir una salut mental més democràtica, més plural i més arrelada a la vida. Això implica escoltar les seves narratives, reconèixer la seva experiència com a font de saber i oferir espais on puguin expressar-se sense por de ser jutjades ni reduïdes a una etiqueta clínica.



La vellesa femenina, amb tot el que conté de dolor, però també de resistència i saviesa, ens interpel·la col·lectivament. Escoltar-la no és només reparar el passat: és donar-nos l'oportunitat de pensar un futur més digne per a totes. Qualsevol projecte transformador en salut mental hauria de començar aquí, amb una pregunta simple, però revolucionària: què tenen a dir les dones grans sobre el seu propi benestar?



Referències bibliogràfiques

Agència Espanyola de Medicaments i Productes Sanitaris (AEMPS). (2023). *Informe de utilització de medicaments U/AN. Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad. <https://www.aemps.gob.es>

AEN-PSM (2023). *Desmontando mitos psicofarmacológicos: reflexiones críticas sobre el uso de psicofármacos en salud mental*. Grupo de Trabajo sobre Psicotrópicos de la Asociación Española de Neuropsiquiatría – Profesionales de Salud Mental. <https://aen.es>

Benedicto, A. (2018). *El género del malestar. Mujeres y depresiones en la cultura del capitalismo*. Traficantes de Sueños.

Cabezas, C. (2021). «Medicalització del patiment emocional: el cas de les dones grans a l'atenció primària». *Butlletí d'Atenció Primària*, 38 (4), 142–149.

Machuca, M. i Pérez, I. (2023). «Medicalización y desigualdad de género: una revisión crítica sobre salud mental en mujeres mayores». *Revista de Salud Comunitaria*, 29 (1), 45–62.

Millett, K. (1970). *Política sexual*. Edicions 62. (Traducció de *Sexual Politics*, 1970).

Nagusi Intelligence Center (2022). *Salud mental y envejecimiento. Informe de diagnóstico y propuestas*. Diputación Foral de Bizkaia.

Rodríguez del Toro, J. (2009). *Mujeres y sufrimiento psíquico: La invención del sujeto depresivo*. Editorial Cátedra.

Szasz, T. (1961). *The myth of mental illness: Foundations of a theory of personal conduct*. Harper & Row.

Voss, C. i Gannon, P. (1978). «Women and aging: A feminist perspective». *Journal of Women & Aging*, 1 (1), 5–20.



Autora

TERESA SUÁREZ GENOVAR

Palma (1964). És llicenciada en Psicologia, compta amb un MBA en Social Entrepreneurship i és experta universitària en Diàlegs Oberts en Salut Mental. Ha desenvolupat part de la seva trajectòria professional en l'àmbit del tercer sector, ocupant càrrecs de direcció i gestió en diverses organitzacions socials. En els darrers anys ha estat gerent de l'entitat 3 Salut Mental.



L'ENVELLIMENT INVISIBLE: PERSONES GRANS SENSE LLAR



L'envelliment invisible: persones grans sense llar

Sofía Alonso Bigler



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 269/532

Resum

«El que no es conta, no es veu.» Aquesta afirmació, aparentment senzilla, amaga una veritat profunda que travessa el discurs social, polític i institucional: allò que no forma part del relat hegemònic, allò que no es visibilitza ni s'articula com a problema públic, queda relegat a la invisibilitat. Aquesta invisibilitat no és casual ni neutral: respon a dinàmiques estructurals que defineixen què és digne de ser vist, comptabilitzat, atès o prioritzat. En aquest sentit, l'envel·liment en condicions de vulnerabilitat social, i en particular el cas de les persones majors de 64 anys en situació d'exclusió social i/o sensellarisme, constitueix un exemple paradigmàtic d'aquesta exclusió doble: de drets i de reconeixement.

Les polítiques públiques d'envel·liment han tendit a centrar-se, majoritàriament, en aspectes vinculats a la salut, l'autonomia personal i la promoció de l'envel·liment actiu. Tot i ser línies d'actuació necessàries, deixen fora de focus una part de la realitat que afecta col·lectius que no encaixen en aquest model: persones sense xarxa familiar o comunitària, amb trajectòries de pobresa crònica, amb problemes de salut mental o addiccions, o amb itineraris vitals marcats per l'exclusió. En aquests casos, la manca de recursos específics, de centres d'atenció adaptats i de programes pensats per a la seva realitat concreta contribueix a perpetuar la seva invisibilitat i a dificultar-ne l'atenció adequada.

Aquest article pretén contribuir a fer visible aquesta realitat sovint ignorada, i obrir una reflexió crítica sobre les limitacions dels marcs actuals d'intervenció i la necessitat d'articular respostes integrals, interseccionals i específiques per fer front a l'exclusió social en l'etapa de la vellesa. Perquè, si no ho contam, si no ho reconeixem, continuarem deixant aquestes persones fora de les polítiques, dels serveis i, en definitiva, de la nostra responsabilitat col·lectiva.

Resumen

«Lo que no se cuenta, no se ve.» Esta afirmación, aparentemente sencilla, esconde una verdad profunda que atraviesa el discurso social, político e institucional: lo que no forma parte del relato hegemónico, lo que no se visibiliza ni se articula como problema público, queda relegado a la invisibilidad. Esta invisibilidad no es casual ni neutral: responde a dinámicas estructurales que definen lo digno de ser visto, contabilizado, atendido o priorizado. En este sentido, el envejecimiento en condiciones de vulnerabilidad social, y en particular el caso de las personas mayores de 64 años en situación de exclusión social y/o sinhogarismo, constituye un ejemplo paradigmático de esta doble exclusión: de derechos y de reconocimiento.



Las políticas públicas de envejecimiento han tendido a centrarse, en su mayoría, en aspectos vinculados a la salud, la autonomía personal y la promoción del envejecimiento activo. A pesar de ser necesarias líneas de actuación, dejan fuera de foco una parte de la realidad que afecta a colectivos que no encajan en este modelo: personas sin red familiar o comunitaria, con trayectorias de pobreza crónica, con problemas de salud mental o adicciones, o con itinerarios vitales marcados por la exclusión. En estos casos, la falta de recursos específicos, de centros de atención adaptados y de programas pensados para su realidad concreta contribuye a perpetuar su invisibilidad y a dificultar su adecuada atención.

Este artículo pretende contribuir a visibilizar esta realidad a menudo ignorada, y abrir una reflexión crítica sobre las limitaciones de los marcos actuales de intervención y la necesidad de articular respuestas integrales, interseccionales y específicas para hacer frente a la exclusión social en la etapa de la vejez. Porque, si no lo contamos, si no lo reconocemos, seguiremos dejando a estas personas fuera de las políticas, de los servicios y, en definitiva, de nuestra responsabilidad colectiva.

1. Introducció. El repte demogràfic de l'envelliment de la població

L'envelliment de la població a les Illes Balears és un fenomen que ha anat guanyant rellevància en els darrers anys. Segons dades de l'Institut Nacional d'Estadística (INE), l'1 de gener de 2024 la població de les Illes Balears era d'1.231.768 habitants, amb increments notables a totes les illes: Mallorca amb 957.726 habitants (+ 1,85 %), Eivissa amb 161.485 (+ 1,45 %), Menorca amb 101.074 (+ 2 %) i Formentera amb 11.483 (+ 0,8 %).

Aquest creixement poblacional, combinat amb una disminució de la natalitat i un augment de l'esperança de vida, ha provocat un increment en l'índex d'envelliment. El 2023, es registrava una proporció de 110 persones de 65 i més anys per cada 100 menors de 16 anys, indicant que la població major de 65 anys ja supera la població infantil.

Entre el 2000 i el 2019, l'esperança de vida a Espanya va seguir una tendència ascendent, passant de 79,34 anys a 83,58 anys. Aquest increment es va atribuir a diverses millores, com l'avenç en l'atenció sanitària, l'increment de la qualitat de vida i les innovacions en la prevenció i el tractament de malalties. Tanmateix, la pandèmia de la COVID-19 va suposar una ruptura en aquesta progressió. El 2020, l'esperança de vida va caure fins als 82,33 anys, una reducció d'1,25 anys respecte a l'any anterior, a causa de l'impacte de la mortalitat causada pel virus, especialment entre la població més gran.



Durant el 2021 i el 2022 es va començar a recuperar aquesta pèrdua, situant-se en 83,1 anys el 2022 (80,3 anys per als homes i 85,8 anys per a les dones), tot i que encara 0,8 anys per sota del nivell pre pandèmia. No obstant això, l'esperança de vida amb bona salut ha registrat una preocupant disminució. Mentre que el 2019 aquest indicador era de 70,4 anys per a les dones i 69,4 anys per als homes, el 2022 es va reduir a 60,6 i 61,7 anys, respectivament. Aquest descens suggereix un augment en els anys viscuts amb malalties cròniques i discapacitats, afectant directament la qualitat de vida de les persones grans.

A les Illes Balears, la tendència ha estat similar, amb una progressió positiva interrompuda per la pandèmia i altres factors. L'any 2000, l'esperança de vida era de 78,42 anys, amb una clara diferència entre sexes (82,03 anys per a les dones i 74,94 per als homes). El 2019 es va assolir un màxim de 83,40 anys, però el 2020, coincidint amb la COVID-19, es va reduir lleugerament fins a 83,11 anys. Posteriorment, el 2021 es va registrar una recuperació parcial (83 anys), seguida d'un nou descens el 2022 (82,90 anys) per factors com la grip i les onades de calor. Finalment, el 2023, es va recuperar fins als 83,71 anys, amb una diferència notable entre sexes: 86,04 anys per a les dones i 81,33 per als homes.

Aquestes dades reflecteixen una millora general en la longevitat, tot i les fluctuacions derivades de crisis sanitàries i climàtiques. Malgrat la recuperació postpandèmia, la qualitat de vida en els darrers anys sembla haver-se deteriorat, un aspecte que cal considerar per a futures polítiques de salut i benestar.

Aquest envelliment demogràfic planteja diversos reptes per a la comunitat autònoma, especialment en àmbits com la sanitat, les pensions i els serveis socials. La ràtio de dependència, que mesura el nombre de persones en edat de treballar per cada persona major de 65 anys, ha disminuït en les darreres dècades, passant de 5,12 el 2008 a 4,76 el 2012, reflectint una menor proporció de població activa en relació amb la població jubilada.

2. Envelliment i persones sense llar: un repte creixent

Quan parlem d'envel·liment, sovint pensam en persones que arriben a la vellesa amb una xarxa familiar i accés a serveis. Però hi ha una realitat que acostuma a quedar fora del focus: l'envel·liment de les persones sense llar.

Les persones en situació de sensellarisme tenen una esperança de vida entre 20 i 30 anys inferior a la resta de la població. La vida al carrer, la precarietat i les dificultats d'accés a l'atenció sanitària provoquen un envelliment prematur, amb problemes de salut física i mental propis d'edats avançades ja a partir dels 50 anys.



Aquestes diferències es deuen a múltiples factors, com ara l'accés limitat a l'atenció sanitària, les condicions de vida precàries, l'exposició a la violència i les malalties cròniques no tractades. A més, el sensellarisme sovint comporta una major prevalença de problemes de salut mental i addiccions, que contribueixen a una mortalitat prematura.

La bretxa en l'esperança de vida entre les persones sense llar i la població general és el resultat d'una combinació de factors estructurals, institucionals, relacionals i personals.

Com a factors estructurals trobam:

- Manca d'habitatge digne i assequible. L'accés a un habitatge estable és un dels principals determinants de la salut. La precarietat residencial i la vida al carrer exposen les persones a condicions extremes que afecten la seva salut física i mental.
- Precarietat laboral. La dificultat per accedir a una feina estable limita els ingressos i impedeix l'accés a serveis sanitaris i a una alimentació adequada. A més en el cas de les persones grans aquestes no tenen l'alternativa laboral per incrementar els seus ingressos.
- Polítiques d'habitatge insuficients. La manca de programes efectius per garantir l'accés a l'habitatge perpetua el sensellarisme i agreuja les condicions de vida.

Després hi hauria els factors institucionals, entre els quals destacariem:

- Accés limitat a la sanitat. Les persones sense llar sovint tenen dificultats per accedir a serveis mèdics, fet que provoca que malalties cròniques no es tractin adequadament.
- Manca de coordinació entre serveis socials. La fragmentació dels serveis d'atenció dificulta la reinserció social i l'accés a recursos de suport.

Seguïts dels factors relacionals, entre els que tenen més rellevància hi ha:

- Absència de xarxa de suport. La pèrdua de vincles familiars i socials agreuja la vulnerabilitat de les persones sense llar, limitant les seves oportunitats de recuperació.
- Violència i inseguretat. Les persones que viuen al carrer estan exposades a agressions i situacions de risc que afecten la seva salut física i mental.

Finalment parlariem dels factors personals:



- Problemes de salut mental. La prevalença de trastorns mentals entre les persones sense llar és elevada, i la manca d'atenció adequada agreuja la seva situació.
- Addiccions. L'abús de substàncies és freqüent en aquest col·lectiu, sovint com a mecanisme per afrontar la duresa de la vida al carrer.

2.1. Nous perfils, noves necessitats

Tot i això, el perfil de la població sense llar està canviant. Cada vegada hi ha més persones grans en aquesta situació, i això planteja nous reptes socials, sanitaris i residencials. Es necessitaran serveis adaptats, habitatge amb suport i una coordinació eficaç entre els àmbits social i sanitari.

- Condicions de vida extremes i insegures.
- Malalties cròniques no tractades o mal gestionades.
- Malnutrició, problemes de salut mental i addiccions.
- Dificultat d'accés a serveis sanitaris.

Tot i la seva esperança de vida més curta, cada vegada hi ha més persones grans entre la població sense llar. Es calcula que moltes d'aquestes persones mostren signes d'envelliment prematur ja entre els 50 i 55 anys, patint dolències típiques d'edats molt més avançades.

S'ha de tenir en compte que a l'actualitat ja es tenen serveis d'acolliment temporal per atendre les persones en situació de sensellarisme, i això fa que mentre estan al servei o centre rebin atenció sanitària, es vetlli per la seva alimentació, o simplement que dormir baix un sostre ajuda a millorar la qualitat de vida de la persona.

L'augment de l'edat entre aquest col·lectiu planteja necessitats específiques:

- Serveis d'atenció geriàtrica adaptats: molts recursos existents no estan preparats per a persones grans amb problemàtiques complexes.
- Habitatge amb suport: és necessari desenvolupar models de residències o pisos supervisats que permetin viure amb dignitat.
- Coordinació sociosanitària: cal una major integració entre serveis socials i de salut per atendre de manera continuada.

L'Agenda 2030 de les Nacions Unides, amb els seus Objectius de Desenvolupament Sostenible, ens recorda que no podem deixar ningú enrere. Per això, cal incor-



porar l'envelliment en l'exclusió residencial com una prioritat de les polítiques públiques.

Aquest fenomen connecta amb diversos objectius de desenvolupament sostenible (ODS):

- ODS 1 – Erradicar la pobresa.
- ODS 3 – Salut i benestar.
- ODS 10 – Reducció de les desigualtats.
- ODS 11 – Ciutats i comunitats sostenibles.

Les polítiques públiques haurien d'incloure estratègies específiques per a l'envelliment en situació d'exclusió residencial, per tal de garantir el dret a una vida digna fins i tot en els darrers anys de vida.

Una societat justa i inclusiva és aquella que garanteix una vellesa digna per a tothom, també per a qui no té una llar.

3. L'envelliment a les Illes Balears de les persones en risc de pobresa i/o exclusió social

Segons les dades recollides a l'informe AROPE de les Illes Balears 2024, elaborat per l'EAPN (European Anti Poverty Network), la situació de risc de pobresa i/o exclusió social mostra una evolució desigual entre els diferents grups d'edat. Les persones de 65 anys o més han experimentat una millora destacable en la seva situació, amb una reducció de 9,3 punts en la taxa AROPE respecte de l'any anterior, situant-se en el 10,8 %. En canvi, el col·lectiu infantil i adolescent presenta un escenari preocupant: una de cada tres nenes, nens i adolescents es troba en risc de pobresa i/o exclusió social, després d'un augment de 6,3 punts en només un any, assolint així la taxa més elevada registrada fins ara. Pel que fa a la població d'entre 18 i 64 anys, la taxa AROPE ha disminuït lleugerament en 0,6 punts, i se situa en un 19,8 % l'any 2023.

Taula 1 | Situació de risc de pobresa i/o exclusió social

Any	Menors de 18 anys	18 a 64 anys	65 o més anys
2014	31	27,6	13
2015	28,5	27,6	17,1
2016	28	20,9	16

continua



Any	Menors de 18 anys	18 a 64 anys	65 o més anys
2017	27,5	25,5	15
2018	25	15,9	14
2019	26,5	18,5	16,2
2020	31,2	23,4	16,2
2021	23,6	22,3	17,2
2022	27	20,4	20,1
2023	33,3	19,8	10,8

Font: extreta de l'informe AROPE 2024 de les Illes Balears per EAPN.

Aquestes dades reflecteixen una millora en la situació de les persones grans, però també posen de manifest la necessitat d'abordar les desigualtats que afecten altres grups d'edat. La reducció de la taxa de pobresa entre les persones majors de 65 anys pot ser atribuïda a diverses polítiques socials i econòmiques que han millorat les seves condicions de vida. No obstant això, és crucial continuar treballant per garantir que aquesta tendència es mantengui i que es redueixin les desigualtats existents.

A més, és important destacar que la pobresa i l'exclusió social no només afecten els ingressos econòmics, sinó també altres aspectes de la vida quotidiana, com l'accés a serveis bàsics, la salut, l'educació i la participació social. Per tant, les polítiques públiques han de ser integrals i abordar aquestes diferents dimensions per tal de millorar la qualitat de vida de totes les persones, especialment les més vulnerables.

Cal tenir en compte que un grup amb característiques especials és el de la població pensionista. Una gran part d'aquest col·lectiu té la pensió com a únic ingrés i, per tant, obté unes rendes determinades gairebé en la seva totalitat per l'import de la pensió que rep. Dit d'una altra manera, la seva situació de pobresa depèn de decisions polítiques. L'import de les pensions té un efecte significatiu tant en la generació de pobresa entre les persones grans com en la seva contenció.

Segons es desprèn de l'informe, l'any 2023 gairebé dues de cada cinc pensions repartides a les Illes Balears (80.251 pensions, el 38,9 % del total) tenien un import inferior al llindar de pobresa, és a dir, menys de 785 € mensuals en 14 pagues.

Finalment, cal destacar que per al 16,3 % del total de pensions, l'import era inferior al llindar de pobresa severa (renda inferior a 523 € l'any 2023), i aquesta xifra s'enfila fins al 29,6 % en el cas de les prestacions per viduïtat. La proporció de pensions de viduïtat amb imports per sota del llindar de pobresa i del llindar de pobresa severa —que en la seva gran majoria corresponen a dones— és extraordinàriament més elevada que la mitjana total.



Si analitzam la resta de grups d'edat, s'ha de tenir en compte que les persones que actualment tenen entre 55 i 64 anys, en menys de 10 anys, també formaran part de la gent gran envellida en situació de vulnerabilitat. Aquest grup, que ja mostra signes de precarietat, necessitarà més recursos i atenció a mesura que envelleixi. Això implica que les polítiques públiques han de preveure i planificar els recursos necessaris per atendre aquesta població en el futur, garantint que no es trobin en una situació de desprotecció quan arribin a la vellesa.

En conclusió, les dades de les Illes Balears mostren una evolució positiva en la situació de les persones grans, però també evidencien la necessitat de continuar treballant per reduir les desigualtats i garantir una vida digna per a tothom. Això requereix un compromís ferm per part de les institucions i la societat en general per implementar polítiques efectives i inclusives.

3.1. Dades de les Illes Balears

Actualment, no disposam de dades específiques sobre l'esperança de vida de les persones sense llar a les Illes Balears. Tanmateix, és conegut que, en general, aquest col·lectiu presenta una esperança de vida significativament inferior a la de la població general. Per exemple, a Barcelona, l'esperança de vida de les persones sense llar és de 56 anys, 26 anys menys que la mitjana de la ciutat.

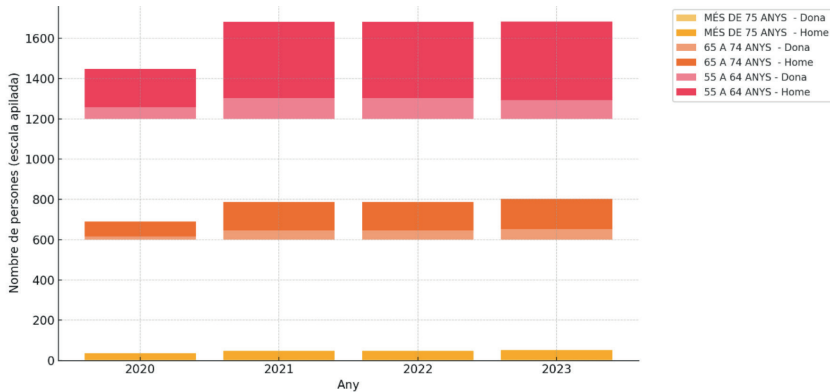
A les Illes Balears, l'esperança de vida de la població general se situa en més de 83 anys de mitjana, amb 81 anys per als homes i 86 per a les dones. A més, s'ha observat un increment significatiu del sensellarisme entre les persones majors de 64 anys, amb un augment del 148,4 % en aquest grup d'edat.

Aquestes dades subratllen la necessitat d'abordar la problemàtica del sensellarisme, especialment entre la població envellida, per tal de millorar la seva qualitat i esperança de vida. I a la vegada posen de manifest la necessitat d'implementar mesures efectives per millorar la qualitat de vida i la salut de les persones en situació de sensellarisme. Un exemple destacat és el model «Housing First», que prioritza l'accés directe a un habitatge estable com a primer pas per a la reintegració social. Segons diversos estudis, aquest model ha permès que vuit de cada deu persones sense llar abandonin el carrer de manera permanent, millorant així la seva salut i benestar.

S'ha cercat informació sobre el nombre de persones que es troben en situació de sensellarisme major de 64 anys, per tal de conèixer quina és l'evolució de les dades. Les úniques dades que s'han pogut consultar han estat les que publica anualment l'IMAS a la seva memòria, i que en els quatre darrers anys s'ha fet seguint la mateixa metodologia, i que constaten l'augment de persones a les xarxes de recursos per a persones sensellar.



Gràfic 1 | Nombre de persones ateses als serveis de la xarxa d'inserció social de Mallorca per gènere i grup d'edat (2020-23)



Font: informació extreta de les memòries de l'Institut Mallorquí d'Afers Socials (IMAS) dels anys 2020, 2021, 2022 i 2023.

D'una banda es veu un increment generalitzat de les tres franges d'edat, que mostren un augment constant en el nombre de persones ateses al llarg dels anys, tant en homes com en dones. Aquest augment és especialment notable a la franja de 55 a 64 anys, que representa el gruix principal del total.

Per una altra banda, si analitzam la dada de gènere, en totes les franges i anys, els homes són clarament majoritaris.

Una dada molt significativa, i que ens ha de posar en alerta, és la franja més vulnerable: la franja 55-64 anys concentra el nombre més alt de persones ateses, seguida de lluny per la de 65-74 anys i, en menor mesura, els majors de 75 anys. Aquest patró pot indicar que les situacions de sensellarisme o exclusió social comencen a manifestar-se amb més força abans dels 65, i que potser hi ha menys detecció o atenció a mesura que augmenta l'edat, d'una banda, i per l'altra que d'aquí menys de deu anys aquestes persones ja formaran part de l'anomenada gent gran i, per tant, necessitaran un recurs, un servei, una llar on viure, ser ateses i rebre l'atenció adequada.

Finalment, no podíem obviar la desigualtat de gènere i envelliment. La baixa presència de dones, sobretot en edats avançades, pot estar relacionada amb diferents factors: menys visibilització, barreres d'accés als serveis o estratègies de supervivència alternatives. Aquesta desigualtat mereix una anàlisi específica, que igual s'hauria d'abordar en pròximes edicions.



És fonamental continuar desenvolupant i ampliant aquest tipus de programes per reduir la bretxa en l'esperança de vida entre les persones sense llar i la resta de la població, oferint-los oportunitats reals de reintegració i millora de la seva salut i benestar.

4. Conclusions. Propostes per afrontar el repte demogràfic de les persones en situació de sensellarisme

Per afrontar amb garanties el repte demogràfic que suposa l'envelliment en situació de sensellarisme, cal partir d'un canvi de mirada que situï aquesta realitat com a prioritat dins les polítiques públiques. No podem continuar aplicant les mateixes respostes pensades per al sensellarisme general o per a un envelliment en condicions de normalitat social i residencial. El primer pas és reconèixer institucionalment aquesta realitat: només si l'assumim com un problema públic amb característiques específiques, podrem dissenyar respostes adequades.

És igualment fonamental millorar la informació de base. La manca de dades desagregades per edat i gènere invisibilitza la magnitud real del fenomen. Per això, cal establir sistemes de recollida d'informació i diagnòstic que permetin comprendre millor el perfil i les necessitats de les persones grans sense llar, i fer seguiment de les intervencions. La creació d'un observatori autonòmic sobre envelliment i exclusió residencial pot ser una eina clau en aquest sentit.

D'altra banda, els serveis existents sovint no estan dissenyats per atendre persones que, a més de no tenir llar, pateixen malalties cròniques, discapacitats i processos d'envelliment prematur. És urgent disposar de recursos específics, com ara habitatges amb suport, centres residencials de petita escala o unitats mòbils d'atenció sociosanitària. Tots aquests han d'estar coordinats per garantir una atenció continuada, evitant la fragmentació que actualment dificulta la intervenció eficaç.

Una línia especialment prometedora és l'adaptació del model «Housing First» a les persones grans. Aquest enfocament, que prioritza l'accés directe a un habitatge digne amb suport social i sanitari, ha demostrat resultats molt positius i pot representar una estratègia potent per garantir una vellesa digna fora del carrer.

Finalment, no podem perdre de vista la perspectiva de gènere i la interseccionalitat. La baixa presència de dones en les dades no implica absència, sinó una altra forma de viure la vulnerabilitat, sovint menys visible. Cal incorporar aquesta mirada tant en la planificació com en l'execució de les polítiques públiques, i desenvolupar línies d'investigació específiques sobre dones grans en situació d'exclusió residencial.



La resposta a aquest repte també ha d'estar alineada amb els objectius de desenvolupament sostenible, especialment en allò que fa referència a la lluita contra la pobresa, la promoció de la salut i el benestar, la reducció de les desigualtats i la creació de comunitats sostenibles. No es tracta només de garantir un sostre, sinó de garantir una vida amb dignitat, fins i tot en els darrers anys de vida. Una societat justa i inclusiva és aquella que assegura una vellesa digna per a tothom, també per a qui no té una llar.

En definitiva, garantir una vellesa digna implica també mirar de cara les realitats que incomoden: la pobresa, l'exclusió i la manca d'habitatge. Les persones grans sense llar no poden continuar essent les grans oblidades de les polítiques públiques. La seva presència —encara minoritària però creixent— ens interpel·la com a societat. No podem permetre que la invisibilitat institucional es tradueixi en un abandonament col·lectiu. Cal planificar, invertir i actuar, perquè ningú —sigui quin sigui el seu itinerari vital— hauria d'envellir al carrer.



Referències bibliogràfiques

Gobierno de España (2019). «Estrategia nacional de prevención y lucha contra la pobreza y la exclusión social 2019-2023». Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Disponible a: https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/noticias/1553262965_estrategia_prev_y_lucha_pobreza_2019-23.pdf

Instituto Nacional de Estadística (INE) (2023). Consultat a: https://ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout

Llano, J.C. i Sanz, A. (2024). «El Estado de la Pobreza en las comunidades autónomas. Pobreza y Territorio. Comunidades Autónomas y Unión Europea». EAPN España. Disponible a: https://www.eapn.es/ARCHIVO/documentos/documentos/1728917980_informe_arope_ccaa_europa_2024_.pdf

Memòria de l'IMAS 2020. Disponible a: <https://www.imasmallorca.net/el-instituto/documentacion/>

Memòria de l'IMAS 2021. Disponible a: <https://www.imasmallorca.net/el-instituto/documentacion/>

Memòria de l'IMAS 2022. Disponible a: <https://www.imasmallorca.net/el-instituto/documentacion/>

Memòria de l'IMAS 2023. Disponible a: <https://www.imasmallorca.net/el-instituto/documentacion/>

Regidor, E. i Zoni, A.C. (2021). «Esperanzas de vida en España, 2019». Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible a: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/ESPERANZAS_DE_VIDA_2019.pdf

Rivero, B.; López-Lago, L.; Muñoz, B.; Conde, D. i Mariano, I. (2021). «El envejecimiento como reto actual: aspectos sociales y culturales para la investigación cualitativa». *Revista Iberografías*, vol. 17, 241-253.



Autora

SOFÍA ALONSO BIGLER

Sa Cabaneta (1977). Educadora social (UNED). Estudis de postgrau sobre Qualitat ISO 9001. Diversos cursos sobre gestió de centres residencials per a persones grans. Cursat el Màster d'Envel·liment i Atenció Centrada en la Persona (Universitat VIU).





ELS ROBOTS PER ATENDRE LA GENT GRAN



Els robots per atendre la gent gran

Ferran Didac Lluch i Dubon



Resum

No és la primera vegada que l'*Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears* parla de tecnologia usada per i adreçada a la gent gran (Lluch, 2013; Valero i Gaià, 2024, entre d'altres). No ho deixarà de fer mai, ja que les innovacions tecnològiques i informàtiques d'interès per a la gent gran no fan sinó evolucionar ràpidament i positivament.

Vivim en un moment històric molt interessant. Estem immersos en una veritable revolució històrica: la revolució de les TIC, l'explosió dels models d'IA i la robòtica. Els avenços són tan ràpids que mentre fa un temps s'havia d'esperar anys perquè es produïssin avenços significatius, ara s'ha passat a només pocs mesos i, fins i tot, setmanes.

Ens hem plantejat la utilitat dels assistents robòtics a la gent gran, però també hem repassat molt breument altres tecnologies i dispositius ja disponibles per atendre certes necessitats de les persones majors. Els robots estan evolucionant molt ràpidament gràcies a l'espectacular evolució dels models d'IA i els sistemes d'aprenentatge robòtics. Països com la Xina i el Japó han apostat decididament per la robòtica com a mitjà per atendre l'increment de població major dels seus països i davant la dificultat de disposar de mà d'obra qualificada per atendre les necessitats del sector. Les Illes Balears també hem d'afrontar reptes similars a una escala, lògicament, inferior.

Hem volgut destacar quins són els beneficis de l'ús de la tecnologia, la IA i els robots en l'atenció de les persones majors i, en particular, sobre la solitud de les persones, que analitzarem en l'*Anuari 2024*.

Així mateix, presentem algunes de les principals qüestions que s'han de tenir en compte quan es volen introduir elements i dispositius electrònics per assistir la gent gran (confidencialitat de les dades, intimitat de les persones, usabilitat i resultats, cost econòmic i equitat, contingència front a problemes energètics i de xarxes...).

En definitiva, una aproximació sobre una de les realitats que protagonitzen una autèntica revolució en la història de la humanitat: l'explosió dels models d'IA, la robòtica i la digitalització global de la informació.

Resumen

No es la primera vez que el *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears* habla de tecnología usada por y dirigida a la población mayor (Lluch, 2013; Valero y Gaià, 2024, entre otros). Nunca lo dejará de hacer, ya que las innovaciones tecnológicas e informáticas de interés para la gente mayor no hacen sino evolucionar rápida y positivamente.



Vivimos en un momento histórico muy interesante. Estamos inmersos en una auténtica revolución histórica: la revolución de las TIC, la explosión de los modelos de IA y la robótica. Los avances son tan rápidos que mientras hace poco se tenía que esperar años para que se produjeran avances significativos, ahora se producen cada pocos meses e, incluso, cada pocas semanas.

Nos hemos planteado la utilidad de los asistentes robóticos para la gente mayor, aunque también hemos repasado muy brevemente otras tecnologías y dispositivos ya disponibles para atender ciertas necesidades de las personas mayores. Los robots están evolucionando muy rápidamente gracias a la espectacular evolución de los modelos de IA y los sistemas de aprendizaje robótico. Países como China y Japón han apostado decididamente por la robótica como medio para atender el incremento de población mayor de sus países y frente a la dificultad de disponer de mano de obra cualificada para atender las necesidades del sector. En las Islas Baleares también tenemos que afrontar retos similares a una escala, lógicamente, inferior.

Hemos querido destacar cuáles son los beneficios del uso de la tecnología, la IA y los robots en la atención de las personas mayores y, en particular, sobre la soledad, que analizamos en el Anuario de 2024.

Asimismo, presentamos algunas de las principales cuestiones que han de tenerse en cuenta cuando se quieren introducir elementos y dispositivos electrónicos para asistir a las personas mayores (confidencialidad de los datos, intimidad de las personas, usabilidad y resultados, coste económico y equidad, contingencia ante problemas energéticos y de redes...).

En definitiva, una aproximación sobre una de las realidades que protagonizan una auténtica revolución en la historia de la Humanidad: la explosión de los modelos de IA, la robótica y la digitalización global de la información.

1. Introducció

El progressiu envelliment de la població mundial, especialment intens en els països dels nostre entorn, és un evident èxit social. Un èxit assolit gràcies a les millors assistències sanitàries i socials, però també culturals i econòmiques, que han permès a la població no només viure en termes mitjans més temps sinó també gaudir de millors condicions de vida.



Ara bé, és innegable que la pervivència de grups de cada cop més nombrosos en els estrats superiors etaris suposa un repte important per a la societat. L'envelliment de les persones, com sabem, implica un procés progressiu de minva en certes capacitats físiques i psíquiques que, naturalment, no afecten tothom ni en el mateix moment ni en la mateixa mesura però que es manifesten de manera més clara i intensa en acostar-se als límits biològics mitjans de l'espècie humana i que impliquen un augment en la tipologia i la intensitat dels serveis de suport que necessiten. L'esperança mitjana actual a les Illes Balears és de 81,33 any per als homes i de 86,4 anys per a les dones (INE, 2023), situant-se entre les més elevades del món.



Imatge creada per Ferran Dídac Lluch i Dubon amb la IA Gemini, per a aquesta publicació

Aquest important increment de necessitats assistencials, tant de persones majors que volen rebre assistència a les seves llars com d'aquelles persones que necessiten o decideixen rebre assistència en un establiment col·lectiu, ja sigui sostingut amb fons públics o amb fons que proveeixi el propi usuari directament o l'ajuda de la seva família, impliquen la dedicació tant de majors partides econòmiques com de majors recursos humans i assistencials.

Actualment, però molt més encara en el futur d'acord amb les projeccions demogràfiques disponibles, se'ns dibuixa un escenari encara més complicat i no només per l'increment del col·lectiu que haurà de ser atès, amb un ràpid creixement del col·lectiu de persones grans (dues de cada deu persones superaran els 65 anys el 2037), particularment intens en els grups de més edat. D'una banda els nuclis familiars seran molt més reduïts (la xifra de fills/dona s'acosta de cada cop més al fill únic) i, si a això hi sumem la mobilitat migratòria, resulta evident que l'assistència familiar dels fills als pares, tant en temes de disponibilitat assistencial directa com de capacitat de suport econòmic, presenten una clara tendència descendent. De l'altra, com ha posat de relleu la Sra. Maria Castro Amor, actual responsable de la Direcció General d'Atenció a la Dependència de la Conselleria de Famílies i Afers Socials, existeixen dificultats per aconseguir treballadors qualificats en atenció a la dependència, tant en centres com en l'atenció domiciliària i, a factors com la mateixa tipologia de feina i el nivell retributiu d'aquests llocs de treball, s'han d'afegir situacions especialment difícils a Balears, com són la insularitat i



els costos addicionals que suposa i els extremadament greus problemes de l'habitatge actuals.

En aquest context, una de les opcions ja existents, però que sens dubte veurem créixer en el futur, és el d'ús de la tecnologia, l'anomenada intel·ligència artificial i els robots per atendre i acompanyar la gent gran. Sobre aquest tema reflexionarem en aquest article.

2. L'envelliment demogràfic, l'increment de les necessitats assistencials i la necessitat de solucions innovadores

Els països desenvolupats presenten una característica comuna: la població envellaix. Aquest procés suposa que, de cada cop, hi ha més gent en els estrats superiors de la piràmide etària. L'any passat ja destacàrem amb detall aquesta tendència i, per això, simplement us remetrem a l'article que podeu consultar via web (Lluch i Dubon, 2024).

Simplement hem de recordar que aquest fenomen suposa que de cada cop hi hagi més gent gran (de més de 65 anys) i que aquest creixement és particularment significatiu entre la població de més edat (85 i més anys). Així mateix aquest col·lectiu necessita amb major freqüència cert suport per dur a terme tasques quotidianes i de més inversió, serveis i equipaments per atendre'n la salut. Tot això fa necessari que les polítiques en l'àmbit de l'atenció social i de la salut del col·lectiu hagin de ser prioritàries i que s'orientin per fer possible que les persones majors puguin viure tant de temps com sigui possible en les pròpies llars, malgrat que puguin presentar o desenvolupar certes discapacitats físiques o cognitives.

Així, la situació actual, reforçada per les previsions derivades de les projeccions demogràfiques, ens dibuixa un panorama de creixent nombre de persones que necessiten atenció, que es combina amb una disponibilitat limitada de professionals capacitats en els sectors social i sanitari i nous models de família que dificulten l'assistència exclusiva per familiars directes. Per tant, vivim en un entorn en el qual és necessari implementar noves idees i solucions tecnològiques que puguin reduir la càrrega (que presenta una elevada taxa de creixement) dels cuidadors formals i informals i, alhora, permeti optimitzar els recursos que s'hi destinen, oferint una atenció igual o millor que la que fins ara s'ha ofert.

Hem de considerar les tecnologies com una enorme oportunitat, no només com una amenaça.



Al llarg d'aquest article, presentarem algunes solucions tecnològiques disponibles i n'exposarem els avantatges i farem algunes reflexions sobre els aspectes més polèmics i ètics de l'aplicació de programes tecnològics per atendre les persones grans.

Les tecnologies de la comunicació i la informació que tenen en l'àmbit de la vida quotidiana una vida relativament curta (unes poques dècades) i els avenços en programació (IA) i robòtica han experimentat un avenç espectacular en els darrers anys. I aquests canvis experimentaran un creixement exponencial a curt termini.

Que la IA és un tema fonamental ho demostra l'aprovació del Reglament 2024/1689 de la Unió Europea, que és el primer marc jurídic exhaustiu sobre IA del món. L'objectiu és fixar unes normes que generin una IA fiable a Europa. Però no només s'ha plantejat un marc jurídic, l'impuls és real i tangible amb paquets d'innovació d'IA, la creació de «fàbriques» d'IA i un Pla de coordinació d'IA.

També es produeixen avenços molt significatius en la robòtica i els sistemes d'aprenentatge d'aquests dispositius, com el *Projecte Digital Brain*, que introdueix no només innovadors sistemes d'aprenentatge, sinó un sistema real de compartir «coneixement» entre els robots, que podrien realitzar tasques a partir de l'aprenentatge anterior d'altres robots.

Un dels desenvolupaments que potser resultaran més impactants seran els dels robots socials i de servei dotats de múltiples capacitats i intel·ligència artificial. Aquests robots seran un útil complement a l'assistència personal, però no arribaran mai a la perfecció dels andròides que sortien a pel·lícules com *Blade Runner*, on fins i tot els mateixos ens artificials desconeixien la seva natura: disposaven d'un cos físic amb elements biològics i una capacitat de raonament autònoma (intel·ligència real) i sentiments. I això plantejava certes qüestions metafísiques (què diferencia els éssers humans d'aquests robots?, tenen ànima?...).

Es preveu que els robots socials i de servei, que ja existeixen, experimentin una extraordinària evolució a curt termini i es puguin integrar en moltes llars i centres assistencials com un complement inseparable de les tasques de cuidadors formals i informals per atendre les persones majors. L'exemple més clar el tenim a la Xina. Aquest enorme país, com a conseqüència de fenòmens emigratoris i de la política de l'únic fill durant molt de temps, ha assolit cotes importants d'envelliment i preveu dificultats per poder complir la ràtio establerta d'un cuidador per a cada quatre residents en els centres públics. Es calcula que actualment la Xina necessitaria ni més ni menys que 10.000.000 d'auxiliars geriàtrics per atendre la seva població de gent gran. Per això, l'any 2024 emeteren una directiva que preveu que els robots humanoides puguin ajudar a cuidar les persones majors xineses i ha marcat com a objectiu una



data tan propera com el 2035 per aconseguir-ho. El Japó, el país que presenta la major taxa d'envelliment del món i on prest una de cada tres persones superarà els 65 anys, ha apostat per aquesta mateixa línia: desenvolupar robots amb IA per atendre les persones grans, situant el 2040 com la data en què calcula que estaran disponibles per atendre aquesta població en centres i a les pròpies llars. De moment el robot **AIREC** ja és capaç d'ajudar a posar calcetins, doblegar roba i preparar alguns plats senzills i, en l'àmbit hospitalari, ajuda a moure pacients a les cadires de rodes, els mobilitza per evitar úlceres de posició...

L'objectiu és perfeccionar aquests màquines i que, amb la implantació de sistemes d'IA, puguin encarregar-se de múltiples tasques, com l'acompanyament emocional, el monitoratge de salut i ajudar en algunes tasques domèstiques, coses que ara existeixen moltes vegades de manera separada per diversos dispositius i sistemes.

Així mateix, es treballa per desenvolupar IA que detectin l'estat d'ànim de les persones ateses, mitjançant l'expressió facial o el comportament. Alguns dels estudis més recents (Schlegel et al., 2025) ja destaquen que les IA mostren senyals inequívocs d'un veritable raonament emocional, a més de dominar el llenguatge i la lògica.

La possibilitat de disposar de robots funcionals intel·ligents, amb capacitat de comunicació i raonament emocional, sembla ja una realitat assolible a molt curt termini.

3. Solucions tecnològiques adreçades a la gent gran: classificació i alguns exemples

En realitat, moltes d'aquestes tecnològiques, tot i que els analitzam des de la perspectiva de les necessitats de la gent gran, poden utilitzar-se en la major part dels casos per al conjunt de la població, encara que, lògicament, signifiquen una millora important per atendre les necessitats específiques del col·lectiu de gent gran que, d'altra manera, difícilment podrien ser ateses.

Hem fet un repàs de les principals tecnologies disponibles i, per reduir l'extensió de l'article, hem condensat l'anàlisi en una taula que les classifica per l'àrea d'aplicació, el tipus de dispositiu o tecnologia analitzada, els beneficis esperables quan s'apliquen a l'atenció de la gent gran, els problemes que pot presentar el seu ús per al col·lectiu i també aquelles qüestions de tipus legal o ètic que s'han de considerar.



Taula 1 | *Resum del tipus d'assistència, el dispositiu tecnològic, el benefici que suposen per a la gent gran, els principals problemes que poden suposar i l'existència de certs aspectes legals i ètics que s'han de considerar*

Tipus de dispositiu/sistema	Beneficis clau per a la gent gran	Problemes / dubtes plantejats	Qüestions legals / ètiques significatives
Àrea d'aplicació: seguiment de la salut			
Portàtils (rellotges intel·ligents, polseres d'activitat, dispositius de qualitat mèdica...)	– Detecció precoç de problemes de salut. Seguiment de correcta presa de medicació. – Augment de la independència i seguretat.	– Acceptació de l'usuari. – Comoditat. – Fiabilitat. – Durada de la bateria. – Privacitat de dades.	– Protecció de dades de salut. – Consentiment informat i situacions d'incapacitat.
Sistemes RPM amb IA	– Detecció precoç de malalties. – Millor gestió d'afeccions cròniques. Reducció d'hospitalitzacions. – Plans de tractament personalitzats.	– Privacitat i seguretat de dades. – Biaix algorítmic.	– Regulació de dispositius mèdics amb IA. – Responsabilitat legal.
Sensors adherits a la pell	– Monitoratge continu i no invasiu de signes vitals i biomarcadors. – Tranquil·litat per a l'usuari.	– Comoditat a llarg termini. – Precisió en certes condicions. – Eliminació i gestió de residus.	– Propietat de les dades. – Ús secundari de dades.
Àrea d'aplicació: seguretat a la llar			
Tecnologies per a la llar intel·ligent	– Major independència. – Reducció del risc de caigudes. – Seguretat millorada. – Possibilitat de compartir control o informació amb altres usuaris.	– Complexitat d'ús, depenent del dispositiu. – Preocupació de privacitat. – Bretxa digital.	– Protecció de la privacitat a la llar. – Consentiment per a la recopilació de dades.
Sistemes de seguretat amb IA	– Major seguretat. – Tranquil·litat per a les famílies. – Integració amb serveis d'emergència.	– Privacitat. – Potencial de biaix algorítmic. – Risc de falses alarmes.	– Ús de reconeixement facial. – Emmagatzematge i accés a enregistraments de vídeo.
Sistemes de detecció de caigudes	– Detecció ràpida i precisa de caigudes. – Alertes automàtiques a cuidadors o emergències.	– Minimització de falses alarmes. – Fiabilitat en diferents tipus de caigudes. – Pot suposar una subscripció de servei.	– Consentiment per a l'ús de dispositius de monitoratge. – Responsabilitat en cas d'error del sistema.

continua



Tipus de dispositiu/sistema	Beneficis clau per a la gent gran	Problemes / dubtes plantejats	Qüestions legals / ètiques significatives
Àrea d'aplicació: seguretat a la llar			
Robots per a la seguretat a la llar	– Monitoratge mòbil i interactiu. – Possibilitat d'assistència física en emergències. – Integració amb llars intel·ligents.	– Cost. – Acceptació de l'usuari. – Complexitat tècnica. – Privacitat.	– Autonomia de l'usuari. – Potencial de dependència excessiva.
Àrea d'aplicació: suport en la vida diària			
Tecnologies d'assistència (vestir-se, banyar-se)	– Major autonomia. – Seguretat al bany. – Reducció de la càrrega per als cuidadors.	– Necessitat d'avaluació i formació adequades.	– Accessibilitat per a tothom. – Disseny inclusiu.
Robots d'assistència (tasques, mobilitat)	– Major independència per a persones amb limitacions físiques significatives. – Reducció de la dependència de cuidadors.	– Cost. – Acceptació de l'usuari. – Complexitat tècnica. – Seguretat.	– Responsabilitat en cas de mal funcionament. – Potencial de deshumanització.
Ajudes intel·ligents per a la mobilitat	– Major mobilitat. – Menor risc de caigudes. – Major confiança.	– Necessitat de formació. – Adaptabilitat a diferents entorns. – Cost.	– Seguretat del dispositiu. – Responsabilitat en cas d'accident.
Àrea d'aplicació: manteniment i increment de les relacions socials / reducció de la solitud			
Robots socials	– Reducció de la solitud, sentir-se acompanyat. – Estimulació cognitiva. – Facilitació de la comunicació familiar. – Altres funcions generals: controls d'estat ànim i seguiment de paràmetres mèdics, seguiment de medicació...	– Potencial d'engany. – Possible substitució de la interacció humana. – Dependència emocional.	– Consentiment informat per a la interacció. – Transparència sobre la naturalesa del robot.
Plataformes amb IA per a la connexió social	– Reducció de la solitud. – Foment d'amistats noves. – Major participació en activitats socials.	– Alfabetització digital. – Accessibilitat. – Qualitat de les interaccions virtuals.	– Privacitat de la informació compartida en línia. – Seguretat contra estafes.

continua



Tipus de dispositiu/sistema	Beneficis clau per a la gent gran	Problemes / dubtes plantejats	Qüestions legals / ètiques significatives
Àrea d'aplicació: suport cognitiu			
Realitat virtual	– Experiències immersives i interactives per al compromís social. – Connexió amb altres persones. – Exploració de mons virtuals.	– Usabilitat. – Marejos. – Cost. – Necessitat de suport tècnic.	– Protecció de dades personals en entorns virtuals. – Consentiment per a la participació.
Eines de comunicació simplifcades	– Comunicació millorada amb familiars i amics. – Reducció de l'aïllament. – Major accés a informació i suport.	– Usabilitat per a persones amb diferents tipus de discapacitat. – Necessitat de personalització.	– Accessibilitat per a tots els nivells d'habilitat tecnològica.
Eines d'entrenament cognitiu amb IA	– Possible alentiment del deteriorament cognitiu. – Millora de la memòria. – L'atenció i la resolució de problemes.	– Eficàcia a llarg termini. – Participació de l'usuari.	– Protecció de dades cognitives. – Transparència sobre l'ús d'algoritmes.
Robots per a deteriorament cognitiu	– Recordatoris. – Orientació i assistència personalitzats. – Possible millora de la independència i la qualitat de vida.	– Potencial d'engany. – Infantilització. – Dependència excessiva.	– Consentiment informat. – Transparència sobre les capacitats i limitacions del robot.
Tecnologia i dispositius per a la cura de la memòria	– Recordatoris. – Assistència per trobar objectes perduts. – Gestió de medicaments.	– Usabilitat per a persones amb deteriorament cognitiu. – Necessitat de participació del cuidador.	– Protecció de la privacitat de la informació personal i de salut.

Font: elaboració pròpia.

4. Algunes reflexions sobre els robots destinats a l'atenció de la gent gran

4.1. Els robots per atendre la gent gran

Els robots són dispositius tecnològics mòbils adreçats a complir determinades funcions, ja sigui preprogramades i repetitives, ja sigui amb autonomia de funcionament (IA, sistemes de navegació...). Aquí parlarem dels que es destinen a atendre certes necessitats de la població major. Hi ha múltiples classificacions, com per exemple la que distingeix



entre robots de serveis adreçats a les persones majors i robots socials. Els del primer grup, encaminats a millorar la qualitat de vida i reduir el treball dels cuidadors, són els que principalment centren la nostra atenció, ja que sobre aquests recau un important pes de l'esperança de les noves tecnologies en l'atenció de les persones majors i és el que centra els esforços d'estats com el Japó i, sobretot, la Xina. Pensem, no obstant això, que aquests robots també desenvoluparan tasques de robot social i esdevindran un assistent integral destinat a cobrir un ampli espectre de necessitats de la població major.

Aquests tipus de robots pretenen ajudar les persones grans en la vida diària i millorar la seva independència i qualitat de vida. Les tasques que poden desenvolupar van des de realitzar tasques domèstiques, com oferir companyia i supervisar la salut. Aquí situariem assistents robòtics de neteja, esquelets robòtics per ajudar a desplaçar-se, robots de telepresència (videoconferències, contacte amb grups socials...).

Els robots social s'adrecen a donar suport emocional i companyia a les persones majors. Els robots socials han d'equipar-se amb sensors, càmeres i micròfons per interaccionar amb les persones ateses i respondre a les paraules, moviments i expressions facials humanes i, en darrer terme, a ser capaços d'interpretar correctament les emocions. En aquest grup podríem incloure el robots de companyia i els robots-mascota.

La diferència entre els dos tipus generals de robots de vegades no són tan clares en alguns models i prestacions i pensem que, en realitat, el camí de la robòtica encaminada a atendre les persones majors va cap a una atenció integral, donant suport no només a les tasques diàries en què necessitin ajuda (neteja, desplaçaments, supervisió de paràmetres mèdics...), sinó com a elements capaços d'oferir suport emocional i companyia a les persones majors.

És possible fer classificacions més extenses que incloguin capacitats més específiques adreçades a l'atenció de les persones majors. Tot i això, les distincions entre una categoria i l'altra de vegades són més teòriques que reals, atès que els robots disponibles integren diverses capacitats i poden encabir-se simultàniament en més d'una categoria. Us n'oferim un exemple en la taula següent:

Taula 2 | Tipologia de robots segons objectiu i prestacions

Tipologia de robot	Objectiu i prestacions
De companyia	Pretenen millorar el benestar psicològic i combatre la solitud de la persona atesa. Són de natura interactiva (reaccionen a la veu, gest i tacte) i tenen efectes socials, ja que poden activar comunicacions. Poden ser humanoides o estil mascota.

continua



Tipologia de robot	Objectiu i prestacions
Servei / manipuladors	Robots dotats de braços i sistemes de subjecció per agafar i transportar objectes. Tenen com a funció bàsica donar suport a la vida independent. Han de disposar de sistemes de navegació amb detecció d'obstacles, sistemes de reconeixement i de comunicació amb l'usuari per efectuar aquestes tasques.
Rehabilitació	Robots adreçats a donar assistència física, com robots mòbils que ajuden a caminar o cadires de rodes robòtiques. No tenen per què oferir prestacions de comunicació.
Telepresència	Aquests robots s'han dissenyat per comunicar la persona major amb altres persones amb les quals es vulgui relacionar (amistats, familiars, personal mèdic o assistencial...). Generalment, es connecten per videoconferència, gràcies a la connexió a internet. Disposen de capacitat de navegació i poden ajudar a orientar o incrementar la seguretat de l'usuari.
Monitoratge de la salut	Robots dotats de sensors i provists d'intel·ligència artificial, que poden monitorar no només els paràmetres actuals, sinó detectar canvis en l'evolució dels paràmetres. Generalment se'ls programa per comunicar els resultats als equips mèdics o familiars.
Agenda o recordatori	La funció primordial d'aquests robots és recordar a les persones majors que es prenguin correctament la medicació. També serveixen per recordar altres cites.
Entrenament cognitiu i d'entreteniment	Robots que poden actuar com a entrenadors físics i com a companys de jocs, tant d'entreteniment com de manteniment de competències cognitives.
Domèstics o de tasques	Robots que ajuden les persones majors amb les tasques quotidianes (neteja, encarregar-se de la roba, cuinar...). Tenen com a finalitat que les persones majors puguin viure soles en els propis domicilis.
Detecció i prevenció de caigudes	Aquests robots es dissenyen per prevenir i suprimir obstacles i evitar les caigudes que pels problemes motors i cognitius solen acompanyar les persones majors.

Font: elaboració pròpia.

4.2. Els robots assistents a la gent gran: àmbits d'ús

Crec que la pràctica totalitat dels estudis que analitzen aquestes tecnologies destinades a l'assistència de la gent gran destaquen tres col·lectius que directament se'n poden beneficiar: els mateixos usuaris, els familiars i els cuidadors, ja siguin familiars o professionals que atenen les necessitats diàries de les persones majors com d'altres especialistes que es poden beneficiar d'aquestes tecnologies per fer-ne un seguiment permanent i a distància (personal sanitari, personal dels serveis socials...). No cal dir que les administracions en són beneficiàries directes.

Cada col·lectiu té unes aspiracions més o menys concretes que en el cas dels usuaris poden variar segons els canvis de les pròpies circumstàncies personals. Així, cada usuari



reclamarà les assistències oportunes per a cada àrea en què les seves capacitats psico-cognitives necessitin cert suport. Mentre que els familiars voldran que els familiars siguin ben atesos i potser els preocupin més temes com els paràmetres de salut, el control de la medicació i factors cognitius com certs recordatoris. El cuidadors formals valoraran ja sigui aquelles prestacions que els estalviïn tasques concretes, com la immediatesa, el flux constant d'informació i, fins i tot, la capacitat d'anàlisi de certs paràmetres en el cas del personal mèdic. L'enginyera en ciències de la computació Sara Quiguango (Quiguango, 2025), a través d'entrevistes individuals a membres d'aquest col·lectiu, indica que les famílies destaquen com a prioritàries el monitoratge de la salut (77,5 %), mobilitat (75 %) i els recordatoris de medicació (60 %). Mentre que les persones majors destacaren les possibilitats dels robots en matèria de mobilitat (48 %) i també de monitoratge de la salut (52 %). Els cuidadors, en aquest cas, valoraren tant les funcionalitats com la immediatesa de la resposta emocional.

A banda de les prestacions concretes, els distints agents implicats també manifesten certes preocupacions sobre com i qui pot accedir a la informació i com es manté la privacitat de les persones usuàries, entre moltes altres qüestions. De tot això en parlarem més endavant quan parlem tant dels efectes positius de l'ús d'aquestes tecnologies com de l'anàlisi dels riscos i les qüestions ètiques que es poden plantejar.

Vegem en taula 3 resum dels principals àmbits d'ús.

Taula 3 | *Les problemàtiques i reptes que afecten les persones grans i sobre les quals es vol actuar amb l'ús de robots i tipus*

Problema/Repte	Explicació
Aïllament social / solitud	Algunes persones majors poden patir aïllament social, perquè tenen poques persones amb qui relacionar-se o perquè ho fan amb poca freqüència o baixa qualitat d'interacció. Així mateix, un percentatge important de persones grans experimenten solitud.
Mantenir una vida independent a la pròpia llar	Ens referim a mantenir les activitats de la vida diària necessàries per mantenir una vida de qualitat com ara rentar-se, cuinar i mantenir la llar neta i endreçada.
Deficiències físiques i cognitives	Fan referència a processos que acompanyen l'envelliment. Les habilitats motores perden precisió amb el temps i les persones majors tendeixen a presentar problemes cognitius i de memòria.
Problemes de mobilitat	Un percentatge significatiu de persones amb l'edat presenten dificultats per desplaçar-se de manera independent i segura sense l'ajuda d'altres persones.
Control de la salut	Monitoreig de paràmetres de salut (pressió, funcionament cardíac, glucosa...).

continua



Problema/Repte	Explicació
Temps lliure sense ocupar	Aquests dispositius podrien ajudar a oferir un entreteniment adequat i estimulant, millorant l'estat d'ànim de l'usuari.
Gestió de medicació i altres temes d'agenda	Els oblidats de prendre correctament la medicació poden ser una causa d'ingrés en un centre assistencial. Per això és bàsic controlar aquesta activitat i donar suport a altres temes d'agenda.
Evitar caigudes	Tot i que es conservi la deambulació, les caigudes són perilloses i poden suposar lesions greus, difícils de superar.

Font: elaboració pròpia.

Els usuaris es mostren ben disposats a utilitzar robots assistencials sempre que es compleixin determinades condicions: que siguin fàcils d'usar, que mantinguin la confidencialitat de les dades personals i que es puguin personalitzar d'acord amb les seves necessitats.

Sawik et al. (2023), indiquen que les persones majors manifesten expectatives més altes, fins i tot, que els mateixos cuidadors i consideren que són una molt bona opció de futur per assistir i acompanyar les persones grans. Aquest estudi també destaca que els usuaris manifesten certes preocupacions sobre qüestions ètiques com el control efectiu del robot (no volen que la seva assistència sigui controlada absolutament per una altra persona concreta) i l'accés a les dades que recopila (volen mantenir la privacitat), tot i que amb un cert dret d'accés a dades rellevants per part de familiars i professionals. Així, els usuaris reclamen que els robots siguin implementats individualment, per evitar la sensació de ser controlats per altres i que tampoc sentin la seva tasca com a invasiva (com un espia extern). Els cuidadors formals accepten la idea de transmissió de paràmetres de salut monitorats, però també consideren que hi ha certs límits d'accés a la informació (p.e. filmació permanent).

Tot seguit presentarem algunes reflexions sobre l'ús de la robòtica aplicada a l'atenció de la gent gran, tant per destacar-ne els efectes positius com per exposar certes qüestions que necessiten una certa anàlisi prèvia o plantegen certs dubtes ètics per poder usar amb garanties aquestes tecnologies.

4.3. Efectes positius de l'ús de la robòtica en l'atenció a les persones majors: què ens diuen els estudis?

Utilitzarem diversos estudis per destacar quins efectes positius s'han detectat en l'ús de noves tecnologies i robots per atendre les necessitats de la gent gran. S'han fet servir tant estudis individuals com les revisions que han fet diversos investigadors que han analitzat una xifra molt destacable d'estudis específics, i això ens permet establir



una sèrie de conclusions generals que és, en darrer terme, el que pretenem oferir en aquest article.

Segons Quiguango (2025) el 60 % dels estudis analitzats mostren que l'ús de robots assistencials suposen avenços significatius en el benestar general de tres àrees: la reducció de la solitud, el manteniment de la vida independent i la salut emocional i social. Val a dir que s'han analitzat conjuntament els robots en general, el que inclou distintes categories de dispositius (robots de companyia, de seguiment mèdic i telepresència...).

En el camp de la solitud en destaca la capacitat d'interaccionar conversacionalment amb els robots i l'oferiment d'activitats d'entreteniment com a mitjans per reduir la sensació d'aïllament. Els usuaris manifestaven que no se sentien tan sols.

Quant al manteniment de la vida independent, ítem molt valorat per les persones majors que pretenen viure a la pròpia llar tant de temps com sigui possible, són el suport en tasques de tipus físic, així com ajudar-los en la mobilitat interior de les llars i a efectuar altres taques com la gestió de medicaments i el monitoratge de signes vitals. Aquestes ajudes varen contribuir que poguessin mantenir una situació adequada i un grau acceptable de vida independent.

En darrer terme, pel que fa a la salut emocional i social, l'autora determina que es produïren increments significatius de les interaccions socials dels usuaris, gràcies tant que els robots facilitaren activitats de tipus comunitari com pel fet de facilitar les comunicacions amb familiars (videoconferències, principalment). Resulta molt significatiu que un terç dels usuaris participassin en tasques i activitats comunitàries, a partir de l'ús de robots de telepresència (Baggett et al., 2024).

Una altra font que hem utilitzat per analitzar l'ús dels robots per atendre persones majors és un estudi de 2017 (Shishehgar et al., 2017). Tot i considerar que en aquest camp els anys són un factor molt important, atesa la ràpida evolució del sector i la generalització de tecnologies com la IA, de cada cop més potents i amb millors capacitats, pensam que els bons resultats no han pogut fer més que millorar i els resultats no tan positius aleshores probablement ara també presentarien millors valoracions. Us oferim els resultats a la taula 4.

És important, per entendre la taula anterior, considerar que les puntuacions s'ofereixen sobre 3. També cal considerar que hem de ponderar les dades establertes a partir d'un únic estudi, les quals s'han obtingut de més d'una investigació realitzada. I tot això, amb la distància que ens separa no només de la data de publicació de l'estudi, com de les investigacions inicials en les quals es basa.



Taula 4 | Anàlisi comparativa de l'efectivitat de diverses tecnologies robòtiques

Àrees d'intervenció / Tipus de robots	Aïlla-ment social / solitud		Vida indepen-dent		Defi-ciències físiques i cogniti-ves		Proble-mes de mobilitat		Control de la salut		Temps lliure sense ocupar		Gestió de me-dicació i altres agendas		Evitar caigudes	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Companyia	2	13			2.1	6					2.5	2				
Servei / manipulador			1.1	7	1	1										
Rehabilitació					3	1	1.1	7								
Telepresència	1.5	8			2	1			2	1						
Monitoratge de la salut			3	1					1.8	4						
Agenda o recordatori					1	1			1	1			1.8	4		
Entrenament cognitiu / entreteniment											1.5	4				
Domèstic o de tasques			2	2												
Detecció/ prevenció de caigudes															1	1

A = puntuacions mitjanes subjectives d'efectivitat. B = publicacions analitzades.

Font: Shishehgar, M. et al. (2017).

Així, resulta evident que l'ús de la robòtica en distintes àrees ofereix més que bons resul-tats en àrees tan importants com les tasques domèstiques, el monitoratge de salut, la com-panyia (reducció de la solitud) i l'ocupació del temps lliure i el manteniment físic i cognitiu.

Ens centrarem ara en un aspecte que ens interessa especialment, quina potser la utilitat dels robots per atendre la solitud?

5. Què diuen els estudis sobre els robots i l'atenció a la solitud?

Per respondre a aquesta qüestió, oferirem les principals dades d'una anàlisi comparativa sobre estudis anteriors que analitzen l'ús i la utilitat de la tecnologia robòtica per combatre la solitud no volguda en la gent gran que ens dona Maria Luisa López Lombarte (2025).



Una de les coses que detecta López Lombarte és que les antigues TIC estan evolucionant cap a plataformes socials que permeten que la gent interaccioni i aquestes plataformes permeten millorar l'aïllament social i millorar la solitud (un exemple d'aquest tipus seria el *Projecte Mentor*). I no només això, els mateixos dispositius robòtics permeten mantenir converses i poden acompanyar i dirigir exercicis o proposar jocs. Alguns autors creuen que és millor aconseguir la interacció amb altres persones per afrontar la solitud (Choi i Lee, 2021), però en tot cas ofereixen una oportunitat a qui no disposa d'aquesta interacció.

En una línia similar se situarien Latikka et al. (2021), que consideren que les TIC físiques no poden eliminar totalment els problemes de solitud i aïllament, però poden servir per predir i detectar aquestes circumstàncies. Contràriament Yen et al. (2024) creuen que els robots socials sí que serveixen per reduir els símptomes de depressió relacionada amb la solitud i també destaquen la capacitat d'aquests per realitzar intervencions grupals que encara són més efectives. Quiguango (2025) afirma que l'ús dels robots reduïren en un 45 % la soledat experimentada de les persones grans. Gunnes i Kalseth (2024), analitzant les TIC en general, afirmen que els robots ajuden a disminuir la percepció de la solitud, però incideixen en un tema molt important: s'ha de comptar amb les persones grans per dissenyar els dispositius assistencials adaptats a les seves necessitats i desitjos. I fan la demanda d'aprofundir en aquestes estudis per confirmar-ne no només les millores psicològiques i de qualitat de vida, sinó l'acceptabilitat i la usabilitat per part dels usuaris.

Kastner et al. (2024) indiquen que les TIC en activitats d'oci, activitat física, presència i educació tenen impactes significativament positius en persones grans socialment fràgils.

I no podem oblidar la valoració positiva dels robots socials en la reducció de la solitud experimentada demostrada per Shishehgar, M. et al. (2017), a partir de l'anàlisi d'altres estudis i que, a més, destacaven millores en la funció cognitiva i una bona acceptació per part dels usuaris d'aquest tipus de robots (alguns estudis els situaven en el 74 %).

Quant a l'ús de *robopets*, tot i que Abbot et al. (2019) destaquen un millor benestar però no efectes rellevants en la solitud, molts usuaris actuals manifesten una millora real en aquest sentit, comparable a la que s'experimenta amb mascotes reals. Hem de considerar que les capacitats actuals dels dispositius robòtics amb IA són infinitament superiors a les de fa sis anys. Us suggerim que visualitzeu a Youtube alguns vídeos de Loona per comprovar-ne les capacitats actuals amb l'impuls de la IA. També Tummers et al. (2020) han detectat que l'ús de *robopets* és positiu per enriquir la vida social i emocional de les persones amb demències.

Finalment, Cho et al. (2024), tot analitzant els robots socials assistencials, indiquen que són molt útils per oferir consol i minvar la solitud de les persones, ja que hi poden



conversar i altres autors també indiquen que els robots socials tenen efectes positius per disminuir la solitud i altres patologies com la depressió i l'ansietat (Yen et al., 2024; Pu et al., 2019). Una reflexió important sobre l'ús de robots socials que han fet altres autors (Coco et al., 2018) és que moltes vegades aquesta acceptació pot venir de l'entorn cultural. La cultura, ja ho comentàrem l'any passat, és fonamental per entendre com es viu la pròpia solitud. Per això, també és lògic que hi hagi societats que acceptin millor, a priori, l'assistència i l'acompanyament d'elements robòtics.

Crec que, a banda que molts dels estudis sobre la qüestió ja indiquin que l'ús d'agents robòtics tenen efectes positius sobre la vida quotidiana i, fins i tot, sobre l'estat anímic de les persones majors, la gran revolució està per arribar. Arribarà abans del que esperam i serà conseqüència dels nous models d'IA i les noves capacitats d'aprenentatge atorgades als sistemes robòtics, juntament amb les millores tècniques que se'ls apliquen (mobilitat i equilibri, potència, control d'extremitats i increment de la complexitat de manipulació...). La decisió de la Xina i el Japó per apostar per robots assistencials destinats a atendre la població major dels seus països en un termini de pocs anys ens confirma aquesta possibilitat.

6. Conclusions

6.1. Els avenços tecnològics actuals suposen una de les grans revolucions de la història de la humanitat

La història de la humanitat, tot i ser un continuïum temporal presenta moments de disrupció, moments d'aparició de tecnologies o canvis significatius que suposen modificacions substancials del que hi havia abans, com la Revolució Neolítica, la Revolució Científica o la Revolució Industrial. Ara ens trobem en el centre d'una altra gran revolució de la història de la humanitat.

A partir de la segona meitat del segle xx, i de manera més marcada a finals dels vuitanta, s'inicia la revolució digital que ha transformat no només la manera de produir sinó de relacionar-nos, fins a un punt de no retorn. Actualment, l'aparició i el desenvolupament de la IA es considera una nova revolució amb capacitat per automatitzar tasques, analitzar dades massives i generar continguts de tots tipus (visuals, textuais...) i de generar entorns interactius orals amb els usuaris, amb capacitat de memòria i, fins i tot, empatia.

La IA ha impactat en tots els sectors: la publicitat, la programació, la salut, la indústria, l'educació, l'administració de justícia, les comunicacions... i són un nou agent de la civilització humana.



Els models d'IA milloren, de manera profunda i accelerada, les pròpies capacitats, sense que sigui molt clar el límit que poden arribar a assolir. Actualment, ja milloren l'eficiència i l'eficàcia de multitud de processos que van des de la interpretació d'imatges mèdiques, l'elaboració de sentències jurídiques, fins al descobriment de noves proteïnes o materials.

És fonamental conèixer aquestes noves tecnologies i usar-les en el nostre benefici. Així ho fan ja tant les empreses privades que volen mantenir la competitivitat i productivitat con les administracions públiques que ja les estan incorporant activament. A les Illes tenim l'exemple del Pla estratègic de transformació i innovació en salut digital (2025-2029).

Aquestes tecnologies (TIC, IA i robòtica) adreçades a l'atenció de la gent gran s'incrementaran d'una manera geomètrica en les properes dècades.

6.2. L'ús de les noves tecnologies s'ha de fer d'una manera ètica i sotmesa a certes regles

L'ús de les noves tecnologies no ha d'implacar mai l'abandonament dels principis ètics i morals acceptats per les societats desenvolupades. Per tant, això implica que les IA i les noves tecnologies s'han de sotmetre a certes regulacions i criteris consensuats.

Les IA i les noves tecnologies milloraran infinitat de processos en termes d'eficiència i eficàcia però les persones no poden cedir el control de certes decisions a les IA; aquestes han d'actuar d'acord amb el marc establert pels planificadors-programadors i la responsabilitat ha de tenir un subjecte humà, no pot recaure en una entitat informàtica indefinida.

Fins i tot figures com el premi Nobel de Física 2024, Geoffrey Hinton, expressen una marcada preocupació per l'ús de les IA en temes com la desinformació, el poder que poden exercir en mans d'empreses només preocupades pel benefici o per la capacitat de poder realitzar atacs informàtics o dissenyar armes biològiques. Tampoc no ajuden gaire les prediccions que en 20 anys les IA hagin superat els límits de la intel·ligència humana.

Malgrat aquest temor de l'ús massiu de l'IA, sembla que hi ha una percepció distinta segons les àrees culturals, amb un major grau de desconfiança entre els anglosaxons i una visió més optimista entre els asiàtics i sud-americans i un punt mitjà entre els europeus.

Europa ha liderat amb el Reglament 2024/1689 de la Unió Europea el primer marc jurídic exhaustiu sobre IA del món, que posa de manifest que la implementació



d'aquesta tecnologia no es pot fer al marge d'una regulació clara sobre determinats límits i per establir una sèrie de regles clares, especialment per protegir els drets bàsics de les persones (p.e., el dret de preservar la pròpia informació i l'ús que se'n fa).

La realitat és que la implementació de la IA cada dia avança a tots els nivells i és present a realitats tan quotidianes com els navegadors, les aplicacions de xarxes socials, els bancs amb assessors intel·ligents o les administracions públiques per millorar l'atenció individualitzada i optimitzar recursos.

6.3. La necessitat de mantenir la seguretat de les dades i de la interacció

La seguretat de les dades personals i la interacció digital és un tema fonamental i d'importància creixent.

Les empreses privades i les administracions acumulen una quantitat ingent d'informació dels seus clients i usuaris en bases de dades digitals i han de poder controlar la identitat de la persona o empresa amb qui interaccionen telemàticament.

Malgrat les inversions en seguretat es poden produir problemes de pèrdues massives d'informació o accessos no autoritzats que fan que aquestes dades circulin per internet i que siguin utilitzades per accedir a la nostra informació personal amb finalitats des de comercials fins a delictives. A les Illes Balears tenim exemples tan recents com l'atac i l'encriptació de dades de l'Ajuntament de Calvià o la violació del sistema Gestib.

També els mateixos usuaris tenen riscos a través d'atacs directes als seus equips mitjançant múltiples tècniques: troians, *phishing*, *keylogger*, MITM, *SIM swapping*... però això no és objecte d'aquest article.

És bàsic garantir la integritat d'aquestes dades mitjançant còpies de seguretat i sistemes potents del control d'accés. La seguretat s'ha tornat crucial amb el desenvolupament de les TIC i les relacions digitals massives. Així, és necessari disposar de certificats digitals per efectuar qualsevol tràmit o sistemes d'identificació (targetes amb codis, empremta digital, reconeixement facial) per garantir la identitat i la legitimitat de qui té accés a determinades dades i entorns.

6.4. La tecnologia, la IA i les TIC de cada cop tindran més pes en la vida quotidiana de la població general i de la població gran en particular

La tecnologia, la IA i la robòtica guanyaran cada cop més pes en la vida diària de tota la població, incloent-hi la gent gran.



Potser la gent gran hagi de fer, en ocasions, un cert esforç adaptatiu, però la veritat és que de cada cop més gent gran utilitza aquests tipus de tecnologia diàriament i les enquestes de l'INE destaquen l'increment de destreses en la població gran.

Malgrat això hem d'estar amatents a la possible bretxa digital en determinades persones i, per això, han de rebre assessorament en el seu acostament a determinades tecnologies o rebre ajuda per configurar i instal·lar certs dispositius tecnològics. Sempre és recomanable una fase d'entrenament i acostament progressiu als nous dispositius tecnològics.

L'envelliment de la població, especialment els grups d'edat més avançada amb més necessitats assistencials, fa que l'aplicació de les noves tecnologies sigui un element fonamental per millorar l'atenció personalitzada, per optimitzar els recursos disponibles, oferir una millor atenció i resoldre el problema de la dificultat futura per trobar treballadors per a aquest sector.

6.5. Les tecnologies, les IA i la robòtica ja són una realitat que es troba a disposició de les persones majors en distints àmbits

Les tecnologies per a la gent gran ja són una realitat i s'apliquen en diversos àmbits, recordem-ne només alguns exemples.

Salut i benestar. Dispositius de seguiment i monitoratge de la salut (constats vitals, connectats a IA), sistemes d'alarma per emergències i de detecció de caigudes (mòbils, dispositius específics com els de la Creu Roja).

Seguretat domèstica. Milloren la seguretat de l'entorn domèstic atorgant tranquil·litat a l'usuari (sistemes d'avis immediat), el confort (llums nocturnes per detecció de moviment), l'accés a l'habitatge o habitacions concretes (panys intel·ligents) i la prevenció de riscos (incendis, fugues de gas...).

Suport a la independència diària i tasques quotidianes. Tecnologies que ajuden en tasques bàsiques (higiene, vestir-se) o manteniment de la llar (aspiradors, neteja de vidres...) sense oblidar certs robots assistencials i dispositius per facilitar la mobilitat i l'exercici físic.

Interacció social i reducció de la solitud. La tecnologia pot incrementar les interaccions socials i reduir l'aïllament, i pot repercutir molt positivament a reduir la percepció de solitud. Aquí s'inclouen tots els robots socials (ElliQ, GiraffPlus, ARI...), les mascotes robòtiques amb IA (*robopets*) com Loona, Moflin o Aibo i aquelles plataformes que ofereixen interacció i connexió en grups segurs, com el Projecte Mentor.



Suport cognitiu i assistència a la memòria. Sistemes de recordatori per prevenir oblits importants (medicació, cites...) que són especialment útils per a persones amb pèrdua de memòria. També inclouen els sistemes intel·ligents que permeten exercitar certes habilitats cognitives, determinats aplicatius mòbils, els sistemes intel·ligents de dispensació de medicaments i aquelles plataformes socials amb programes d'entrenament cognitiu.

6.6. Els robots, una alternativa a l'atenció de la gent gran

Els robots són cada cop més complexos i es perfilen com un element clau en l'atenció a la gent gran.

Els robots poden reduir l'aïllament i la sensació de solitud, contribuir al manteniment de la vida independent en la llar, servir de suport a certes deficiències físiques i cognitives, ajudar en els problemes de mobilitat, controlar els principals paràmetres de salut, gestionar els medicaments i l'agenda personal dels usuaris, ajudar en la prevenció de caigudes i contribuir a oferir temps d'esbarjo de qualitat. La UIB treballa en el projecte Pleisar en aquest camp.

Els robots evolucionen cap a models de cada cop més complexos i amb múltiples capacitats, no només de realització de tasques assistencials complexes, sinó també d'interacció social amb les persones, control de constants vitals i comunicació amb la xarxa assistencial i personal.

Alguns països com la Xina i el Japó han pres la decisió de disposar a curt termini (10-15 anys) de robots plenament operatius per atendre la gent gran i respondre a l'envelliment demogràfic i la manca de mà d'obra en aquest sector assistencial.

Els robots permetran mantenir més temps de vida independent a la pròpia llar de molta gent gran i reduir les tasques dels cuidadors formals i la família i també els trobarem en l'àmbit residencial i hospitalari, millorant les prestacions assistencials.

La interacció amb certs robots redueix de forma significativa la depressió i la sensació de solitud. Tot i això, els robots i les tecnologies no han de substituir el contacte humà, han de convertir-se en un recurs més i un suport assistencial de la gent gran que sens dubte serà molt útil en els quinquennis propers.

6.7. Tecnologia sí, però adaptades a la persona i considerant les problemàtiques reals d'aplicar-la

La implementació de les TIC i la robòtica al servei de la gent gran ha de tenir en compte els aspectes següents:



La persona ha de situar-se com a centre. La tecnologia ha de servir la persona gran, no només ha de ser un instrument per reduir la càrrega de feina dels cuidadors formals i familiars o de reducció dels costos econòmics o de personal. El que importa és la persona atesa.

La tecnologia ha d'adaptar-se a cada usuari i ser útil. La tecnologia ha de poder adaptar-se als gusts i les necessitats de cada persona i, a més, la persona gran ha de percebre que el seu ús li aporta avantatges reals (p.e., polsera d'alarma d'emergència). Si no és així, el seu ús serà molt reduït o rebutjat.

Ha d'oferir facilitat d'ús i l'acostament ha de ser progressiu. Els dispositius han de ser fàcils d'utilitzar, preferint-se els controls de veu o les interfícies molt clares i adaptades a cada persona atesa. Així mateix, es recomana un acostament progressiu per facilitar el coneixement del sistema i les seves capacitats.

La tecnologia ha de servir de suport i no incrementar la dependència. La tecnologia adreçada a la gent gran ha d'ajudar les persones grans a realitzar amb certa independència determinades tasques o mantenir determinades funcions, no ha de resoldre tots els problemes a costa d'incrementar-ne la dependència. El propòsit és complementar i dinamitzar la persona, mantenint la seva activitat física i cognitiva.

S'ha de considerar la dependència energètica i de les telecomunicacions. Cal preveure situacions de fallada elèctrica o de dades. És necessari un pla de contingència per poder atendre els serveis subministrats per aquestes dispositius, especialment en casos d'importància crítica i en els casos de talls perllongats de subministrament elèctric o caiguda de les xarxes de dades.

La previsió d'una inversió econòmica real. La tecnologia té un cost econòmic relativament important i cal considerar-lo per evitar una bretxa social que derivaria de la baixa renda disponible. Les administracions públiques han de reflexionar sobre aquesta qüestió i, en cas necessari, destinar-hi els recursos específics. Així, no només s'ha de considerar l'adquisició del dispositiu o plataforma, sinó també la connexió a la xarxa de dades.

L'ús de la tecnologia no ha de reduir les interaccions socials. L'ús de la tecnologia ha de fomentar i construir noves xarxes socials. L'objectiu final és el benestar de les persones i, en aquest sentit, la tecnologia pot contribuir-hi de manera positiva.

S'ha de protegir la informació i la intimitat de la persona. Una preocupació fonamental és la gestió segura i confidencial de la informació, especialment la sensible (dades sanitàries i sensibles d'altres tipus). Cal establir els límits d'on ha d'arribar el control



dels supervisors professionals o familiars per no entrar en conflicte amb la intimitat de la persona, buscant un equilibri entre beneficis i invasió de l'autonomia.

S'ha de vetllar sobre els límits del control extern de les IA i de les persones supervisores.

Les rutines de decisió que porten implantades les IA han d'estar molt ben dissenyades i també ha de quedar ben definit fins a quin punt i en quines circumstàncies les institucions o els familiars poden decidir sobre la voluntat de la persona atesa.

6.8. Reflexions finals

Els avenços en TIC i robòtica i l'aparició d'IA, de cada cop més potents, han obert nous camins que fa anys semblaven propis només del gènere de la ciència ficció. Moltes d'aquestes opcions ja són una realitat, mentre d'altres, particularment la de la robòtica assistencial operativa adreçada a la gent gran, d'altres capacitats, està per arribar. Però arribarà i arribarà a curt termini.

La IA ja ha entrat amb força imparable en l'assistència sanitària pública a les Illes Balears i ja en començarem a notar els efectes positius immediatament.

Un estudi recent de les universitats de Ginebra i Berna (Schlegel et al., 2025) afirma que la IA ja no només domina la lògica o el llenguatge, sinó que també comença a destacar en intel·ligència emocional. No hem de pensar que experimenten sentiments, però són capaces de detectar i respondre amb empatia. Sotmesos a tests estàndards d'intel·ligència emocional, els models GPT-4, Gemini Flash o Claude Haiku aconseguiren una precisió del 81 %, mentre que el grup d'humans de control només assolí el 56 % de respostes adequades. Els mateixos autors de l'estudi arribaren a la conclusió que els models ja actuen més enllà d'un simple entrenament i mostren senyals inequívokes d'un veritable raonament emocional. Això obre una nova dimensió a l'assistència robòtica adreçada a les persones.

La gent gran de cada cop accepta millor la interacció amb la tecnologia i, fins i tot, manifesta esperances envers el futur de la robòtica assistencial. Prest en contrastarem els resultats, quan la Xina i el Japó ens presentin d'aquí a una dècada els resultats plenament operatius. De moment moltes són les tecnologies i dispositius que ja poden beneficiar els usuaris, si és que volen usar-los. La revolució tecnològica ja ha arribat!



Referències bibliogràfiques

Abbott, R.; Orr, N.; McGill, P.; Whear, R.; Bethel, A.; Garside, R. ... i Thompson-Coon, J. (2019). How do "robotpets" impact the health and well-being of residents in care homes? A systematic review of qualitative and quantitative evidence. *International journal of older people nursing*, 14(3), e12239. <https://doi.org/10.1111/opn.12239>

Aguado, I. (2025). *Diario de Mallorca*, 28/04/2025 - Article sobre el Pla pilot d'apnees de la son impulsat per la Unitat de la Son de Son Espases. <https://www.diariodemallorca.es/mallorca/2025/04/28/monica-pena-neumologa-unidad-sueno-116802456.html>

Agudo, U., i Liberal, K. G. (2024). *El Algoritmo paternalista. Cuando mande la intel·ligència artificial*. Editorial Katakarak.

Agudo, U. (12 maig 2025). La necessitat d'obrir un debat crític sobre com usem la intel·ligència artificial. Entrevista a Katedra - La Cátedra de Cultura Científica de la UPV/EHU. <https://katedra.eus/es/noticias/ujue-agudo-necesitamos-abrir-un-debate-critico-sobre-como-usamos-la-inteligencia-artificial/>

Alkorta, I., i Atienza, E. (2020). *Soluciones tecnológicas para los problemas ligados al envejecimiento: cuestiones legales y jurídicas*. Ed. Dykinson. Madrid.

Baggett, R., Simecek, M., Tsui, K.M., i Fraune, M.R. (2024). Temporal progression of four older adults through technology acceptance phases for a mobile telepresence robot in domestic environments. *Robotics*, 13(7), 95.

Cho, M., Kim, D., Jang, M., Lee, J., Kim, J., Yun, W.H. ... i Jang, C. (2024). Evaluating Human-Care Robot Services for the Elderly: An Experimental Study. *International Journal of Social Robotics*, 16(7), 1561-1587. <https://link.springer.com/article/10.1007/s12369-024-01157-7>

Choi, H.K., i Lee, S.H. (2021). Trends and Effectiveness of ICT Interventions for the Elderly to Reduce Loneliness: A Systematic Review. *Healthcare*, 9(3), 293. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030293>

Coco, K., Kangasniemi, M., i Rantanen, T. (2018). Care personnel's attitudes and fears toward care robots in elderly care: a comparison of data from the care personnel in Finland and Japan. *Journal of Nursing Scholarship*, 50(6), 634-644. <https://doi.org/10.1111/jnu.12435>



El País. «Robots per atendre les persones majors» <https://elpais.com/expres/2025-02-09/robots-para-cuidar-ancianos-la-propuesta-del-gobierno-chino-que-pronto-podria-convertirse-en-realidad.html>

Entrala, G. (Maig 2025). El EXPERIMENTO que ha hecho IMPARABLE a la IA. https://www.youtube.com/watch?v=MbmmlWrrhFM&ab_channel=GustavoEntrala

Espinoza S.R.V (2025). El movimiento transhumanista antienvjecimiento: fundamentaciones para un ecocidio. *En-Claves del Pensamiento*, 37, 73-96. <https://www.enclavesdelpensamiento.mx/documentos/Art4.pdf>

Ferragut, M. (Abril 2025). Entrevista a Maria Castro Amor directora general d'Atenció a la Dependència de la Conselleria de Família i Afers Socials. Govern de les Illes Balears. *Diario de Mallorca*, 13 d'abril de 2025. <https://www.diariodemallorca.es/mallorca/2025/04/13/sera-difícil-encontrar-personal-residencias-116210367.html>

GiraffPlus. Vídeo de demostració de funcionament. https://www.google.com/search?q=GiraffPlus&rlz=1C1FKPE_enES1144ES1144&oq=GiraffPlus&gs_lcrp=EgZjaHJvbwUyBggAEEUYOdIBCTU5MDJqMGoxNagCCLACAQ&sourceid=chrome&ie=UTF-8#fpstate=ive&vld=cid:3947965c,vid:yGPxSz2nePQ,st:0

Gómez, A.P., Jiménez, S.M., Pedrero, J.F.S., López, M.A.V., Garrido-Jaén, J. D., i Atienza-Vicente, C. (2023). AI3cord: dispositivos IoT e Inteligencia Artificial para monitorizar y prevenir la fragilidad en personas mayores. *Revista de Biomecánica*, 70, 65-75.

Gunnes, M., Løe, I.C., i Kalseth, J. (2024). Exploring the impact of information and communication technologies on loneliness and social isolation in community-dwelling older adults: a scoping review of reviews. *BMC geriatrics*, 24(1), 215. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04837-1>

Idiakez, I.A. (2020). *Soluciones tecnológicas para los problemas ligados al envejecimiento: cuestiones éticas y jurídicas* (E. A. Macías, Ed. 1/26/21 ed.). Dykinson, S.L. <https://doi.org/10.2307/j.ctv1ks0gf1>

INE. «Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de la información y comunicación en los hogares». https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=estadistica_C&cid=1254736176741&menu=ultiDatos&idp=1254735976608

Intel·ligències artificials xineses. <https://es.vidnoz.com/inteligencia-artificial/ia-china.html>

Kastner, M., Herrington, I., Makarski, J., Amog, K., Bain, T., Evangelista, V. ... i Holroyd-



Leduc, J. (2024). Interventions that have potential to help older adults living with social frailty: a systematic scoping review. *BMC geriatrics*, 24(1), 521. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-05096-w>

Landa, I. (2021). Ressenya del llibre "Soluciones tecnológicas para los problemas ligados al envejecimiento: cuestiones éticas y jurídicas". *Revista de Estudios Jurídicos Laborales y de Seguridad Social*, 3. <https://revistas.uma.es/index.php/REJLSS/article/view/13548/13885>

Latikka, R., Rubio-Hernández, R., Lohan, E.S., Rantala, J., Nieto Fernández, F., Laitinen, A., i Oksanen, A. (2021). Older adults' loneliness, social isolation, and physical information and communication technology in the era of ambient assisted living: a systematic literature review. *Journal of medical Internet research*, 23(12), e28022. <https://doi.org/10.2196/28022>

Lavander. (2024). IA usada per Israel per triar objectius militars». *Revista digital Contexto y Acción*, núm. 307. Abril de 2024. <https://ctxt.es/es/20240401/Politica/46151/Yuval-Abraham-972magazine-Local-Call-Lavender-maquina-IA-dirige-bombardeos-Israel-Gaza.htm>

López, M.L. (2025). *Ús i utilitat de la tecnologia robòtica en gent gran per a combatre la solitud no volguda. Un acostament a la visió dels implicats*. UOC. TFG - Psicologia Social. <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/151975/3/marisalopezTFG0124memoria.pdf>

Loona. «Un robot mascota disponible que pot servir per sentir-se acompanyat i reduir la solitud». https://www.youtube.com/watch?v=M8WTUWX6Nc8&ab_channel=joseTecnofanatico https://www.youtube.com/watch?v=q7TVOnWv-TA&ab_channel=C%C3%B3digoDigital

Lluch i Dubon, F. D. (2013). Les noves tecnologies i la tercera edat a Illes Balears. *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*. Universitat de les Illes Balears. https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/anuariEnvel·liment/index/assoc/2024_anuari_enve·llimentp.dir/2024_anuari_envel·liment.pdf

Lluch i Dubon, Ferran D. (2024). La soledat i la gent gran a les Illes Balears: situació actual i projecció de futur». *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*. Universitat de les Illes Balears. https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/anuariEnvel·liment/index/assoc/2024_anuari_enve·llimentp.dir/2024_anuari_envel·liment.pdf

Pla estratègic de transformació i innovació en salut digital de les Illes Balears 2025-2029. https://www.ibsalut.es/docs/Plans_programes_estrategies/ES/Plan%20Estrat%C3%99



A9gico%20de%20Transformaci%C3%B3n%20e%20Innovaci%C3%B3n%20en%20Salud%20Digital%20de%20las%20Illes%20Balears%202025-2029.pdf

Pepinosa, J. (2024). «ElliQ, un robot con inteligencia artificial que combate la soledad de los abuelos». <https://www.infobae.com/tecnologia/2024/01/17/elliq-un-robot-con-inteligencia-artificial-que-combate-la-soledad-de-los-abuelos/>

Pu, L., Moyle, W., Jones, C., i Todorovic, M. (2019). The effectiveness of social robots for older adults: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled studies. *The Gerontologist*, 59(1), e37-e51. <https://doi.org/10.1093/geront/gny046>

Quiguando, S. N. (2025). *Estado del arte para inserción de robots asistenciales en entornos de hogar para adultos mayores*. Tesi de grau d'enginyeria de la computació. Universidad Politécnica Salesiana de Ecuador. <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/29653>

Reglament (UE) 2024/1689: Marc jurídic europeu sobre IA.
<https://digital-strategy.ec.europa.eu/es/policies/regulatory-framework-ai>

RisCanvi. «Sistema predictiu sobre els presos usat en el sistema penitenciari català». https://www.elconfidencial.com/tecnologia/2024-04-24/riscanvi-algoritmo-cataluna-prisiones-presos-inteligencia-artificial_3871170/

Robo Brain. «Un sistema de comportir coneixements entre robots per la xarxa». <https://www.adslzone.net/2014/08/25/robo-brain-un-sistema-para-que-los-robots-aprendan-de-internet/>

Robot AIREC. https://www.youtube.com/watch?v=1OpLe5RuhCk&ab_channel=GlobalUpdate

Sawik, B., Tobis, S., Baum, E., Suwalska, A., Kropinska, S., Stachnik, K., Pérez-Bernabeu, E., Cildoz, M., Agustin, A., i Wieczorowska-Tobis, K. (2023). *Robots para el cuidado de personas mayores: revisión, modelo de optimización multicriterio y estudio de caso cualitativo*. Editor Daniele Giansanti. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10178192/>

Servei de teleassistència. Creu Roja. <https://tad.creuroja.org/ca/teleassistencia-domiciliaria/>

Schlegel, K., Sommer, N.R., i Mortillaro, M. (2025). Los modelos lingüístico amplios son competentes para resolver y crear pruebas de inteligencia emocional. *Commun Psychol*, 3(80). <https://doi.org/10.1038/s44271-025-00258-x>



Shishehgar, M., Kerr, D., i Blake, J. (2019). The effectiveness of various robotit technologies in assisting older adults. *Health informatis Journal*. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1460458217729729>

Universitat Politècnica de València. «Dispensador de medicaments intel·ligent». <https://www.upv.es/noticias-upv/noticia-12711-dispensador-de-va.html>

Valero, M., i Gaià, M. (2024). Usos de les tecnologies en persones majors: últims avanços i reptes de futur. *Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears*. Universitat de les Illes Balears. https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/anuariEnvel·liment/index/assoc/2024_anuari_enve/l·limentp.dir/2024_anuari_envel·liment.pdf

Vall inquietant. Concepte de robòtica. https://ca.wikipedia.org/wiki/Vall_inquietant

Yen, H.Y., Huang, C.W., Chiu, H.L., i Jin, G. (2024). The Effect of Social Robots on Depression and Loneliness for Older Residents in Long-Term Care Facilities: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Journal of the American Medical Directors Association*. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2024.02.017>



Autor

FERRAN DÍDAC LLUCH I DUBON

Maó (1965). Geògraf. Funcionari del cos superior de l'escala humanística i de ciències socials, especialitat de geografia, del Govern de les Illes Balears. També ha treballat per a l'Administració Autònoma en els camps de l'estadística pública i la sanitat. Ha publicat diversos llibres i articles sobre la geografia, la demografia, la sanitat i el medi ambient de les Illes Balears. Entre els llibres que ha publicat destaquen: L'epidèmia de grip de l'any 1918 a les Illes Balears, El Tall (1991); Geografia de les Illes Balears, Lleonard Muntaner Editor (1997), i Geografia de les Illes Balears. Física i ambiental, Lleonard Muntaner Editor (2018, p. 548). Premios Nobel y brecha de género. Mujeres Nobel (1901-2023) (2024, p. 360). És coautor del capítol sobre demografia de la Memòria econòmica i social del Consell Econòmic i Social de les Illes Balears. En el camp de l'envelliment, destaquen —entre d'altres— els articles publicats a l'Anuari de l'Envel·liment de les Illes Balears: «Introducció al·l'estudi de la població estrangera de 65 i més anys resident a les Illes Balears en el context de la nova fase demogràfica multicultural» (Anuari 2010, pp. 17-74); «Anàlisi de les característiques del sobreenvelliment femení a les Illes Balears» (Anuari 2011, pp. 21-77); «La població nonagenària a les Illes Balears: una aproximació estadística» (Anuari 2012, pp. 49-76); «Les noves tecnologies i la tercera edat a les Illes Balears» (Anuari 2013, pp. 103-141); «Els impactes ocults de la crisi econòmica en la tercera edat» (Anuari 2014, pp. 153-182); «Recuperar la llengua del cor: el coneixement i l'ús de la llengua catalana de la població de 65 i més anys a les Illes Balears» (Anuari 2015, pp. 25-62); «Un perfil aproximat de la població de la tercera edat a les Illes Balears. Indicadors estadístics bàsics» (Anuari 2016, pp. 31-94); «Una aproximació al patró actual de la mortalitat general i de la tercera edat a les Illes Balears» (Anuari 2017, pp. 49-81); «Eutanàsia: el dret a decidir el moment de morir» (Anuari 2019, pp. 431-461); «La primera onada de la COVID-19 a les Illes Balears: reflexions generals, anàlisi de dades i repercussions sobre la tercera edat» (Anuari 2020, pp. 33-91), «Violència de gènere i persones grans» (Anuari 2021, pp. 69-120), «Gent gran i esport» (Anuari 2022, pp. 355-407), «La prevenció de la delinqüència que afecta la gent gran» (Anuari 2023, pp. 235-281) i «La soledat i la gent gran a les Illes Balears: situació actual i projecció de futur» (Anuari 2024, pp. 229-286). En el camp de la narrativa, ha publicat Contes contemporanis (1.0), Lleonard Muntaner Editor (2015).





**DESNUTRICIÓ EN UNA POBLACIÓ RESIDENCIAL
DE MALLORCA: ESTUDI DE PREVALENÇA
USANT ELS CRITERIS DE LA *GLOBAL
LEADERSHIP INITIATIVE ON MALNUTRITION*
I DESENVOLUPAMENT D'UNA ESTRATÈGIA
D'INTERVENCIÓ**



Desnutrició en una població residencial de Mallorca: estudi de prevalença usant els criteris de la *Global Leadership Initiative on Malnutrition* i desenvolupament d'una estratègia d'intervenció

Oriol Miralles Resina



Resum

La desnutrició és una condició altament prevalent entre la població geriàtrica institucionalitzada, amb repercussions importants sobre la funcionalitat, la sarcopènia, el deteriorament cognitiu i la qualitat de vida. Aquest estudi va tenir com a objectiu determinar la prevalença de desnutrició en una residència de Mallorca mitjançant els criteris diagnòstics GLIM i analitzar-ne la relació amb la funcionalitat i la sarcopènia. Es va dur a terme un estudi observacional transversal amb 72 residents (edat mitjana: 84,3 anys), avaluant variables antropomètriques, funcionals i clíniques. El 90,3 % presentava desnutrició (66,7 % lleu-moderada i 31,9 % greu) i el 97 % complia criteris de sarcopènia. Els residents desnodrits mostraren menor força de premsió manual, major grau de dependència funcional i una prevalença més alta de deteriorament cognitiu. Només el 25 % dels desnodrits lleus rebien suplementació nutricional oral. A més, la meitat seguien dietes adaptades en textura, fet que s'associà a un major risc nutricional. Aquests resultats evidencien una situació crítica que requereix mesures sistemàtiques de cribatge, adaptació dietètica i assistència personalitzada per evitar el deteriorament clínic. L'ús dels criteris GLIM es mostra útil per identificar precoçment la desnutrició i orientar estratègies assistencials efectives.

Resumen

La desnutrición es una condición altamente prevalente en la población geriátrica institucionalizada, con importantes repercusiones sobre la funcionalidad, la sarcopenia, el deterioro cognitivo y la calidad de vida. Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia de desnutrición en una residencia de Mallorca aplicando los criterios diagnósticos GLIM y analizar su relación con la funcionalidad y la sarcopenia. Se realizó un estudio observacional transversal con 72 residentes (edad media: 84,3 años), evaluando variables antropométricas, funcionales y clínicas. El 90,3 % presentaba desnutrición (66,7 % leve-moderada y 31,9 % grave) y el 97 % cumplía criterios de sarcopenia. Los residentes desnutridos mostraron menores valores de fuerza de prensión manual, mayor grado de dependencia funcional y mayor prevalencia de deterioro cognitivo. Solo el 25 % de los desnutridos leves recibía suplementación nutricional oral. Además, la mitad de los residentes seguía dietas adaptadas en textura, lo que se asoció a un mayor riesgo nutricional. Estos hallazgos evidencian una situación crítica que requiere implementar medidas sistemáticas de cribado, adaptación dietética y asistencia personalizada para prevenir el deterioro clínico. El uso de criterios GLIM demostró ser útil para identificar precozmente la desnutrición y orientar estrategias asistenciales efectivas.



1. Introducció

La desnutrició constitueix un problema de salut pública de gran magnitud entre la població geriàtrica, especialment en entorns residencials de llarga estada. La seva presència s'associa amb un deteriorament funcional progressiu, major morbidimortalitat, així com amb un augment de les despeses i la càrrega assistencial per als sistemes de salut (Abizanda et al., 2016; Baldwin et al., 2016; Elia i Stratton, 2009). La prevalença de desnutrició en residències varia àmpliament segons el mètode diagnòstic utilitzat, amb estudis que reporten xifres entre el 20 % i el 60 % en adults grans institucionalitzats (Smith et al., 1997). Aquestes diferències reflecteixen tant la heterogeneïtat dels criteris diagnòstics com la complexitat dels factors implicats en l'estat nutricional de la persona gran. Amb l'objectiu d'unificar criteris diagnòstics, la *Global Leadership Initiative on Malnutrition* (GLIM) ha proposat un sistema de classificació basat en la combinació de criteris fenotípics i etiològics (Cederholm et al., 2019; Hickson et al., 2004).

D'altra banda, la sarcopènia —entesa com la pèrdua progressiva de massa i força muscular— és una síndrome geriàtrica prevalent, estretament relacionada amb la desnutrició i amb un impacte directe sobre la funcionalitat, el risc de caigudes i la institucionalització (Leij-Halfwerk et al., 2019). La relació entre desnutrició i sarcopènia és bidireccional, ja que una ingesta insuficient de proteïnes i energia accelera la pèrdua muscular, mentre que la reducció de la força i la mobilitat dificulta l'alimentació adequada.

Davant l'elevada prevalença de desnutrició, diversos centres residencials han implementat estratègies multidimensionals per millorar l'estat nutricional dels residents. Aquestes iniciatives inclouen la modificació de l'ambient dels àpats per afavorir una experiència més agradable i estructurada (Douglas i Lawrence, 2015), la millora en la qualitat i varietat dels menús (Van Damme et al., 2019), la utilització de suplementos nutricionals orals (Hugo et al., 2018) i programes de formació per al personal assistencial sobre el suport alimentari individualitzat (Brunner et al., 2021). Tot i que aquestes mesures han mostrat resultats positius en alguns contextos, la seva aplicació continua sent irregular i sovint manca d'un abordatge sistemàtic que integri l'avaluació nutricional, la intervenció dietètica i el seguiment funcional dels residents (Agarwal et al., 2016; Watkins et al., 2017).

Davant aquest escenari, aquest estudi té com a objectiu determinar la prevalença de desnutrició en una residència de Mallorca utilitzant els criteris GLIM i analitzar la seva relació amb la funcionalitat i la sarcopènia. Així mateix, es proposa el disseny d'una estratègia d'intervenció que integri la millora de la qualitat alimentària, la suplementació nutricional i la promoció de l'activitat física com a mesures dirigides a optimitzar l'estat nutricional i la qualitat de vida dels residents.



2. Mètodes

2.1. Disseny de l'estudi

Es va realitzar un estudi observacional, transversal i analític en una residència geriàtrica situada a l'illa de Mallorca (Residència Son Caulelles). L'objectiu principal fou determinar la prevalença de desnutrició mitjançant els criteris GLIM, així com analitzar-ne l'associació amb la funcionalitat i la sarcopènia. La recollida de dades es va dur a terme durant el mes de maig de 2024.

2.2. Població i mostra

La mostra va estar composta per 72 residents institucionalitzats. No es van establir criteris d'exclusió, ja que es va realitzar un tall transversal de prevalença amb tots els usuaris del centre. Els criteris d'inclusió van ser: residents a temps complet a la institució i amb capacitat per participar en les mesures d'avaluació. L'edat mitjana dels participants fou de 84,3 anys (desviació estàndard (DE): 9,3), amb un predomini de dones (79,2 %). El grau de dependència funcional es va classificar segons la Llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPAD), observant-se un predomini del grau III (93,1 %), grau màxim de dependència.

2.3. Variables recollides

Les variables recollides es van agrupar en tres categories: antropomètriques (pes, talla, IMC), funcionals (força de premsió manual —mesurada amb dinamòmetre— i índex de Barthel) i clíniques (presència de sarcopènia —d'acord amb el test Ishii—, risc de caigudes, úlceres per pressió, tipus de dieta i suplementació nutricional) (Erdogan et al., 2022).

2.4. Instruments i fonts d'informació

Per avaluar l'estat nutricional es van utilitzar els criteris diagnòstics de la *Global Leadership Initiative on Malnutrition* (GLIM), que combinen criteris fenotípics (pèrdua de pes, IMC baix, reducció de la massa muscular) i etiològics (ingesta reduïda i inflamació). La sarcopènia es va detectar mitjançant el test Ishii, i la força muscular amb un dinamòmetre hidràulic de mà JAMAR®.

2.5. Procediment de recollida de dades

Les dades es van recollir in situ per part del personal sanitari del centre, seguint protocols clínics estandarditzats. Aquest estudi s'emmarca en les activitats habituals de control de qualitat i millora contínua de la pràctica assistencial dins del centre, i no va



requerir autorització específica del comitè ètic, ja que no s'hi van aplicar intervencions addicionals ni es va alterar la pràctica clínica habitual.

2.6. Anàlisi estadística

Es va dur a terme una anàlisi descriptiva. Les variables quantitatives (edat, IMC, força de premsió, índex de Barthel) es van resumir mitjançant mitjanes i desviacions estàndard. Les variables qualitatives (sexe, grau de dependència, presència de desnutrició, sarcopènia, suplementació) es van expressar en freqüències absolutes i percentatges. El tractament de dades es va realitzar amb Microsoft Excel®.

2.7. Revisió bibliogràfica narrativa

Amb l'objectiu de dissenyar una proposta d'intervenció nutricional basada en l'evidència, es va realitzar una revisió narrativa de la literatura científica a través de la base de dades PubMed. La cerca es va orientar a identificar estratègies de cribratge nutricional aplicades a centres geriàtrics, així com intervencions generals i individualitzades dirigides a millorar l'estat nutricional de les persones grans institucionalitzades. Les paraules clau utilitzades van incloure: *malnutrition in nursing homes*, *nutritional screening in elderly*, *protein supplementation in institutionalized older adults*, *sarcopenia and nutrition* i *residential aged care interventions*.

3. Resultats

3.1. Prevalença de la desnutrició i característiques associades

Segons els criteris diagnòstics GLIM, el 90,3 % dels residents de la mostra presentaven desnutrició, dels quals el 66,7 % van ser classificats amb desnutrició lleu-moderada i el 31,9 % amb desnutrició greu. Només un 8,3 % dels residents no mostraven criteris de desnutrició. La desnutrició es va observar amb una elevada freqüència en tots els graus de dependència funcional, especialment entre els residents amb dependència moderada (45,8 % dels desnodrits lleus i 47,8 % dels greus) i greu (27,1 % i 30,4 %, respectivament). Cap resident desnodrit va mostrar independència funcional (vegeu Gràfic 1). Pel que fa a la distribució per sexe, la majoria dels residents desnodrits eren dones (coherent amb el predomini de dones a la mostra).

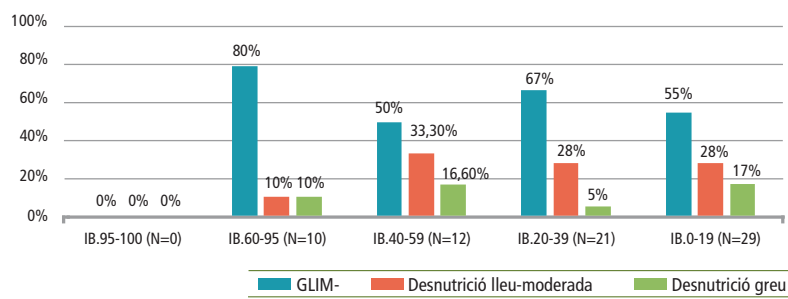
3.2. Relació entre desnutrició i sarcopènia

Un 97 % de la mostra va ser diagnosticada amb sarcopènia mitjançant el test Ishii (Erdogan et al., 2022). D'aquest grup, el 90 % també presentava desnutrició, fet que



indica una estreta relació entre ambdues condicions. La força de premsió manual va ser significativament inferior en residents amb desnutrició (7 kg, DE= 6,06) en comparació amb aquells sense desnutrició (10,79 kg, DE= 5,09). En dones amb sarcopènia i desnutrició, la mitjana fou de 8,83 kg (DE= 6,25), i de 8,73 kg (DE=3,58) en les no desnodrides. En homes, la diferència també fou notable, desnodrits amb sarcopènia 10,6 kg (DE=8,41) versus l'únic cas masculí de no desnodrits sense sarcopènia 14,01 kg. Aquestes dades indiquen que la desnutrició agreuja la pèrdua funcional muscular pròpia de la sarcopènia, fet que pot tenir implicacions en la mobilitat, la dependència i el risc de caigudes.

Gràfic 1 | Distribució de la desnutrició en relació amb l'índex de Barthel

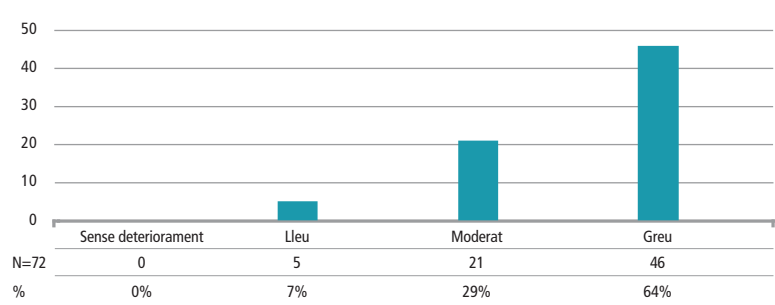


Font: elaboració pròpia.

3.3. Desnutrició i deteriorament cognitiu

El 100 % dels residents van presentar algun grau de deteriorament cognitiu, amb una clara concentració en els graus moderat (29 %) i greu (64 %) (vegeu Gràfic 2).

Gràfic 2 | Distribució del deteriorament cognitiu a la mostra

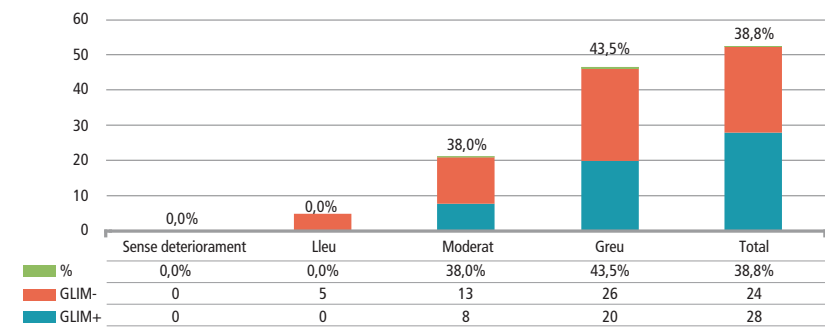


Font: elaboració pròpia.



La prevalença de desnutrició augmentava amb el grau de deteriorament cognitiu: un 38 % dels residents amb deteriorament moderat i un 44 % dels que presentaven deteriorament greu estaven desnodrits (vegeu Gràfic 3). Aquest fet suggereix que el dèficit cognitiu pot dificultar la ingesta adequada, especialment en fases avançades.

Gràfic 3 | Percentatge de desnutrició en usuaris amb deteriorament cognitiu

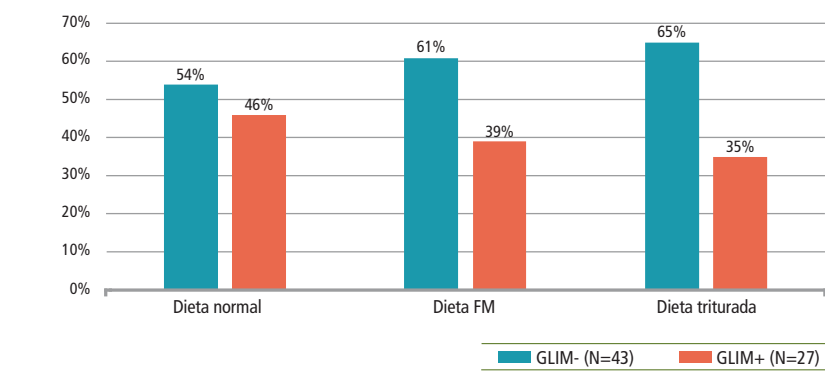


Font: elaboració pròpia.

3.4. Dieta i suplementació nutricional

Els residents amb desnutrició presentaven una major prevalença d'adaptacions en la textura de la dieta. Entre els que seguien una dieta triturada, el 65 % estaven desnodrits; amb dieta de fàcil masticació, el 61 %; i amb dieta normal, el 54 % (vegeu Gràfic 4).

Gràfic 4 | Tipus de dieta i desnutrició

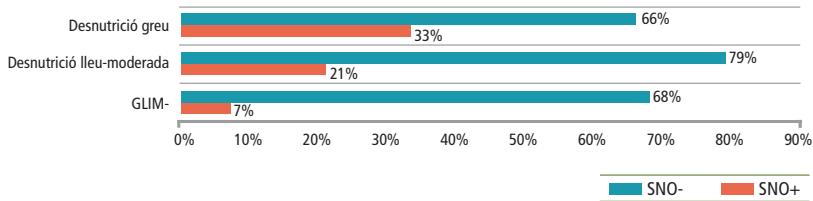


Font: elaboració pròpia.



Pel que fa a la suplementació nutricional oral (SNO), només el 25 % dels residents amb desnutrició lleu-moderada rebien suplement, mentre que aquesta proporció s'elevava al 56,5 % en els casos de desnutrició greu. Aquesta diferència revela una resposta parcialment adequada al risc nutricional, però encara insuficient en els estadis menys greus (vegeu Gràfic 5).

Gràfic 5 | *Estat nutricional i ús de suplementació nutricional oral*



Font: elaboració pròpia.

3.5. Revisió bibliogràfica narrativa: proposta i estratègies d'intervenció

L'elevat percentatge de residents amb desnutrició i sarcopènia posa de manifest la necessitat d'implantar un programa estructurat d'intervenció nutricional a la residència. Per això, es proposen les estratègies següents.

3.5.1. Organització de l'entorn i logística dels àpats

- **Millorar l'ambient del menjador.** Crear un entorn tranquil, amb taules reduïdes i disposició tipus «llar» ha demostrat augmentar la ingesta alimentària en persones grans institucionalitzades.
- **Assegurar el temps suficient per menjar.** Ampliar la durada dels àpats facilita l'alimentació dels residents amb dificultats de deglució o deteriorament funcional (Abbott et al., 2013).
- **Capacitació del personal.** Formació en estratègies d'assistència alimentària, promoció de l'autonomia i reforç positiu per als residents amb dificultats (Baldwin et al., 2016).

3.5.2. Millora de la qualitat i composició de la dieta

- **Increment de l'aportació proteica.** Es recomana un consum d'1,2–1,6 g/kg/dia de proteïna per prevenir la sarcopènia (Elia, 2015).
- **Ús d'aliments enriquits.** Incorporació de proteïnes en pols, greixos saludables i hidrats de carboni d'absorció fàcil als plats habituals (Smith et al., 1997).



- **Adaptació de la textura dels aliments.** Garantir dietes triturades o de fàcil masticació reals en residents amb disfàgia.

3.5.3. Promoció de l'activitat física

- **Entrenament de força i resistència.** Programes d'exercici amb bandes elàstiques i pesos lleugers per a la prevenció de la sarcopènia (Leij-Halfwerk et al., 2019).
- **Activitats de mobilitat adaptades.** Caminades supervisades i exercicis d'equilibri per millorar la funcionalitat i reduir el risc de caigudes.

3.5.4. Cribatge nutricional i estratègies de suplementació nutricional

Taula 1 | *Estratègies de suplementació en base al resultat del cribatge*

Classificació GLIM	Intervenció nutricional	Seguiment
Sense desnutrició (GLIM-)	Dieta equilibrada i avaluació semestral	Revaluació cada 6 mesos
Desnutrició lleu-moderada (GLIM+ Estadi 1)	Suplementació oral 1 cop al dia	Revaluació mensual
Desnutrició greu (GLIM+ Estadi 2)	Suplementació oral 2 cops al dia + reforç proteic	Revaluació quinzenal

Font: elaboració pròpia.

3.5.5. Mesures individualitzades segons l'estat clínic

Taula 2 | *Mesures nutricionals en base a condicions clíniques específiques*

Condicció	Intervenció específica
Resident amb disfàgia	Dieta adaptada (triturada / fàcil masticació) + suplement amb espessants nutricionals
Resident amb sarcopènia i desnutrició	Suplementació proteica + exercicis de resistència guiats
Resident amb deteriorament cognitiu sever	Alimentació supervisada amb tècniques per augmentar la ingesta
Resident amb caigudes freqüents	Avaluació nutricional, ajust dietètic i teràpia física
Resident amb UPP	Suplementació amb micronutrients (zinc, vitamina C) per afavorir la cicatrització

Font: elaboració pròpia.

4. Discussió

Els resultats del present estudi mostren una prevalença molt elevada de desnutrició en la població institucionalitzada en una residència mallorquina, amb un 90,3 % dels residents que compleixen criteris de desnutrició segons la definició GLIM. Aquesta



xifra és superior a la mitjana europea del 17,5 % observada en centres residencials segons una revisió sistemàtica recent de Leij-Halfwerk et al. (2019), i confirma que la desnutrició continua sent un problema greu i sovint infradiagnosticat en les institucions geriàtriques (Russell, 2007). Una de les troballes més rellevants és la relació consistent entre desnutrició i dependència funcional. El 77,8 % dels residents amb desnutrició greu presentaven dependència moderada o greu, segons l'índex de Barthel (vegeu Gràfic 1). Aquesta associació ja ha estat documentada anteriorment en el estudi de Volkert et al. (2019) i reflecteix una relació bidireccional: la desnutrició deteriora la capacitat funcional i, a la vegada, la pèrdua d'autonomia limita la capacitat d'alimentar-se adequadament, especialment en entorns amb suport assistencial limitat (Wells i Dumbrell, 2006).

També s'observa una forta connexió entre la desnutrició i la sarcopènia, amb un 97 % dels residents diagnosticats amb sarcopènia, i, dins aquest grup, un 90 % també desnodrits. La força de premsió manual, com a marcador funcional de fragilitat, va ser substancialment inferior en residents desnodrits (especialment homes), en comparació amb els no desnodrits. Aquest descens s'ha relacionat amb una ingesta insuficient de proteïna i energia, que accelera la pèrdua de massa muscular en adults majors (Cederholm et al., 2019; Elia, 2015).

Malgrat aquesta alta prevalença, la taxa de suplementació nutricional oral (SNO) en els casos de desnutrició lleu-moderada és només del 25 %, tot i que augmenta fins al 56,5 % en els casos greus. Aquesta disparitat reflecteix una actuació reactiva i no preventiva, i suggereix la necessitat d'implementar programes de cribratge sistemàtic i intervenció precoç (Hickson et al., 2004). Intervencions amb suplementos nutricionals han demostrat ser rendibles i efectives per millorar el pes corporal, la força muscular i la qualitat de vida en aquest col·lectiu (Elia et al., 2018; Stratton et al., 2013). Un altre factor clau és el tipus de dieta. En el nostre estudi, un 50 % dels residents rebien dieta triturada, i dins aquest grup la desnutrició era més prevalent. Això és coherent amb estudis que mostren que les modificacions de textura, tot i ser necessàries, poden reduir la densitat energètica i la palatabilitat del menjar, afavorint la pèrdua de pes i la ingesta insuficient (Lam et al., 2016). L'adaptació del menú, l'enriquiment nutricional i l'assistència durant els àpats són estratègies amb efectes positius demostrats sobre l'estat nutricional (Douglas i Lawrence, 2015).

Cal destacar que el deteriorament cognitiu —que afecta el 100 % de la mostra— també s'associa amb desnutrició, especialment en graus moderats i greus (vegeu Gràfic 2). La desorientació, la disfàgia, la falta de reconeixement dels aliments i la desconexió amb l'acte alimentari poden dificultar greument la ingesta (Volkert et al., 2019). La presència concomitant de trastorns de conducta, presents en un 45,8 % dels residents, pot agreujar aquesta situació i requerir suports específics en el moment dels àpats.



Finalment, davant la prevalença alarmant de desnutrició (90,3 %) i l'alta incidència de sarcopènia en aquest estudi, resulta fonamental la implementació d'un model d'intervenció estructurat i basat en l'evidència. Els resultats reforcen la necessitat d'actuar no només a nivell individual, sinó amb estratègies generals per a tota la institució: millora de l'entorn dels àpats, temps suficient per menjar i formació del personal han mostrat efectes positius sobre la ingesta (Abbott et al., 2013). A més, la incorporació de dietes enriquides i adaptades, així com programes de suplementació segons la gravetat de la desnutrició, són mesures clau per revertir aquesta situació (Smith et al., 1997). Finalment, la combinació amb activitat física adaptada i un cribratge sistemàtic amb criteris GLIM pot millorar significativament l'estat nutricional i funcional dels residents.

5. Conclusió

Aquest estudi revela una prevalença molt elevada de desnutrició (90,3 %) en residents d'una institució geriàtrica en Mallorca, amb una clara associació amb sarcopènia, deteriorament funcional i cognitiu. La combinació d'aquests factors accentua la vulnerabilitat dels residents i incrementa el risc de deteriorament clínic. Tot i l'elevada incidència, es detecta una baixa taxa de suplementació nutricional, especialment en estadis lleus, fet que evidencia la manca d'un cribratge sistemàtic i d'un abordatge preventiu. Els resultats justifiquen la implementació d'un model d'intervenció estructurat, amb mesures generals, accions adaptades i protocols de seguiment basats en criteris GLIM, per tal de millorar l'estat nutricional i funcional dels residents.



Referències bibliogràfiques

Abbott, R.A.; Whear, R.; Thompson-Coon, J.; Ukoumunne, O.C.; Rogers, M.; Bethel, A. et al. (2013). «Effectiveness of mealtime interventions on nutritional outcomes for the elderly living in residential care: a systematic review and meta-analysis». *Ageing Research Reviews*, 12 (4), 967–981. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2013.06.002>.

Abizanda, P.; Sinclair, A.; Barcons, N.; Lizán, L. i Rodríguez-Mañas, L. (2016). «Costs of malnutrition in institutionalized and community-dwelling older adults». *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (9), 789–795.

Agarwal, E.; Marshall, S.; Miller, M. i Isenring, E. (2016). «Optimising nutrition in residential aged care: a narrative review». *Maturitas*, 92, 70–78. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.06.013>.

Baldwin, C.; Kimber, K.L.; Gibbs, M. i Weekes, C.E. (2016). «Supportive interventions for enhancing dietary intake in malnourished or nutritionally at-risk adults». *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, CD009840. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009840.pub2>.

Brunner, S.; Mayer, H.; Qin, H.; Breidert, M.; Dietrich, M.; Müller, M.S. (2021). «Interventions to optimise nutrition in older people in hospitals and long-term care: Umbrella review». *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 00, 1–20. <https://doi.org/10.1111/scs.13015>

Cederholm, T.; Jensen, G.L.; Correia, M.I.T.D.; Gonzalez, M.C.; Fukushima, R.; Higashiguchi, T. et al., GLIM Working Group (2019). «GLIM criteria for the diagnosis of malnutrition - A consensus report from the global clinical nutrition community». *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland)*, 38 (1), 1–9. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.08.002>

Corish, C.A. i Bardon, L.A. (2018). «Malnutrition in older adults: screening and determinants». *Proceedings of the Nutrition Society*, 77 (3), 372–377.

Douglas, J.W.; Lawrence, J.C. i Vailas, L.I. (2015). «Interventions to optimise nutrition in older people in hospitals». *British Journal of Nutrition*, 114 (3), 407–414.

Elia, M. i Stratton, R.J. (2012). «An analytic appraisal of nutrition screening tools supported by original data with particular reference to age». *Nutrition*, 28 (5), 477–494.

Elia, M. (2015). «The cost of malnutrition in England and potential cost savings from nutritional interventions (full report)». *BAPEN report*.



Erdogan, T.; Catikkas, N.M.; Oren, M.M.; Kılıc, C.; Karan, M.A. i Bahat, G. (2022). «Ishii test for screening sarcopenia: performance in community-dwelling older adults». *Aging clinical and experimental research*, 34 (4), 785–791. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-01998-6>

Gómez, G.; Baeyens, J.P. i Morley, J.E. (2020). «Prevalence of protein-energy malnutrition risk in European older adults in nursing homes». *Clinical Nutrition*, 39 (1), 258–264.

Hickson, M.; Bulpitt, C.; Nunes, M. et al. (2004). «Does additional feeding support provided by health care assistants improve nutritional status and outcome in acutely ill older in-patients? A randomised control trial». *Clin Nutr*, 23, 69–77.

Hugo, C.; Isenring, E.; Sinclair, D. i Agarwal, E. (2018). «Micronutrient food fortification for residential care: A systematic review». *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 31 (5), 595–607.

Lam, K.; Cheng, S.T. i Chan, A.C. (2016). «Set service meal and meals of quality: A review on nutritional quality in aged care facilities». *Ageing & Society*, 36 (8), 1677–1693.

Leij-Halfwerk, S.; Verwij, M.H.; van Houdt, S.; Borkent, J.W. i Maier, A.B. (2019). «Conference on 'Getting energy balance right': Nutritional interventions to prevent and treat sarcopenia in the elderly». *Proceedings of the Nutrition Society*, 78 (3), 401–411.

Marshall, S.; Young, A. i Bauer, J. (2016). «Subjective Global Assessment and nutritional risk in older adults: A systematic review». *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 116 (10), 1763–1778.

Russell, C.A. (2007). «The impact of malnutrition on healthcare costs and economic considerations for the use of oral nutritional supplements». *Clinical Nutrition Supplements*, 2, 25–32.

Sinclair, D.; Isenring, E. i Agarwal, E. (2016). «Cost-effectiveness of food, supplement, and exercise interventions to address malnutrition in older adults». *British Journal of Nutrition*, 116 (4), 622–632.

Smith, P.E. i Smith, A.E. (1997). «High-quality nutritional interventions reduce costs». *Healthcare Financial Management*, 51, 66–69.

Stratton, R.J.; Hébuterne, X. i Elia, M. (2013). «A systematic review and meta-analysis of the impact of oral nutritional supplements on hospital readmissions». *Ageing Research Reviews*, 12 (4), 884–897.



Volkert, D.; Beck, A.M.; Cederholm, T.; Cruz-Jentoft, A.; Goisser, S.; Hooper, L. et al. (2019). E«SPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics». *Clinical Nutrition*, 38 (1), 10–47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>.

Watkins, C.; Smith, T. i Grundy, J. (2017). «Environmental considerations for improving food intake in older adults: A systematic review». *The Gerontologist*, 57 (2), 253–265.

Wells, J.L. i Dumbrell, A.C. (2006). «Nutrition and aging: assessment and treatment of compromised nutritional status in frail elderly patients». *Clin Interv Aging*, 1 (1), 67–79.



Autor

ORIOL MIRALLES RESINA

Terrassa, Barcelona (1991). Facultatiu especialista adjunt en Geriatria i Gerontologia. Experiència recent com a coordinador de l'àrea mèdica a l'IMAS, Mallorca (2023-actualitat) i FEA Geriatria a l'Hospital SJD-Palma (2021-2023). Experiència en envelliment: membre del grup nacional de demències de la SEGG.



ATENCIÓ SANITÀRIA HOSPITALÀRIA EN UN SERVEI DE GERIATRIA



Atenció sanitària hospitalària en un servei de geriatria

Margarita Viñuela Benéitez



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 333/532

Resum

L'envel·liment de la població ens obliga a replantejar-nos els models actuals d'assistència a la gent gran, col·lectiu que augmentarà de manera exponencial en els propers anys. A més, Espanya serà, en breu, el país més envellit del món i les polítiques sanitàries hauran de donar resposta a les necessitats que sorgeixen, havent de comptar tant amb els models d'atenció a la dependència com també a la seva prevenció. En aquest context, la Geriatria cobrarà gran importància i juntament amb l'Atenció Primària seran les especialitats mèdiques que lideraran l'abordatge a aquest col·lectiu, independentment del nivell assistencial en el qual es trobin.

L'any 2002, l'Hospital Sant Joan de Déu va obrir l'Hospital de dia Geriàtric (HDG) i des d'aleshores ha anat incorporant progressivament la resta dels nivells assistencials fins que, actualment, disposa d'Unitat d'Aguts (UGA), Unitat de Mitjana Estada (UME) — (Unitat Geriàtrica d'Ictus, Unitat d'Ortogeriatría i Unitat de Recuperació Funcional)—, Unitat de Cures Intermèdies (UCG) i consultes externes. L'obertura de l'Hospital Sant Joan de Déu d'Inca, el novembre de l'any 2019, ens va permetre replicar el model que teníem a Palma amb les mateixes unitats i donar resposta als majors d'aquesta zona. En aquest capítol desenvoluparem l'activitat del Servei de Geriatria de l'Hospital Universitari Sant Joan de Déu, únic existent a les Illes Balears i referent des de fa dècades en l'atenció als més grans.

També revisarem els objectius i l'evidència científica de cadascuna de les unitats geriàtriques i valorarem diferències en funció de la població atesa. Tant les UGA com les UGI i les ORT han mostrat beneficis quan es comparen amb unitats tradicionals d'atenció als majors (grau recomanació A), independentment de l'edat i el motiu de derivació. L'atenció especialitzada i els pacients ben seleccionats condueixen a disminuir la comorbiditat, reduir els ingressos hospitalaris, la mortalitat i els costos sanitaris, tot això, sense oblidar-nos de la qualitat de vida i la satisfacció percebuda pel pacient i família.

Resumen

El envejecimiento de la población nos obliga a replantearnos los modelos actuales de asistencia a las personas mayores, colectivo que aumentará de manera exponencial en los próximos años. Además, España será, en breve, el país más envejecido del mundo y las políticas sanitarias tendrán que dar respuesta a las necesidades que surgen, debiendo contar tanto con los modelos de atención a la dependencia como también a su prevención. En este contexto, la Geriatria cobrará gran importancia y junto con la Atención Primaria serán las especialidades médicas que liderarán el abordaje a este colectivo, independientemente del nivel asistencial en el que se encuentren.



En el año 2002, el Hospital Sant Joan de Déu abrió el Hospital de Día Geriátrico (HDG) y desde entonces ha ido incorporando progresivamente el resto de los niveles asistenciales hasta que, actualmente, dispone de Unidad de Agudos (UGA), Unidad de Media Estancia (UME) —Unidad Geriátrica de Ictus, Unidad de Ortogeriatría y Unidad de Recuperación Funcional—, Unidad de Cuidados Intermedios (UCG) y consultas externas. La apertura del Hospital Sant Joan de Déu de Inca, en noviembre del año 2019, nos permitió replicar el modelo que teníamos en Palma con las mismas unidades y dar respuesta a los mayores de esa zona. En este capítulo desarrollaremos la actividad del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario Sant Joan de Déu, único existente en las Islas Baleares y referente desde hace décadas en la atención a los mayores.

También revisaremos los objetivos y la evidencia científica de cada una de las unidades geriátricas y valoraremos diferencias en función de la población atendida. Tanto las UGA como las UGI y las ORT han mostrado beneficios cuando se comparan con unidades tradicionales de atención a los mayores (grado recomendación A), independientemente de la edad y el motivo de derivación. La atención especializada y los pacientes bien seleccionados conduce a disminuir la comorbilidad, reducir los ingresos hospitalarios, la mortalidad y los costes sanitarios, todo ello, sin olvidarnos de la calidad de vida y satisfacción percibida por el paciente y familia.

1. Introducció

A mesura que la piràmide de població s'inverteix i el grup dels majors passa a ser el més nombrós, es planteja la necessitat de revisar els termes referents a l'envelliment i a la població que engloba els majors. Així doncs, una persona vella serà aquella de més de 65 anys i una població envellida és aquella que té més d'un 10 % de la seva població en aquest grup d'edat. No obstant això, als països en què l'esperança de vida ha augmentat i la taxa ha passat a ser del 20 % s'ha començat a elevar aquest llindar a partir dels 75 anys, supermajor per sobre de 90 anys i supercentenari per sobre de 110 anys. Actualment, prop del 20 % de la població té més de 65 anys, i el 35 % d'aquesta té més de 80 anys (representa el 7 % de la població). Es preveu que l'any 2050 la població mundial major de 65 anys serà del 16 % mentre que a Europa estarà entre el 27,1 % i el 32,9 %.

Com a factors determinants d'aquest canvi hi ha l'aspecte demogràfic i el tipus de malalties, les quals han passat de ser infeccioses a cròniques i edat dependents (neurodegeneratives, cardiovasculars, oncològiques), que són les que generen la discapacitat que acompanya l'última etapa vital. Pel que fa al canvi demogràfic, la taxa de natalitat es troba en els seus mínims històrics i la mortalitat, tot i que ha



disminuït per les millores sanitàries, s'ha incrementat lleugerament en els últims temps per l'envelliment poblacional. Malgrat això l'esperança de vida ha seguit augmentant. Segons l'Institut Nacional d'Estadística tenen una esperança de vida en néixer de 80,3 anys en el cas dels homes i de 85,7 anys en el cas de les dones. Fins a aquest moment el límit màxim l'ha establert Jeanne Calment, que va morir amb 122 anys.

D'altra banda, el grup de majors de 80 anys té més risc de discapacitat i augment de recursos. Actualment, el perfil del pacient atès és una persona de més de 75 anys amb fragilitat, deteriorament funcional o alt risc, gran comorbiditat crònica i consumidor d'alt percentatge de recursos de salut.

2. Definicions i conceptes

L'envelliment és un procés biològic normal en el qual es perd la reserva fisiològica de manera progressiva conduint a un deteriorament funcional i a una major fragilitat i finalment a la mort. López Otín descriu la salut com un equilibri entre nou claus cel·lulars i moleculars vinculats amb alteracions metabòliques intensament relacionats entre si que són resultat de l'estil de vida, les malalties, l'entorn social, la situació econòmica, el sofriment, els factors de risc, la capacitat de resiliència i aspectes genètics (López-Otín, 2024).

La capacitat intrínseca és la combinació de les capacitats físiques i mentals que permeten desenvolupar-se de manera autònoma, les característiques de l'entorn i les interaccions entre ambdós. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) ha establert cinc grans dominis per definir-la: la mobilitat, la cognició, els sentits, la capacitat psicològica i la vitalitat. Aquesta capacitat assoleix el seu màxim al voltant dels 20 anys i comença el seu declivi a partir dels 30 anys, començant a haver-hi una reducció de reserva funcional dels diferents òrgans.

La fragilitat apareix quan l'organisme no pot mantenir l'homeòstasi. L'aparició de la malaltia provocarà una reducció i/o pèrdua de reserva funcional dels diferents òrgans i apareixeran diferents graus de discapacitat. La fragilitat en els majors té un important valor predictiu: incrementa el risc de mortalitat, el de deteriorament funcional, el de caigudes i el d'hospitalització i major despesa sanitària. Les persones sense fragilitat, independents per a totes les AVD, tenen una mortalitat d'1,3 % als 5 anys i de 15,8 % als 10 anys; les persones prefràgils, independents per a les activitats basals de la vida diària (ABVD) i amb certa discapacitat de les instrumentals (AIVD) tenen 23 % als 5 anys i gairebé 50 % als 10 anys; les persones amb discapacitat lleu per a ABVD tenen una mortalitat d'un 50 % als 5 anys i 75 % als 10 anys. I en cas de discapacitat greu per a qualsevol tipus d'AVD la mortalitat als 5 anys és de 80 % i als 10 anys de 97 %. La



fragilitat és el major determinant de les necessitats de l'atenció sanitària i d'assignació dels recursos.

Les síndromes geriàtriques són condicions de salut no específiques, molt prevalents en els ancians, però infradiagnosticats per la seva presentació atípica. El seu origen és multifactorial, i es relacionen amb la disminució de reserva funcional. Es detecten en la valoració geriàtrica integral (VGI), es tracten de manera multidisciplinària i es beneficien dels nivells assistencials. Després dels «5 gegants de la geriatria» (deteriorament funcional, deteriorament cognitiu, immobilitat, caigudes, incontinència) s'hi van unir la fragilitat, sarcopènia, delírium, depressió, insomni, dèficit sensorial, dolor, malnutrició, disfàgia, polifarmàcia, úlceres per pressió i maltractaments. La seva aparició s'associa a mal pronòstic amb el doble de multimorbiditat, sent millor predictor de mortalitat la velocitat de la marxa que la hipertensió arterial

La geriatria va néixer com a especialitat mèdica al Regne Unit quan la Dra. Marjory Warren va observar la necessitat d'una atenció específica per a pacients ancians i va promoure un enfocament mèdic integral per a ells. S'ocupa de prevenir, diagnosticar i tractar les malalties dels més grans. La gerontologia és l'estudi de l'envelliment en la seva perspectiva més àmplia.

A Espanya el desenvolupament de la geriatria va tardar a desenvolupar-se diverses dècades en relació amb el Regne Unit i a més la implantació no va ser homogènia a tot el territori espanyol, amb grans diferències entre les diferents comunitats autònomes.

3. El Servei de Geriatria de l'Hospital Sant Joan de Déu Palma-Inca

A les Illes Balears, l'únic Servei de Geriatria existent és el de l'Hospital Sant Joan de Déu (HSJD) que va apostar per aquesta especialitat fa més de dues dècades.

El primer nivell assistencial geriàtric desenvolupat va ser l'Hospital de Dia Geriàtric (HDG) l'any 2002, que va ser pioner juntament amb el de l'Hospital de Creu Roja. A nivell hospitalari els pacients arribaven molt dependents amb necessitats pal·liatives i amb un objectiu d'adequació del nivell terapèutic i control de símptomes. Posteriorment, assumim pacients amb potencial de recuperació funcional i retorn al domicili previ. Així, el 2007, es va conformar la primera Unitat de Mitjana Estada (UME) que va englobar posteriorment la Subunitat Geriàtrica d'Ictus (UGI), la Unitat d'Ortogeriatría (ORT) i la Unitat de Recuperació Funcional (URFG). Simultàniament, es va crear la Unitat Geriàtrica d'Aguts (UGA) amb els pacients derivats des d'urgències o des del propi domicili. Pel que fa als pacients derivats a les consultes de Geriatria, aquests procedeixen d'Atenció Primària o bé des d'altres especialitats mèdiques i quirúrgiques.



L'obertura de l'HSJD d'Inca, el novembre de l'any 2019, ens va permetre replicar el model que teníem a Palma amb les mateixes unitats donant resposta als majors d'aquesta zona. En els darrers cinc anys el Servei de Geriatria ha assumit activitat docent per impartir l'assignatura de Geriatria en el grau de Medicina de la Universitat de les Illes Balears (UIB), i s'ha convertit en Unitat Docent Multiprofessional formant anualment un metge intern resident (MIR) i dos infermers interns residents (EIR). En aquest capítol tractarem l'activitat desenvolupada pel Servei de Geriatria de l'HSJD Palma-Inca l'any 2024

3.1. Unitat Geriàtrica d'Aguts

El 1973, Guillén Llera va descriure les UGA com una novetat assistencial, però la implementació d'aquestes unitats al nostre país ha estat molt escassa i tardana, a més de molt heterogènia al llarg del territori. Segons la Societat Espanyola de Medicina Geriàtrica (SEMEG) la ràtio de llits almenys, hauria de ser d'1,5 llits per 1.000 persones de 75 o més anys, i el desitjable seria de 4,3 llits per 1.000 persones de 75 o més anys (2) (Batzán, 2004).

L'eficiència d'aquestes unitats comença per la selecció de pacients diana, que seran aquells majors fràgils en els quals es prevegi major risc de deteriorament funcional secundari a l'hospitalització per procés agut. A causa de l'envelliment de la població s'ha plantejat utilitzar els criteris següents:

- majors de 80 anys amb malaltia aguda o crònica reaguditzada, no candidats a una unitat de crítics en el moment de l'ingrés i que no necessitin com a única tècnica principal diagnòstica i terapèutica alguna de realitzada per una altra especialitat mèdica;
- majors de 70-80 anys amb una discapacitat d'almenys una ABVD, estan institucionalitzats, són fràgils o tenen alguna síndrome geriàtrica més gran (deteriorament funcional, deteriorament cognitiu, caigudes, malnutrició o delírium).

Els pacients ancians són els que més ingressos pateixen i fins al 40 % dels majors de 75 anys presenten complicacions. L'hospitalització és un factor de risc de deteriorament funcional que suposa major risc de dependència, d'institucionalització, de consum de recursos socials, sanitaris i econòmics i de mortalitat. A l'alta s'estima una pèrdua funcional del 35-73 % comparada amb el nivell previ i al mes entre el 31 % i el 42,8 %, que s'associa fonamentalment a la seva reserva fisiològica, la malaltia que origina l'ingrés i el processos d'atenció a la malaltia aguda. La despesa sanitària és més gran a les edats més avançades a causa de la malaltia, a la sofisticació i tecnificació de la medicina. El millor indicador pronòstic és el deteriorament funcional, per sobre del diagnòstic d'ingrés i de les complicacions.



En dues metaanàlisis es va evidenciar que a les UGA es redueix l'aparició de deteriorament funcional en un 13 %, augmenten les altes a domicili un 25 %, encara que no hi hagi diferències en mortalitat, reduint els costos directes en hospitalització un 3-12 % i l'estada mitjana un 10 % (NNT 19 per a esdeveniment desfavorable i NNT 17 per evitar una institucionalització) (Batzán et al., 2009, 2011). Recomanació nivell evidència A. Tot ancià fràgil ingressat des d'urgències en un hospital hauria de tenir accés a un llit especialitzat a Geriatria (Ellis, 2011).

L'OMS en l'*Informe Mundial sobre l'Envel·liment i la Salut 2015* ens indica que cal reformar i adaptar els sistemes assistencials a les necessitats de la població anciana, incrementant el nombre de geriatres per poder abordar les necessitats de la població i alentint la creació d'unitats geriàtriques per tractar casos complexos: «Existeixen proves fefaents que les UGA ofereixen una assistència de més qualitat, amb internacions més curtes i menors costos que l'atenció hospitalària general».

A la UGA atenem aquells pacients que procedeixen dels Serveis d'Urgències i també els que estant en domicili tenen patologies cròniques i avançades (PCA) no sent subsidiaris d'anar a urgències on possiblement s'abordarien amb un enfocament i intensitat de tractament no adaptats a les seves necessitats.

Un cop ingressa el pacient, a la unitat es realitza la corresponent valoració geriàtrica integral (VGI) que aborda totes les esferes: física, cognitiva, psicosocial, funcional amb especial èmfasi en les síndromes geriàtriques més importants. D'aquesta manera es realitza una llista de problemes que dirigiran l'enfocament i ajudarà a determinar l'objectiu principal de l'ingrés establint un pla de tractament i cures. Sabem que la situació funcional i mental ens pot predir el risc de mortalitat i d'estada hospitalària per sobre del procés diagnòstic que motiva l'ingrés. L'atenció interdisciplinària per part d'un equip multidisciplinari inclou un geriatre, un infermer i un treballador social, tot i que es pot completar amb molts més professionals segons es necessiti. Després d'aquesta valoració que s'ha de realitzar en les primeres 48 hores s'estableixen els objectius de l'ingrés i quan aquest acaba ha d'existir una coordinació entre l'hospital i la comunitat per garantir aquesta continuïtat de cures; aquest paper el desenvolupen la infermeria d'enllaç o gestora de casos. A causa de la complexitat d'aquests pacients i la importància que cobra el deteriorament funcional, els GRD no són suficients en aquest àmbit atès que no ens mesuren paràmetres funcionals.

3.1.1. Resultats de la UGA de l'HSJD

L'any 2024 la població atesa al Servei de Geriatria va ser de més edat i complexitat que l'any previ. El 62 % eren majors de 85 anys i un 11 % majors de 95 anys, el 65 % dels pacients eren dones, una ràtio que es va duplicar respecte als homes en el grup de majors de 85 anys. L'estada mitjana en tots dos hospitals s'ha incrementat respecte



al 2023 a causa de la complexitat que presentaven els pacients, i es va obtenir un guany funcional global de 20 punts. La institucionalització va representar un 11 %, la mortalitat va ser del 40 % i van retornar al domicili el 47 % dels pacients (valors similars als d'anys previs).

Taula 1 | *Unitat geriàtrica d'aguts*

HSJD		PALMA		INCA
Nombre de pacients	198	Nombre de pacients	99	99
Sexe	Homes 35 % Dones 65 %	Procedència	65 % urgènc. 23 % domic.	35 % urgènc. 65 % domic.
Edat	65-74 anys: 9 % 75-84 anys: 28 % 85-94 anys: 52 % >94 anys: 11 %	Estada mitjana Retorn al domicili Institucionalització Mortalitat	14 dies 67 % 6 % 26 %	20 dies 31 % 15 % 54 %
Guany funcional	20 punts	23 punts	23 punts	17 punts

Font: elaboració pròpia.

No obstant això, veiem diferències en les característiques dels pacients atesos entre tots dos hospitals SJD. A Palma els pacients són més joves (només la meitat són majors de 85 anys), procedeixen en un 65 % d'urgències i 23 % del seu propi domicili (PCA), tenen ingressos de 14 dies amb una mortalitat del 26 %, una institucionalització del 6 % i el 67 % tornen al domicili. A Inca, en canvi, el 65 % són pacients PCA procedents del domicili i només el 35 % provenien de l'Hospital Comarcal d'Inca, el 75 % era majors de 85 anys, tenien més pluripatologia, mortalitat (54 %), estada mitjana (20 dies) i institucionalització (15 %) amb un retorn al domicili del 30 % (vegeu Taula 1).

Els pacients tractats a la UGA cada vegada són més grans, predomina el sexe femení. No obstant això, d'acord amb la procedència i tipologia dels pacients (PCA del domicili a Inca enfront d'urgències a Palma), els resultats són diferents amb doble de mortalitat, institucionalització a l'hospital d'Inca.

3.2. Unitats de Mitjana Estada

Després d'una fase aguda hem d'impedir que l'hospital generi discapacitat o deixi sense tractar el deteriorament funcional amb què el pacient ingressa. L'objectiu d'aquestes unitats és recuperar la funció per poder reinserir el pacient en el seu entorn previ en el millor estat possible. Se les ha anomenat de moltes maneres diferents: mitjana estada, recuperació funcional, convallescència geriàtrica. Els pilars en els quals ens recolzem continuen sent la VGI, els equips multidisciplinaris formats per més professionals (geriatria, infermers, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, treballador social, logopeda, psicòleg, neuropsicòleg, fisioterapeutes) i els nivells assistencials.



A Espanya aquestes unitats apareixen a finals dels anys vuitanta i tot i que han demostrat ser eficaces amb un nivell d'evidència A (disminuint l'estada i els costos sanitaris), especialment en els ictus i en les fractures de maluc, molts serveis de Geriatria encara no en tenen. També es beneficien de les UME els pacients amb deteriorament funcional reversible. Són eficients si hi ha selecció adequada de pacients, si es treballa amb la VGI, un equip multidisciplinari amb reunions periòdiques i si es planifica l'alta i hi ha seguiment posterior. S'obté un guany funcional major de 20 punts, un percentatge d'institucionalització menor del 20 %, derivació a una UGA menor del 10 % i estada mitjana de 18-35 dies.

3.2.1. Resultats de les UME a HSJD

Al nostre hospital hem anat desenvolupant aquestes unitats en els últims anys i en aquest moment comptem amb una unitat geriàtrica d'íctus, una d'ortogeriatria i una altra de recuperació funcional per a la immobilitat prolongada. En total es van atendre 288 pacients durant l'any 2024. La meitat dels pacients tenien més de 85 anys, i el 5 % més de 95 anys. La majoria eren dones (60 %). En conjunt el guany funcional global va ser de 33 punts, la derivació a UGA un 3 %, la institucionalització de l'11 % i la mortalitat del 20 %. Estadets prolongades per la dificultat per plantejar altes atesa l'absència de recursos que permetin atendre el pacient en domicili a l'alta i a la dificultat d'obtenció de plaça en residència (vegeu Taula 2).

Taula 2 | Unitat de mitjana estada

HSJD			PALMA	INCA
Nombre de pacients	288	Guany funcional	40	26
Sexe	Homes 40 % Dones 60 %	Estada funcional	66 dies	73 dies
Edat	65-74 anys: 20 %	Derivació a UGA	4 %	1 %
	75-85 anys: 40 %	Retorn al domicili	73 %	54 %
	85-94 anys: 35 %	Institucionalització	8 %	14 %
	>94 anys: 5 %	Mortalitat	15 %	31 %

Font: elaboració pròpia.

3.2.2. Unitats d'Ortogeriatria

Les caigudes són una de les grans síndromes geriàtriques ja que suposen un element que genera molta discapacitat i el seu origen és multicausal. Una de les conseqüències més greus és la fractura (incidència de 500/100.000 habitants i any). Aquesta taxa augmenta a partir dels 75 anys fins a 2.534/100.000 habitants en el grup major de 90 anys. La incidència és tres vegades més gran en les dones que en els homes. El risc de patir una fractura es considera similar al de desenvolupar una malaltia cardiovascular o fins i tot superior al de tenir un càncer de mama als països desenvolupats. Un de cada quatre pacients mor l'any següent i a més s'incrementa el risc de mort per qualsevol



causa. La meitat dels que pateixen fractura de maluc no recuperen la funcionalitat basal. Les causes principals de la fractura de maluc són les caigudes i l'osteoporosi per la qual cosa cal prevenir les primeres i tractar les segones. Les fractures prèvies són un factor de risc i tenen una taxa de recurrència als 5 anys de 8 % i als 10 anys de 15 %. El 90 % de les fractures són conseqüència directa d'una caiguda, gairebé sempre de baix impacte, i en el 50 % dels casos són pacients amb caigudes de repetició. Per tant, la VGI anirà encaminada a detectar malalties com diabetis, alteracions del ritme cardíac, de la marxa, parkinsonisme, deteriorament cognitiu, problemes visuals, malnutrició, osteoartrosi, sarcopènia, dolor crònic, problemes podològics (vegeu Taula 2a).

Taula 2a | *Tipus de fractures*

Tipus de fractures	Tractament	Complicacions
Intracapsular (42 %)	Osteosíntesi Artroplàstia total o parcial Cap: no deambula/expectativa vital curta	Necrosi cap femoral Pseudoartrosi Luxació cap femoral
Extracapsular (50-52 %)	Osteosíntesi (Clau intramedular o cargol)	Risc de sagnat Mortalitat
Subtrocànter (6-7 %)	Osteosíntesi	Risc de sagnat Mortalitat

Font: elaboració pròpia.

Els factors que influeixen en la recuperació funcional, a banda dels referents al tipus de fractura, estan relacionats amb la situació prèvia com, per exemple, el deteriorament cognitiu, les comorbiditats, l'estat nutricional, la situació funcional basal, però d'altres es deuen a la mateixa hospitalització i a les complicacions d'aquesta, com el delírium, la depressió o la necessitat d'estades més prolongades (Guies SEGG-SECOT, 2007). Alguns autors han desenvolupat una classificació en set grups homogenis que estableixen els objectius rehabilitadors i pronostiquen el nivell de recuperació funcional i la mortalitat basant-se en l'edat, la situació basal funcional i la presència o absència de demència (Alarcón, 2011). En els pacients més joves, sense deteriorament cognitiu i amb bona situació funcional prèvia es pot preferir la rehabilitació ambulatoria, però aquells fràgils i de més edat amb bona situació funcional prèvia i amb incapacitat potencialment reversible es beneficiaran d'un ingrés en unitats d'ortogeriatria per a una rehabilitació més intensiva.

Després d'una fractura apareixen complicacions com el dolor que la majoria de les vegades millorarà després de la intervenció quirúrgica, l'anèmia que necessitarà si l'hemoglobina és menor de 8 gr/dl, l'heparina de baix pes molecular es mantindrà 40 dies després de la intervenció per evitar tromboembolismes, es pautarà antibioteràpia profilàctica i s'haurà de vigilar l'aparició de la síndrome confusional (60 % dels casos, sobretot si hi ha deteriorament cognitiu de base). A més, hi pot haver descom-



pensació respiratòria o cardíaca, les alteracions hidroelectrolítiques, la desnutrició, nutricional, l'íleum paralític i les úlceres per pressió. La rehabilitació s'ha d'iniciar el més precoçment possible: sedestació en les primeres 24 hores postcirurgia, càrrega en bipedestació en les 48 hores amb exercicis a peu de llit, i després la deambulació amb caminador. Un cop obtinguts els objectius plantejats per l'equip es plantejarà l'alta de la unitat i es decidirà si el pacient és candidat per continuar la rehabilitació a l'hospital de dia, de manera ambulatoria o domiciliària. La prevenció secundària és fonamental i s'ha implementat el model Fracture Liaison Services (FLS) per identificar els pacients amb fractures osteoporòtiques, avaluar el risc de noves fractures i intervenir abans que se'n produeixi una. S'ha de realitzar un diagnòstic etiològic i de tractament en les unitats de caigudes amb abordatge de l'osteoporosi (tipus II) que afecta a nivell vertebral, de coll femoral i cap humeral. Es pautarà dieta equilibrada, abandonament d'hàbits tòxics, exercici físic regular i prevenció de caigudes i el farmacològic amb calci, vitamina D i bifosfonats. Les unitats d'ortogeriatria redueixen l'estada hospitalària, milloren la funcionalitat de l'alta i, a llarg termini, més pacients recuperen el seu nivell, menors complicacions en postoperatori, menys institucionalització, menor mortalitat hospitalària i reducció global dels costos econòmics. Grau de recomanació A.

3.2.2.1. Resultats de l'ORT a HSJD

L'any 2024 a l'ORT es van atendre 65 pacients dels quals el 76 % eren dones. La meitat dels pacients ingressats en aquesta unitat eren majors de 85 anys i un 8 % majors de 95 anys. El guany funcional obtingut va ser de 31 punts en l'escala de Barthel. L'estada mitjana va ser prolongada en part a causa de l'absència d'opcions a l'alta ja que molts no podien tornar al domicili per no estar adaptat o bé mancaven de suport familiar. No obstant això, durant l'ingrés es van poder atendre les síndromes geriàtriques, les comorbiditats i planificar l'alta al nivell assistencial adequat. D'aquesta manera, la institucionalització va ser només del 10 % retornant el 65 % dels pacients al domicili, xifres que són molt millors que les mostrades en el Registre Nacional de Fractura de Maluc (RNFC) 2018, que indiquen que el 32 % dels pacients ingressaven en residència i només el 40 % retornaven al domicili, derivant l'altre 20 % a unitat de recuperació funcional on romanien al voltant de 30 dies. Pel que fa a la mortalitat a la nostra unitat, aquesta és del 25 % i està en consonància amb les xifres esperables per les característiques d'aquests pacients (Sáez, 2018) (vegeu Taula 3).

Taula 3 | *Unitat d'ortogeriatria*

Nombre de pacients	65	Guany funcional	31 punts
Sexe	H:M (1:3)	Estada mitjana	63 dies

continua



Edat	65-74 anys: 15 % 75-86 anys: 33 % 85-94 anys: 44 % >94 anys: 8 %	Retorn al domicili Institucionalització Mortalitat	65 % 10 % 25 %

Font: elaboració pròpia.

3.2.3. Unitat Geriàtrica d'Ictus

Les unitats d'ictus són molt variades quant al moment d'intervenció, objectius, recursos i composició de professionals intervinents i ubicació de la unitat (Langhorne, 2020). Independentment d'això, les UGI proposen una VGI multidisciplinària primerenca i la realització de proves diagnòstiques pertinents per detectar factors de risc d'ictus recurrent i malaltia coronària, complicacions i primer nivell de dèficits, comorbiditat, nivell de consciència, dèficit neurològic i severitat, estat cognitiu i afectiu, afàsia, disfàgia, pell i risc d'úlceres per pressió, mobilitat i necessitat d'assistència per a la marxa i risc de TVP. D'altra banda, també des de l'ingrés, és fonamental una valoració social i de suport tant de la família com dels cuidadors per planificar l'alta. Posteriorment, es realitzarà la valoració de necessitats de rehabilitació havent valorat els dèficits, la valoració funcional, el potencial i havent desestimat contraindicacions i es planificaran la fisioteràpia i la teràpia ocupacional. Si l'índex de Barthel és major de 60 punts es valorarà la derivació a l'hospital de dia geriàtric per continuar la rehabilitació de forma ambulatoria.

És fonamental estimar el pronòstic per poder prendre decisions sobre el tractament més adequat. En funció de la comorbiditat, la situació funcional prèvia, l'edat, la puntuació a la NIHSS, es decidirà quins pacients es beneficiaran més d'una rehabilitació intensiva o d'una de manteniment. La fragilitat s'ha associat a major mortalitat i menor millora després de la trombòlisi, independentment dels factors de risc cardiovascular (Evans, 2020). Les variables que millor prediuen la supervivència i la capacitat funcional en les activitats de la vida diària a mitjà i llarg termini són l'edat i la severitat neurològica. En un altre estudi els factors independents que millor van predir l'evolució funcional al mes de l'ictus amb un IB major de 60 punts van ser la incontinència urinària, la severitat de l'ictus, l'IB previ i en l'ingrés i l'edat (San Cristóbal, 2020). Els resultats són clarament millors si el pacient ingressa en una unitat d'ictus, amb avaluació de disfàgia, nutrició, inici d'antiagregants en primeres 48 hores, anticoagulació precoç per a l'ictus isquèmic amb fibril·lació auricular i tractament amb estatines (Urimubenshi, 2017). Aquestes unitats atenen pacients geriàtrics que han patit un ictus i necessiten un ingrés per a recuperació funcional amb l'objectiu de poder retornar al seu domicili amb la menor discapacitat possible. Han demostrat la seva eficiència amb resultats de menor mortalitat, institucionalització i deteriorament funcional a l'any i menor cost assistencial que les cures convencionals (grau de recomanació A).



3.2.3.1 Resultats a la UGI a HSJD

A la UGI de l'HSJD es van atendre 51 pacients, amb igual prevalença entre homes i dones. La majoria dels pacients estaven a la franja de 75-84 anys (53 %), un 25 % eren majors de 85 anys i un 3 % majors de 94 anys.

Taula 4 | Unitat geriàtrica d'ictus

Pacients ingressats	51	Guany funcional	42 punts
Sexe	Homes 50 % Dones 50 %	Estada mitjana	72 dies
Edat	65-74 anys: 20 % 75-87 anys: 54 % 85-94 anys: 23 % >94 anys: 3 %	Retorn al domicili Institucionalització Mortalitat	92 % 3 % 5 %

Font: elaboració pròpia.

Pel que fa a l'any previ vam tenir un increment d'un 30 % d'ingressos en aquesta unitat. L'estada mitjana va ser prolongada i es va reduir en majors de 95 anys. Durant aquest temps s'abordaven les síndromes geriàtriques alhora que es donava resposta al deteriorament funcional secundari a l'ictus. El guany funcional es va mantenir en 42 punts. El 92 % retornaven al domicili i hi va haver un descens en la mortalitat respecte a l'any 2023, que va ser del 13 %, mantenint la institucionalització en un 3 % global. Tot i que en els majors de 95 anys la mortalitat va ser més gran (50 %), no hi va haver institucionalització tornant al domicili la resta (vegeu Taula 4).

3.2.4. Unitat de Recuperació Funcional

La URFG és aquella en què s'aborda el deteriorament funcional provocat o bé per la patologia causant de l'ingrés (insuficiència cardíaca, malaltia pulmonar obstructiva crònica, síndromes parkinsonianes, etc.) o per la mateixa hospitalització. És conegut que aquesta última genera pèrdua funcional en el 30 % dels majors, i d'aquests només la meitat aconsegueixen recuperar la situació basal a l'alta. L'evolució clínica sol ser pitjor amb major nombre de complicacions, major estada hospitalària, augment d'ingressos, increment de mortalitat i d'institucionalització (Ozuna et al., 2014).

L'abordatge sempre mitjançant la valoració geriàtrica integral, l'equip multidisciplinari, l'atenció a les síndromes geriàtriques i l'atenció als recursos socials que el pacient pot necessitar de cara a l'alta. La funció basal, la situació cognitiva i la fragilitat, l'estat nutricional han de ser valorades per establir el pla de tractament. Independentment del motiu d'ingrés i de l'estat funcional i cognitiu del pacient se li ha d'oferir l'oportunitat de rehabilitar-se, ja que petites millores funcionals comporten un impacte en la qualitat de vida. A l'article 26.1 de la Convenció de Drets de les Persones amb Discapacitat de l'ONU s'estableix que els adults grans tenen dret a poder assolir i mantenir



el màxim grau d'independència amb l'assistència de serveis integrals de rehabilitació (Hornillos, 2020).

Els pacients candidats d'ingrés a la URFG són aquells amb incapacitat greu potencialment reversible que necessiten tractament rehabilitador que no es pot proporcionar en altres nivells assistencials, pacients amb incapacitat lleu-moderada que tot i que podrien ser ubicats en un hospital de dia geriàtric no és possible, aquells amb cures postoperatòries que requereixin estabilització abans de tornar a domicili i convalsència de processos aguts mèdics de pacients que han patit un deteriorament i necessiten una rehabilitació i adaptació per tornar al medi habitual. S'exclouran els pacients amb malalties agudes i inestables, amb deteriorament cognitiu o funcional sever previ i els que pateixen malaltia terminal. Aquestes unitats han demostrat la seva eficiència amb un grau de recomanació A: s'obté millora funcional i afectiva, menor mortalitat després de l'alta i menor institucionalització i reducció de costos sanitaris i socials a l'any.

3.2.4.1. Resultats de la URFG a HSJD

A l'URFG durant l'any 2024 van ingressar 288 pacients (192 a Palma i 96 a Inca). El 60 % van ser dones i el 40 % majors de 85 anys (67 % dones). En el grup dels menors de 85 anys el percentatge dels homes duplicava el de dones. La procedència dels pacients era l'hospital agut de referència en el 76 % dels casos, el 10 % de les consultes, el 12 % d'urgències i el 2 % d'altres serveis del mateix hospital. L'estada mitjana era de 67 dies amb un guany funcional de 33 punts. La institucionalització era d'un 11 %, havent augmentat en tots dos hospitals respecte a anys previs 6% menors de 75 anys i 23% majors de 95 anys. La mortalitat era del 13 % en menors de 75 anys i del 23 % en majors de 95 anys, amb una xifra global del 20 %. Comparant ambdós hospitals i ateses les característiques de la població els indicadors mostraven diferències (Taula 5).

Taula 5 | Unitat de recuperació funcional HSJD

	Total		PALMA	INCA
Nombre de pacients	198	Guany funcional	40 punts	23 punts
Sexe	Homes 50 % Dones 50 %	Estada mitjana Derivació a UGA	66 dies 4 %	73 dies 4 %
Edat	65-74 anys: 22 % 75-88 anys: 40 % 85-94 anys: 35 % >94 anys: 3 %	Retorn al domicili Institucionalització Mortalitat	73 % 8 % 15 %	54 % 12 % 30 %

Font: elaboració pròpia.



Els resultats mostren una unitat eficaç i eficient quant a indicadors com institucionalització, mortalitat, guany funcional; no obstant això, l'estada mitjana és prolongada degut, en la majoria dels casos, a la dificultat i l'escassetat de recursos a l'alta, ja fos inici de suport social ambulatori, absència de plaça residencial o de suport familiar. Tanmateix, aquest temps ens va permetre abordar de manera multidimensional el pacient que abandonava l'hospital amb una bona planificació de recursos a l'alta. Amb això es van evitar nombrosos reingressos amb un estalvi de costos sanitaris. L'objectiu seria reduir aquesta estada mitjana a 18-35 dies, però per això hauríem de comptar amb més recursos en la comunitat que permetin donar l'alta als pacients sense interrompre la continuïtat assistencial.

3.2.5. Unitat Geriàtrica de Demències

Atès que el maneig de l'adult major és més complex, sol coexistir comorbiditat, fragilitat, polifarmàcia i alt risc de deteriorament funcional. Per tot això, en ocasions és difícil detectar les malalties psiquiàtriques, sobretot quan apareixen solapades o amb simptomatologia diferent. És fonamental tenir en compte que la fragilitat física està relacionada amb la fragilitat cognitiva i viceversa, ja que tenen una base fisiopatològica comuna que impacta en l'evolució i la presentació clínica d'ambdues. Una revisió sistemàtica de 53 estudis va trobar associació entre la fragilitat física i el nivell educacional, les activitats d'oci i el nivell ocupacional, però no la va mostrar en relació amb el coeficient d'intel·ligència (Sardellas, 2020).

La VGI ha de ser exhaustiva, valorar les comorbiditats, la medicació, l'impacte funcional i cognitiu i la situació social. Això permet establir les necessitats específiques de cada pacient, valorar la possibilitat d'iniciar una desprescripció i determinar complicacions com alteracions conductuals, dificultat per a la ingesta (disfàgia, apràxies), canvis de cicle vigília-son, infeccions respiratòries broncoaspiratives, infeccions urinàries, sense oblidar-nos del cuidador principal, oferint-li suport primer i després recursos per poder gestionar les cures, i ajuda per a la realització dels tràmits pertinents. A més, molts d'aquests pacients es beneficiaran encara de teràpies rehabilitadores a les quals no hem de renunciar.

3.2.5.1. Resultats Unitat de Demències HSJD UDG

Durant l'any 2024 van ingressar 85 pacients dels quals el 70 % eren dones i el 50 % eren pacients majors de 85 anys.

El 5 % dels pacients tenia menys de 65 anys, però els considerem candidats a ingressar en aquesta unitat per presentar síndromes geriàtriques associades al seu deteriorament cognitiu; no obstant això, davant la dificultat d'obtenir recurs residencial a l'alta, les estades d'aquests pacients es van prolongar fins a sis mesos en algunes ocasions. A la resta dels grups l'estada va ser aproximadament de 35-45 dies. Comparat amb el



2023, els majors que van ingressar enguany a la Unitat de Demències van ser més dependents, tenien més comorbiditat i complexitat clínica en totes les edats, la qual cosa va comportar un augment de mortalitat i institucionalització sense diferències entre els centres de Palma i d'Inca (35 % i 13 % respectivament) (vegeu Taula 6).

Taula 6 | Unitat de demències

Pacients ingressats	85	Guany funcional	20 punts
Sexe	Homes 30 % Dones 70 %	Estada mitjana	46 dies
Edat	>65 anys: 5 % 65-74 anys: 13 % 75-89 anys: 33 % 85-94 anys: 47 % >94 anys: 2 %	Trasllat a un altre centre Retorn al domicili Institucionalització Mortalitat	3 % 32 % 20 % 45 %

Font: elaboració pròpia.

3.3. Unitats de Cures Especials Geriàtriques

Les UCG, o també anomenades de Cures Especials, ofereixen unes cures amb més intervenció de la infermeria i càrrega assistencial perquè presenten major dependència, major nombre de síndromes geriàtriques simultànies i pitjor pronòstic. Tot això dificulta l'atenció en domicili i aquests pacients requereixen ingressos més prolongats per establir-los i ajustar els recursos que necessiten. En altres casos els pacients no disposen de suport sociofamiliar com per garantir un retorn al domicili satisfactori. Les UCG estan entre el mitjà hospitalari i el residencial, i en moltes ocasions el pacient està esperant la seva ubicació definitiva en aquest últim mitjà.

Taula 7 | Unitat de convalsescència geriàtrica

Pacients ingressats	32	Guany funcional	20 punts
Sexe	Homes 52 % Dones 48 %	Estada mitjana	141 dies
Edat	>65 anys: 3 % 65-74 anys: 27 % 75-84 anys: 27 % 85-94 anys: 43 %	Retorn al domicili Institucionalització Mortalitat	43 % 20 % 37 %

Font: elaboració pròpia.

Al nostre hospital, durant l'any 2024 hi va haver 32 ingressos, la meitat en cadascun dels dos hospitals. El 52 % eren homes i el grup més prevalent va ser el de majors de 85 anys (43 %). La mortalitat va ser del 37 %, que representa el 8 % del total del Servei de Geriatria. El grup de més letalitat va ser el de 75 a 84 anys. Les altes a domicili,



residència i èxits es van igualar entre els dos hospitals. La institucionalització va ser del 20 %, igual que l'any passat (vegeu Taula 7).

3.4. Hospital de Dia Geriàtric

L'HDG constitueix un nivell assistencial molt apreciat tant pels geriatres com pels pacients. Es pot considerar com una consulta d'alta resolució. Prèviament a la incorporació es realitza una VGI per determinar els objectius del pacient que atindrà dies alterns. D'aquesta manera poden mantenir-se al domicili alhora que realitzen teràpies rehabilitadores, tenen revisió de les patologies, ajust de medicació, se'ls valora diferents aspectes com la nutrició, la soledat, l'aspecte cognitiu i funcional, i es manegen les síndromes geriàtriques (Brown, 2015). També es realitza educació sanitària del pacient i cuidador. Els HDG han mostrat eficàcia en programes de rehabilitació en pacients amb malaltia neurològica, cardíaca, pulmonar i fractura de maluc.

A l'HSJD Palma-Inca es van atendre un total de 357 pacients (228 a Palma i 129 a Inca) i es van realitzar un total de 274 valoracions i 10.691 sessions.

3.5. Consultes externes

En les consultes externes es visiten aquells pacients que necessiten una VGI per la complexitat de les seves patologies i comorbiditats associades i són consumidors de molts recursos en AP i són molt freqüentadors d'urgències. A través de la VGI s'elabora la llista de problemes que hem d'abordar. Les consultes especialitzades són: de deteriorament cognitiu, de fragilitat i caigudes, d'insuficiència cardíaca, etc. Durant el 2024 es van realitzar 2.108 consultes en total entre els Hospitals de Palma, Inca i el Centre de Rehabilitació de Nureduna.

4. Conclusions

Tenint en compte el canvi de paradigma actual pel que fa a l'envelliment i necessitats d'abordatge d'aquesta població, ens hem de centrar a mantenir la funció més que a tractar la malaltia exclusivament i prioritzar la millora en la qualitat de vida enfront de la supervivència. L'objectiu no és evitar l'hospitalització a tota costa sinó adaptar els hospitals i la manera com atenem. Es proposa una identificació precoç dels ancians fràgils amb major risc de deteriorament funcional, aquells amb edat avançada o amb síndromes geriàtriques, la realització d'una valoració geriàtrica integral duta a terme per l'equip que s'ocupa d'aquest pacient, equip especialitzat interdisciplinari, integrant cures hospitalàries i comunitàries, proporcionant un entorn adaptat al pacient en el qual



se sumi la prescripció d'exercici físic multicomponent adaptat durant la hospitalització i a l'alta (Esquerre, 2017).

L'HSJD Palma-Inca compta amb un Servei de Geriatria amb tots els nivells assistencials necessaris per a l'abordatge d'aquests pacients. L'objectiu primordial és la recuperació de la capacitat funcional en l'acompliment de les activitats de la vida diària i el seu retorn a la ubicació prèvia al més aviat possible amb la menor dependència possible. Així, de manera global els resultats mostren una menor taxa d'institucionalització i una major recuperació funcional en comparació amb altres estudis.

Les UGA tenen una evidència grau A (menor deteriorament funcional i institucionalització després de l'alta i amb reducció d'estada mitjana i costos hospitalaris) i han d'existir a tots els hospitals que atenguin persones grans ja que ofereixen assistència de més qualitat, amb internacions més curtes i menors costos que l'atenció hospitalària general (OMS, 2015).

Les UGI atenen pacients geriàtrics que necessiten un ingrés per a recuperació funcional amb l'objectiu de poder retornar al seu domicili amb la menor discapacitat possible, han mostrat menor mortalitat, institucionalització i deteriorament funcional a l'any i menys cost assistencial que les cures en unitats convencionals (grau de recomanació A). Aquest benefici és independent de l'edat, sexe, tipus i severitat de l'íctus. Els factors pronòstics que millor van predir el pronòstic funcional (Barthel major de 60 punts) al mes de l'íctus van ser la funció basal i a l'ingrés l'edat, la severitat de l'íctus i la incontinència urinària.

Les ORT aborden pacients que han patit una fractura per fragilitat o caigudes que en la majoria dels casos afecta el maluc i han mostrat reducció de la morbmortalitat i del deteriorament funcional després de l'alta, descens de l'estada mitjana i la institucionalització (grau de recomanació A). Després de la intervenció quirúrgica s'instaura la rehabilitació precoçment iniciant la càrrega en bipedestació i la deambulació amb caminador. La intervenció geriàtrica millora els resultats quant a recuperació funcional.

Les URFG han demostrat la seva eficàcia amb un grau de recomanació A ja que milloren funcionalment i afectivament els pacients, es redueix la mortalitat a l'alta i a l'any, hi ha menor institucionalització i es redueixen els costos tant sanitaris com socials. S'hi atén pacients amb incapacitat greu potencialment reversible que necessitin continuar ingressats, aquells que requereixen perllongar la seva estada després d'estabilització de patologia aguda i els que necessiten rehabilitació del seu deteriorament i adaptació de l'entorn previ.



En cas que el deteriorament funcional sigui irreversible, a la UCG s'abordarà el tractament de síndromes geriàtriques i la dependència existent donant suport també a la problemàtica social que porta emparellada. Si per contra el deteriorament funcional és abordable sense ingrés del pacient, se l'inclourà en el programa d'HDG on podem realitzar valoració geriàtrica integral, abordatge de les síndromes geriàtriques, donar-los la rehabilitació física i cognitiva que necessiten i tractar la soledat, etc. És un nivell assistencial que s'ha utilitzat de manera molt heterogènia per la qual cosa ha estat difícil demostrar-ne l'eficiència. No obstant això, és molt apreciat pels pacients atès que els permet mantenir-se al seu domicili alhora que tenen accés a una consulta d'alta resolució i a teràpies dirigides a la prevenció de fragilitat o a la seva rehabilitació segons correspongui. I per descomptat, per garantir la continuïtat de cures a la comunitat mantindrem seguiment a CEX de Geriatria treballant en equip amb l'AP.

L'envelliment de la població ens obliga a replantejar-nos els models actuals d'assistència a la gent gran, col·lectiu que augmentarà de manera exponencial en els propers anys. A més, Espanya serà, en breu, el país més envellit del món i les polítiques sanitàries hauran de donar resposta a les necessitats que sorgeixen, havent de comptar tant amb els models d'atenció a la dependència com també a la seva prevenció. En aquest context, la geriatria cobra gran importància i juntament amb l'atenció primària seran les especialitats mèdiques que lideraran l'abordatge a aquest col·lectiu, independentment del nivell assistencial en el qual es trobin.



Referències bibliogràfiques

Alarcón, T.; González-Montalvo, J.I.; Gotor, P. et al. (2011). «A new hierarchical classification for prognosis of hip fracture after 2 years' follow-up». *J Nutr Health Aging*, 15, 919-23.

Baztán, J.J.; Suárez, F. i García, F.J. (2004). *Informe sobre la necesidad de Unidades Geriátricas de Agudos y Unidades Geriátricas de Recuperación Funcional como parte de los recursos hospitalarios especializados para personas mayores*. Madrid: SEMEG.

Baztán, J.J.; Suárez-García, F.M.; López, J.A.; Rodríguez-Mañas, L. et al. (2009). «Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders-meta-analysis». *BMJ*, 22, 338.

Baztán, J.J.; Suárez-García, F.M.; López-Arrieta, J. y Rodríguez-Mañas, L. (2011). «Eficiencia de las Unidades Geriátricas de Agudos: análisis de estudios controlados». *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 46, 186-92.

Crístóbal, E. i Arche, J.M. (2002). «El anciano con ictus y enfermedades cardiovasculares». En: Ribera, J.M. (coor.), *El Tratado de medicina de urgencias y emergencias. Urgencias geriátricas en los mayores*, t. 2, p. 1083 a 85. Elsevier.

Ellis, G.; Whitehead, M.A.; Robinson, D. et al. (2011). «Comprehensive Geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials». *BMJ*, 343.

Langhorne, P.; Ramachandra, S. (2020). «Stroke Unit Trialists' Collaboration. Organised inpatient (stroke unit) care: network meta-analysis». *Cochrane Database Syst Rev*, 4 (4).

Langhorne, P.; Wu, O.; Rodgers, H.; Ashburn, A.; Bernhardt, J. (2017). «A Very Early Rehabilitation Trial after stroke (AVERT): a phase III, multicentre, randomised controlled trial». *Lancet*, 386, 46-55.

López, C.O. (2024). *La Levedad de las libélulas*. Ediciones Paidós.

Nys, G.M.S.; van Zandvoort, M.J.E.; de Kort, P.L.M.; Jansen, B.P.W.; de Haan, E.H.F.; Kappelle, L.J. (2005). «Cognitive disorders in acute stroke: prevalence and clinical determinants». *Cerebrovasc Dis*, 19 (2), 96-103.



Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/18646/1/9789240694874_spa.pdf

Sáez, P.L. (2018). *Informe Anual del Registro Nacional de Fractura de Cadera*. Instituto de Investigación Hospital Universitario de la Paz.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología - Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SEGG-SECOT) 82007. *Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Anciano afecto de fractura de cadera*.

Teasell, R.; Hussein, N.; Foley, N.; Meyer, M.; McClure, J.A. (2020). «Clinical frailty predicting mortality after inpatient stay for ischemic stroke». *Age Ageing*, 49 (4), 588-591.



Autora

MARGARITA VIÑUELA BENÉITEZ

Professora titular de Geriatria del Departament de Medicina de la Facultat de Medicina de la Universitat de les Illes Balears (UIB). Cap del Servei de Geriatria de l'Hospital Sant Joan de Déu Palma-Inca des de l'any 2019. És llicenciada en Medicina i Cirurgia per la Universitat Complutense de Madrid, especialista en Geriatria i Gerontologia des de 1999 i experta en Bioètica per la Universitat Ramon Llull. Va ser membre del Comitè Editorial de la Revista Espanyola de Medicina Geriàtrica. Ha sigut directora i coordinadora de nombrosos cursos de formació de postgrau en Geriatria i Medicina, així com per a altres col·lectius que atenen majors: infermeria, cuidadors i familiars. Ha participat en jornades i cursos en l'àmbit de la geriatria com a docent. El seu camp d'interès són les demències i l'entorn sociofamiliar d'aquestes, el delírium i la soledat. Ha participat en diversos estudis de recerca en el camp de les demències. És autora de diverses publicacions en revistes de geriatria i va col·laborar amb l'*Anuari de l'Envel·liment* els anys 2010, 2011 i 2012. En l'aspecte divulgatiu ha intervingut en programes de ràdio i televisió *Mallorca a l'aire*, d'Onda Cero; *Bona salut*, Canal 4 TV; i *Vida saludable*», d'IB3.





ABORDATGE DE L'ESTENOSI AÒRTICA EN LA PERSONA GRAN: EL PROGRAMA TAVI A LES ILLES BALEARS



Abordatge de l'estenosi aòrtica en la persona gran: el programa TAVI a les Illes Balears

Luis Nieto Roca
Ferrán Augé Bailac
Irene Núñez Hernández
Cristina Morante Perea
Tania Rodríguez Gabella
Raúl Millán Segovia
Marcos Pascual Sastre
Mar Alameda Ortiz
Jaume Maristany Daunert
Bernardo García de la Villa
Vicente Peral Disdier



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 357/532

Resum

L'estenosi aòrtica degenerativa és actualment un problema creixent a causa de l'envelliment poblacional, amb un impacte clínic i pronòstic molt rellevant en la gent gran. La introducció de la teràpia TAVI (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*) ha suposat un canvi de paradigma, perquè ofereix una alternativa terapèutica eficaç i segura per a pacients amb alt risc quirúrgic. Actualment es considera el tractament d'elecció en majors de 75 anys amb estenosi aòrtica severa simptomàtica.

L'Hospital Universitari Son Espases lidera des de 2017 el programa de TAVI a les Illes Balears, actuant com a centre de referència regional i coordinant l'atenció de pacients procedents de totes les illes. Aquest capítol revisa l'abordatge clínic i organitzatiu d'aquest programa, així com els resultats clínics obtinguts en la cohort de pacients tractats entre 2021 i 2022.

Les dades analitzades confirmen que es tracta d'una població d'edat avançada, amb elevada comorbiditat i risc quirúrgic, però en la qual la TAVI ha demostrat una alta taxa d'èxit, baixa incidència de complicacions greus i una millora funcional durant el seguiment.

Resumen

La estenosis aórtica degenerativa es actualmente un problema creciente debido al envejecimiento poblacional, con un impacto clínico y pronóstico muy relevante en las personas mayores. La introducción de la terapia TAVI (*Transcatheter Aortic Valve Implantation*) ha supuesto un cambio de paradigma, al ofrecer una alternativa terapéutica eficaz y segura para pacientes con alto riesgo quirúrgico. Actualmente se considera el tratamiento de elección en mayores de 75 años con estenosis aórtica severa sintomática.

El Hospital Universitario Son Espases lidera desde 2017 el programa de TAVI en las Islas Baleares, actuando como centro de referencia regional y coordinando la atención de pacientes procedentes de todas las islas. Este capítulo revisa el abordaje clínico y organizativo de dicho programa, así como los resultados clínicos obtenidos en la cohorte de pacientes tratados entre 2021 y 2022.

Los datos analizados confirman que se trata de una población de edad avanzada, con elevada comorbilidad y riesgo quirúrgico, pero en la que la TAVI ha demostrado una alta tasa de éxito, baja incidencia de complicaciones graves y una mejoría funcional durante el seguimiento.



1. Introducció

L'envelliment progressiu de la població està associat a un increment de patologies cardiovasculars cròniques, entre les quals l'**estenosi aòrtica degenerativa (EAO)** ocupa un lloc central. Aquesta malaltia és la valvulopatia més freqüent en població adulta, afecta especialment majors de 75 anys i pot provocar una limitació funcional greu, disminució de la qualitat de vida i un alt risc de mortalitat si no es tracta en el moment adequat.

Durant dècades, la substitució valvular quirúrgica a través de toracotomia convencional va ser l'única opció per abordar aquesta valvulopatia, associant-se a una millora substancial de la supervivència, la capacitat funcional i la qualitat de vida dels pacients amb EAO severa simptomàtica.

Els treballs pioners de Ross i Braunwald als anys seixanta van destacar la importància de l'inici dels símptomes, ja que la seva presència es va associar a un escurçament de la supervivència mitjana als 5 anys. Aquestes troballes són el fonament de les recomanacions actuals de realitzar la substitució valvular aòrtica (SVAO) en pacients amb EAO severa simptomàtica.

No obstant això, l'edat avançada, comorbiditats o situació de fragilitat de molts pacients grans resulten en un alt risc quirúrgic, moltes vegades prohibitiu per a la realització d'una cirurgia cardíaca. Per fer-nos una idea, fins a un 30 % dels pacients amb EAO severa simptomàtica no se sotmet a cirurgia a causa d'un risc quirúrgic elevat, sent l'edat avançada un dels factors de més pes en la valoració d'aquest perfil de risc (Lung et al., 2003).

La introducció de la TAVI (Implantació Percutània de Vàlvula Aòrtica – *Transcatheter Aortic Valve Implantation* per les seves sigles en anglès) ha suposat un canvi de paradigma en l'atenció d'aquests pacients. Si bé és cert que inicialment va sorgir per poder oferir una solució eficaç i segura a persones que no disposaven d'alternatives viables atès el seu alt risc quirúrgic, actualment s'ha convertit en la primera opció de tractament de l'EAO severa simptomàtica en majors de 75 anys (Otto et al., 2020).

En aquest context, l'Hospital Universitari Son Espases lidera des de 2017 el programa de TAVI de referència per a les Illes Balears, coordinant l'atenció de pacients procedents de Mallorca, Menorca, Eivissa i Formentera.

2. L'estenosi aòrtica

Com ja hem esmentat, l'EAO és la valvulopatia més prevalent en el món occidental i un paradigma de malaltia cardíaca associada a l'envelliment. Es produeix per un procés



d'engrossiment, calcificació i pèrdua de mobilitat de la vàlvula aòrtica, la qual actua com una comporta entre el cor (concretament el ventricle esquerre) i la resta de l'organisme. Amb el temps, aquest engrossiment i restricció de la mobilitat valvular impedeix l'adequat flux de sang des del ventricle esquerre cap a l'aorta, provocant una sobrecàrrega de pressió intracavitària progressiva. Això no només genera deteriorament de classe funcional i, per tant, deteriorament de la qualitat de vida dels pacients; sinó que, a més, augmenta la mortalitat i la taxa d'ingressos per insuficiència cardíaca.

I és que quan el pacient desenvolupa símptomes (angina, síncope i/o dispnea), la **mortalitat és molt elevada**: del 50 % als 2-3 anys i del 88,4 % als 5 anys, amb una supervivència mitjana d'1,8 anys

Aquests símptomes estan generalment associats a la **definició de severitat**. Aquesta ve donada principalment per paràmetres ecocardiogràfics. Els més importants són: l'àrea valvular aòrtica ($< 1 \text{ cm}^2$), el gradient mitjà a nivell valvular ($> = 40 \text{ mmHg}$) i la relació de les integrals velocitat/temps del tracte de sortida del VI a nivell del valvular ($< 25 \%$).

Pel que fa a l'etiologia, al segle xx l'origen reumàtic era la causa principal. No obstant això, gràcies a la detecció i tractament precoç de la malaltia reumàtica als països del nostre entorn (Europa i Estats Units), l'etiologia degenerativa és, actualment, la **més prevalent**; fins al punt de ser la malaltia cardiovascular més freqüent després de la hipertensió arterial i la cardiopatia isquèmica (Baumgartner et al., 2005).

Actualment i d'acord amb els diferents registres, l'EAo afecta un 5 % de la població de 65 anys, augmentant lògicament la seva prevalença amb l'edat. Una metaanàlisi relativament recent basada en registres clàssics de poblacions d'Europa, EUA i Taiwan ha descrit una prevalença d'estenosi aòrtica d'entorn del 12,4 %, si bé només el 3,4 % era en grau sever. Hi ha un clar creixement exponencial de la prevalença d'EAo significativa en funció de l'edat: al voltant d'un 0,2 % entre 50-59 anys, 1,3 % entre 60-69 anys, 3,9 % entre 70-79 anys i 9,8 % entre 80-89 anys. La incidència mitjana va ser de 5 de cada 1.000 pacients per any amb l'edat mitjana de diagnòstic d'EAo d'algun grau en 60 anys. Afecta més freqüentment homes que dones (Lung et al., 2006), i en estudis realitzats als EUA no s'han detectat diferències significatives entre la població afroamericana, hispana o blanca (Aronow et al., 2001).

La prevalença d'estenosi aòrtica degenerativa a les Illes Balears és igual d'elevada o més gran que els registres publicats d'altres entorns. En un estudi de tall realitzat en 3 dies aleatoris en un interval de 6 mesos, en tots els pacients de més de 80 anys ingressats per diferents patologies en l'àrea de Medicina Interna de l'Hospital de Manacor, la prevalença d'estenosi aòrtica severa (definida per àrea valvular $< 1 \text{ cm}^2$) va ser d'un 16,6 % (García de la Villa et al., 2010).



3. TAVI: fonaments del procediment i beneficis clínics

La **TAVI** ha revolucionat el tractament de l'estenosi aòrtica severa, especialment en la població d'edat avançada. Inicialment indicada només per a pacients inoperables o amb alt risc quirúrgic, l'evidència acumulada en l'última dècada ha ampliat la seva indicació a pacients amb **risc intermedi i fins i tot baix**, i actualment és el **tractament de referència en persones majors de 75 anys amb estenosi aòrtica severa simptomàtica**.

El procediment consisteix en la **implantació d'una pròtesi biològica sobre la vàlvula nativa calcificada, sense necessitat d'esternotomia ni circulació extracorpòria**. L'accés **transfemoral** és el més utilitzat per la seva menor morbiditat, i el procediment es realitza en la majoria de casos **sota sedació conscient o anestèsia local**. Aquesta tècnica permet una recuperació funcional ràpida, menor estada hospitalària i menor impacte clínic en pacients fràgils (Van Mieghem et al., 2022).

Des del punt de vista del pronòstic, múltiples assajos clínics i registres internacionals han demostrat que la TAVI:

- **Redueix la mortalitat total i cardiovascular** en comparació amb el tractament mèdic o quirúrgic convencional en determinats perfils de pacients (Mack et al., 2019).
- **Millora de forma significativa la capacitat funcional**, la classe NYHA i la qualitat de vida (Baron et al., 2017).
- Manté una **durabilitat** acceptable de la pròtesi a mitjà termini (fins a 8-10 anys en sèries recents), cosa que la fa especialment adequada per a pacients d'edat avançada (Blackman et al., 2019).

La TAVI s'ha consolidat, així, com una eina essencial en l'atenció de l'estenosi aòrtica en l'ancià, amb un perfil de seguretat i eficàcia difícilment assolible per la cirurgia en aquest grup.

No obstant això, malgrat aquest perfil de seguretat, no queda exempta de complicacions. Entre les més freqüents es troben els **trastorns de conducció auriculoventricular**, que poden requerir la **implantació d'un marcapassos definitiu en un 10-20 % dels casos**, especialment amb certes pròtesis autoexpandibles (Auffret et al., 2017). Altres complicacions inclouen **sagnats majors, complicacions vasculars associades a l'accés femoral** i, en menor mesura, **esdeveniments cerebrovasculars**. L'adequada planificació amb tècniques d'imatge, la selecció individualitzada del tipus de pròtesi i l'experiència de l'equip són elements essencials per a la reducció del risc (Auffret et al., 2017).



4. El programa TAVI a les Illes Balears

El programa de TAVI de Son Espases respon a una necessitat territorial concreta: garantir l'accés equitatiu a teràpies valvulars avançades per a tota la població major de l'arxipèlag, independentment del seu lloc de residència.

Des de la seva consolidació fa més d'una dècada, el programa ha crescut tant en volum com en complexitat. Son Espases actua com a centre de referència i acull pacients derivats de **tot el sistema públic balear**.

Un dels aspectes clau del programa és el seu enfocament **multidisciplinari**, centrat en la valoració individualitzada de cada cas per part del *Heart Team*, que inclou cardiólegs clínics, hemodinamistes, cirurgians cardíacs, cardiólegs especialistes en imatge i, quan cal, metges geriatres. Aquest equip pren decisions conjuntes tenint en compte no només els aspectes clínics, sinó també la situació funcional, la fragilitat, l'autonomia i l'expectativa de vida del pacient.

A més, s'ha estructurat un **circuit logístic** per facilitar el trasllat, estudi preoperatori i seguiment de pacients d'altres illes, coordinant consultes, proves i hospitalització en temps ajustats. Això ha permès optimitzar l'eficiència del programa sense comprometre la qualitat assistencial.

El disseny del programa incorpora també un **registre prospectiu d'activitat**, que ha permès avaluar els resultats clínics i funcionals dels pacients tractats des del seu inici. En els apartats següents es detallen els resultats més rellevants i el perfil de la població atesa.

5. Resultats del registre TAVI 2021-2022 a les Illes Balears

Durant els anys 2021 i 2022, es van incloure en el registre un total de **169 pacients** tractats mitjançant TAVI a l'Hospital Universitari Son Espases. L'edat mitjana de la cohort va ser de **81,3 anys**, reflectint el perfil geriàtric d'aquesta patologia. El risc quirúrgic mitjà dels pacients era elevat, amb un **EuroSCORE II mitjà de 3,4 %** i un **STS Score de 5,5 %**. Pel que fa als factors de risc cardiovascular, el 82 % eren hipertensos, el 36 % havien estat diagnosticats de diabetis mellitus i el 70 % presentaven algun tipus de dislipèmia. El 34 % entraven en la definició d'obesos (IMC ≥ 30). El 22 % presentava algun tipus de malaltia pulmonar (asma, EPOC...) i només 11 pacients tenien un diagnòstic ferm de síndrome d'apnea-hipopnea del son. El 86 % dels pacients es trobava en classe funcional II-III segons l'escala de la NYHA. Només 9 pacients van presentar una síncope com a clínica de debut i un 30 % (50 pacients) havien debutat amb insuficiència cardíaca.



Des del punt de vista ecocardiogràfic, la gran majoria de pacients complia criteris clàssics d'estenosi aòrtica severa, amb una **àrea valvular aòrtica mitjana de 0,73 cm²** i un **gradient mitjà de 45 mmHg**. La fracció d'ejecció mitjana va ser de 57 %.

Quant al procediment, l'**accés transfemoral va ser l'abordatge predominant**, utilitzant principalment vàlvules tipus **pilota-expandible** (102/169 – 60 %). El temps mitjà d'intervenció va ser de **108 minuts** i el volum de contrast emprat va ser de **242ml**.

L'estada hospitalària mitjana després de l'implant TAVI va ser de **6,7 dies**, amb una **mitjana de 4 dies**. Aquests resultats són consistents amb els descrits en altres registres contemporanis i reflecteixen la tendència cap a una recuperació ràpida i desenvolupament de protocols d'alta precoç, especialment en pacients seleccionats amb bona evolució periprocediment.

En relació amb les complicacions associades al procediment:

- **Només 7 pacients** van presentar algun tipus de **complicació vascular més gran** (que requerís abordatge quirúrgic).
- De les complicacions hemorràgiques (57/169), la gran majoria (63 %) corresponien als graus 1 i 2 de l'escala BARC (no van requerir intervenció quirúrgica ni transfusió).
- **5 dels 169 pacients** van presentar algun tipus d'**esdeveniment cerebrovascular associat al procediment**.
- Un **22 % (37/169)** de pacients va requerir la implantació de **marcapassos definitiu**, sent la principal causa el desenvolupament de bloqueig auriculo-ventricular complet (24/37).
- **5 pacients** van presentar un ictus associat al procediment (primers 30 dies).

La mortalitat intraprocediment va ser realment **baixa** (1 cas de 169, 0,6 %), i la mortalitat precoç (30 dies) es va situar en **1,8 % (3/169)** i tots ells durant el seu ingrés. Aquests resultats reflecteixen un adequat perfil de seguretat en aquesta població d'alt risc.

Cal esmentar també el fet que **4 d'aquests procediments** van ser en l'anomenat context «**valve in valve**», és a dir, pacients que presentaven una degeneració de la seva pròtesi aòrtica biològica i no eren candidats ja a una segona cirurgia amb circulació extracorpòria, sent tots ells procediments exitosos.



Taula 1 | *Característiques clíniques basals, electrocardiogràfiques i ecocardiogràfiques de la població balear sotmesa a TAVI a HU Son Espases els anys 2021 i 2022*

Característiques clíniques	N = 169
Edat (anys)	81.3 (52.8-94.5)
Dones, n (%)	78 (46.2)
Diabetis, n (%)	61 (36.1)
Tabaquisme, n (%)	9 (5.3)
Dislipidèmia, n (%)	118 (69.8)
Hipertensió arterial, n (%)	138 (81.7)
Obesitat, n (%)	56 (33.4)
Fibril·lació auricular, n (%)	39 (23.1)
Malaltia coronària prèvia, n (%)	38 (32.6)
Revascularització prèvia, n (%)	34 (20.1)
Malaltia arterial perifèrica, n (%)	12 (7.1)
Marcapassos previ, n (%)	15 (8.8)
Hospitalització per IC prèvia, n (%)	50 (29.6)
Ictus previ, n (%)	23 (13.7)
EPOC, n (%)	21 (12.4)
QRS (ms)	112 (80-160)
BCRI, n (%)	29 (17.5)
BCRD, n (%)	22 (13.3)
Tractament previ	
Anticoagulació, n (%)	66 (39,3)
Antiagregació, n (%)	47 (27,9)
Signes clínics	
NYHA prèvia, n (%)	
Jo	22 (13.7)
II	94 (56.3)
III	50 (29.9)
Angina de pit, n (%)	8 (4.8)
Síncope, n (%)	9 (5.36)
Valors de laboratori	
Creatinina (mg/dL)	1.51 (0.69 - 2.25)
Filtrat glomerular (mL/Min)	60.5 (25 - 92)
NT-ProBNP (pàg/mL)	4686 (168 - 15308)

continua



Paràmetres ecocardiogràfics	
FEVI (%)	52.0 (34-73)
FEVI < 40%, n (%)	21 (12.4)
AVA, mm ²	0.73 (0.43-1.03)
Gradient màxim aòrtic, mmHg	71.6 (40 - 113)
Gradient mínim aòrtic, mmHg	45.0 (24 - 71)
Insuficiència mitral (Grau II/III), n (%)	31 (18.9)
Insuficiència aòrtica (grau II/III), n (%)	32 (19.6)
Risc quirúrgic	
EUROSCORE 2	3.4 (1.22 - 7.55)
PUNTUACIÓ STS	5.5 (1.67 - 13.4)

Nota. Les dades es presenten com a mitjanes (interval de confiança) o percentatges. IC, insuficiència cardíaca; EPOC, malaltia pulmonar obstructiva crònica; BCRI, bloqueig complet de branca esquerra; BCRD, bloqueig complet de branca dreta; NYHA, New York Heart Association; FEVI, fracció d'ejecció del ventricle esquerre; AVA, àrea valvular aòrtica.

• Supervivència i evolució clínica

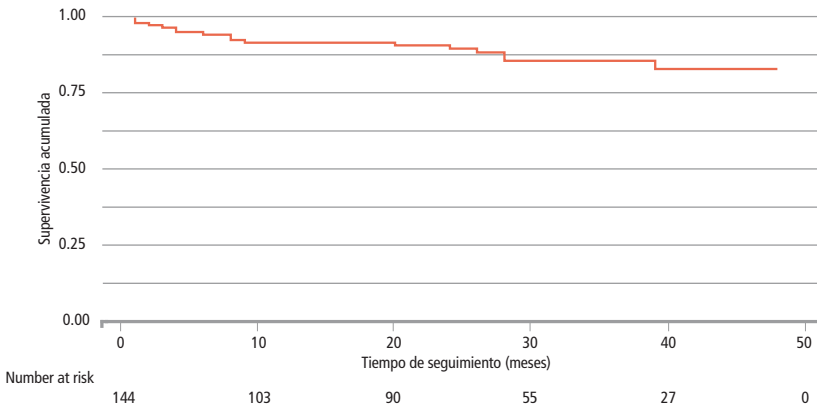
El temps de seguiment mitjà va ser de 21 mesos, amb un màxim de 48 mesos. Cal tenir en compte que es va produir una pèrdua del seguiment en 21 pacients i que altres 4 van morir o bé durant el procediment o bé durant el seu ingrés. Durant el temps de seguiment, van morir 19 pacients, la qual cosa representa una supervivència global del 13,2 % al final del període d'observació. La corba de Kaplan-Meier va mostrar un major nombre d'esdeveniments en els primers 12 mesos, seguits d'una estabilització progressiva. En l'anàlisi multivariable, factors com l'edat avançada i la presència de malaltia renal crònica no es van associar de forma independent amb una major mortalitat, probablement en relació amb el nombre limitat de pacients inclosos en l'anàlisi.

Pel que fa a les causes de la mort, la majoria d'aquestes van correspondre a causes cardiovasculars i infeccioses.

A més, un 38 % dels pacients va presentar almenys un reingrés hospitalari durant el seguiment. Els esdeveniments clínics més freqüents van ser els esdeveniments cerebrovasculars (35 dels 64 casos) seguits per processos infecciosos (23 dels 64 casos).

Pel que fa a la necessitat d'implant de marcapassos definitiu després del procediment, es va mantenir dins dels marges esperats: **3,2 % dels pacients (5/153)** van requerir un **marcapassos tardà** (definit com aquell implantat **més enllà dels 30 dies** posteriors a la intervenció).



Gràfic 1 | Corba de Kaplan-Meier de supervivència global per als pacients sotmesos a implant de TAVI els anys 2021 i 2022

Font: elaboració pròpia.

Gràfic 2 | Distribució d'esdeveniments en el seguiment (n=153)

Font: elaboració pròpia.

A més dels esdeveniments clínics durs, l'evolució funcional constitueix un paràmetre essencial per valorar l'impacte de la TAVI en la qualitat de vida dels pacients. En la nostra cohort, es va avaluar l'evolució de la classe funcional NYHA i els nivells plasmàtics de NT-proBNP. La majoria dels pacients van mostrar una millora significativa en la seva classe funcional després del procediment, amb un elevat percentatge d'aquests a classe I-II en el seguiment. Aquesta millora clínica es va acompanyar, en els casos avaluats, d'una reducció substancial dels valors de NT-proBNP respecte a les xifres basals (xifres basals mitjanes de 4686 ng/dl i una mitjana de reducció postimplantament de 305 ng/dl), suggerint un efecte positiu mantingut en la pressió intraventricular i l'estat de congestió.

En conjunt, els resultats de la nostra cohort de pacients intervinguts mitjançant TAVI els anys 2021 i 2022 confirmen la utilitat i seguretat d'aquesta tècnica en la pràctica clínica

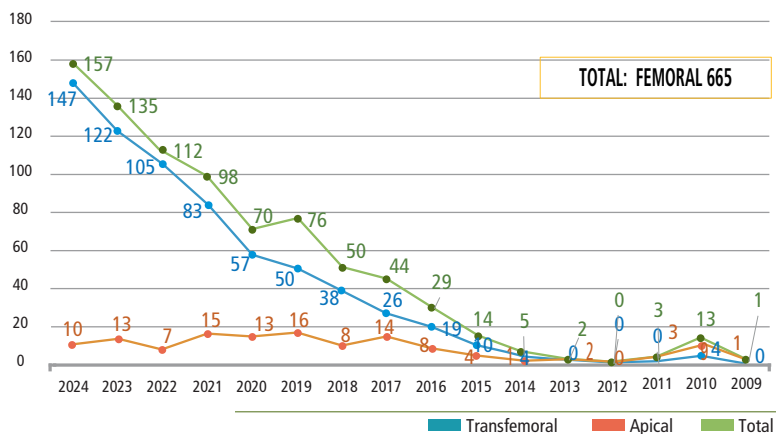


real. Tot i tractar-se d'una població d'edat avançada, amb comorbiditats significatives i elevat risc quirúrgic, el procediment va mostrar una alta taxa d'èxit, una incidència baixa de complicacions majors i una supervivència acceptable en el seguiment. A més, es va constatar una millora funcional significativa i sostinguda en la majoria de pacients, la qual cosa es tradueix en una millor qualitat de vida. Aquestes dades reforcen el paper de la TAVI com una opció terapèutica segura, eficaç i cost-efectiva en el maneig de l'estenosi aòrtica severa simptomàtica en el pacient gran.

6. Reptes i perspectives futures del programa TAVI a Balears

El programa TAVI a les Illes Balears ha experimentat una evolució significativa en els darrers anys, tant en termes quantitatius com qualitatius. Entre 2023 i 2024 s'ha produït un **augment substancial en el nombre de procediments**, superant-se àmpliament el centenar de casos anuals i consolidant l'Hospital Universitari Son Espases com a centre de referència regional per a aquesta tècnica. Aquesta expansió respon tant al creixent envelliment de la població com a una major experiència de l'equip multidisciplinari, que ha permès optimitzar la selecció de pacients i agilitar els circuits diagnòstics i terapèutics.

Gràfic 3 | *Progressió anual del programa TAVI des de 2009 fins a l'actualitat en nombre de pacients absoluts*



Nota: En blau es mostren els procediments transfemorals, en taronja els apicals i en gris la suma de tots dos.

Font: elaboració pròpia.



Paral·lelament, s'ha observat una **ampliació progressiva dels criteris d'indicació**, amb la inclusió de perfils més joves i de patologies que no només inclouen l'estenosi aòrtica sinó també la insuficiència aòrtica o la patologia de la vàlvula pulmonar.

Si bé és cert que el 2024 s'han tractat 147 pacients amb edats significativament inferiors a les d'anys previs (sent el pacient més jove de 62 anys), buscant una estratègia més **personalitzada**, basada en l'avaluació funcional, l'expectativa de vida i la fragilitat; un dels grans desafiaments del programa continua sent l'abordatge integral del pacient major. L'experiència acumulada ens assenyalava la necessitat de **refinar aquests criteris de selecció** i anar cap a la **individualització del tractament**. Això inclou una avaluació més precisa de l'estat funcional, especialment de la **fragilitat**, per tal d'**evitar intervencions fútils** en pacients la situació basal dels quals no permet preveure una millora clínica significativa. Per a això, resulta fonamental comptar amb la implicació de professionals de diferents disciplines —cardiologia, geriatría, anestèsia, medicina interna, medicina de família, treball social— que col·laborin en la valoració, selecció i seguiment d'aquests pacients; tot això sense comprometre la qualitat assistencial, mantenint uns estàndards elevats en termes de seguretat i resultats clínics.

L'objectiu últim del programa TAVI a les Illes Balears és **millorar la salut cardiovascular, la qualitat de vida i la supervivència dels nostres pacients**, assegurant sempre una atenció equitativa que **no exclogui els ancians** per la seva edat cronològica, però que prioritzi l'adequació terapèutica i la presa de decisions centrades en la persona.

7. Conclusions

La TAVI és avui dia una teràpia **plenament establerta i accessible** per a tota la població balear que la necessiti, després d'una valoració multidisciplinària individualitzada. L'experiència acumulada durant aquests anys ha permès no només ampliar les indicacions del procediment, sinó també mantenir uns resultats clínics d'acord amb els estàndards internacionals. Les dades presentades del seguiment a mitjà termini dels pacients intervinguts entre 2021 i 2022 il·lustren l'**eficàcia, seguretat i valor pronòstic** del procediment en termes de supervivència, millora funcional i reducció d'esdeveniments majors, reforçant el paper de la TAVI com una eina clau en l'atenció cardiovascular de la població major del nostre entorn.



Referències bibliogràfiques

Aronow, W.S., Ahn, C., i Kronzon, I. (2001). Prevalence and severity of valvular aortic stenosis in different ethnic groups of older persons. *The American Journal of Cardiology*, 87(9), 1032-3.

Auffret, V., Puri, R., Urena, M., Chamandi, C., Rodriguez-Gabella, T., Philippon, F., i Rodes-Cabau, J. (2017). Conduction disturbances after transcatheter aortic valve replacement: current status and future perspectives. *Circulation*, 136(11), 1049-1069.

Baron, S.J., Arnold, S.V., Wang, K. et al. (2017). Health Status After Transcatheter Aortic Valve Replacement in Patients at Intermediate Surgical Risk: Results From the PARTNER 2 Randomized Clinical Trial. *Circulation*, 135(3), 197-208.

Baumgartner, H., Hung, J., Bermejo, J., Chambers, J.B., Evangelista, A., Griffin, B.P., ... i Quiñones, M. (2009). Echocardiographic assessment of valve stenosis: EAE/ASE recommendations for clinical practice. *European Journal of Echocardiography*, 10(1), 1-25.

Blackman, D.J., Saraf, S., MacCarthy, P.A., Myat, A., Anderson, S.G., Malkin, C.J., ... i Hildick-Smith, D. (2019). Long-term durability of transcatheter aortic valve prostheses. *Journal of the American College of Cardiology*, 73(5), 537-545.

García de la Villa, J.B., Galmés, A., Ramis, et al. (2010). Prevalencia de estenosis aórtica severa en pacientes mayores de 80 años ingresados en Medicina Interna. Estudio transversal en un hospital comarcal. *Revista Clínica Española*, 210 (7), 327-30.

Iung, B., Baron, G., Butchart, E.G., Delahaye, F., Gohlke-Bärwolf, C., Levang, O.W., ... i Vahanian, A. (2003). A prospective survey of patients with valvular heart disease in Europe: The Euro Heart Survey on Valvular Heart Disease. *European heart journal*, 24(13), 1231-1243.

Mack, M.J., Leon, M.B., Thourani, V.H., Makkar, R., Kodali, S.K., Russo, M., ... i Smith, C.R. (2019). Transcatheter aortic-valve replacement with a balloon-expandable valve in low-risk patients. *New England Journal of Medicine*, 380(18), 1695-1705.

Otto, C.M., Nishimura, R.A., Bonow, R.O., Carabello, B.A., Erwin III, J.P., Gentile, F., ... i Toly, C. (2021). 2020 ACC/AHA guideline for the management of patients with valvular heart disease: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Journal of the American College of Cardiology*, 77(4), 450-500.



Vahanian, A., Alfieri, O., i Andreotti, F. (2012). ESC/EACTS Guidelines on the management of valvular heart disease. *Eur Heart J.*, 33, 2451-96.

Van Mieghem, P., Sabaté, M., i de Jaegere, M. (2022). Transcatheter aortic valve implantation: Current evidence and future perspectives. *Nature Reviews Cardiology*, 19, 55-67.



Autors

LUIS NIETO ROCA

Cardiòleg intervencionista a l'Hospital Universitari Son Espases. Graduat en Medicina i Cirurgia per la Universitat Complutense de Madrid i format com a cardiòleg a l'Hospital Universitari Fundació Jiménez Díaz (Madrid, 2018-2023), també va ser vocal del Comitè de Residents de la SEC i científic visitant al Centre Nacional d'Investigacions Cardiovasculars (CNIC). Ha completat el Màster en Estadística Aplicada a les Ciències de la Salut per la Universitat Autònoma de Barcelona, la qual cosa li ha permès aprofundir en l'anàlisi de dades clíniques i epidemiològiques. Ha completat també el Màster Universitari en Diagnòstic per la Imatge en Cardiologia per la Universitat Catòlica Autònoma de Múrcia. Ha publicat en revistes com *REC: Interventional Cardiology*, *Journal of Clinical Medicine* i *Circulation*, tant sobre cardiologia intervencionista com insuficiència cardíaca. Col·labora activament en la Societat Espanyola de Cardiologia i en el blog Cirurgia Cardíaca Avui.

FERRAN AUGÉ BAILAC

Cardiòleg en formació a l'Hospital Universitari Son Espases, amb trajectòria prèvia en Medicina Interna (Vall d'Hebron) i Radiologia (Hospital Clínic). Ha treballat a urgències i s'ha format en imatge cardíaca (Sant Pau) i cures crítiques cardiològiques (Bellvitge). Interessat en cardiologia intervencionista, prevenció de l'ictus i cardiologia esportiva, amb pròximes rotacions al CAR de Barcelona i al Canadà. És màster en Medicina de Muntanya i ha participat com a metge en esdeveniments esportius. Ha cursat la Diplomatura en Estadística en Ciències de la Salut per la UAB i domina català, castellà i anglès.

IRENE NÚÑEZ SÁNCHEZ

Va estudiar la carrera de Medicina a la Universitat Complutense de Madrid i actualment realitza la residència de Cardiologia a l'Hospital Universitari Son Espases. Entre els seus interessos es troba principalment la cardiologia clínica i l'hemodinàmica, amb especial punt de mira sobre l'intervencionisme estructural percutani.



MARIA CRISTINA MORANTE PEREA

Fellow en cardiologia intervencionista a l'Hospital Universitari Son Espases. Graduada en Medicina per la Universitat Complutense de Madrid, ha treballat com a resident de cardiologia a l'Hospital Universitari de Toledo des del 2019 fins al 2024, ha participat activament en diverses rotacions clíniques i ha superat l'Examen Europeu de Cardiologia. Ha complementat la seva formació amb dos màsters especialitzats: un en Diagnòstic per la Imatge en Cardiologia (UCAM) i un altre en Cures Agudes i Crítiques Cardiovasculars (URJC). Ha contribuït a diverses publicacions científiques en l'àmbit cardiovascular.

TANIA RODRÍGUEZ GABELLA

Cardiòloga intervencionista a l'Hospital Universitari Son Espases, especialitzada en cardiopaties estructurals i hemodinàmica. Anteriorment, va desenvolupar la seva tasca a l'Hospital Clínic San Carlos de Madrid i l'Hospital Clínic Universitari de Valladolid, ha participat en múltiples estudis sobre TAVI i cardiopatia estructural. Ha contribuït a investigacions sobre complicacions vasculars i anticoagulació en procediments estructurals. Membre actiu de la Societat Espanyola de Cardiologia, col·labora en congressos i comitès científics. La seva trajectòria combina assistència clínica, recerca i participació en activitats científiques.

RAÚL MILLÁN SEGOVIA

Cardiòleg intervencionista a l'Hospital Universitari Son Espases, havent estat resident i fellow en aquest hospital. Va treballar posteriorment a l'Hospital del Mar de Barcelona, per després tornar a l'hospital on es va formar. Té especial interès en cardiopatia estructural, imatge intracoronària i fisiologia coronària. Docent en el Màster d'Infermeria en Hemodinàmica, imparteix temes sobre angioplàstia i materials intervencionistes. El seu perfil destaca per la combinació de pràctica clínica, investigació i formació perquè exerceix com a tutor de residents.

MARCOS PASCUAL SASTRE

Cardiòleg hemodinamista a l'Hospital Universitari Son Espases. Graduat en Medicina per la Universitat de Navarra i resident de Cardiologia a l'Hospital Universitari de Bellvitge. Posteriorment especialitzat en cardiologia intervencionista a l'Hospital Son Dureta. Ha participat activament en congressos científics nacionals i internacionals, contribuint



amb investigacions sobre revascularització percutània en pacients ancians i tècniques de protecció coronària. A més, és docent en el Màster d'Infermeria en Hemodinàmica, impartint temes sobre material diagnòstic i procediments intervencionistes. La seva tasca combina assistència clínica, formació i activitat científica en l'àmbit cardiovascular.

MAR ALAMEDA ORTIZ

Cardiòloga intervencionista a l'Hospital Universitari Son Espases. Formada com a cardiòloga a l'Hospital Ramón y Cajal a Madrid, és un dels integrants més veterans de la unitat, va començar la seva tasca intervencionista a l'Hospital Son Dureta. Amb prop de 12 publicacions indexades i més de 400 cites segons ResearchGate, la seva activitat investigadora se centra en intervencionisme percutani, OCT i complicacions coronàries.

JAUME MARISTANY DAUNERT

Cardiòleg intervencionista a l'Hospital Universitari Son Espases, amb experiència prèvia a l'Hospital de Bellvitge on es va formar com a resident i fellow. Ha participat en estudis sobre revascularització coronària, tomografia de coherència òptica i predictors de mortalitat en pacients ancians. És docent en programes de formació en hemodinàmica i cardiologia intervencionista. La seva tasca combina assistència clínica, recerca i docència en l'àmbit cardiovascular.

BERNARDO GARCÍA DE LA VILLA

Cap del Servei de Cardiologia de l'Hospital de Manacor des del 2007, on lidera l'atenció clínica, la docència i projectes de recerca. Ha participat en congressos nacionals de la SEC com a moderador i comunicador, especialment en àrees com insuficiència cardíaca, estenosi aòrtica en ancians i miocardiopatia hipertròfica. Ha impulsat estudis locals sobre cardiologia geriàtrica i intervencionisme coronari en pacients complexos. El seu perfil destaca per la combinació de lideratge clínic, activitat científica i vocació docent.

VICENTE PERAL DISDIER

Cardiòleg intervencionista i cap del Servei de Cardiologia de l'Hospital Universitari Son Espases des de 2018. També lidera la Secció de Cardiologia Intervencionista en aquest mateix hospital i a l'Hospital Quirónsalud Palmaplanas. És professor associat a la Universitat de les Illes Balears i ha dirigit múltiples tesis doctorals. La seva activitat



investigadora inclou gran varietat d'estudis sobre nacionals i internacionals, centrats tant en cardiologia clínica com en l'abordatge de la patologia coronària i valvular estructural. La seva trajectòria destaca per la combinació d'assistència clínica, docència i recerca en cardiologia avançada.





TRAJECTÒRIA DE LES CURES PAL·LIATIVES A LES ILLES BALEARS I SITUACIÓ ACTUAL



Trajectòria de les cures pal·liatives a les Illes Balears i situació actual

Maria del Carmen Moreno Hoyos
Estefanía Serratusell Sabater



Resum

Les cures pal·liatives a les Illes Balears es varen iniciar a principis dels anys noranta amb la creació de les primeres unitats hospitalàries.

El seu desenvolupament a la nostra comunitat autònoma ha estat marcat per algunes fites importants, com l'Estratègia de Cures Pal·liatives de les Illes Balears 2009-2014, els Programes de Cures Pal·liatives de les Illes Balears (PCPIB) 2013-2016 i 2019-2023, la creació del Centre Coordinador del PCPIB i l'aprovació de la Llei 4/2015, de 23 de març, de drets i garanties de la persona en el procés de morir.

El Pla d'Atenció a les Persones amb Malalties Cròniques 2016-2021 destaca la necessitat d'identificar les persones amb malalties cròniques avançades amb necessitats d'atenció pal·liativa, amb l'objectiu que aquestes siguin ateses amb els recursos més adients segons el nivell de complexitat que presenten, reforçant que l'eix de l'atenció a aquestes persones és l'atenció primària.

Durant els darrers anys s'han implementat diferents accions per garantir que les persones amb necessitats d'atenció pal·liativa de qualsevol edat i les seves famílies puguin rebre una atenció integral i integrada de qualitat a qualsevol nivell assistencial on siguin atesos. En aquest article es detalla com s'ha planificat l'atenció pal·liativa a les persones que ho necessiten a la nostra comunitat autònoma i com ha estat el seu desenvolupament.

Resumen

Los cuidados paliativos en las Islas Baleares se iniciaron a principios de los años noventa con la creación de las primeras unidades hospitalarias.

Su desarrollo en nuestra comunidad autónoma ha estado marcado por algunos hitos importantes, como la Estrategia de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares 2009-2014, los Programas de Cuidados Paliativos de las Islas Baleares (PCPIB) 2013-2016 y 2019-2023, la creación del Centro Coordinador del PCPIB y la aprobación de la Ley 4/2015, de 23 de marzo, de derechos y garantías de la persona en el proceso de morir.

El Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021 destaca la necesidad de identificar a las personas con enfermedades crónicas avanzadas que necesitan atención paliativa, con el objetivo de que éstas sean atendidas en los recursos más adecuados según el nivel de complejidad que presentan, reforzando que el eje de la atención a estas personas es la atención primaria.



Durante los últimos años se han implementado diferentes acciones para garantizar que las personas con necesidades de atención paliativa de cualquier edad y sus familias puedan recibir una atención integral e integrada de calidad en cualquier nivel asistencial donde sean atendidos. En este artículo se detalla cómo se ha planificado la atención paliativa a las personas que lo necesitan en nuestra comunidad autónoma y cuál ha sido su desarrollo.

1. Introducció

«Les cures pal·liatives constitueixen un plantejament que millora la qualitat de vida dels pacients (adults i infants) i dels seus éssers estimats quan afronten problemes inherents a una malaltia potencialment mortal» (Organització Mundial de la Salut [OMS], 2020). La finalitat és prevenir i alleugerir el patiment a través de la identificació precoç, l'avaluació i el tractament correcte del dolor i d'altres problemes, siguin aquests d'ordre físic, psicosocial o espiritual. L'objectiu principal és millorar la qualitat de vida de la persona, promovent un enfocament integral, centrat en la persona i en la seva família, que sigui respectuós amb els seus valors i preferències.

A nivell europeu, l'European Association for Palliative Care (EAPC, 2019) i la Unió Europea han emfatitzat la necessitat de garantir una atenció pal·liativa equitativa, integrada i centrada en la persona, especialment davant l'envelliment demogràfic i l'increment de les malalties cròniques complexes.

A l'Estat espanyol, el Ministeri de Sanitat ha promogut diverses estratègies d'àmbit nacional per a l'abordatge de la cronicitat i l'atenció al final de la vida. Destaquen especialment l'Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2010) i l'Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2021), que estableixen el marc de referència per a les actuacions en tot l'Estat.

Dins aquest context, a les Illes Balears s'han anat desplegant diverses iniciatives per incorporar les cures pal·liatives com a part fonamental del sistema públic de salut. L'atenció pal·liativa començà a estructurar-se fa gairebé trenta anys, a principis dels anys noranta, amb la creació de les primeres unitats hospitalàries específiques, i ha evolucionat fins a l'actualitat amb el desenvolupament de noves estructures, recursos i rutes assistencials específiques.

Des d'aleshores, l'evolució dels recursos i serveis ha estat marcada per la voluntat institucional i el compromís dels professionals de millorar la resposta assistencial a les



necessitats de les persones en el tram final de la vida. Al llarg d'aquests anys, s'han impulsat diferents estratègies i programes que han contribuït a configurar una xarxa d'atenció pal·liativa més estructurada, coordinada i accessible.

Aquest document té com a objectiu analitzar l'evolució dels recursos de cures pal·liatives a les Illes Balears, centrant-se especialment en les línies estratègiques, objectius prioritzats i accions desenvolupades en el marc del Programa 2019-2023, tot emmarcant-los dins del context històric i normatiu que els ha fet possibles.

2. Marc normatiu i evolució històrica del model d'atenció pal·liativa de les Illes Balears

En el marc de *l'Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*, l'any 2009 la comunitat autònoma de les Illes Balears va desenvolupar la seva pròpia estratègia amb la missió de millorar la qualitat de l'atenció que reben els i les pacients i els seus familiars quan es troben en situació avançada i/o terminal de la malaltia, donant una resposta sanitària integral, coordinada i respectuosa amb els valors i autonomia dels pacients (Adrover et al., 2009). Els objectius que ja es definiren en aquell moment donaven especial importància a assegurar la màxima cobertura poblacional, la coordinació entre els diferents nivells assistencials i institucions, la divulgació entre la ciutadania, la formació i implicació dels professionals, la recollida d'informació a través dels sistemes d'informació, i la formació i el suport als cuidadors de les persones amb necessitats d'atenció pal·liativa.

El 2013 es va elaborar el primer Programa de Cures Pal·liatives de les Illes Balears amb l'objectiu principal de:

Proporcionar als pacients amb alguna malaltia avançada i/o terminal i als seus familiars una valoració i una atenció integral adaptada a cada situació, en qualsevol dels nivells assistencials i durant tot el procés, basades en el reconeixement del dret de cada persona a rebre durant aquest període el millor tractament possible i sempre seguint criteris d'eficiència, equitat i qualitat (Benito et al., 2013, p. 34).

L'any 2014, amb el Decret 49/2014, de 28 de novembre, es va crear el Centre Coordinador del Programa de Cures Pal·liatives (CCCPAL) de les Illes Balears com a estructura física i funcional on es desenvolupen activitats de coordinació, seguiment i compliment de l'Estratègia i Programa de Cures Pal·liatives, gestionat pel Servei de Salut de les Illes Balears i dependent funcionalment de la Direcció d'Assistència Sanitària. La finalitat del CCCPAL és:



Assegurar una resposta sanitària integral i coordinada per garantir, per una banda, que qualsevol persona que ho necessiti pugui rebre les cures pal·liatives necessàries i millorar la seva qualitat de vida, i per altra, que els seus familiars puguin rebre el suport necessari per afrontar la malaltia i el dol, tot això amb independència del nivell assistencial en el qual el pacient sigui atès, o que l'atenció sigui prestada en el seu domicili o en un centre residencial (BOIB, 2014, p. 55675).

El 2015, en el Ple del Parlament, es va aprovar per assentiment de tots els parlamentaris la Llei 4/2015, de 23 de març, de drets i garanties de la persona en el procés de morir. Aquesta normativa es basa en tres pilars fonamentals que són regular l'exercici dels drets de la persona durant el seu procés de morir, els deures del personal sanitari que atén aquests pacients i les garanties que les institucions sanitàries estan obligades a proporcionar respecte d'aquest procés. Les finalitats d'aquesta llei són:

Protegir la dignitat de la persona en el seu procés de morir, assegurar l'autonomia dels pacients i el respecte a la seva voluntat en el seu procés de morir, incloent la manifestada de forma anticipada mitjançant la declaració de voluntats anticipades, i proporcionar una atenció de qualitat als destinataris d'aquesta llei (BOE-A-2015-4332, 2015, p. 10).

Aquesta llei també afecta el personal implicat en l'atenció sanitària d'aquestes persones, a l'àmbit domiciliari i també als centres, serveis i establiments sanitaris i sociosanitaris, tant públics com privats, i entitats asseguradores que prestin els seus serveis a les Illes Balears.

Per avaluar amb regularitat l'aplicació i els efectes d'aquesta llei, la Conselleria de Salut realitza estudis periòdics sobre com moren els ciutadans i les ciutadanes de les Illes Balears. Fins a l'actualitat s'han publicat dos informes en aquesta línia: un en què s'ha avaluat com moren els ciutadans i ciutadanes els anys 2015 i 2016 i un altre del període comprès entre els anys 2017 i 2021.

L'any 2016, amb la implementació del Pla d'Atenció a Persones amb Malalties Cròniques (Servei de Salut de les Illes Balears, 2016), es va fer patent la necessitat d'identificar les persones amb malaltia crònica complexa (PCC) i avançada (PCA), que són les que tenen necessitats d'atenció pal·liativa, perquè aquestes siguin ateses amb els recursos més adients segons el nivell de complexitat que presenten.

Es reforça també en aquest pla que l'eix de l'atenció a aquestes persones és l'atenció primària, i que les cures pal·liatives bàsiques s'han de garantir a tots els àmbits assistencials mentre que els professionals sanitaris han de reconèixer quan és necessari derivar un pacient a un recurs específic de cures pal·liatives, tant en adults com en infants.



A més, cal destacar que dins d'aquest model d'atenció a la cronicitat de les Illes Balears, l'any 2017 es va implementar la figura de la infermera gestora de casos, tant a l'àmbit comunitari com hospitalari. Aquest perfil professional neix per fer front a l'abordatge de les necessitats del pacient crònic complex i del pacient crònic avançat, amb necessitats d'atenció pal·liativa:

Es proposa un model d'atenció proactiu i coordinat, que requereix canvis estructurals en tots els nivells assistencials per centrar l'atenció en la persona i oferir formació i suport als cuidadors en el seu entorn familiar. Es passa de la gestió de la malaltia a la gestió del cas assegurant unes cures professionals coordinades i un ús eficient dels recursos (Miguélez et al., 2017, p. 10).

La intervenció de les infermeres gestores de casos ha estat fonamental per la seva contribució en el cribatge poblacional, identificant les persones amb malalties cròniques complexes i avançades, amb l'ajuda dels Grups de Morbiditat Ajustats (GMA), una eina que va impulsar el Ministeri de Sanitat l'any 2015. Estratificar les persones que atensem ens permet classificar la població en grups segons la morbiditat i la complexitat que tenen, de forma que podem anticipar-nos a les complicacions i les reaguditzacions i permet planificar els recursos necessaris. Quant a l'atenció dels PCA, les infermeres gestores de casos activen en cas de necessitat unes rutes assistencials diferenciades que permeten ingressar-los directament des del seu domicili als hospitals d'atenció intermèdia en cas de descompensació o complicació de la patologia de base, sempre que hi hagi disponibilitat de llit, sense necessitat de passar per les urgències dels hospitals d'aguts. Aquests PCA quan són més complexos ingressen directament a les unitats de cures pal·liatives dels hospitals d'atenció intermèdia.

El segon Programa de Cures Pal·liatives de les Illes Balears, vigent des de l'any 2019, reflecteix una evolució en el model d'atenció, caracteritzada per una millor identificació de les malalties cròniques evolutives com a principals causes de mortalitat que poden requerir intervencions pal·liatives. A més, suposa un canvi de mirada, passant de posar el focus únicament en la fase terminal o en la malaltia concreta per atendre de manera integral les persones amb malalties cròniques avançades i amb una expectativa de vida limitada (Castaño et al., 2019).

L'any 2023 es va crear l'Equip Promotor de l'Atenció Integrada Balear a Residències (EPAIB-RES), dependent de la subdirecció d'atenció a la cronicitat, coordinació sociosanitària i malalties poc freqüents, del Servei de Salut de les Illes Balears. L'objectiu principal d'aquest equip és millorar la qualitat de l'atenció sanitària que reben les persones que viuen a aquests centres. En relació amb l'atenció pal·liativa aquest equip també intervé en la identificació proactiva de les persones amb malalties cròniques avançades (PCA) i assegura les rutes assistencials activant els recursos específics com



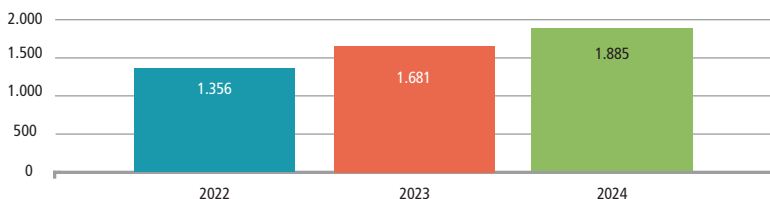
l'Equip de Suport d'Atenció Domiciliària (ESAD) quan és necessari, fent suport a les famílies i afavorint la possibilitat que les persones puguin passar els darrers dies de la seva vida a la residència si així ho desitgen.

Al llarg d'aquests anys també s'ha desenvolupat normativa per regular la capacitat dels professionals en l'àmbit de les cures pal·liatives. El 2023 es va crear la categoria metge/metgessa de cures pal·liatives (BOIB, 2023), i durant el 2025 està previst formalitzar el procés d'integració pel qual les places dels professionals que realitzen aquestes funcions es podran convertir en places de la nova categoria. A més, el 2024 es va crear l'accés per via excepcional al diploma d'acreditació avançada de cures pal·liatives i el 2025 es va habilitar l'accés a aquest diploma per la via ordinària.

3. Situació actual i desenvolupament dels recursos específics de cures pal·liatives de les Illes Balears en el període 2019-2023

La identificació de les persones amb cronicitat avançada (PCA), que per definició tenen necessitats d'atenció pal·liativa, ha anat incrementant-se en els darrers anys tal com es pot veure al gràfic 1.

Gràfic 1 | Nombre de pacients identificats amb alerta PCA durant els anys 2022, 2023 i 2024



Font: elaboració pròpia segons dades del quadre de comandament de cronicitat del Servei de Salut de les Illes Balears.

En el mes de maig de 2025 segons dades disponibles a NEXA, que és el sistema d'informació corporatiu i plataforma d'interoperabilitat del Servei de Salut, hi ha un total de 2.172 persones identificades com a PCA a les Illes Balears, un 17,35 % sobre la població esperada, cosa que significa que s'ha de continuar treballant en aquesta línia d'identificació proactiva per arribar a la màxima població possible. A la taula 1 es detalla la identificació per àrees de salut i sector.



Taula 1 | Nombre de pacients vius identificats PCA (maig de 2025)

Àrea de salut	Sector sanitari	Nombre de PCA identificats	Percentatge sobre esperats
Mallorca	Ponent	671	18,21 %
	Migjorn	707	23,56 %
	Llevant	251	15,15 %
	Tramuntana	281	19,31 %
Eivissa	Eivissa	57	3,47 %
Formentera	Formentera	2	1,83 %
Menorca		35	3,62 %
Desconegut		168	
TOTAL		2.172	17,35 %

Font: elaboració pròpia segons dades disponibles a NEXA.

En els darrers anys s’ha treballat per desenvolupar una alerta transversal corporativa que ens permet identificar als sistemes d’informació les persones que a més a més de tenir necessitats d’atenció pal·liativa reben el suport d’un recurs específic de cures pal·liatives perquè la seva situació és complexa (alerta SEPal). L’ús d’aquesta alerta s’està implementant a l’actualitat i encara conviu amb alertes locals que s’havien creat anteriorment als diferents sistemes d’informació de cada gerència.

Taula 2 | Nombre de pacients vius identificats amb l’alerta SEPal (maig de 2025)

Àrea de salut	Sector sanitari	Nombre d’usuaris amb alerta SEPal activada
Mallorca	Ponent	106
	Migjorn	68
	Llevant	50
	Tramuntana	27
Eivissa	Eivissa	24
Formentera	Formentera	0
Menorca		0
Desconegut		20
TOTAL		295

Font: elaboració pròpia segons dades disponibles a NEXA.

Cal destacar que a Menorca la formació inicial relacionada amb l’ús de l’alerta SEPal està programada per al mes de juny i per això no hi ha usuaris identificats amb l’alerta SEPal, tot i que pels registres de les seves memòries sabem que actualment estan en seguit pel seu recurs un total de 62 persones.



Taula 3 | *Nombre de pacients vius identificats amb cronicitat complexa infantil (PCCIN) i alerta SEPai (maig de 2025)*

Àrea de salut	Sector sanitari	Nombre d'usuaris amb alerta PCCIN + SEPai
Mallorca	Ponent	19
	Migjorn	23
	Llevant	14
	Tramuntana	17
Eivissa	Eivissa	2
Formentera	Formentera	0
Menorca		4
Desconegut		3
TOTAL		82

Font: elaboració pròpia segons dades disponibles a NEXA.

3.1. Nivells d'atenció pal·liativa

L'atenció de les persones amb necessitats d'atenció pal·liativa pivota sobre l'atenció primària: els professionals dels equips d'atenció primària són els que articulen de manera autònoma l'atenció pal·liativa de la persona quan la seva situació no té criteris de complexitat. En els casos que hi ha complexitat els professionals d'atenció primària col·laboren i es coordinen amb els dels recursos específics de cures pal·liatives, com per exemple amb l'ESAD.

Existeixen dos nivells on es poden administrar cures pal·liatives: el nivell de cures pal·liatives bàsic i el nivell especialitzat (SECPAL, 2012).

3.1.1. Nivell bàsic de cures pal·liatives

En el nivell bàsic s'inclouen els recursos que presten atenció a les persones amb necessitats d'atenció pal·liativa i als seus familiars de forma esporàdica, no als recursos específics, quan la situació no té criteris de complexitat.

Per aquest motiu és necessari que tots els professionals sanitaris, independentment de l'àmbit assistencial on facin feina, tinguin formació bàsica en cures pal·liatives. Cal destacar en aquest sentit, que als estudis que es cursen a la facultat d'Infermeria i a la de Medicina de la Universitat de les Illes Balears l'assignatura de cures pal·liatives és obligatòria, mentre que a Espanya només està present al 43 % de les universitats (EAPC, 2025).



En aquest nivell bàsic d'atenció pal·liativa s'inclouen les intervencions següents:

1. Identificació de pacients amb necessitats de rebre atenció pal·liativa.
2. Mesures de control de símptomes, tant farmacològiques com no farmacològiques.
3. Comunicació amb el pacient, els seus familiars i altres professionals de la salut.
4. Procés de presa de decisions.
5. Definició d'objectius d'actuació que respectin els principis de les cures pal·liatives (Castaño et al., 2019, p. 21).

Els equips d'atenció primària, els dels hospitals d'aguts i els d'atenció intermèdia, les infermeres gestores de casos, l'equip promotor de l'atenció integrada balear a residències (EPAIB-RES) i la resta de professionals que fan feina als recursos relacionats amb les prestacions de la Llei de dependència, com són els centres de dia i el servei d'ajuda a domicili, els de les unitats de llarga estada i d'urgències extrahospitalàries, estan inclosos en el nivell bàsic d'atenció.

3.1.2. Nivell especialitzat de cures pal·liatives

En el nivell especialitzat es troben els recursos específics de cures pal·liatives essent aquesta la seva activitat principal. En aquest nivell d'atenció s'atenen les persones que tenen necessitats més complexes relacionades amb el control de símptomes, complicacions, sedació pal·liativa, alt impacte emocional, pacte de silenci, dificultat en la presa de decisions, manca de suport social, etc.

En aquest nivell es requereix que els professionals que hi fan feina tinguin formació específica en cures pal·liatives i que treballin en equips multiprofessionals de forma interdisciplinària per atendre de forma adequada les necessitats de la persona i del seu entorn cuidador.

Actualment els recursos específics de cures pal·liatives de la comunitat autònoma de les Illes Balears estan formats per:

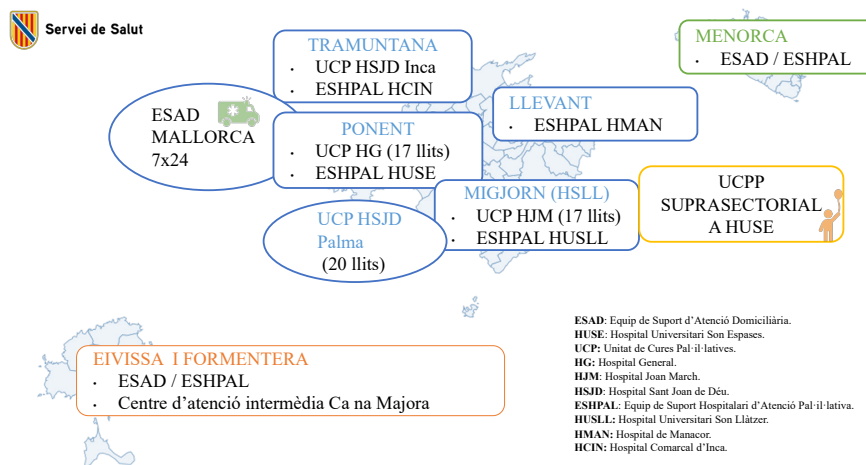
- Equips de suport hospitalari d'atenció pal·liativa (ESH PAL), presents a tots els hospitals d'aguts: a l'Hospital de Manacor (HMAN), a l'Hospital Universitari Son Espases (HUSE), a l'Hospital Universitari Son Llàtzer (HUSLL) i a l'Hospital Comarcal d'Inca (HCIN).



- **Unitats de cures pal·liatives (UCP)**, presents als hospitals d'atenció intermèdia de Mallorca: a l'Hospital General (HG), a l'Hospital Joan March (HJM), als Hospitals Sant Joan de Déu de Palma i d'Inca (HSJD).
- **Unitat de cures pal·liatives pediàtriques (UCPP)**, de caràcter suprasectorial es troba ubicada a l'Hospital Universitari Son Espases i dona suport a totes les illes.
- **Equips d'atenció domiciliària (ESAD)**, que són els que atenen els pacients i les seves famílies al seu domicili. En els darrers anys s'ha implementat el recurs d'atenció pal·liativa per a adults que s'articula a través de l'ESAD Mallorca oferint atenció presencial de 8 h a 20 h i atenció telefònica de 20 h a 8 h, cada dia de l'any. L'atenció presencial a Menorca és de 8 h a 20 h de dilluns a divendres i a Eivissa i Formentera de 8 h a 22 h de dilluns a diumenge.

A les illes de Menorca i Eivissa i Formentera els equips són mixtos i els mateixos professionals que conformen l'ESH PAL són els que formen l'ESAD (atenent les persones a l'hospital i al domicili).

Figura 1. Mapa de recursos específics de cures pal·liatives de les Illes Balears



Font: elaboració pròpia.



Taula 4 | Recursos específics de Cures Pal·liatives de les Illes Balears (maig de 2025)

Gerència	Equip	Metges	Infermeres	TCAI	Psicòleg	Treballador social	Voluntaris	Altres	Cobertura horària
AP Mallorca	ESAD	8	8		1				7x24; 7x12 presencial i telefònica
	UCP HG	3	8+1 supervisora	8	1	1	DIME	IGC, capella	7x24
	ESHPAL	2	2					IGC	5x7
	UCPP	3	4		1	1			5x12
HUSE	UCP HJM	2	8+1 supervisora	9	1	1 compartit	DIME	IGC, capella	7x24
	ESHPAL	2			1 al 60 %			IGC	5x7
HSJD	UCP HSJD PALMA *	2	12+1 coordinadora	17	1	1 compartit	HSJD	SAER, musicoterapeuta, IGC	7x24
	UCP HSJD INCA **	1	9+1 coordinadora	10	1 compartit	1 compartit		SAER, musicoterapeuta, IGC	7x24
	ESHPAL	1 al 80 % + 1 al 20 %	1						
HCIN	ESHPAL	1	2***		1 compartit	1 compartit	DIME		5x7
HMAN	ESHPAL HMAN	2	3		1	1 al 30 %			5x12
HMO	CP Menorca	2	1	1 al 50 %	1 al 30 % i 1 al 50 %	1 al 30 %	APAAC		7x14 (amb suport dels professionals d'hospitalització a domicili)
AP Eivissa i Formentera	CP CP Eivissa i Formentera	2	1						

AP: Atenció Primària, ESAD: Equip de Suport d'Atenció Domiciliària, HUSE: Hospital Universitari Son Espases, UCP: Unitat de Cures Pal·liatives, HG: Hospital General, ESHPAL: Equip de Suport Hospitalari d'Atenció Pal·liativa, ESHPAL: Equip de Suport Hospitalari d'Atenció Pal·liativa, UCPP: Unitat de Cures Pal·liatives Pediàtriques, HUSLL: Hospital Universitari Son Llàtzer, HJM: Hospital Joan March, HSJD: Hospital Sant Joan de Déu, HCIN: Hospital Comarcal d'Inca, HMAN: Hospital de Manacor, HMO: Hospital Mateu Orfila, APAAC: Associació Pitiusa de Ayuda a Afectados de Cáncer, CP: Cures Pal·liatives, IGC: Infermera Gestora de Casos, SAER: Servei Atenció Espiritual i Religiosa. *La UCP comparteix recursos humans i espai físic amb la Unitat de Dany Cerebral. **La UCP comparteix recursos humans i espai físic amb la Unitat de Neurorehabilitació. ***Són infermeres formades en gestió de casos i assumeixen aquesta funció.

Font: elaboració pròpia segons dades de les memòries dels equips dels recursos específics de cures pal·liatives de les Illes Balears.



Referències bibliogràfiques

Adrover, C. et al. (2009). *Estratègia de Cures Pal·liatives de les Illes Balears 2009-2014*. Conselleria de Salut i Consum.

Benito, E. et al. (2013). *Programa de Cures Pal·liatives de les Illes Balears 2013-2016*. Servei de Salut de les Illes Balears.

BOE-A-2015-4332 (2015). Llei 4/2015, de 23 de març, de drets i garanties de la persona en el procés de morir. Butlletí Oficial de l'Estat, núm. 96.

BOIB (2014). Decret 49/2014, de 28 de novembre, de creació del Centre Coordinador de Cures Pal·liatives de les Illes Balears. Butlletí Oficial de les Illes Balears, núm. 163, 55229-55232.

BOIB (2023). Decret 26/2023, de 8 de maig, de creació de noves categories de personal estatutari en l'àmbit del Servei de Salut de les Illes Balears. Butlletí Oficial de les Illes Balears, núm. 59, 24592-24600.

Castaño, J. et al. (2019). *Programa de Cures Pal·liatives de les Illes Balears 2019-2023*. Servei de Salut.

European Association for Palliative Care (EAPC) (2019). *White Paper on Standards and Norms for Palliative Care in Europe*. European Association for Palliative Care.

European Association for Palliative Care (EAPC) (2025). *EAPC Atlas of Palliative Care in the European Region 2025*. European Association for Palliative Care.

Migúelez, B. et al. (2017). *Infermera gestora de casos en l'atenció a la cronicitat a les Illes Balears*. Servei de Salut.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). *Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2021). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Organització Mundial de la Salut (OMS) (2020). *Palliative Care*. World Health Organization.



Servei de Salut de les Illes Balears (2016). *Pla d'atenció a les persones amb malalties cròniques 2016-2021 de les Illes Balears*. Servei de Salut de les Illes Balears.

Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) (2012). *Libro blanco sobre normas de calidad y estándares de cuidados paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos*. Sociedad Española de Cuidados Paliativos.



Autores

MARIA DEL CARMEN MORENO HOYOS

Palma (1982). Infermera especialista en geriatria per la Universitat de les Illes Balears. Màster oficial en Atenció i Cures Pal·liatives per la Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya i la Universitat de Barcelona. Actualment ocupa el càrrec de coordinadora de l'Equip Tècnic d'Atenció a la Cronicitat i Coordinació Sociosanitària del Servei de Salut de les Illes Balears, coordinadora de l'Estratègia Balear de Cures Pal·liatives, professora associada de la Universitat de les Illes Balears a la Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia, presidenta de la Sociedad Balear de Cuidados Paliativos de las Illes Balears (IllesPal) i tesorera de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL).

ESTEFANÍA SERRATUSELL SABATER

Palma (1978). Infermera especialista en geriatria i graduada en Economia per la Universitat de les Illes Balears. Màster oficial en Nutrició Humana i Qualitat dels Aliments per la Universitat de les Illes Balears. Docent a l'Expert Universitari de Valoració del Grau de Discapacitat i Dependència (UIB) i en el Màster en Direcció i Lideratge de Serveis de Salut (UIB). Investigadora del grup Cuidados, cronicidad y evidencias en salud (CurEs), de l'Institut de Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdISBa). Dedicada a la gestió de la cronicitat, atenció integrada, cures pal·liatives i atenció intermèdia des de l'any 2014 fins a l'actualitat. Actualment ocupa el càrrec de subdirectora d'Atenció a la Cronicitat, Coordinació Sociosanitària i Malalties Poc Freqüents del Servei de Salut de les Illes Balears des de l'any 2021.



LA CONTENCIÓ FÍSICA EN LA CURA A LES PERSONES GRANS: PROTECCIÓ O VULNERACIÓ?



La contenció física en la cura a les persones grans: protecció o vulneració?

Alba L. Carrero Planells



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 393/532

Resum

Les contencions físiques han estat tradicionalment utilitzades com a mesures de control i seguretat en la cura de persones grans, especialment per a prevenir caigudes o controlar episodis d'agitació. No obstant això, el seu ús respon amb freqüència a factors aliens al benestar del pacient, com l'escassetat de personal, motius organitzatius o defectes de l'entorn arquitectònic.

Malgrat que les contencions físiques s'apliquen amb finalitats protectores, el seu ús prolongat o injustificat pot provocar greus conseqüències físiques, funcionals, psicològiques i ètiques, que afecten la dignitat, l'autonomia i la qualitat de vida de les persones grans. Entre aquests efectes adversos, hi ha l'aparició d'úlceres per pressió, el risc d'asfíxia o l'augment de la confusió i l'agitació, associant-se a més a una major deterioració física i cognitiva. Des d'una perspectiva bioètica i legal, aquesta pràctica ha de ser considerada excepcional, subjecta a criteris de necessitat, proporcionalitat i temporalitat, respectant els principis d'autonomia, beneficència, no maleficència i justícia.

Enfront d'aquesta realitat, han sorgit models d'atenció centrats en la persona i lliures de subjeccions, que han demostrat ser viables, segurs i més respectuosos amb els drets humans. Aquestes intervencions, basades en la formació, el redisseny ambiental i les estratègies de cura personalitzades, permeten reduir l'ús de les contencions físiques sense que això s'acompanyi d'un increment de les caigudes ni de la prescripció de fàrmacs psicotròpics. En definitiva, és possible i necessari promoure unes cures més humanes, dignes i ètiques per a les persones grans.

Resumen

Las contenciones físicas han sido tradicionalmente utilizadas como medidas de control y seguridad en el cuidado de personas mayores, especialmente para prevenir caídas o controlar episodios de agitación. No obstante, su uso responde con frecuencia a factores ajenos al bienestar del paciente, como la escasez de personal, motivos organizativos o defectos del entorno arquitectónico.

Pese a que las contenciones físicas se aplican con fines protectores, su uso prolongado o injustificado puede provocar graves consecuencias físicas, funcionales, psicológicas y éticas, afectando a la dignidad, la autonomía y la calidad de vida de los mayores. Entre estos efectos adversos, se encuentran la aparición de úlceras por presión, el riesgo de asfixia o el aumento de la confusión y la agitación, asociándose además a un mayor deterioro físico y cognitivo. Desde una perspectiva bioética y legal, esta práctica debe ser considerada excepcional, sujeta a criterios de necesidad, proporcionalidad y



temporalidad, respetando los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Frente a esta realidad, han surgido modelos de atención centrados en la persona y libres de sujeciones, que han demostrado ser viables, seguros y más respetuosos con los derechos humanos. Estas intervenciones, basadas en la formación, el rediseño ambiental y las estrategias de cuidado personalizadas, permiten reducir el uso de las contenciones físicas sin que ello se acompañe de un incremento de las caídas ni de la prescripción de fármacos psicotrópicos. En definitiva, es posible y necesario promover unos cuidados más humanos, dignos y éticos para las personas mayores.

1. Les contencions físiques

Les contencions físiques¹ són definides com «qualsevol acció o procediment que impedeix la llibertat de moviment d'una persona a una posició d'elecció i/o l'accés normal al seu cos mitjançant l'ús de qualsevol mètode, adjunt o adjacent al seu cos que ell/ella no pot controlar ni retirar amb facilitat» (Bleijlevens et al., 2016).

En l'actualitat, els procediments més habituals de contenció física són els cinturons, les armilles, les canyelleres i els llençols immobilitzadors. A més d'aquests dispositius dissenyats específicament per a limitar la mobilitat de la persona continguda, aquesta també es realitza mitjançant altres mètodes com les baranes del llit o l'ús de cadires amb una safata fixa davant que impedeixen que la persona s'aixequi (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2023).

En el context d'ús de les contencions físiques, apareix la subjecció química, entesa com l'ús de fàrmacs, fonamentalment aquells que actuen a nivell del sistema nerviós central, que redueixen la mobilitat de la persona, de manera que queden inhibides les seves activitats (sortir del llit, anar al bany, participar en activitats socials...) amb l'objectiu de manejar o controlar una conducta inadequada o molesta (com la vagabunderia, l'agressivitat verbal o la falta de col·laboració en les cures), que no té base en un desordre psiquiàtric diagnosticat (Urrutia Beaskoa, 2015).

¹ A Espanya, els termes *contenció*, *restricció* o *subjecció* són emprats com a sinònims per a denominar les mesures destinades a limitar la mobilitat dels usuaris. Així, en l'àmbit assistencial s'entén per subjecció qualsevol iniciativa que limiti la mobilitat d'una persona en contra de la seva voluntat, sent les més habituals les físiques (també denominades mecàniques) i les farmacològiques (o químiques) (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2023).



Els psicofàrmacs són utilitzats en les persones grans amb símptomes neuropsiquiàtrics, com ara depressió, ansietat, apatia, deliri, al·lucinacions, agitació, problemes de son o deambulació erràtica. Els més utilitzats solen ser els antipsicòtics, els ansiolítics, els hipnòtics i sedants, i els antidepressius. Malgrat que quan aquests fàrmacs s'usen adequadament poden millorar la qualitat de vida dels usuaris, quan s'apliquen de manera inapropiada o sense estar indicats pot considerar-se una subjecció química o farmacològica. Des d'aquesta perspectiva, la Societat Espanyola de Geriatria i Gerontologia (2023) defineix la subjecció química com «l'ús de psicofàrmacs, independentment del grup utilitzat i/o de la seva dosi, que limitin o restringeixin la mobilitat i comprometin les activitats de la vida diària, així com el funcionament mental, amb l'objectiu de controlar una conducta que es considera inadequada, i sempre que no tingui la seva base en un trastorn psiquiàtric diagnosticat, sinó que s'utilitzin per conveniències organitzatives i no en benefici de la persona».

Tornant a les subjeccions mecàniques, històricament, aquestes han estat considerades com a elements necessaris i fins i tot terapèutics en la cura de molts grups de pacients (Fariña-López i Estévez-Guerra, 2011a; Urrutia Beaskoa, 2015). Les primeres referències a l'ús de la restricció física les trobem en un text de la Grècia clàssica com el *Corpus Hippocraticum*. Aquest esmentava diverses teràpies que incloïen la contenció mitjançant cadenes d'aquells que podien representar un perill per a si mateixos o per als altres (Fariña-López i Estévez-Guerra, 2011a). Històricament, la subjecció sorgeix com una mesura de control i de seguretat, tant per al pacient com per al seu cuidador, enfront de la conducta problemàtica dels pacients psiquiàtrics, i s'utilitzava de manera episòdica i puntual (Fariña-López i Estévez-Guerra, 2011b, 2011a; Urrutia Beaskoa, 2015). Amb l'envelliment poblacional i l'augment de la prevalença de pacients grans amb malalties cròniques, dependència i, sobretot, demència, la prevalença de l'ús de les subjeccions en l'ancià es dispara. Aquest augment és notable sobretot en el pacient geriàtric dement, amb trastorns de comportament i/o perill de caigudes i receptor de cures de llarga durada (Urrutia Beaskoa, 2015). Al començament del segle XXI, va començar a sorgir entre ciutadans, pacients, familiars i professionals una preocupació creixent entorn de les subjeccions mecàniques per diferents motius: pels efectes que produïen sobre els usuaris, pel possible efecte protector que es pressuposava que exercien sobre els accidents i les caigudes i per les reclamacions, les demandes i les sentències judicials dispars davant fets similars. Es va procedir així a publicar-se procediments, protocols, guies i manuals sobre el seu ús. D'aquesta manera, actualment, es determinen les condicions de la seva aplicació, però sense tenir en compte el compromís amb els drets, els principis, els valors i l'autoestima de les persones ateses. L'existència de protocols va acabar convertint-se en un aval que confereix immunitat per a subjectar sense control i un element defensiu enfront de possibles reclamacions o demandes per accidents, caigudes i agressions. Entre 2005 i 2010, van començar a sospesar-se les repercussions jurídiques, socials, morals i ètiques tant dels professionals com de les



institucions encarregades de l'atenció a les persones grans, en tant que comprometen el dret a la llibertat, a la integritat física i moral, a no sofrir tracte inhumà o degradant (Constitució espanyola), al principi d'autonomia i a valors com la dignitat personal i la percepció de l'autoestima.

En l'actualitat, l'ús de les restriccions és un problema comú i conegut tant en entorns d'aguts com crònics o residencials (Scheepmans et al., 2017). S'estima que la prevalença d'ús de les contencions físiques en l'àmbit residencial varia entre el 7 i el 25 %, augmentant de manera significativa entre els residents amb deterioració cognitiva (Hammers et al., 2016; Scheepmans et al., 2017).

El perfil de la persona resident a la qual s'aplica contenció física és el d'una dona anciana, desorientada, amb tendència a la deambulació, diagnosticada de demència, dependent per a les activitats de la vida diària, amb incontinència urinària i fecal, en tractament amb neurolèptics, que manté una certa activitat social i amb història de caigudes prèvies durant els últims sis mesos (Urrutia Beaskoa, 2015). Unes altres de les característiques del resident que s'associen amb l'ús de restriccions físiques són la mobilitat reduïda, la disminució de la capacitat funcional, l'elevada dependència i els problemes conductuals (Estévez-Guerra, 2017; Hofmann i Hahn, 2014; Øye et al., 2017; Scheepmans et al., 2017). En concret, segons Fernández-Ibáñez (2020) els pacients amb contenció física presenten de manera significativa més dependència, menor capacitat de caminar, major grau de deterioració cognitiva i més risc de caigudes que els residents no subjectes.

2. L'ús de les contencions físiques

Les mesures de contenció són fonamentalment emprades en les unitats de vigilància intensiva, les unitats psiquiàtriques, les unitats geriàtriques o els serveis d'urgències, encara que també són freqüents en les cures domiciliàries (OMC, 2015). En l'àmbit de la geriatria, les contencions físiques són utilitzades com a dispositius de seguretat, especialment per a evitar les caigudes, controlar els quadres d'agitació o la vagabunderia, evitar la manipulació de dispositius, compensar el dèficit de personal, controlar el comportament, mantenir la posició corporal, facilitar l'administració de medicació o la sol·licitud de subjecció per part de les famílies (Estévez-Guerra, 2017; Fariña-López et al., 2013; Möhler et al., 2011; Muñoz et al., 2016; Øye et al., 2017; Urrutia Beaskoa, 2015). No obstant això, en moltes ocasions, la indicació d'aquesta mena de mesures està més relacionada amb aspectes organitzacionals dels centres (com el compliment d'horaris), alleujar problemes d'escassetat de personal assistencial o la seva falta de formació, així com per a esmenar defectes en el disseny dels espais físics dedicats a l'atenció de persones grans (Øye et al., 2017).



Són nombrosos els factors que condicionen la utilització de les restriccions físiques en les persones grans. Entre ells es troben el nivell de deterioració dels usuaris, la formació i les ràtios de personal, les pressions de les famílies, algunes qüestions arquitectòniques i els aspectes legals, entre altres. En particular, entre els factors interns predictors del seu ús apareixen l'edat, la mobilitat deficient, l'elevada dependència, la deterioració cognitiva o el risc (i els antecedents) de caigudes (Chou et al., 2020; Fernández Ibáñez et al., 2020; Gulpers et al., 2012; Hofmann i Hahn, 2014; Scheepmans et al., 2019). D'altra banda, entre els determinants externs al pacient, destaquen les creences dels professionals respecte als beneficis i les seves actituds envers el procediment, els seus coneixements respecte als efectes adversos, la pràctica local habitual, les ràtios de personal, la possibilitat de realitzar una supervisió contínua, les percepcions respecte a la legalitat de la seva aplicació, així com les normes culturals de la institució i la societat (Tolson i Morley, 2012).

3. Els efectes de l'ús de les contencions físiques en la cura a les persones grans

Encara que s'utilitzen amb finalitats protectores, l'ús de les restriccions físiques en la cura de les persones grans genera controvèrsia pels efectes adversos que implica. Diversos estudis com el de Fariña-López (2011) evidencien perjudicis físics com úlceres per pressió, pèrdua del to muscular i massa òssia, infeccions, tromboembolismes, incontinències, restrenyiment, risc d'asfíxia o mort sobtada, que incrementen la complexitat i el cost de l'assistència. En concret, l'ús d'aquests dispositius, com barres laterals o cinturons, pot provocar asfíxia si es col·loquen incorrectament o quan la persona tracta de sortir-ne, així com estrès extrem que en persones amb patologies prèvies pot derivar en arrítmies fatals (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2023). A nivell funcional, l'ús de contencions s'associa a la deterioració física i cognitiva, així com a un augment de l'estada hospitalària i una major mortalitat (Chou et al., 2020).

Amb relació als efectes psicològics, les subjeccions solen augmentar la confusió i l'agitació de les persones grans i, a més, generen retraïment, humiliació o agitació (Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2023). De la mateixa manera, les subjeccions afecten l'autoestima, la dignitat i l'autonomia, provocant aïllament social, ansietat, depressió i desconfiança cap als cuidadors.

Els estudis d'Anderson i Blair (2020) conclouen que les contencions físiques deterioren la qualitat de vida dels residents: més dolor, menor ingesta, pitjor estat nutricional, menor qualitat de vida i menys satisfacció amb les cures rebudes. En suma, l'ús de restriccions físiques comporta riscos físics, psicològics, ètics i socials i, tal com afirmen Tolson i Morley (2012), «fan més mal que bé».



4. Anàlisi ètica de l'ús de les contencions físiques

La pràctica de la contenció es qüestiona molt en l'actualitat per diverses raons. A les complicacions físiques i psicològiques que acabem de veure i l'escassa evidència que recolza el seu ús en la prevenció de caigudes, cal afegir la pèrdua de la dignitat i de drets que suposa per al pacient.

Des d'un punt de vista ètic, la contenció física és una mesura d'urgència que ha d'utilitzar-se com a últim recurs, després que hagin fracassat la resta de mesures alternatives i després d'haver-ne valorat els beneficis per a la seguretat del pacient respecte als seus desavantatges i els seus riscos (Sharifi et al., 2021; Urrutia Beaskoa, 2015). En cas contrari, l'ús regular de les contencions és considerat com un indicador de baixa qualitat de cures i, fins i tot, com una forma clara de maltractament físic i psicològic a les persones grans que porta a una pràctica deshumanitzada (Muñoz et al., 2016).

Gastmans i Milisen (2006) va dur a terme una anàlisi dels valors i les normes que són importants per a una avaluació ètica de les contencions físiques. En primer lloc, la dignitat humana no pot ser negada per motius de malaltia, discapacitat o proximitat de la mort, per la qual cosa els cuidadors han de prioritzar el respecte a la dignitat de les persones grans. En segon lloc i quant al principi d'autonomia, les persones grans han de considerar-se sempre com a persones responsables, que actuen d'acord amb la seva consciència i en llibertat. Per tant, la seva capacitat per a prendre decisions ha de ser sempre respectada en el context de l'ús de les contencions físiques. En aquest sentit, és imprescindible informar les persones grans sense deterioració cognitiva i obtenir el seu consentiment. En el cas de persones amb deterioració cognitiva, les han d'involucrar en la presa de decisions en la mesura que sigui possible i, en cas que no ho sigui, són els familiars els qui han de determinar què hauria volgut la persona major. En tercer lloc, en la pràctica assistencial es dona gran importància als aspectes físics i existeix una preocupació per les possibles reclamacions que poguessin derivar-se dels danys a aquest nivell. Per això, les contencions físiques són ben acceptades com a mecanismes per a evitar les caigudes. No obstant això, i considerant les persones grans com a persones de ple dret, el seu benestar inclou molt més que només la prevenció de danys físics, cosa que fa necessari el respecte al benestar en un sentit més ampli, incloent-hi la dimensió social, la psicològica i la moral. En quart lloc, el foment de la independència de les persones grans a través de les activitats ordinàries del dia a dia mereix ser la màxima prioritat. Amb la finalitat de mantenir aquesta independència, l'ús de les contencions físiques ha de ser una mesura per a circumstàncies excepcionals en les quals hi hagi un risc per a la persona major o per a tercers, i sempre que les mesures preventives hagin fracassat.

A continuació, s'analitza l'ús de les contencions físiques a partir dels quatre principis de la bioètica: autonomia, beneficència, no maleficència i justícia.



En primer lloc, en relació amb l'autonomia, qualsevol persona és un agent moral autònom, és a dir, té dret a prendre decisions sobre la seva vida i la seva salut. Per això, la persona que requereixi l'aplicació d'una contenció mecànica haurà d'estar informada de l'ús d'aquesta mesura i, sempre que sigui possible, s'haurà de sol·licitar el seu consentiment (COIB, 2006).

En segon lloc, la beneficència es formula sota la premissa de no fer mal, augmentar els beneficis i disminuir els possibles danys tant com sigui possible. En el cas de les contencions, s'utilitzen amb la voluntat de protegir físicament el pacient, el seu entorn i el personal sanitari quan la pròpia seguretat està compromesa (OMC, 2015). Quan es decideix aplicar una d'aquestes mesures, els professionals han d'esforçar-se per garantir el benestar de la persona i no sols per protegir-la de possibles danys, assegurant-se que els beneficis sempre siguin superiors als perjudicis.

En tercer lloc, la no maleficència fa referència a evitar el mal al pacient, el que implica abstenir-se d'accions que puguin perjudicar el pacient. Segons l'OMC (2015), la contenció mecànica suposa, des del punt de vista ètic, una confrontació entre els principis d'autonomia —per la limitació de la llibertat del pacient en contra de la seva voluntat— i de beneficència —per perseguir la seva protecció—. Aquest conflicte s'uneix als riscos que poden interferir amb el principi de no maleficència, com són la immobilització de la persona o les possibles lesions de diferent naturalesa associades al seu ús. Les seves implicacions legals exigeixen l'existència de procediments i normatives que regulin la seva prescripció, la seva aplicació i el consentiment informat.

En quart lloc, respecte a la justícia, ocorre una injustícia en negar a una persona algun benefici al qual té dret sense que per a això hi hagi una bona raó, o quan se li imposa indegudament alguna càrrega. Una altra manera de concebre el principi de la justícia és que els iguals han de ser igualment tractats, per la qual cosa l'aplicació d'una mesura de subjecció no pot actuar mai com a causa de discriminació de la persona per part dels professionals. En qualsevol situació, la persona mereix ser tractada amb la màxima consideració i el màxim respecte (COIB, 2006).

A més d'aquests principis, és fonamental analitzar l'ús de les contencions físiques des del concepte de dignitat, perquè són nombrosos els autors i els organismes que defensen que la seva aplicació és incompatible amb la dignitat de les persones grans. Des d'aquest punt de vista, el model de cures sense subjeccions entén que el que és prioritari és el respecte a la dignitat des de la perspectiva de la persona cuidada, per sobre de si és correcte o no subjectar. Per això, la presa de decisions dels cuidadors ha d'estar fonamentada en aquest respecte a la dignitat de la persona cuidada, que és pròpia i irrenunciable i està molt lligada amb la concepció individual de qualitat de vida. No obstant això, en la pràctica assistencial, és habitual que els professionals de la



cura assumeixin la responsabilitat de decidir sobre la dignitat de pacients incapaços de prendre decisions per la seva falta d'autonomia (Urrutia Beaskoa, 2015).

5. El marc legal que regula l'ús de les contencions físiques

Les persones grans gaudeixen jurídicament dels mateixos drets, llibertats i deures civils i polítics constitucionals que els altres ciutadans. No obstant això, en l'àmbit assistencial, la vulnerabilitat de l'ancià dificulta l'exercici real d'aquests drets, sent més susceptibles a ser víctimes de violència i discriminació. En la pràctica de la contenció, és necessari tenir en compte els drets de les persones grans i les diferents legislacions que directament o indirectament regulen el seu ús, tant a nivell internacional, nacional i autonòmic.

Per començar, a nivell internacional, es troben nombrosos tractats que regulen els drets de les persones grans i que, malgrat no regular l'ús de les contencions mecàniques, haurien de ser tingudes en consideració en cas d'aplicar-les. Entre aquests tractats es troben els Principis en favor de les persones d'edat de l'Assemblea General de les Nacions Unides (1991), la Carta dels Drets Fonamentals de la Unió Europea (2000), el Pla Acció Internacional de Madrid sobre l'Envel·liment de l'Organització de les Nacions Unides (2002). A més, alguns països com Dinamarca, el Regne Unit o els Estats Units presenten una sensibilitat especial respecte a l'ús de les contencions físiques i l'han regulat, permetent-lo únicament en determinades circumstàncies. Aquestes mesures legislatives han contribuït a reduir-ne significativament l'ús (Gulpers et al., 2012).

En el nostre context nacional, l'ús de subjeccions en l'àmbit assistencial sanitari és una pràctica que, fins al moment, manca d'una normativa específica reguladora, encara que sí que són diverses les lleis que haurien de ser tingudes en consideració. Per exemple, la Constitució espanyola recull els drets fonamentals, entre els quals es troben el dret a la llibertat (art. 1.1); als principis de dignitat humana i lliure desenvolupament de la personalitat (art. 10.1); a la vida, a la integritat física i moral i a no sofrir tractes inhumans o degradants (art. 15), a la llibertat física (art. 17) i a la protecció de la salut (art. 43), entre altres.

Des de 2006, els serveis socials autonòmics han anat desenvolupant lleis amb l'objectiu de regular la contenció de les persones grans. A Balears, la Llei 4/2009, d'11 de juny, de Serveis Socials de les Illes Balears recull, en l'article 9, el dret de les persones usuàries dels serveis residencials «a no ser sotmeses a cap mena d'immobilització o de restricció física o tractament farmacològic sense la seva autorització, tret que hi hagi perill imminent per a la seguretat física de la persona usuària o de terceres persones, o que hi hagi prescripció facultativa, en tots dos casos sota supervisió». A més, considera



infracció molt greu «sotmetre les persones usuàries dels serveis a qualsevol tipus d'immobilització o restricció física o tractament farmacològic sense prescripció mèdica i supervisió, excepte en el supòsit que hi hagi perill imminent per a la seguretat física de la persona usuària o de terceres persones» (article 129).

D'altra banda, la Carta de Drets i Deures del Pacient del Servei de Salut de les Illes Balears (2003) reconeix el dret a rebre una atenció sanitària integral dels seus problemes de salut, així com el dret a rebre respecte a la seva personalitat, dignitat humana. Igualment, inclou el dret a rebre informació completa i continuada —verbal i per escrit, en un llenguatge comprensible— sobre el procés assistencial, incloses les alternatives de tractament. En aquest sentit, el pacient té «dret a determinar lliurement quina és la millor de les alternatives que el responsable mèdic del cas li presenta», i és necessari el seu consentiment manifest abans de qualsevol actuació, excepte quan la urgència no admeti demora o quan el pacient no estigui capacitat per a la presa de decisions, corresponent als seus familiars o representants legals aquest dret. Igualment, el pacient té dret a negar-se a rebre un tractament i ha de signar un document que reflecteixi aquest rebuig. Així mateix, el pacient té dret al fet que tot el procés assistencial consti per escrit en la història clínica.

Paral·lelament a la normativa autonòmica, el 2022 es van fer importants avenços a nivell nacional respecte a l'ús de les contencions físiques. D'una banda, la Fiscalia General de l'Estat ha emès la Instrucció número 1/2022, sobre l'ús de mitjans de contenció mecànics o farmacològics en unitats psiquiàtriques o de salut mental i centres residencials i/o sociosanitaris de persones grans i/o amb discapacitat. La instrucció reconeix el dret de les persones a no ser objecte de cap mena de restricció física o intel·lectual, per mitjans mecànics o farmacològics, excepte situacions excepcionals. Així, l'aplicació de la contenció ha d'atendre els principis d'excepcionalitat, individualització, necessitat, proporcionalitat, idoneïtat, graduació, mínima intensitat possible, temps estrictament necessari i transparència, eludint aplicacions rutinàries i respectant la dignitat, la privacitat i els drets de la persona.

D'altra banda, al juliol de 2022 va ser aprovada la Resolució de 28 de juliol de 2022, de la Secretaria d'Estat de Drets Socials, per la qual es publica l'Acord del Consell Territorial de Serveis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, sobre criteris comuns d'acreditació i qualitat dels centres i serveis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència que determina com han de ser les cures en les residències i altres serveis integrats en el Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (SAAD). Aquesta resolució planteja un nou model d'atenció basat en la dignitat, el respecte, la personalització i l'atenció centrada en la persona; la participació, el control i les eleccions; el dret a la salut i al benestar personal; així com la proximitat i les connexions comunitàries. En concret, aquesta resolució estableix com



a requisit per a l'acreditació dels centres l'atenció lliure de subjeccions, defensant que totes les persones ateses en l'àmbit del SAAD tenen dret a rebre una atenció lliure de subjeccions, ja siguin aquestes físiques, mecàniques, químiques o farmacològiques, i també lliure de coercions.

6. Els models emergents enfront de l'ús de les contencions

No existeixen treballs de recerca amb evidència científica que justifiquin l'ús de les subjeccions. No obstant això, des de fa més d'una dècada, existeixen moviments professionals i socials «antisubjeccions», que alcen la veu en contra del seu ús, esgrimint que, enfront de cadascuna de les causes argumentades per al seu ús, existeixen altres alternatives menys cruentes i més dignificants.

A nivell nacional, són nombroses les entitats que treballen per a implementar models de cura centrats en la persona i lliures de subjeccions físiques i/o químiques. Entre aquestes, destaquen la Fundación Cuidados Dignos, la Confederació Espanyola d'Organitzacions de Majors, la Fundació Maria Wolff o la Fundació Dignitas Vitae. Igualment, són nombrosos els estudis científics que han desenvolupat intervencions de retirada de contencions físiques tant en l'àmbit hospitalari com residencial. Entre les accions emprades destaquen les intervencions formatives dirigides als membres de l'equip interdisciplinari d'atenció, l'assessorament per a professionals especialitzats, l'elaboració de plans individualitzats per a cada pacient o els canvis en les polítiques assistencials dels centres. A més, els estudis coincideixen en la necessitat de modificar l'entorn, adaptar el mobiliari i aplicar diferents mesures de seguretat per a evitar les caigudes, així com de desenvolupar activitats estructurades d'estimulació cognitiva i sensorial. La majoria de les intervencions són multicomponent, és a dir, combinen diverses d'aquestes accions (Abraham et al., 2020; Brugnolli et al., 2020).

6.1. Els resultats aconseguits en la cura sense contencions

Els resultats d'estudis científics que han implementat intervencions orientades a la retirada de les contencions mostren que reduir el nombre d'aquests dispositius és possible i s'acompanya de bons resultats assistencials. Aquests estudis observen un descens en l'ús de contencions en la pràctica clínica, sobretot entre els pacients amb demència (Abraham et al., 2020; Gulpers et al., 2012; Urrutia Beaskoa, 2015). Per exemple, en l'estudi d'Urrutia Beaskoa (2015), dut a terme en l'àmbit residencial, es va produir un descens del 40 % en el nombre de subjeccions físiques en el grup intervenció, mentre que en el grup control aquest va augmentar un 34,5 %. A més, els seus resultats reflecteixen que, tot i que el nivell de dependència dels usuaris va augmentar, no es va recórrer a la subjecció, la qual cosa no va ocórrer en el grup control,



on totes les persones susceptibles de ser subjectes (a partir d'un índex de Barthel <40) van ser subjectes. Per tant, i malgrat les creences dels professionals sanitaris que les consideren elements necessaris per a la cura d'una persona amb deterioració cognitiva i risc de caigudes, l'evidència científica demostra que les contencions físiques són elements evitables i el seu ús pot reduir-se gràcies a la implementació d'un model de cures alternatiu.

A més, la reducció de l'ús de les contencions físiques no s'acompanya d'un augment de l'ús de fàrmacs psicotròpics (Abraham et al., 2020; Gulpers et al., 2012; Möhler et al., 2011; Muñiz et al., 2016; Urrutia Beaskoa, 2015). Fins i tot, els estudis reflecteixen com el nombre de psicofàrmacs tendeix a disminuir, augmentant així el nombre de residents que consumeixen menys fàrmacs. Cal destacar com, en l'estudi de Muñiz (2016), la disminució en la prescripció de medicaments psicotròpics va ser encara major entre els residents amb demència. Aquests resultats permeten desmitificar la contenció química com una alternativa necessària a l'ús de les contencions físiques.

Quant al nombre de caigudes, els estudis en general no recullen diferències estadísticament significatives, per la qual cosa la retirada de contencions no s'acompanya d'un augment del nombre de caigudes ni de la gravetat de les seves conseqüències (Abraham et al., 2020; Gulpers et al., 2012; Urrutia Beaskoa, 2015). Així, en l'estudi d'Urrutia Beaskoa (2015), els residents als quals es van retirar les contencions van sofrir menys caigudes i les que es van produir no van tenir conseqüències o van ser lleus. A més, entre les persones a les quals es va retirar la subjecció, van disminuir les caigudes amb conseqüències greus, mentre que van augmentar les caigudes amb lesions lleus. Malgrat que la disminució de caigudes no va ser estadísticament significativa en molts estudis, permet desmuntar el mite que les subjeccions són necessàries per a evitar-les. Per tant, no és correcte relacionar l'eliminació de les subjeccions amb un increment del nombre de caigudes ni assegurar que el pacient està més segur i cau menys quan se'l subjecta.

De la mateixa manera, la retirada de les contencions impacta en l'estat funcional dels pacients. En aquest sentit, Urrutia Beaskoa (2015) va analitzar la funcionalitat dels usuaris mitjançant l'escala Barthel (escala emprada per a avaluar l'autonomia de les persones en la realització de les activitats bàsiques de la vida diària, com l'alimentació, la higiene o el vestit) i va observar que els participants als quals es va retirar la contenció van mantenir el nivell de dependència que tenien a l'inici de la intervenció, mentre que en el grup control els residents van augmentar el seu nivell de dependència. A més, els participants del grup intervenció van obtenir millors resultats en la prensió manual (prova utilitzada com a indicador de la força muscular general i de l'estat funcional de l'individu). Aquests resultats podrien deure's al programa d'exercicis que es va aplicar en el grup d'intervenció i no en el control. En definitiva, i tenint en compte



les característiques de la població estudiada (cronicitat, discapacitat i dependència), els resultats resulten positius perquè es mantenen els nivells de funcionalitat sense produir-se empitjorament després de la retirada de les contencions físiques.

Com a conclusió, la retirada de subjeccions físiques, encara que sense reduir significativament el nombre de caigudes, aporta avenços en alguns aspectes que repercuteixen en el benestar i la qualitat de vida de les persones grans, objectius bàsics de les cures en aquesta etapa del cicle vital. En qualsevol cas, les dades demostren que la retirada de subjeccions físiques no suposa, com històricament s'ha pensat, cap perjudici en termes de seguretat i salut. Al revés, es demostra que és possible un canvi en el mode de cuidar, cap a un model d'atenció centrada en la persona i lliure de contencions físiques.

Agraïments

Agraeixo sincerament les meves directores de tesi doctoral, Cristina Moreno i Ana Urrutia, la seva guia constant i les seves aportacions valuoses al llarg de tot el procés, el qual han donat lloc a aquest capítol.



Referencies bibliogràfiques:

Abraham, J.; Hirt, J.; Kamm, F. i Möhler, R. (2020). «Interventions to reduce physical restraints in general hospital settings: A scoping review of components and characteristics». *Journal of Clinical Nursing*, 29 (17-18), 3183-3200. <https://doi.org/10.1111/jocn.15381>

Anderson, K. i Blair, A. (2020). «Why we need to care about the care: A longitudinal study linking the quality of residential dementia care to residents' quality of life». *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 91 (March), 104226. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104226>

Bleijlevens, M. H.; Wagner, L. M.; Capezuti, E. i Hamers, J. P. H. (2016). «Physical Restraints: Consensus of a Research Definition Using a Modified Delphi Technique». *Journal of the American Geriatrics Society*, 64 (11), 2307-2310. <https://doi.org/10.1111/jgs.14435>

Brugnolli, A.; Canzan, F.; Mortari, L.; Saiani, L.; Ambrosi, E. i Debiassi, M. (2020). «The effectiveness of educational training or multicomponent programs to prevent the use of physical restraints in nursing home settings: A systematic review and meta-analysis of experimental studies». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17 (18), 6738-27. <https://doi.org/10.3390/ijerph17186738>

Chou, M. Y.; Hsu, Y. H.; Wang, Y. C.; Chu, C. S.; Liao, M. C.; Liang, C. K.; Chen, L. K. i Lin, Y. T. (2020). «The Adverse Effects of Physical Restraint Use among Older Adult Patients Admitted to the Internal Medicine Wards: A Hospital-Based Retrospective Cohort Study». *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24 (2), 160-165. <https://doi.org/10.1007/s12603-019-1306-7>

COIB (2006). *Consideraciones ante las contenciones físicas y/o mecánicas: aspectos éticos y legales*. <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/99c9a9b5-c0f3-4bfa-b15d-cbf5c188075a>

Estévez-Guerra, G. J. (2017). *Restricción física: cultura de seguridad en centros de mayores* [Tesis doctoral, Universidad de Santiago de Compostela, Repositorio Institucional da USC]. <http://hdl.handle.net/10347/15452>

Fariña-López, E. (2011). «Problemas de seguridad relacionados con la aplicación de dispositivos de restricción física en personas mayores». *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46 (1), 36-42. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2010.09.005>



Fariña-López, E. i Estévez-Guerra, G. J. (2011a). «La restricción física de los pacientes: Abordaje hasta la era moral». *Revista ROL de Enfermería*, 34 (3), 174-181.

Fariña-López, E. i Estévez-Guerra, G. J. (2011b). «La restricción física de los pacientes: siglos XIX y XX». *Revista ROL de Enfermería*, 34 (3), 182-189.

Fariña-López, E.; Estévez-Guerra, G. J.; Núñez González, E.; De Guzmán Pérez Hernández, D. i Gandoy Crego, M. (2013). «Actitudes, conocimientos y práctica de los profesionales de enfermería en el uso de restricciones físicas con personas mayores». *Revista Española de Geriátria y Gerontología*, 48 (5), 209-215. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.01.005>

Fernández Ibáñez, J. M.; Morales Ballesteros, M. del C.; Montiel Moreno, M.; Mora Sánchez, E.; Arias Arias, Á. i Redondo González, O. (2020). «Uso de sujeciones físicas en relación con el riesgo de caídas en una residencia de ancianos». *Revista Espanola de Geriátria y Gerontología*, 55 (1), 3-10. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2019.05.006>

Gastmans, C. i Milisen, K. (2006). «Use of physical restraint in nursing homes: Clinical-ethical considerations». *Journal of Medical Ethics*, 32 (3), 148-152. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.012708>

Gulpers, M. J.; Bleijlevens, M. H.; Capezuti, E.; van Rossum, E.; Ambergen, T. i Hamers, J. P. H. (2012). «Preventing belt restraint use in newly admitted residents in nursing homes: A quasi-experimental study». *International Journal of Nursing Studies*, 49 (12), 1473-1479. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.013>

Hamers, J. P. H.; Bleijlevens, M. H.; Gulpers, M. J. i Verbeek, H. (2016). «Behind closed doors: Involuntary treatment in care of persons with cognitive impairment at home in the Netherlands». *Journal of the American Geriatrics Society*, 64 (2), 354-358. <https://doi.org/10.1111/jgs.13946>

Hofmann, H. i Hahn, S. (2014). «Characteristics of nursing home residents and physical restraint: A systematic literature review». *Journal of Clinical Nursing*, 23 (21-22), 3012-3024. <https://doi.org/10.1111/jocn.12384>

Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S.; Meyer, G.; Möhler, R.; Richter, T.; Köpke, S. i Meyer, G. (2011). «Interventions for preventing and reducing the use of physical restraints in long-term geriatric care - a Cochrane Review». *Journal of Clinical Nursing*, 21 (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007546.pub2>

Muñiz, R.; Gómez, S.; Curto, D.; Hernández, R.; Marco, B.; García, P.; Tomás, J. F. i Olazarán, J. (2016). «Reducing Physical Restraints in Nursing Homes: A Report From



Maria Wolff and Sanitas». *Journal of the American Medical Directors Association*, 17 (7), 633-639. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.03.011>

OMC (2015). *Declaración de la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial sobre «contención mecánica de pacientes»*.

Øye, C.; Jacobsen, F. F. i Mekki, T. E. (2017). «Do organisational constraints explain the use of restraint? A comparative ethnographic study from three nursing homes in Norway». *Journal of Clinical Nursing*, 26 (13-14), 1906-1916. <https://doi.org/10.1111/jocn.13504>

Scheepmans, K.; de Casterlé, B.; Paquay, L.; Van Gansbeke, H. i Milisen, K. (2017). «Restraint Use in Older Adults Receiving Home Care». *Journal of the American Geriatrics Society*, 65 (8), 1769-1776.

Scheepmans, K.; Milisen, K.; Vanbrabant, K.; Paquay, L.; Van Gansbeke, H. i Dierckx de Casterlé, B. (2019). «Factors associated with use of restraints on older adults with home care: A secondary analysis of a cross-sectional survey study». *International Journal of Nursing Studies*, 89, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.019>

Sharifi, A.; Arsalani, N.; Fallahi-Khoshknab, M. i Mohammadi-Shahbolaghi, F. (2021). «The principles of physical restraint use for hospitalized elderly people: an integrated literature review». *Systematic Reviews*, 10 (1), 129. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01676-8>

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (ed.) (2023). *Cuidado sin sujeciones. Documento técnico cuidado sin sujeciones*. https://www.segg.es/media/descargas/A5_Guia-Cuidado-sin-sujeciones.pdf

Tolson, D. i Morley, J. E. (2012). «Physical Restraints: Abusive and Harmful». *Journal of the American Medical Directors Association*, 13 (4), 311-313. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.02.004>

Urrutia Beaskoa, A. (2015). *Modelo de Cuidado Centrado en la Persona con reducción del uso de sujeciones físicas y químicas: conceptualización e implantación*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, Repositorio Institucional de la UCM]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/44615/>



Autora

ALBA LORETO CARRERO PLANELLS

Palma (1991). Graduada en infermeria per la Universitat de les Illes Balears (UIB, 2013), doctora en el programa de Doctorat en Salut Global, Serveis de Salut i Atenció Sociosanitària (2023). Actualment és professora titular laboral del Departament d'Infermeria i Fisioteràpia de la UIB i membre del Grup de Recerca Cures, Cronicitat i Evidències en Salut, de l'Institut de Recerca Sanitària de les Illes Balears, i del Grup de Recerca Crítica i Qualitativa en Salut de la UIB. Imparteix docència en l'assignatura d'Infermeria en la Persona Major. Les seves principals línies de recerca inclouen l'anàlisi ètica de les cures d'infermeria, amb un interès especial per l'ús de les contencions físiques en la cura de les persones grans.



**COM CANVIA L'ACTITUD DE LA PERSONA
CUIDADORA ARRAN DE PARTICIPAR EN UN
GRUP D'AJUDA MÚTUA (GAM)?
UNA PROPOSTA D'ESTUDI**



Com canvia l'actitud de la persona cuidadora arran de participar en un grup d'ajuda mútua (GAM)? Una proposta d'estudi

Deyana Mihaylova Sapareva
Margarita Rodríguez Almarcha



Resum

Encara que durant les últimes dècades la figura de la persona cuidadora (que continua sent prioritàriament femenina) ha estat rescatada de l'anonimat, la seva labor silenciosa i el seu malestar per haver de responsabilitzar-se de les cures d'una persona dependent continua sense entendre's i sense rebre els suports necessaris per part de la societat.

És lògic suposar, i així ho confirmen nombrosos estudis i la nostra experiència professional i personal, que les cures, sobretot si es presten a persones amb demència i s'allarguen en el temps, poden tenir conseqüències negatives per a la salut física, mental i emocional de la persona cuidadora.

L'estudi que proposem tindrà com a objectiu principal analitzar les actituds de les persones cuidadores no professionals que participin en un grup d'ajuda, i els canvis esdevinguts arran d'aquesta participació.

La hipòtesi de la qual partim és que la participació en espais tipus GAM és beneficiosa tant per a la persona que cuida com per a la que és cuidada, ja que es produeixen canvis que faciliten una actitud més positiva dels participants cap a la seva pròpia persona, cap al procés de cures i cap a la persona dependent.

Resumen

Aunque durante las últimas décadas la figura de la persona cuidadora (que continúa siendo prioritariamente femenina) ha sido rescatada del anonimato, su labor silenciosa y su malestar para tener que responsabilizarse de los cuidados de una persona dependiente sigue sin entenderse y sin recibir los apoyos necesarios por parte de la sociedad.

Es lógico suponer, y así lo confirman numerosos estudios y nuestra experiencia profesional y personal, que los cuidados, sobre todo si se prestan a personas con demencia y se alargan en el tiempo, pueden tener consecuencias negativas para la salud física, mental y emocional de la persona cuidadora.

El estudio que proponemos tendrá como objetivo principal analizar las actitudes de las personas cuidadoras no profesionales que participen en un grupo de ayuda, y los cambios acontecidos a raíz de esta participación.

La hipótesis de la cual partimos es que la participación en espacios tipo GAM es beneficiosa tanto para la persona que cuida como para la que está siendo cuidada, puesto que se producen cambios que facilitan una actitud más positiva de los participantes hacia su propia persona, hacia el proceso de cuidados y hacia la persona dependiente.



1. Justificació del projecte

Aquesta proposta d'estudi es basa en una experiència professional de més d'una dècada moderant grups d'ajuda mútua (GAM) per a persones cuidadores, dins del programa de persones grans, amb discapacitat i cuidadores de Creu Roja de Palma, així com en l'acumulació d'observacions i testimoniatges als quals fins al moment no s'ha pogut donar sortida.

La pregunta que dona peu a la recerca va ser «suggerida» per les persones participants del grup, que han anat donant «pistes» sobre els beneficis que la seva participació aporta a elles mateixes i al seu sistema familiar.

2. Introducció

En les famílies, el rol de cuidadors de persones grans i malaltes té una llarga història a Espanya. Es tracta d'un «pacte» entre la societat i la família que ha funcionat durant segles, sense tot just plantejar problemes. Les famílies tenien assumida i integrada plenament en la seva rutina diària aquesta labor que requeria normalment en la dona.

Es pot dir que, malgrat tots els canvis esdevinguts durant els últims anys en la societat i en la família (disminució de la natalitat, augment de l'esperança de vida i de la població anciana, incorporació de la dona al mercat laboral, canvis en l'estructura familiar, etc.), aquesta situació continua vigent en l'actualitat i les dones continuen cuidant amb un sentit de responsabilitat, que origina que consagrin la seva vida a aquest fi (Alemán et al., 2012). I encara que la figura del cuidador familiar (que continua sent prioritàriament femenina) ha estat rescatada de l'anonimat durant les últimes dècades, la seva labor silenciosa i el seu malestar (síndrome de Burnout del cuidador) continua sense entendre's per part de la societat.

No és cap secret que la població mundial envellaix, sobretot la d'occident, inclosa la del nostre país. L'Institut Nacional d'Estadística (INE) fa la previsió que el 30,5 % de les persones a Espanya superarà els 65 anys el 2055. Actualment, aquest grup suposa el 20,4 % de la població, de les quals el 6,07 % té més de 80 anys (INE, 2024). L'esperança de vida a Espanya ja és la més alta entre els països de la Unió Europea, aconseguint de mitjana els 84 anys. Aquesta dada és percebuda com a indicador de qualitat de vida, però, paradoxalment, la millora de les condicions socials i de salut dona com a resultat més persones dependents. Com reflecteix també l'enquesta de Discapacitat, Autonomia Personal i Situació de Dependència (INE, 2020), la prevalença de la dependència està augmentant a mesura que es van complint anys i fa un salt significatiu a partir dels 78-80 anys.



La situació de dependència, fa necessària l'ajuda d'una altra persona, per la qual cosa el nombre de persones implicades en les cures també està en constant augment. Encara que molts informes reportin una bona predisposició per part dels cuidadors, amb expressions com «és una cosa que em genera gran satisfacció», «és una cosa que em dignifica com a persona» segons es mostren en un estudi de l'IMSERSO, la realitat és que els que cuiden desenvolupen actituds disfuncionals derivades de les circumstàncies a les quals s'enfronten diàriament que, mantingudes en el temps, provoquen frustració, cansament i altres sentiments negatius (Losada et al., 2005).

L'enfocament sistèmic ens ajuda a veure la família com un sistema relacional en constant transformació i en contínua interdependència entre els seus membres, la qual cosa posa de manifest que qualsevol actitud inadequada per part de la persona cuidadora tindrà un impacte negatiu tant en la persona cuidada com en la resta de la família. Com revela l'estudi que fa revisió dels principals programes de suport a cuidadors al nostre país (Torres et al., 2008), la majoria «diagnostiquen» la problemàtica del cuidador com a «crisi del benestar». Els resultats presentats parlen de la prevalença de programes composts per intervencions grupals o combinació d'intervenció en grup i individual.

Segons la «Guia de pràctica clínica sobre l'atenció integral a les persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències», els GAM s'inclouen entre les intervencions eficaces per a tractar la sobrecàrrega de la persona cuidadora. Els descriu com:

Formats per persones que comparteixen lliurement la seva problemàtica, la qual cosa els permet intercanviar informació i experiències, donant-se suport emocional. El treball del grup és beneficiós per a la salut de cadascun d'ells i per al benestar de la resta del grup. El GAM satisfà les necessitats comunes, permet superar problemes, aconseguir canvis socials i personals... Si en el GAM hi ha un professional, la seva funció és afavorir i potenciar les habilitats de la resta dels participants del grup. (Grupo de Trabajo GPC, 2010).

Salta a la vista que en cap moment es fa referència a la persona cuidada i sembla lògic, atès que es tracta d'un recurs específicament dissenyat per a donar suport a aquell que cuida. Així i tot, no hem d'oblidar que la finalitat última de les cures és proporcionar els suports necessaris i procurar la millor qualitat de vida possible a persones que no poden fer-ho per si mateixes. Per tant, tota intervenció amb persones cuidadores hauria de tenir, i de fet la nostra hipòtesi és que té, un impacte positiu sobre la persona cuidada.

En aquesta proposta d'estudi ens centrarem només en la modalitat de suport que ofereixen els GAM. Concretament, prendrem com a referència un grup d'ajuda que ha funcionat durant els últims 15 anys a Creu Roja de Palma. Es tracta d'un format obert, que permet la incorporació de participants nous, mantenint el nucli. Cal destacar



que, dels documents consultats que enumeren els múltiples beneficis dels GAM, cap esmenta el canvi d'actitud de la persona cuidadora cap a la persona cuidada arran de la seva participació en aquests espais. Realment, aquest aspecte sembla no haver estat estudiat fins al moment.

3. Pregunta de recerca

Com canvia l'actitud de la persona cuidadora cap a la persona cuidada arran de participar en un grup d'ajuda mútua (GAM)?

4. Objectius

4.1. Objectiu principal

L'estudi que proposem tindrà com a objectiu principal analitzar les actituds de les persones cuidadores no professionals que participen en un grup de suport i els canvis esdevenuts arran d'aquesta participació.

4.2. Objectius específics

- Primer, volem plantejar una revisió general dels GAM, fent referència especial al grup que en aquest cas atreu la nostra atenció, el de la Creu Roja de Palma.
- Segon, pretenem indagar sobre la motivació de les persones participants d'acudir i romandre en el GAM.
- Tercer, preguntarem als membres del grup sobre els beneficis que els suposa acudir a les reunions, i recollirem i analitzarem els canvis que hagin pogut observar en la seva actitud arran d'aquesta participació.
- Quart, intentarem traçar una línia d'unió entre els possibles canvis d'actitud detectats en la persona cuidadora i els beneficis que això suposa per a la persona cuidada.

5. Hipòtesi

La hipòtesi de la qual partim és que la participació en espais tipus GAM és beneficiosa tant per a la persona que cuida com per a la que és cuidada, ja que es produeixen canvis que faciliten una actitud més positiva dels i les participants cap a la seva pròpia persona, cap al procés de cures i cap a la persona dependent.



6. Bases teòriques del projecte

Quan ens referim al «benestar de la persona cuidadora», incloem també el benestar de tots els implicats en el context de la cura: la persona que cuida, la persona que rep les cures, la resta dels membres de la família i altres agents socials. Així doncs, el benestar de la persona cuidadora comprèn necessàriament un bon estat de salut i consciència d'autocura, control sobre les tasques pròpies de la cura, presa de decisions i integració en la comunitat, tant del cuidador com de la persona cuidada (Crespo i López, 2006).

Tenint en compte aquest plantejament i, en relació amb la nostra pregunta de recerca, buscarem les bases teòriques de la proposta en diferents fonts que, a primera vista, poden no mostrar una relació directa entre si. Definirem conceptes com grup d'ajuda mútua, persona cuidadora, persona cuidada (dependent), sistema familiar, actitud i canvi. També aprofundirem en algunes actituds disfuncionals que pot desenvolupar la persona cuidadora.

6.1. El grup d'ajuda mútua (GAM)

El grup d'ajuda mútua és un espai de trobada entre iguals, en el nostre cas, persones que cuiden un familiar gran amb demència o una altra problemàtica que suposa una situació de dependència. El propòsit d'aquest grup és proporcionar suport als seus membres i ajudar-los a afrontar millor la situació en la qual es troben. Està basada en:

- Compartir sentiments i experiències.
- Ampliar coneixements sobre la malaltia i les cures.
- Tenir l'oportunitat de parlar sobre el problema o les decisions que s'han de prendre en un moment determinat.
- Escoltar altres persones que comparteixen sentiments i experiències similars.
- Ajudar, compartint informació, idees i «remeis casolans».
- Brindar-se a si mateixes un «respir» i una oportunitat de sortir de casa.
- Prendre consciència de la necessitat d'autocura, en pro de la seva salut i benestar personal.
- Veure que no són les úniques persones en aquesta situació, que no estan soles.

Segons la «Guia pràctica clínica d'atenció integral de persones amb malaltia d'Alzheimer i altres demències», és recomanable que en els GAM existeixi un professional que afavoreixi i potenciï les habilitats dels integrants del grup. La mateixa font esmenta un estudi descriptiu on, a través d'enquesta dirigida als participants, es demostra que el grup aporta beneficis en aspectes educatius i de socialització, en l'acceptació del diagnòstic, així com en les habilitats de manejar els símptomes de la malaltia (Grupo de Trabajo GPC, 2010).



Segons el multicanal «SerCuidadorA» de Creu Roja Espanyola, entre els beneficis de la participació en un GAM hi sol haver els següents:

- Les persones que participen en els GAM milloren considerablement el seu estat de salut.
- Propicia i facilita l'establiment d'una xarxa de suport instrumental i emocional.
- Permet pal·liar els sentiments i pensaments negatius.
- Afavoreix el millor coneixement de si mateix per mitjà de l'intercanvi d'experiències i sentiments.
- Genera noves perspectives per al futur immediat i a llarg termini.
- Capacita als participants per a emprendre accions solidàries en el futur.
- Provoca en el cuidador canvis positius d'actitud i perspectiva cap al problema, així com la manera d'afrontar-lo.

Crida l'atenció que tant les fonts citades fins al moment com en la resta de la bibliografia revisada, esmenten diferents beneficis personals i socials, centrant-se sempre en la figura del cuidador, però no es fa al·lusió a la persona cuidada com a beneficiària.

És important assenyalar que el GAM té també les seves limitacions: no pot resoldre tots els problemes, ni pot reemplaçar el metge o altres professionals de la salut. Tampoc és una ajuda universal, ja que algunes persones no se senten còmodes compartint els seus sentiments i problemes en grup (Crespo i López, 2006).

6.2. La persona cuidadora

La figura del cuidador familiar és tan antiga com la necessitat humana de cures en els diferents moments del cicle vital i normalment recauen sobre la dona. Quan parlem de persones dependents, aquestes cures es dispensen sense formació específica i dins de la família sobrecarregant la dona com a principal responsable. Al mateix temps, es destaca la disjuntiva que pateixen les dones que treballen i que també assumeixen el rol de cuidadora en haver de plantejar-se la seva situació laboral per a poder conciliar i distribuir millor el temps entre la feina i les cures a la persona dependent; cosa que no està exempta de renúncies personals. Aquest dilema personal pot ser el detonant de conflictes familiars (Marrugat, 2005).

D'altra banda, segons assenyala Quinn (2009), la relació entre la persona cuidadora i la persona cuidada té una característica peculiar que suposa més sobrecàrrega per al qui cuida com més pròxima és la relació, atès que el component afectiu sol originar una major implicació en les cures.



6.3. La persona dependent

La persona dependent és la receptora de les cures, per tant, és comprensible que a l'hora d'intervenir amb la persona cuidadora no sempre es tinguin en compte els beneficis per a qui els rep. Cal destacar també l'aspecte afectiu de les cures, que moltes vegades no s'esmenta entre les tasques a exercir. No obstant això, la seva importància per al benestar, tant de la persona cuidada com per a la que presta les cures, és considerable.

Quan parlem de qualitat de vida de la persona cuidada és important posar en el centre el seu estat emocional. D'aquí la importància de reconèixer i validar cada vegada més els sentiments i l'estat d'ànim de la persona dependent, sobretot tenint en compte les interrelacions que es generen entre persona cuidadora i persona cuidada i el sentiment de dependència (Marrugat, 2005).

6.4. L'actitud

Per a definir el concepte, ens centrarem en algunes definicions que l'aborden des de diferents perspectives. D'una banda, Jeffress entén l'actitud com una resposta emocional i mental de la persona cap a les circumstàncies de la vida. Si pretenem buscar un abans i un després en l'expressió d'aquest fenomen, convindria recordar la definició de Warren que apunta a una específica disposició mental cap a una nova experiència, per la qual cosa l'experiència és modificada (Barcelona, 2022). És a dir, l'actitud és un factor que es pot modificar, modificant així l'experiència, personal o compartida amb altres individus. Més endavant aprofundirem en el mecanisme d'aquest canvi.

Des d'una perspectiva diferent, però relacionada, la psicoanàlisi parla de desequilibris emocionals als quals anomena *defenses*, tractades en sessions de teràpia com a «resistències» que haurien de ser «afluixades». Com s'aconsegueix? Segons el psiquiatre i psicoterapeuta de la Gestalt Claudio Naranjo (2006), qualsevol llibre pot descriure una tècnica, però una actitud ha de ser transmesa per una persona, capaç de detectar l'actitud exacta, reforçar-la, exigir-la, ensenyar-la, ja que la coneix en si mateix. En aquest sentit, ens proposem en l'actual estudi comprovar que el grup, pres com a subjecte, pot jugar un paper de catalitzador, facilitant el treball del professional que el dirigeix. De fet, la pràctica ens suggereix que el grup és capaç de detectar una actitud inapropiada i ajudar a reconduir-la amb exemples d'experiències personals o com a expressió d'experiència col·lectiva acumulada.

6.4.1. L'actitud de la persona cuidadora

Existeixen pensaments, sentiments i comportaments que no són útils ni per a la persona cuidadora ni per a la que és cuidada. Segons alguns treballs de recerca citats a «Estudi i intervenció sobre el malestar psicològic dels cuidadors de persones amb demència. El paper dels pensaments disfuncionals» es tracta d'actituds disfuncionals,



definides com a regles i creences tàcites de l'individu sobre el món i de si mateix, més o menys estables i poc realistes. Aquesta font agrupa aquestes actituds disfuncionals del cuidador de la manera següent:

- Dificultat per a acceptar les circumstàncies sobrevingudes.
- Sobrereacció davant successos no desitjats.
- Dependència dels altres.

Desgranant aquestes actituds, podem esmentar també:

- L'excessiva necessitat d'aprovació (per part de la persona cuidada, per la resta de la família, pels professionals de referència, per la societat en general).
- L'evitació del problema (per a no enfrontar-se als altres, no discutir).
- La rigidesa (normes molt estrictes cap a la persona cuidada, la resta de la família i cap a si mateixos).
- El perfeccionisme (exigir-se un gran esforç i desitjar que tot es faci a la seva manera, ja que la consideren la millor).
- La sobreprotecció de la persona cuidada (per a evitar riscos o perquè estigui fet de la millor manera possible).
- L'oblit de si mateix (per prioritzar les necessitats d'altres persones).
- L'autoculpabilització (per desconeixement, dubtes o desig d'haver-ho fet millor).
- El victimisme (per no sentir-se secundats i per perdre la perspectiva).
- L'aïllament (de la resta de la família, els amics, la societat en general) (Losada, 2005, p. 49).

La llista oferida és només un exemple i no pretén ser exhaustiva. En el procés de l'estudi es recollirà informació relacionada amb les actituds de la persona cuidadora, detectades a través de les notes d'observació i les entrevistes realitzades.

6.5. El canvi

El canvi d'actitud, és a dir, convertir una tendència negativa en positiva, suposa, en primer lloc, prendre consciència de l'actitud disfuncional i desitjar canviar-la. En termes de psicologia evolutiva, com assenyala Bolinches (1988), podem veure'ns com a persones embolicades en un procés de canvis, un joc constant entre dues tendències: la del canvi i la de la continuïtat. Com a prova de la possibilitat de canvi, el mateix autor assenyala el fet que moltes altres persones del nostre entorn ja han canviat. Això sí, hi ha unes condicions que han de complir-se: voler el canvi, creure'l possible, crear-lo en la ment, iniciar-lo amb una acció i sostenir-lo de manera voluntària durant el temps necessari. En un punt diferent es troba la teoria de Watzlawick (2003) que parla de «canvi espontani» i cerca assenyalar la raó més òbvia per la qual aquest es produeix.



De tornada a la nostra proposta d'estudi, considerem que la simple observació dels fets que ocorren amb les persones participants en GAM ens convida a continuar indagant en aquest «canvi espontani» com a catalitzador d'una transformació. D'altra banda, i per a entendre el canvi que es posa de manifest, és necessari considerar la naturalesa pròpia de les actituds, és a dir, no són estàtiques, sinó que poden néixer, desaparèixer o transformar-se al llarg del temps (Colegio de Psicólogos, 2019). Aquesta afirmació posa sobre la taula la possibilitat que qualsevol interacció on s'intercanviïn comentaris o pensaments dins d'un grup és susceptible de provocar aquesta transformació. En aquest sentit, i puntualitzant l'anterior, destaca com la cohesió grupal es postula com un element vital en aquest canvi d'actitud a nivell individual, ja que els llaços que es generen entre els seus membres afavoreixen la consecució de metes i objectius comuns que tenen una gran transcendència en cada persona (Yosen, 2024).

Els canvis, siguin espontanis o evolutius, tenen una altra característica important, són capaços de provocar canvis en terceres persones amb les quals es té relació. Segons els autors de la teoria de la comunicació humana, cadascuna de les parts d'un sistema està relacionada de tal mode amb les altres que un canvi en una provoca canvi en totes les altres i en el sistema total (Watzlawick, 2002).

6.6. La família com a sistema

Les dinàmiques familiars i la seva pròpia estructura sovint es veuen alterades amb la presència d'una persona dependent. Segons l'enfocament sistèmic, la família és un conjunt on les parts es relacionen entre si, cada membre té les seves necessitats i imprimeix el seu impacte sobre els altres. Per part seva, la família suposa un subsistema d'unitats més vastes com la família extensa, el veïnat i la societat com un tot. En aquest sentit, la persona cuidadora i la persona cuidada també formen un petit subsistema en constant intercanvi. Sens dubte, la família simbolitza tot el que la persona dependent necessita en aquest moment vital: amor, suport i benestar. Al mateix temps, dona origen a sentiments incòmodes, com malestar o insatisfacció, que poden generar situacions que afectin la persona cuidada (Pinargote i Alcivar, 2020).

Per aquesta raó, és important assenyalar que el bon funcionament tant del conjunt del sistema familiar com dels subsistemes (cuidador/a - persona dependent, la parella, pares - fills/es, germans/es, etc.) és una variable important dins del procés de cura, ja que influeix sobre la persona cuidadora, sobre la que rep la cura i sobre el seu entorn. Entendre aquestes dinàmiques ens ajudarà a valorar la qualitat de les cures que es dispensen i com aquestes incideixen en el benestar de la persona dependent, al mateix temps que s'estima com s'estan cobrint les necessitats d'aquesta (Marrugat, 2005).



6.7. Canvis actuals en el sistema familiar

El sistema familiar és un sistema viu que reflecteixi i s'adapta els canvis que, com en la societat actual, s'estan donant tant en l'àmbit demogràfic, com en l'econòmic i cultural. Ha deixat de ser una estructura rígida i homogènia, per a passar a mostrar una configuració més diversa. Tots aquests canvis també influeixen directament en les funcions dels membres de la família i necessàriament en rols adquirits, sobretot si tenim en compte com la incorporació de la dona al mercat laboral fa patent la necessitat de redistribuir les tasques i les cures d'una forma més equilibrada entre els membres de la família, evitant així la sobrecàrrega de la persona cuidadora (Morales et al., 2025).

L'anteriorment descrit posa de manifest una realitat palpable i és que, com bé apunta Jiménez i Moya (2017), encara que el paper de l'home com a cuidador estigui augmentant, encara continua sent necessari que es plantegin noves formes d'organització socioeconòmica amb la finalitat que, en la planificació de les actuacions relacionades amb la cura familiar, imperi l'equitat de gènere i no una estructura jerarquizada naturalitzada basada en el fet que l'ajuda és una responsabilitat assumida com a femenina.

7. Metodologia de recerca

La metodologia que proposem per a la realització d'aquest estudi és qualitativa, amb una perspectiva basada en l'experiència subjectiva de les persones participants que representa una percepció subjectiva de la realitat. Per a la recerca s'ha formulat una hipòtesi, i alhora se'n podran tenir en compte d'altres que sorgeixin al llarg de l'estudi i que donin context a l'objectiu proposat.

7.1. Disseny

Es proposa un disseny d'abordatge narratiu i fenomenològic. A través d'entrevistes semiestructurades es recolliran dades d'històries de vida, experiències personals de les persones cuidadores, per a després transcriure-les i analitzar-les. D'aquesta manera, es podrà construir un esquema de recerca que també serà una forma d'intervenció, ja que s'aniran descobrint aspectes que en un principi no es tenien en compte o semblaven poc clars.

7.2. Context de l'estudi

Fa diverses dècades que Creu Roja Espanyola desenvolupa un programa de suport a les persones cuidadores, l'objectiu dels quals és millorar la capacitat de les persones cuidadores per a la gestió de les cures d'una o diverses persones majors dependents i



reduir la intensitat / càrrega de treball que això li provoca compensant les diferències de sobrecàrrega entre dones i homes.

Una de les activitats amb segell propi són els espais de participació grupal centrats en la millora de l'estat emocional de les persones participants, com els grups d'ajuda mútua. Creu Roja de les Illes Balears ofereix aquest tipus d'espais des del 2009; el de Palma és el primer que es va crear i funciona gairebé sense interrupcions des de llavors i és el que servirà com a base d'estudi.

Es tracta d'un grup de caràcter obert que admet participants nous, els quals el nucli ja consolidat acull i incorpora en la seva estructura. Al mateix temps, persones que han anat participant durant algun temps i ja no necessiten el suport perquè han perdut el seu familiar o per altres raons que els impedeixen seguir, abandonen el grup i deixen espai per a les noves incorporacions. La freqüència de les reunions grupals és mensual, amb una durada d'entre una hora i mitja a dues hores. En cada sessió participen entre 8 i 15 persones.

7.3. Població d'estudi

La població diana seran les persones cuidadores, participants del GAM.

7.4. Mostra

La mida de la mostra no es podrà fixar per endavant, ja que es tracta d'un grup amb noves incorporacions en cada sessió.

7.5. Instruments per a l'obtenció de les dades

Al llarg de l'estudi, s'utilitzaran les eines següents:

- Entrevistes semiestructurades gravades en vídeo o àudio.
- Gravacions de sessions de GAM.
- Notes d'observació durant les sessions de GAM.
- Qüestionaris tancats.
- Entrevistes de satisfacció.
- Registres de participants.
- Aplicació informàtica Creu Roja Espanyola.

7.6. Fases de l'estudi

Donat el caràcter qualitatiu de l'estudi, la recerca es recolzarà sobretot en el material textual: descripció d'entrevistes, notes d'observació, correus electrònics, entrevistes de



satisfacció, etc. En general, es pot afirmar que l'estudi se centrarà en les històries de vida de les persones cuidadores i el seu entorn més pròxim.

Per a aconseguir-ho, seguirem les fases següents: obtenció d'informació, transcripció, organització i codificació del material obtingut, així com la integració de la informació i l'elaboració de l'informe final.

7.7. Limitacions de l'estudi

Com qualsevol estudi qualitatiu, aquest probablement trobarà algunes dificultats a l'hora d'analitzar les dades obtingudes, per tractar-se d'informació molt heterogènia. D'altra banda, és gairebé inevitable una possible sobrecàrrega d'informació, ja que en un principi es fa molt difícil distingir el que és rellevant del que no.

També, atès l'abordatge fenomenològic de l'estudi, els resultats obtinguts permeten analitzar el fenomen, però no poden ser generalitzats de la mateixa manera que els estudis quantitius.

7.8. Aplicabilitat

L'aplicabilitat d'aquest estudi resideix en l'impacte que té l'actitud de la persona cuidadora sobre el benestar de tot el sistema al qual representa (la persona cuidada, la resta del nucli familiar, la família extensa, els altres agents involucrats). No seria fàcil portar els resultats de l'estudi en el terreny pràctic dels GAM sense la participació d'un/a professional, per la qual cosa seria recomanable reforçar el seu paper.

Les dades obtingudes podrien ajudar les persones cuidadores a prendre consciència que els seus esforços per a canviar les actituds disfuncionals beneficien també la persona cuidada, de manera que la seva experiència cobraria un altre significat. És ben sabut que moltes vegades els que cuiden anteposen els interessos de la persona dependent davant els seus propis, per no sentir-se egoistes o per complaure terceres persones.

Si es confirmés la hipòtesi inicialment formulada, en l'àmbit professional l'estudi podria servir com a marc d'un enfocament lleugerament diferent de les sessions de GAM, les quals inclourien entre els seus objectius facilitar i donar suport als canvis d'actitud de la persona cuidadora en benefici de la que és cuidada.

8. Cronograma

Previsiblement, l'estudi es durà a terme durant un període de 6 mesos, des de setembre de 2025 fins a febrer de 2026.



Les activitats a desenvolupar durant les diferents fases inclouran l'obtenció de permisos d'estudi per part de Creu Roja i de consentiments informats per part de les persones participants, recollida d'informació, transcripció, organització i codificació d'aquesta, i, posteriorment, la seva integració final. Finalment, es redactarà un informe que recollirà els resultats obtinguts i les conclusions de l'estudi.

Aquest cronograma reflecteix les activitats a realitzar:

Taula 1 | Cronograma d'activitats

ACTIVITATS	Set. 2025	Oct. 2025	Nov. 2025	Des. 2025	Gen. 2026	Feb. 2026
Inici estudi	x					
Sol·licitud de permisos Creu Roja	x					
Signatura consentiment informat de possibles participants	x					
Recollida notes de camp sessions mensuals GAM	x	x	x	x	x	x
Realització d'entrevistes prova pilot		x				
Reajustaments disseny entrevistes		x				
Realització d'entrevistes semiestructurades			x	x		
Transcripció i organització dades					x	
Codificació dades					x	
Integració final informació obtinguda						x
Redacció d'informe final						x

Font: elaboració pròpia.



Referències bibliogràfiques

Alemán, A. F.; María, R.; Martínez, L.; Alpírez, H. Á.; Galindo, L. V. i Sánchez, G. (2012). «Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género». *Cultura de los cuidados*, 16 (33), 81-88. Disponible a: <https://doi.org/10.7184/cuid.2012.33.11>

Barcelona, C. (2022). «Psicología: la actitud I». Disponible a: <https://agenciamundialde-prensa.com/2022/02/18/psicologia-la-actitud/>

Bolinches, A. (1988). *El cambio psicológico*. Ed. Kairós, Barcelona.

Colegio de Psicólogos (s.f.) «Cambio de actitudes en psicología: factores e importància». Disponible a: <https://colegiodepsicologosj.com.ar/cambio-de-actitudes-psicologia/>

Crespo, M. i López, J. (2006). «El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo el programa "Como mantener su bienestar"». IMSER-SO. Disponible a: <https://crealzheimerserso.es/documents/20123/758113/apoyocuidadores.pdf/74c1b5be-6636-81e2-40f1-d8a9bc21527b>

Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situación de Dependencia (INE, 2020). Disponible a: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/encuesta-discapacidad-autonomia-personal-situaciones-dependencia-edad-2020>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención Integral a las Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias [versión resumida]. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut (AIAQS) de Catalunya, 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS N.º 2009/07. Disponible a: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_resum.pdf

Instituto Nacional de Estadística (2024). Disponible a: <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/PROP20242074.htm>

Jiménez, I. i Moya, M. (2017). «La cuidadora familiar: sentimiento de obligación naturalizado de la mujer a la hora de cuidar». *Enfermería Global*, 17, 1 (des. 2017), 420-447. Disponible a: <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.292331>



Losada, A.; Montorio, I.; Fernández, M. I. i Márquez, M. (2005). *Estudio e intervención sobre malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales*. IMSERSO. Disponible a: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-estudio-01.pdf>

Marrugat, M. L. (2005). «La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas dependientes». *Revista multidisciplinar de gerontología*, 15 (3), 171–177. Disponible a: <https://sid.usal.es/idocs/F8/ART9574/g-15-3-005.pdf>

Morales, N.; Porras, A. i Huete, A. (2025). «Estudio sobre familias con personas en situación de dependencia en España». Fundación Caser. Disponible a: <https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/documentos/estudios/estudio-familias-dependencia--fundacion-caser.pdf>

Naranjo, C. (2006). *La vieja y novísima Gestalt*. Ed. Cuatro vientos.

Pinargote, G. L. i Alcivar, S. A. (2020). «La familia en el cuidado de los adultos mayores». *Revista Cognosis*, ISSN 2588-0578, 5, 179. <https://doi.org/10.33936/cognosis.v5i0.2324>

Quinn, C. (2009). *Relationships, motivations and meanings in informal caregiving for people with dementia* [Tesi doctoral]. Bangor University. Disponible a: <https://research.bangor.ac.uk/en/studentTheses/relationships-motivations-and-meanings-in-informal-caregiving-for>

Torres, M. P.; Ballesteros, E.; David, P.(2008). *Programas e intervenciones de apoyo a los cuidadores informales en España*. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2008000100002

Watzlawick, P.; Beavin, J. H. i Jackson, D. (2002). *Teoría de la comunicación humana*. Ed. HERDER.

Watzlawick, P. (2003). *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Edit. HERDER.

Yosen (2024). Influencia del grupo en actitudes y comportamiento social individual. Salud Vital. Disponible a: <https://saludvital.cl/actitudes/influencia-del-grupo-en-actitudes-y-comportamiento-social-individual/>



Autores

DEYANA MIHAYLOVA SAPAREVA

Sofia (1960). Llicenciada en Filologia i Psicologia. Màster en Gerontologia Social, màster en Coaching, PNL i Intel·ligència Emocional, tècnica superior en Integració Social. Formada en teràpia Gestalt. Treballa a Creu Roja de Palma des de fa gairebé dues dècades, on lidera diferents projectes socials, entre els quals hi ha el programa de suport a persones cuidadores. Actualment, és responsable de l'àrea de persones grans, amb discapacitat i cuidadores de l'entitat. Fa 16 anys va crear un grup d'ajuda mútua per a persones cuidadores, usuàries de Creu Roja, i el continua dirigint.

MARGARITA RODRÍGUEZ ALMARCHA

Barcelona (1975). Integradora social, *coach* personal i experta en lideratge d'equips, experta en comunicació no violenta i intel·ligència emocional. Ha desenvolupat la seva tasca amb el col·lectiu de persones majors Sempre Acompanyats i Creu Roja, a més col·labora en l'àrea de gent gran de Creu Roja amb el programa «Autocura, autoempatia i apoderament del cuidador», espai on es treballa el benestar del cuidador des del reconeixement de les seves emocions, necessitats i valors personals, així com també el sentiment d'utilitat personal i social i el seu efecte. A més, realitza formacions en diferents centres, sobre comunicació no violenta, la mediació de conflictes i les pràctiques restauratives com a guia, amb l'objectiu de millorar les relacions intrapersonals i interpersonals dels participants.



ALIMENTACIÓ, HIDRATACIÓ I MENOPAUSA



Alimentació, hidratació i menopausa

Josep Antoni Tur Marí
Alexandra Tijerina Sáenz
Cristina Bouzas Velasco



Resum

La capacitat reproductiva de la dona és un procés natural que segueix les etapes següents: premenopausa, transició a la menopausa i postmenopausa. Els canvis d'hàbits d'alimentació de les dones de més de quaranta anys són petits, es produeixen principalment durant la transició a la menopausa i se circumscriuen a un augment de la gana i de la ingesta d'energia, proteïna i greix. El tipus d'alimentació condiciona el moment d'aparició de la menopausa; és més avançada si se segueix una dieta preferentment d'aliments d'origen animal i és més tardana si se segueix una dieta majoritàriament vegetal. El consum d'aigua i begudes és inadequat en el 50 % de les dones. A la perimenopausa se sol perdre la sensació de set, principalment per mor de la involució pròpia de l'edat. El consum de begudes disminueix un 28 % durant la premenopausa i un 12,7 % durant la postmenopausa. Serà necessari adoptar comportaments de beguda, tot i no tenir set, per a mantenir una hidratació correcta de l'organisme.

Resumen

La capacidad reproductiva de la mujer es un proceso natural que sigue las siguientes etapas: premenopausia, transición a la menopausia y postmenopausia. Los cambios de hábitos de alimentación de las mujeres de más de 40 años suelen ser pequeños, se producen principalmente durante la transición a la menopausia y se circunscriben a un aumento del apetito y de la ingesta de energía, proteína y grasa. El tipo de alimentación condiciona el momento de aparición de la menopausia; es más avanzada si se sigue una dieta preferentemente de alimentos de origen animal y es más tardía si se sigue una dieta mayoritariamente vegetal. El consumo de agua y bebidas es inadecuado en el 50 % de las mujeres. En la perimenopausia se suele perder la sensación de sed, principalmente a causa de la involución propia de la edad. El consumo de bebidas disminuye un 28 % durante la premenopausia y un 12,7 % durante la postmenopausia. Será necesario adoptar comportamientos de bebida, a pesar de no tener sed, para mantener una correcta hidratación del organismo.

1. Les fases reproductives de la dona

La capacitat reproductiva de la dona és un procés natural dividit en diverses etapes: la reproductiva o premenopausa, la transició a la menopausa i la postmenopausa (Harlow et al., 2012). L'any 2011 es van definir els criteris de classificació de les etapes reproductives de la dona, adoptant-se els anomenats criteris STRAW (Harlow et al.,



2012; Hale i Burgen, 2009; Sherman, 2005; Steiner, 2011), que divideixen l'etapa reproductiva de la dona en deu episodis o fases a partir de la data de la menarquia o primera menstruació: quatre etapes en estat reproductiu fèrtil, dues en la transició cap a la transició (vegeu Taula 1).

2. L'alimentació durant la perimenopausa

Els hàbits d'alimentació de les dones de més de 40 anys poden alterar-se a causa dels canvis en els nivells d'estrògens durant la transició a la menopausa (Macdonald et al., 2005), així com per augment en el desig de menjar i la gana (Duval et al., 2014).

Normalment, els canvis en l'alimentació que es produeixen a la dona durant les fases de la perimenopausa són petits i les dones es mostren sense canvis en termes d'ingesta d'aliments o de nutrients. Així, s'ha conclòs que els canvis en la seva alimentació no es relacionen amb l'estat estrogènic de la dona (Macdonald et al., 2005).

Tot i així, hi ha una reducció significativa de la ingesta d'energia, greix i proteïna durant l'etapa de transició a la menopausa. Malgrat això, les ingestes d'aquests nutrients augmenten durant la postmenopausa. A més, el desig de menjar i la gana també augmenten durant l'etapa de transició a la menopausa, així com durant la postmenopausa (Duval et al., 2014).

L'aparició de la menopausa també té relació amb el tipus d'alimentació seguida per la dona, ja que aquelles dones que segueixen una dieta més vegetariana, amb abundant consum de verdures i de fruita i major consum de peix, presenten més tard la menopausa. En canvi, aquelles amb major ingesta de greixos animals, proteïna i productes carnis avancen l'aparició de la menopausa (Boutot et al., 2018; Dunneram et al., 2018; Nagata et al., 2012; Nagel et al., 2005; Pearce i Tremellen, 2016). Recordem que un avançament de l'aparició de la menopausa suposa un major risc de pèrdua de calci i aparició de fractures, amb la consegüent pèrdua de qualitat de vida.

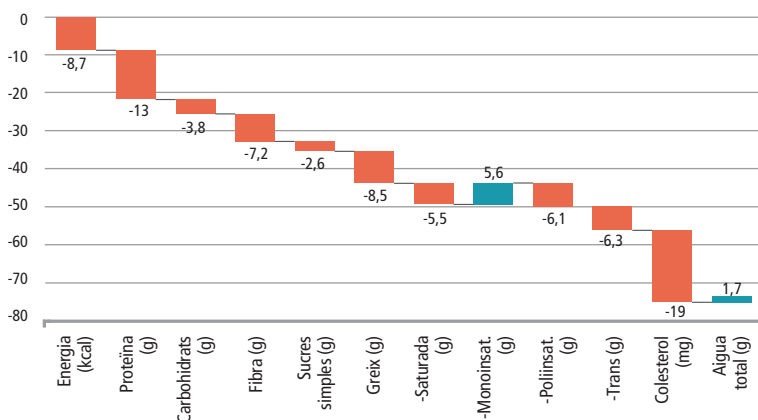
Nosaltres hem trobat que, durant la postmenopausa, poden haver-hi canvis en la preferència i elecció d'aliments i nutrients. Així, durant la postmenopausa hi ha majors consums d'energia (+0,1 %), proteïna (+8,1 %), greix total (+0,2 %) i greix saturat (+4,7 %). Aquests resultats són similars als aportats per treballs anteriors, on la gana, el desig de menjar, la ingesta d'energia i el percentatge d'ingesta de greix total van ser majors durant la postmenopausa en comparació amb l'etapa de transició a la menopausa (Duval et al., 2014; Yang et al., 2017) (vegeu Gràfic 1).



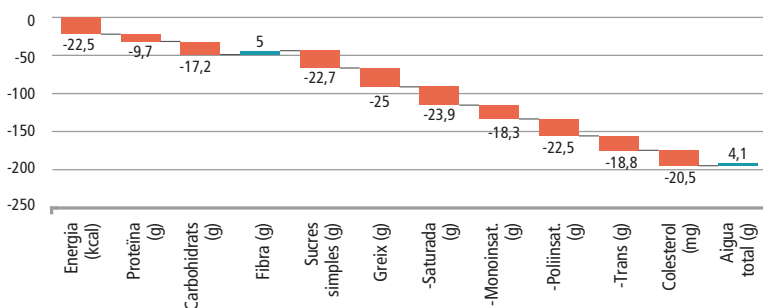
Els nostres estudis han demostrat un important consum de greix total en població femenina adulta de 16 a 65 anys a la Mediterrània, amb una dieta amb distribució calòrica percentual del 37,9 % de greix i el 48,3 % de carboni; unes proporcions molt elevades respecte de les recomanacions per a gaudir d'una dieta saludable (Tur et al., 2004). Si es compara aquesta ingesta amb la que hi ha en les dones dels Estats Units, es veu que allà el consum de greix total és del 50 %, també molt més elevat que el recomanat per a la població d'aquell país (30 % del total d'energia) (Food and Nutrition Board, 2019).

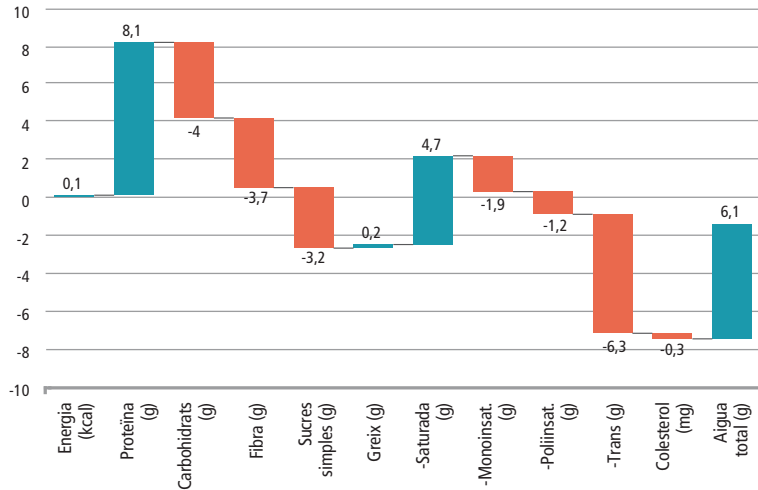
Gràfic 1 | *Ingesta dietètica diària de macronutrients per etapa reproductiva en les dones*

Premenopausa



Transició a la menopausa



Postmenopausa

Font: elaboració pròpia.

Pel que fa a la ingesta de minerals, hem trobat que les dones tenen uns consums adequats de calci, ferro, magnesi, potassi i seleni, però elevats de sodi i fòsfor. Els nivells de fòsfor que hem trobat (1302–1425 mg/d) són semblants a les dones premenopàusiques escoceses (1484 mg/d) (Macdonald et al., 2004), mentre que hem trobat consums de sodi de 175–220 % més elevats que les recomanacions, cosa que, ben segur, tindrà efecte prohipertensiu (vegeu Gràfic 2).

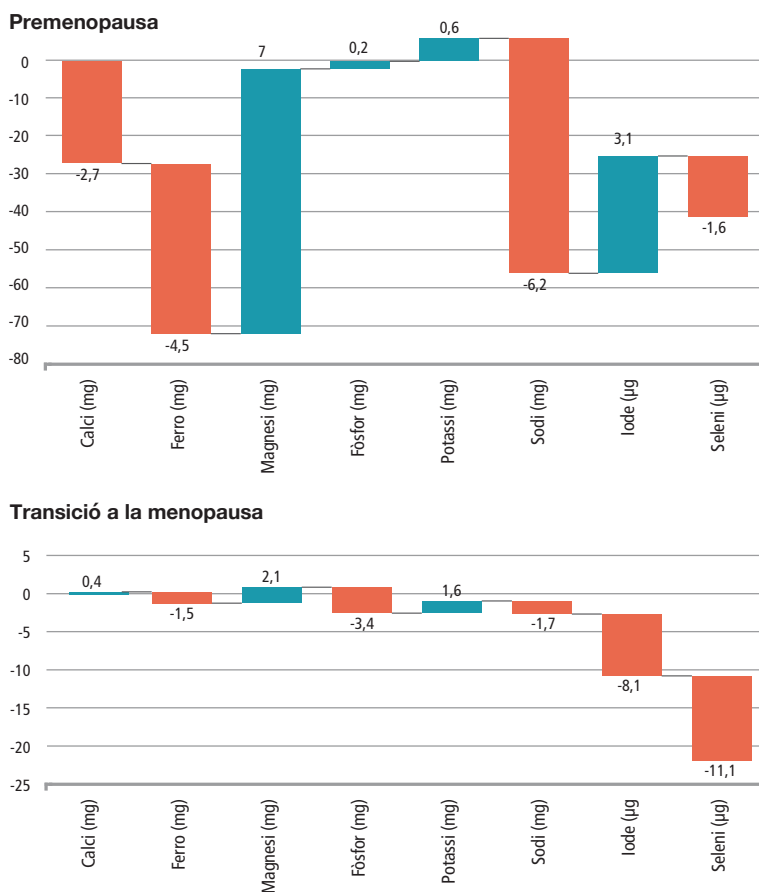
Els nostres estudis també ens han permès trobar uns consums adequats de les vitamines hidrosolubles i de vitamina A, mentre que la ingesta de vitamina D va ser menor que l'explicitat per les recomanacions en més del 85 % de les dones. Hem trobat resultats similars per a la vitamina E on, en aquest cas, menys del 20 % de les dones van presentar valors dins de la ingesta recomanada (vegeu Gràfic 3).

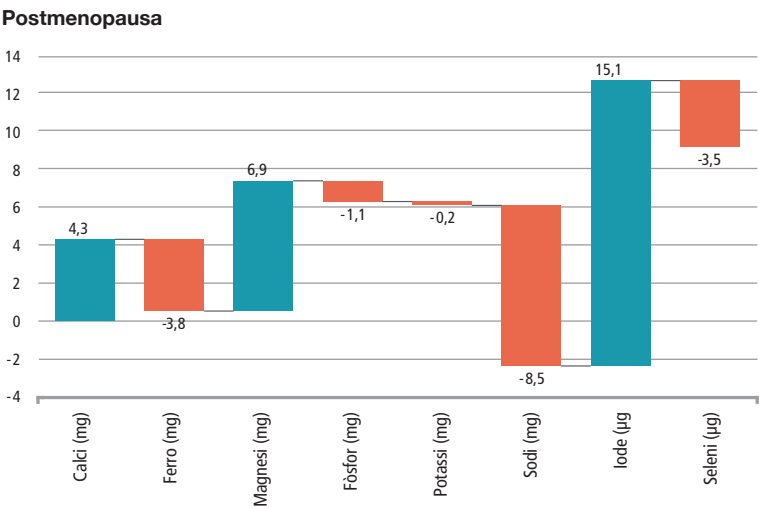
La ingesta dietètica d'alguns nutrients específics durant la perimenopausa s'ha associat amb l'edat d'aparició de la menopausa (Boutot et al., 2018; Delavar i Hajiahmadi, 2011; Dunneram et al., 2018; Nagata et al., 2012; Pearce i Tremellen et al., 2016) i amb la densitat mineral òssia (Bahargava i Guthrie, 2002; García-Martínez et al., 2014; Macdonald et al., 2004; Rosell et al., 2006; Sugiura et al., 2011). En aquest sentit, nosaltres hem trobat una relació negativa de la ingesta dietètica de carbohidrats amb la densitat mineral òssia total. És a dir, una ingesta excessiva de carbohidrats fa disminuir la densitat mineral òssia dels ossos de les dones durant la menopausa.



La ingesta de vitamina D, tot i mostrar uns nivells menors a les recomanacions per a una dieta saludable, s'associa positivament amb la densitat mineral òssia de la regió lumbar de la columna vertebral (L1-L4) i amb la densitat mineral òssia del fèmur, tant dret com esquerre. És a dir, la ingesta de vitamina D afavoreix la densitat mineral òssia, la quantitat d'os, tant a la columna vertebral com als fèmurs. Això disminuirà el risc de fractures i caigudes de les dones durant la menopausa. Per tant, és molt recomanable el consum d'aliments rics en vitamina D durant la menopausa, així com practicar exercici a l'aire lliure i l'exposició moderada al sol.

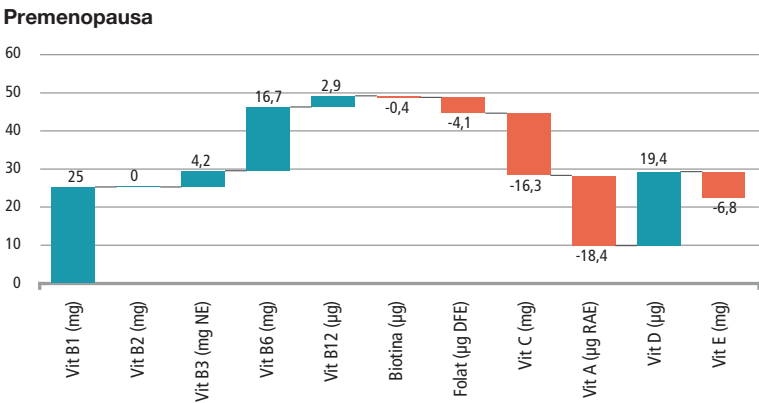
Gràfic 2 | *Ingesta dietètica diària de minerals per etapa reproductiva en les dones*

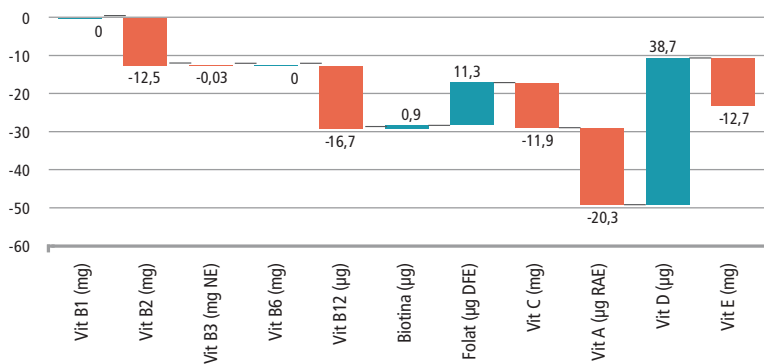
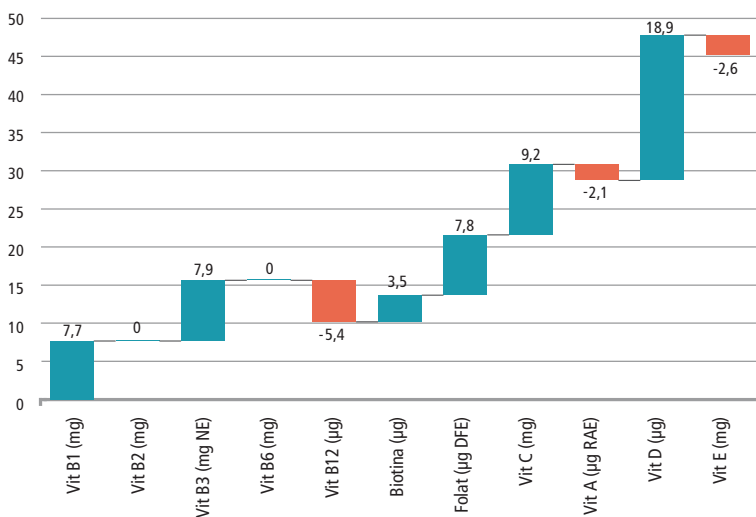




Font: elaboració pròpia.

Gràfic 3 | *Ingesta dietètica diària de vitamines per etapa reproductiva en les dones*



Transició a la menopausa**Postmenopausa**

Font: elaboració pròpia.

La ingesta de seleni i de iode s'associa positivament amb la densitat mineral òssia en fèmur dret i esquerre, mentre que el consum de iode s'associa positivament amb la densitat mineral òssia de la columna vertebral. És a dir, a major ingesta de seleni i de iode, major densitat mineral òssia en fèmur dret i esquerre; i a major ingesta de calci, major densitat mineral òssia en la regió lumbar de la columna vertebral (Macdonald et al., 2004). Per tant, es pot concloure que és molt recomanable, durant la menopausa, el consum d'aliments rics en calci, com ara la llet, lactis i fruites, i en seleni i iode, com ara el peix o els ous.

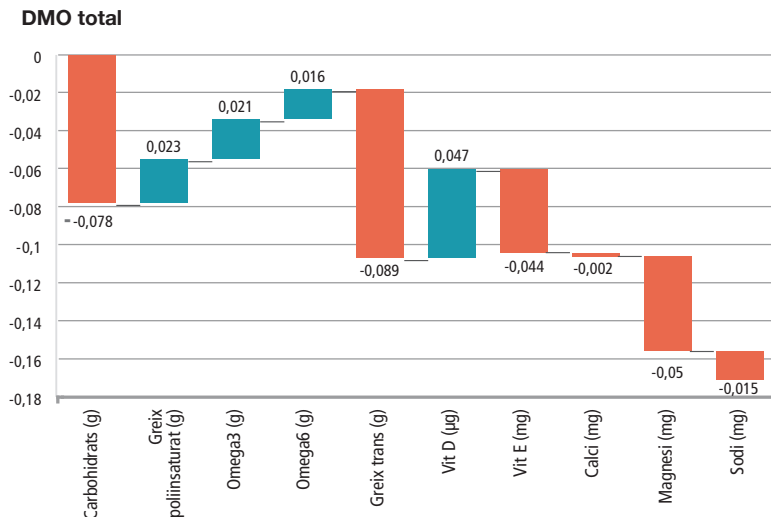


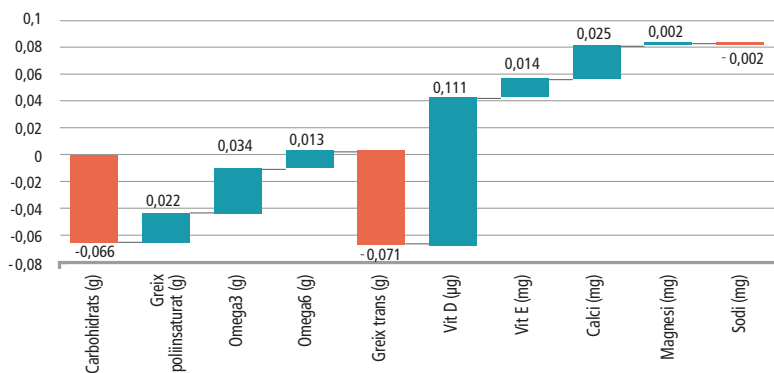
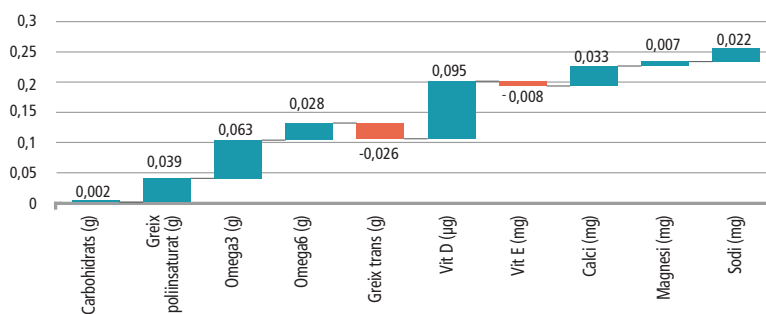
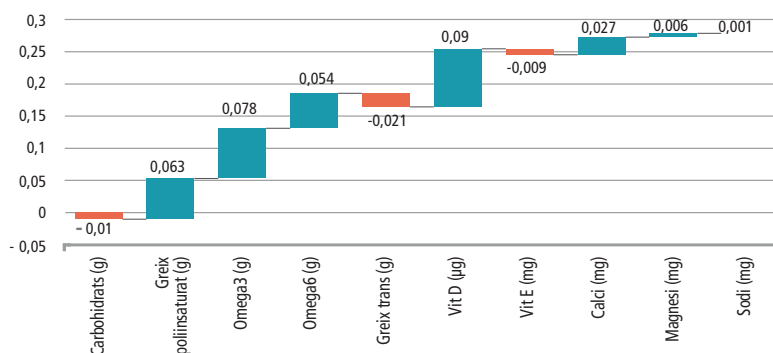
També se sap que consums de greixos mono i poliinsaturats, vitamina E, retinol i vitamina A s'associen negativament amb canvis a la densitat mineral òssia del fèmur; mentre que la ingesta de calci s'associa amb una major densitat mineral òssia a la regió lumbar de la columna (Macdonald et al., 2004) (vegeu Gràfic 4).

3. Hidratació i consum de begudes durant la perimenopausa

La hidratació és el procés fisiològic d'absorció d'aigua per part de les cèl·lules, els teixits i els òrgans. La hidratació adequada es produeix quan la ingesta total de líquids manté una reserva i una distribució normal d'aigua corporal per a satisfer les demandes fisiològiques del cos. Les principals conseqüències de la manca d'hidratació són de tipus físic (pèrdua de pes corporal, restrenyiment, insuficiència renal), cerebral (edema), dèrmic o subdèrmic, cognitiu i psicològic (pèrdua de memòria, manca de concentració) (Aranceta-Bartrina et al., 2018). El consum de begudes en dones adultes s'ha associat amb diabetis quan es consumeixen begudes ensucrades (Fagherazzi et al., 2013) i amb edulcorants artificials (Fagherazzi et al., 2017).

Gràfic 4 | *Correlacions entre la ingesta de nutrients i indicadors de densitat mineral òssia (DMO)*



DMO columna**DMO fémur esquerre****DMO fémur dret**

Font: elaboració pròpia.



L'Autoritat Europea de Seguretat Alimentària proposa que les dones beguin dos litres d'aigua (European Food Safety Authority, 2010), amb unes recomanacions mínimes d'1,0 litre per cada 1.000 kcal d'ingesta energètica, mentre que l'Institut de Medicina dels Estats Units recomana que les dones d'entre 19 i 70 anys beguin 2,7 litres d'aigua al dia (Institute of Medicine, 2005). Altres autors han suggerit una quantitat adequada i individualitzada d'ingesta de líquids de 33 mL/kg/dia distribuïda uniformement al llarg del dia (Erdélyi et al., 2024). Malgrat això, el 50–80 % de les dones d'Espanya, Itàlia i França no arriben a aquesta recomanació (Nissensohn et al., 2017).

En la dieta mitjana d'una dona, les begudes aporten al voltant del 70-80 % del total de consum d'aigua i la resta és aportada per l'aigua continguda en els aliments; un percentatge del 10 % o menor prové de reaccions metabòliques de macronutrients (Jéquier i Constant, 2010).

A la nostra investigació i segons el criteri d'hidratació de l'EFSA, el consum d'aigua total (provinent d'aliments i de begudes) és inadequat per a més del 50 % de les dones estudiades; uns resultats que foren molt semblants als aportats en altres estudis realitzats en altres dones europees (Nissensohn et al., 2017).

La determinació a Espanya del consum de begudes que inclouen aigua, suc, begudes de sabor, refrescos, llet, cafè i te, mitjançant el qüestionari validat d'hàbits d'hidratació en unitats de volum (mL/d), va donar medianes de consum total de 2.195–3.000 mL/d, i medianes de consum d'aigua de l'aixeta i d'ampolla d'entre 1.401–1.432 mL/d. Al Canadà, es van descriure consums mitjans d'aigua en població femenina major de 17 anys de 840–1.065 g/d, que molt bé podria considerar-se com el mateix valor en mL/d ja que, en esser aigua, té una densitat d'1,0 g/mL. A Itàlia els consums mitjans d'aigua foren de 666 mL/d en dones majors de 19 anys. Als Estats Units, el consum mitjà fou de 1.134-1.147 mL/d (Gibson et al., 2012). En dones britàniques d'entre 35 i 49 anys d'edat, el consum mitjà d'aigua (bé de l'aixeta, bé de l'ampolla) fou de 302 g/d (mL/d) i en dones de 50 o més anys el consum fou de 309 g/d (mL/d). En els nostres estudis, el consum mitjà d'aigua (de l'aixeta o d'ampolla) de les dones fou de 1.432 mL/d (vegeu Gràfic 5).

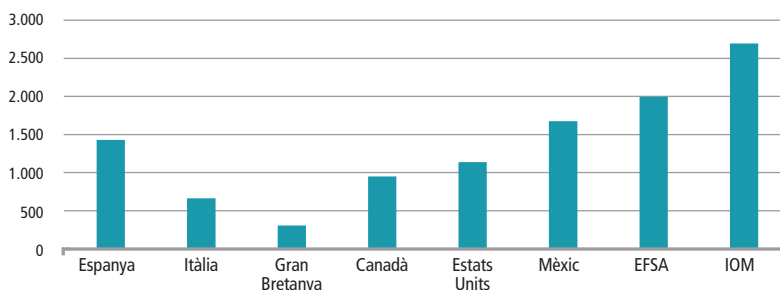
Els requisits individuals d'hidratació poden variar àmpliament segons les característiques personals, com l'edat, la talla, la composició corporal, l'activitat física i els factors ambientals com el clima (Mora-Rodriguez et al., 2016), però també els factors predictors o determinants del consum total de begudes poden esser el consum energètic (kcal/d) i l'índex cintura-talla.

Els canvis en la composició corporal durant les fases de transició a la menopausa i de postmenopausa són factors significatius per al consum de begudes. De fet, hi ha una



associació positiva entre l'adipositat corporal i el consum total de begudes, tant en dones en estat reproductiu fèrtil com en dones postmenopàusiques. Cada augment d'un 1 % del greix corporal està associat a una ingesta addicional de líquids de 151,1 a 197,5 g/dia. El mecanisme que pot donar suport a aquest fet és la possible necessitat d'augmentar la ingesta de líquids per aconseguir l'equilibri osmòtic en dones amb un percentatge de greix corporal més alt.

Gràfic 5 | Consum d'aigua (mL/dia) a diversos països i recomanacions d'ingesta d'aigua per l'Autoritat Europea de Seguretat Alimentària (EFSA) i l'Institut Americà de Medicina (IOM)



Font: elaboració pròpia.

El percentatge de massa magra també és un factor associat a la ingesta de líquids, ja que l'augment de l'1 % es va relacionar amb un augment del consum de begudes de 174,0 a 182,1 g/d, tot i que aquest fet només és evident en la menopausa. De fet, una massa corporal magra més elevada augmenta les taxes metabòliques basals i la producció de calor; per tant, la demanda d'aigua augmenta per a la termoregulació corporal i el substrat per al metabolisme (Bossingham et al., 2005; Lorenzo et al., 2019). L'avaluació del greix corporal i la massa magra també pot ajudar a desenvolupar recomanacions individualitzades per a la hidratació i el consum de begudes per a les dones.

La hidratació de les diferents poblacions ve determinada per la temperatura ambiental de la regió i per l'estació de l'any en què es va obtenir la informació (Malisova et al., 2015), però també per les característiques culturals de cada població (Nissensohn et al., 2017). Als nostres estudis, la temperatura ambiental del dia i del dia previ en què es va descriure el consum de begudes va resultar ser un factor independent que va determinar de forma important el consum total de begudes.



A més de la temperatura ambiental, els requisits d'hidratació també es poden veure afectats per factors com la temperatura corporal, l'activitat física, els hàbits alimentaris i la funció renal (Aranceta-Bartrina et al., 2018). La ingesta total d'aigua es pot obtenir de tres fonts principals: un 70-80 % del consum de begudes (aigua, cafè, te, suc, refrescos, etc.), un 20-30 % deriva de la ingesta d'aliments i un 10 % de l'oxidació endògena de macronutrients (Jéquier i Constant, 2010). Similar als nostres resultats, altres autors (De Francisco i Martínez-Castelao, 2010) descrigueren increments en el consum de líquids en augmentar l'activitat física a una població adulta espanyola.

El procés d'envelliment fisiològic desenvolupa canvis a l'aigua interna-externa i els seus mecanismes de control a nivell central i perifèric. Els hàbits d'hidratació en dones durant la perimenopausa poden mantenir la seva sensibilitat a la set per estímul osmòtic, però la poden perdre per estímul volumètric a causa de canvis a nivell de sistema nerviós central (Stachenfeld, 2014), que és el que realment succeeix, degut a la involució pròpia de l'edat, on es perd la sensibilitat a la manca de líquid o, dit d'una altra manera, la pèrdua de la sensació de set; per això, els nostres padrins i padrines no tenen set mai.

Segons els resultats del tipus de begudes consumides, es va mostrar que l'aigua pura representava el 48,2 % i el 52,6 % del consum total, en dones mexicanes reproductores i postmenopàusiques, respectivament. La ingesta d'aigua normal en les dones mexicanes era, de mitjana, inferior als 6-8 tassons diaris (1.440-1.920 mil·lilitres/dia), tot i que es va complir la recomanació de consum total de begudes. Un estudi anterior en dones espanyoles de 46 a 65 anys va informar d'un consum total de begudes de 1.290,9 g/dia (Özen et al., 2018), mentre que les dones adultes mexicanes tenien una ingesta total de líquids de 1,48 mL/dia (Martínez et al., 2018). Investigacions posteriors han suggerit augmentar el consum d'aigua normal fins a dos litres al dia per a disminuir de forma notable de la pressió arterial sistòlica, tal com es va demostrar en un estudi anterior en adults de 50 a 75 anys (Nakamura et al., 2020).

En les dones postmenopàusiques, el consum diari total mitjà de begudes va esser inferior a l'interval entre 2.723 i 2.915 grams per dia. Això s'alinea amb altres autors que demostren que la ingesta de líquids disminueix amb la menopausa a mesura que les dones envellides mantenen la sensibilitat a la set als estímuls osmòtics, però perden certa sensibilitat a la set als canvis en el volum de líquid corporal central a causa de les variacions en els nivells hormonals principals, estrògens i progesterona (Mallett et al., 2021; Stachenfeld et al., 2014).

Nosaltres hem observat que les dones perimenopàusiques varen presentar medianes de consum d'aigua de 2.592-2.602 g/d i mitjanes de consum de 2.578-2.788 g/d, basant-se en una avaluació realitzada per aplicació del mètode dietètic i que aquest valor incloïa l'aigua d'aliments i de begudes. Un altre estudi nostre a les Illes Balears va

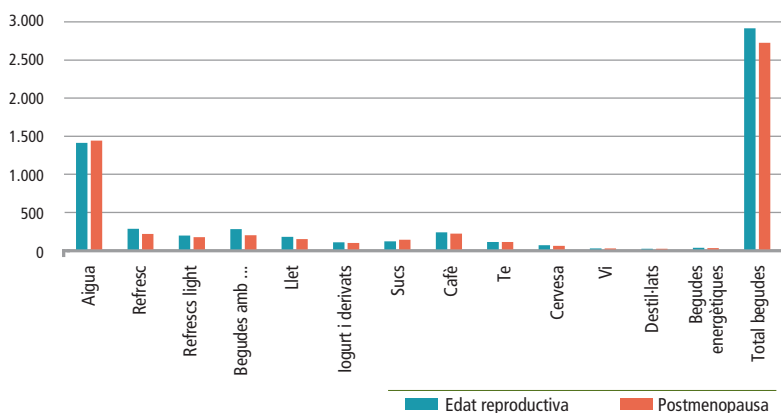


aportar mitjanes de consum de 1.242-1.290 g/d d'aigua total en dones 26-65 anys, calculades a partir de la tècnica dels dos recordatoris de 24 hores (Özen et al., 2018).

Hem pogut observar que el consum total de begudes a les etapes reproductives disminueix entorn al 28 % a la premenopausa i del 12,7 % a la postmenopausa. La mitjana de consum total de begudes (mL/d) disminueix a mesura que augmenta l'edat de les dones, de forma semblant a la tendència lineal decreixent en freqüència i volum d'ingesta de líquids per l'edat a totes les persones adultes d'Espanya (De Francisco i Martínez-Castelao, 2010). Pel que fa a les dones de 40 a 44 anys, el consum total de begudes disminueix un 20 % i als 60 anys o més disminueix un 27,2 %.

També s'observa que les dones reproductores estan més inclinades per les begudes amb sucre afegit i sabor (begudes aromatitzades) però també pel consum de llet que les dones postmenopàusiques. Aquesta tendència demostra una ingesta energètica total més alta provinent de les begudes en el grup reproductiu. Una ingesta energètica total més baixa en el grup de postmenopausa pot reflectir opcions de begudes més saludables o baixes en calories, fins i tot quan el consum total de líquids es manté sense canvis (vegeu Gràfic 6).

Gràfic 6 | Consum de begudes en dones en edat reproductiva i en postmenopausa



Font: elaboració pròpia.

Aquests resultats poden ajudar a millorar la nutrició general i la gestió del pes a les etapes reproductives de la dona, mantenint així la salut metabòlica a llarg termini durant la transició a la menopausa i la postmenopausa. La dependència de les fonts



d'aliments per a la hidratació a mesura que les dones envelleixen també es suggereix i s'informa a altres països com Espanya, França i Itàlia, on la ingesta energètica total dels aliments oscil·la entre el 31,99 i el 42,2 % i de les begudes entre el 55,8 i el 68,61 % (Stachenfeld et al., 2014), tot i que els grups d'edat de les dones no eren tan específics com en aquest estudi, en què es va trobar una contribució del 80,6 % i el 68,61 % des de les begudes. Altres autors varen informar d'una contribució del 18,3 % a la ingesta energètica total de les begudes en dones afroamericanes de 35 a 65 anys que viuen als Estats Units (Hartman et al., 2017), per sobre dels resultats aquí, del 8,9 al 10,4 %.

Malgrat això, és ben sabut que el tipus de begudes consumides avaluades durant la transició de la menopausa i la postmenopausa poden esser rellevants per a la salut òssia, com per exemple: la ingesta de llet i iogurt es va associar amb una major densitat mineral òssia del coll femoral i la columna lumbar entre subjectes amb concentració normal de vitamina D (25(OH)D) (Ratajczak et al., 2021), cosa que els suggereix com a nutrients essencials per a la salut. Per contra, una reducció de begudes carbonatades com els refrescs pot disminuir la ingesta de sucres i àcid fosfòric que pot ser perjudicial per a la massa òssia (Chen et al., 2020).

Un fet important és que durant la menopausa, la disminució d'estrògens pot provocar alteracions en la percepció del gust (disgèusia), boca seca (xerostomia) i sensacions d'ardor; això afectarà substancialment la vida diària, inclosa la masticació, la deglució i una preferència alterada especialment per la dolçor (Bossingham et al., 2005; Malisova et al., 2015) i la sensibilitat palatina principalment en dones postmenopàusiques (Bossingham et al., 2005).

4. Conclusions

Els hàbits d'alimentació de les dones de més de 40 anys poden alterar-se durant la transició a la menopausa, tot i que normalment són canvis petits. Les ingestes d'energia, greix i proteïna disminueixen durant l'etapa de transició i augmenten durant la postmenopausa, així com el desig de menjar i la gana. L'aparició de la menopausa és més tardana en dones amb dieta majoritàriament vegetariana i de consum de peix i es presenta de forma més primerenca en dones amb dieta preferentment rica en productes carnis, greix i proteïna animal; per tant, aquestes dones tindran major risc que les altres de presentar pèrdua de calci i fractures òssies.

Les dones tenen uns consums adequats de calci, ferro, magnesi, potassi i seleni, però elevats de sodi i fòsfor, cosa que podrà determinar la presentació de casos d'hipertensió.



Hi ha consums adequats de vitamines hidrosolubles i de vitamina A, mentre que la ingesta de vitamina D és menor del que és necessari en més del 85 % de les dones i el de vitamina E és menor en un 20 %.

La ingesta excessiva de carbohidrats i la ingesta disminuïda de vitamina D fa disminuir la densitat mineral òssia dels ossos, mentre que la ingesta de calci, seleni i iode afavoreix la densitat mineral òssia de les dones durant la menopausa.

El consum d'aigua total (provinent d'aliments i begudes) és inadequat en més del 50 % de les dones. Els canvis en la composició corporal durant les fases de transició a la menopausa i de postmenopausa són factors significatius per al consum de begudes. Els requisits d'hidratació es poden veure modificats per l'edat, la temperatura ambiental, la temperatura corporal, l'activitat física, els hàbits alimentaris, la funció renal, així com per la composició corporal en greixos i massa magra.

Els hàbits d'hidratació en dones durant la perimenopausa poden mantenir la seva sensibilitat a la sensació de set, però la solen perdre degut a la involució pròpia de l'edat, on es perd la sensació de set. El consum total de begudes a les etapes reproductives disminueix entorn al 28 % a la premenopausa i del 12,7 % a la postmenopausa. Serà necessari introduir canvis en el comportament perquè les dones menopàusiques beguin tot i no tenir sensació de set.



Referències bibliogràfiques

Aranceta-Bartrina, J., Aldrete-Velasco, J. A., Alexanderson-Rosas, E. G., Álvarez-Álvarez, R. J., Castro-Martínez, M. G., Ceja-Martínez, I. L., ... i Sánchez-Mijangos, J. H. (2018). Hidratación: importancia en algunas condiciones patológicas en adultos. *Medicina interna de México*, 34(2), 214-243.

Bhargava, A., i Guthrie, J. F. (2002). Unhealthy eating habits, physical exercise and macronutrient intakes are predictors of anthropometric indicators in the Women's Health Trial: Feasibility Study in Minority Populations. *British Journal of Nutrition*, 88(6), 719-728.

Bossingham, M. J., Carnell, N. S., i Campbell, W. W. (2005). Water balance, hydration status, and fat-free mass hydration in younger and older adults. *The American journal of clinical nutrition*, 81(6), 1342-1350.

Boutot, M. E., Purdue-Smithe, A., Whitcomb, B. W., Szegda, K. L., Manson, J. E., Hankinson, S. E., ... i Bertone-Johnson, E. R. (2018). Dietary protein intake and early menopause in the Nurses' Health Study II. *American journal of epidemiology*, 187(2), 270-277.

Chen, L., Liu, R., Zhao, Y., i Shi, Z. (2020). High consumption of soft drinks is associated with an increased risk of fracture: a 7-year follow-up study. *Nutrients*, 12(2), 530.

De Francisco, A. L. M., i Martínez Castela, A. (2010). Estudio Bahía 2008: barómetro de la hidratación de la población española. *Nefrología*, 30(2), 220-226.

Delavar, M. A., i Hajjahmadi, M. (2011). Age at menopause and measuring symptoms at midlife in a community in Babol, Iran. *Menopause*, 18(11), 1213-1218.

Dunneer, Y., Greenwood, D. C., Burley, V. J., i Cade, J. E. (2018). Dietary intake and age at natural menopause: results from the UK Women's Cohort Study. *J Epidemiol Community Health*, 72(8), 733-740.

Duval, K., Prud'Homme, D., Rabasa-Lhoret, R., Strychar, I., Brochu, M., Lavoie, J. M., i Doucet, E. (2014). Effects of the menopausal transition on dietary intake and appetite: a MONET Group Study. *European journal of clinical nutrition*, 68(2), 271-276.

Erdélyi, A., Pálfi, E., Túó, L., Nas, K., Szűcs, Z., Török, M., ... i Várbió, S. (2023). The importance of nutrition in menopause and perimenopause—a review. *Nutrients*, 16(1), 27.



European Food Safety Authority (EFSA) (2010). Scientific opinion on dietary reference values for water. EFSA panel on dietetic products, nutrition, and allergies (NDA). *EFSA J*, 8(3), 1459.

Fagherazzi, G., Vilier, A., Saes Sartorelli, D., Lajous, M., Balkau, B., i Clavel-Chapelon, F. (2013). Consumption of artificially and sugar-sweetened beverages and incident type 2 diabetes in the Etude Epidemiologique aupres des femmes de la Mutuelle Generale de l'Education Nationale-European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort. *Am J Clin Nutr*, 97(3), 517-523.

Fagherazzi, G., Gusto, G., Affret, A., Mancini, F.R., Dow, C., Balkau, B., Clavel-Chapelon, F., Bonnet, F., i Boutron-Ruault, M.C. (2017). Chronic Consumption of Artificial Sweetener in Packets or Tablets and Type 2 Diabetes Risk: Evidence from the E3N-European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition Study. *Ann Nutr Metab*, 70(1), 51-58.

Food and Nutrition Board. Institute of Medicine. (2019). Dietary Reference Intakes. Washington, DC: National Academies Press. www.nationalacademies.org/hmd/Activities/Nutrition/SummaryDRIs/DRI-Tables.aspx

García-Martínez, O., Rivas, A., Ramos-Torrecillas, J., De Luna-Bertos, E., i Ruiz, C. (2014). The effect of olive oil on osteoporosis prevention. *International journal of food sciences and nutrition*, 65(7), 834-840.

Gibson, S., Gunn, P., i Maughan, R. J. (2012). Hydration, water intake and beverage consumption habits among adults. *Nutrition Bulletin*, 37(3), 182-192.

Harlow, S. D., Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., ... i STRAW+ 10 Collaborative Group. (2012). Executive summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop+ 10: addressing the unfinished agenda of staging reproductive aging. *Climacteric*, 15(2), 105-114.

Hale, G. E., i Burger, H. G. (2009). Hormonal changes and biomarkers in late reproductive age, menopausal transition and menopause. *Best practice & research Clinical obstetrics & gynaecology*, 23(1), 7-23.

Hartman, T. J., Haardörfer, R., Greene, B. M., Parulekar, S., i Kegler, M. C. (2017). Beverage consumption patterns among overweight and obese African American women. *Nutrients*, 9(12), 1344.



Institute of Medicine (2005). *Panel on Dietary Reference Intakes for Electrolytes, & Water. Food and Nutrition Board. Dietary reference intakes for water, potassium, sodium, chloride, and sulfate*. National Academies Press, Washington, DC.

Jéquier, E., i Constant, F. (2010). Water as an essential nutrient: the physiological basis of hydration. *European journal of clinical nutrition*, 64(2), 115-123.

Lorenzo, I., Serra-Prat, M., i Yébenes, J. C. (2019). The role of water homeostasis in muscle function and frailty: a review. *Nutrients*, 11(8), 1857.

Macdonald, H. M., New, S. A., Golden, M. H., Campbell, M. K., & Reid, D. M. (2004). Nutritional associations with bone loss during the menopausal transition: evidence of a beneficial effect of calcium, alcohol, and fruit and vegetable nutrients and of a detrimental effect of fatty acids. *The American journal of clinical nutrition*, 79(1), 155-165.

Macdonald, H. M., New, S. A., i Reid, D. M. (2005). Longitudinal changes in dietary intake in Scottish women around the menopause: changes in dietary pattern result in minor changes in nutrient intake. *Public health nutrition*, 8(4), 409-416.

Malisova, O., Bountziouka, V., Zampelas, A., i Kapsokefalou, M. (2015). Evaluation of drinks contribution to energy intake in summer and winter. *Nutrients*, 7(5), 3724-3738.

Mallett, L. J., Premkumar, V., Brown, L. J., May, J., Rollo, M. E., i Schumacher, T. L. (2021). Total water intake by kilogram of body weight: Analysis of the Australian 2011 to 2013 National Nutrition and Physical Activity Survey. *Nutrition & Dietetics*, 78(5), 496-505.

Martinez, H., Morin, C., Gandy, J., Carmuega, E., Arredondo, J. L., Pimentel, C., ... i Guelinckx, I. (2018). Fluid intake of Latin American adults: results of four 2016 Liq. In 7 national cross-sectional surveys. *European Journal of Nutrition*, 57(Suppl 3), 65-75.

Mora-Rodriguez, R., Ortega, J. F., Fernandez-Elias, V. E., Kapsokefalou, M., Malisova, O., Athanasatou, A., ... i Braun, H. (2016). Influence of physical activity and ambient temperature on hydration: The European Hydration Research Study (EHRS). *Nutrients*, 8(5), 252.

Nagata, C., Wada, K., Nakamura, K., Tamai, Y., Tsuji, M., i Shimizu, H. (2012). Associations of physical activity and diet with the onset of menopause in Japanese women. *Menopause*, 19(1), 75-81.

Nagel, G., Altenburg, H. P., Nieters, A., Boffetta, P., i Linseisen, J. (2005). Reproductive and dietary determinants of the age at menopause in EPIC-Heidelberg. *Maturitas*, 52(3-4), 337-347.



Nakamura, Y., Watanabe, H., Tanaka, A., Yasui, M., Nishihira, J., i Murayama, N. (2020). Effect of increased daily water intake and hydration on health in Japanese adults. *Nutrients*, 12(4), 1191.

Nissensohn, M., Sánchez-Villegas, A., Galan, P., Turrini, A., Arnault, N., Mistura, L., ... i Serra-Majem, L. (2017). Beverage consumption habits among the European population: Association with total water and energy intakes. *Nutrients*, 9(4), 383.

Özen, A. E., Bibiloni, M. D. M., Bouzas, C., Pons, A., i Tur, J. A. (2018). Beverage consumption among adults in the Balearic Islands: association with total water and energy intake. *Nutrients*, 10(9), 1149.

Pearce, K., i Tremellen, K. (2016). Influence of nutrition on the decline of ovarian reserve and subsequent onset of natural menopause. *Human fertility*, 19(3), 173-179.

Ratajczak, A. E., Zawada, A., Rychter, A. M., Dobrowolska, A., i Krela-Kaźmierczak, I. (2021). Milk and dairy products: good or bad for human bone? practical dietary recommendations for the prevention and management of osteoporosis. *Nutrients*, 13(4), 1329.

Rosell, M., Håkansson, N. N., i Wolk, A. (2006). Association between dairy food consumption and weight change over 9 y in 19 352 perimenopausal women. *The American journal of clinical nutrition*, 84(6), 1481-1488.

Sherman, S. (2005). Defining the menopausal transition. *The American journal of medicine*, 118(12), 3-7.

Stachenfeld, N. S. (2014). Hormonal changes during menopause and the impact on fluid regulation. *Reproductive Sciences*, 21(5), 555-561.

Steiner, A. Z. (2011). Predicting age at menopause: Hormonal, familial, and menstrual cycle factors to consider. *Menopausal Medicine*, 19(2), 1-8.

Sugiura, M., Nakamura, M., Ogawa, K., Ikoma, Y., Ando, F., Shimokata, H., i Yano, M. (2011). Dietary patterns of antioxidant vitamin and carotenoid intake associated with bone mineral density: findings from post-menopausal Japanese female subjects. *Osteoporosis international*, 22(1), 143-152.

Tur, J. A., Romaguera, D., i Pons, A. (2004). Food consumption patterns in a mediterranean region: does the mediterranean diet still exist?. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 48(3), 193-201.



Yang, T. C., Gryka, A. A., Aucott, L. S., Duthie, G. G., i Macdonald, H. M. (2017). Longitudinal study of weight, energy intake and physical activity change across two decades in older Scottish women. *J Epidemiol Community Health*, 71(5), 499-504.



Autors

JOSEP ANTONI TUR MARÍ

Llicenciat i doctor en Farmàcia per la Universitat de Barcelona. Catedràtic de Fisiologia i director del grup de recerca en Nutrició Comunitària i Estrès Oxidatiu de la Universitat de les Illes Balears, del CIBEROBN (Fisiopatologia de l'Obesitat i la Nutrició) de l'Institut de Salut Carlos III i de l'Institut d'Investigació Sanitària de les Illes Balears (IdISBa). Acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia Nacional de Farmàcia, acadèmic fundador de l'Acadèmia Espanyola de Nutrició i Ciències dels Aliments i acadèmic corresponent de la Reial Acadèmia de Farmàcia de Catalunya. Acadèmic corresponent de l'Acadèmia de Farmàcia «Reino de Aragón». Membre (2014-2018) del Comitè Científic de l'Agència Espanyola de Seguretat Alimentària i Nutrició (AESAN), del Consell Autònom de Seguretat Alimentària de les Illes Balears i del Comitè Permanent de la Nutrició de l'Organització de les Nacions Unides (UN-SCN). Vocal d'Alimentació del Col·legi Oficial de Farmacèutics de les Illes Balears. Membre del Comitè Científic i de la Junta de Govern de la Vocalia Nacional d'Alimentació del Consell General de Col·legis Oficials de Farmacèutics. Redactor de la Declaració de la dieta mediterrània com a patrimoni immaterial de la humanitat (UNESCO, 2010). Director del Màster Universitari en Nutrició i Alimentació Humana i dels programes de doctorat en Nutrició i Ciències dels Aliments, i de Nutrició Humana i Patologies Associades de la Universitat de les Illes Balears. Professor visitant a les universitats de La Plata i de Tucumán (l'Argentina), Autònoma de Nuevo León i Autònoma de Mèxic (Mèxic), de Campinas (el Brasil) i Nacional de Costa Rica (Costa Rica). Autor de més de 65 llibres i capítols de llibres, 480 articles científics i vuit patents nacionals i internacionals d'aplicació. Investigador principal de 54 projectes d'investigació nacionals i internacionals. Director de 39 tesis doctorals. Membre del consell editorial de les revistes científiques *Antioxidants*, *Nutrients*, *Frontiers in Endocrinology*, *Frontiers in Nutrition*, *Nutrition Metabolism & Cardiovascular Disease*, *Current Nutraceuticals*.

ALEJANDRA TIJERINA SÁENZ

Doctora en Nutrició i Ciències dels Aliments per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Professora – investigadora de la Facultat de Salut Pública i Nutrició de la Universitat Autònoma de Nuevo León, Mèxic. Membre del Sistema Nacional d'Investigadors i Investigadores de CONAHCYT. Professora en la Llicenciatura en Nutrició. Responsable del Laboratori de Bioquímica Nutricional, Centre d'Investigació en Nutrició i Salut Pública, Monterrey, Mèxic. Professora en el Màster en Ciències en Nutrició, programa PNPC, programa SNP CONAHCYT, Mèxic.



CRISTINA BOUZAS VELASCO

Graduada en Nutrició Humana i Dietètica per la Universitat de Valladolid, màster en Nutrigenòmica i Nutrició Personalitzada, i doctora en Nutrició i Ciències dels Aliments per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Professora titular laboral de Fisiologia de la UIB i investigadora del grup de recerca NUCOX (Nutrició Comunitària i Estrès Oxidatiu) de la UIB. Ha gaudit d'una beca postdoctoral Juan de la Cierva de l'Agència Espanyola de Recerca (Ministeri de Ciència i Innovació) i d'una beca postdoctoral Margalida Comas (DG d'R+D+I del Govern de les Illes Balears). Investigadora principal de l'estudi PASOS-2022. Codirectora del Màster Universitari en Nutrició i Alimentació Humana i dels programes de doctorat en Nutrició i Ciències dels Aliments, i de Nutrició Humana i Patologies Associades de la Universitat de les Illes Balears. Participa com a investigadora en diversos projectes de recerca en epidemiologia nutricional subvencionats en convocatòries públiques nacionals i internacionals. La seva recerca se centra en els efectes sobre la salut i l'evolució de l'estil de vida mediterrani en adults grans amb excés de pes, en l'obesitat infantil i en la sostenibilitat alimentària i ambiental. Autora de 10 llibres i capítols de llibres i 65 articles científics. Investigadora principal de dos projectes d'investigació nacionals i un internacional. Ha participat com a investigadora en 20 projectes de recerca nacionals i internacionals. Directora de tres tesis doctorals.





LA REGULACIÓ DE L'HERÈNCIA EN VIDA A LES ILLES BALEARS



La regulació de l'herència en vida a les Illes Balears

Francesca Llodrà Grimalt



Resum

El dret civil balear permet organitzar la successió per causa de mort en vida. En aquesta aportació s'intenta resumir la normativa reguladora (la Llei balear 8/2022), per tal de veure les utilitats d'aquesta successió i les diverses situacions que han de tenir-se en compte a l'hora de planificar-la. Per exemple: què passa si el meu fill després de rebre una «herència en vida» mor abans que jo? I si té un mal comportament cap a mi? Ho ha previst la Llei? M'agrada la solució? Respondre aquests interrogants permetrà una adequada presa de decisions: els fills podran «heretar-nos» abans que morim, sense que això impliqui quedar-nos privats de patrimoni, ni perdre seguretat davant les incerteses del seu comportament en el futur.

Resumen

El Derecho civil balear permite organizar, en vida, la sucesión por causa de muerte. En esta aportación se intenta resumir la normativa reguladora (la Ley balear 8/2022), a fin de ver las utilidades de esta sucesión y las diversas situaciones que deben tenerse en cuenta a la hora de planificarla. Por ejemplo: ¿qué ocurre si mi hijo después de recibir mi «herencia en vida» muere antes que yo? ¿Y si tiene un mal comportamiento hacia mí? ¿Lo ha previsto la Ley? ¿Me gusta la solución? Responder a estos interrogantes permitirá una adecuada toma de decisiones: los hijos podrán «heredarnos» antes de que muramos, sin que esto implique quedarnos privados de patrimonio, ni perder la seguridad ante las incertidumbres de su comportamiento en el futuro.

1. Introducció. Què és l'anomenada «herència en vida»?

L'expressió col·loquial «herència en vida» fa referència a una figura jurídica àmplia denominada successió contractual o paccionada regulada per la Llei 8/2022, d'11 de novembre, com a figura pròpia del dret civil de les Illes Balears.¹

Per tant, la idea «d'herència en vida» preveu una pluralitat de negocis d'efectes successoris (o hereditaris) que tenen la particularitat que es produeixen en vida entre aquells qui, des de l'àmbit successori, serien, per una part, el causant o difunt i, per l'altra, el seu hereu (art. 51 Llei 8/2022). Per això, es parla del fenomen de poder organitzar, en vida, les transmissions que s'acostumen a fer «per causa de mort», de

1. A l'empara del marc competencial perfilat per l'art. 149.1.8ª CE i l'art. 30.27 EAIB.



manera que qui és el donant o instituent serà el futur causant, l'herència del qual es disposa, i el donatari o instituït serà el que seria nomenat hereu o/i legitimari, si el negoci produís efectes només després de la mort.

Aquesta figura o modalitat de successió *mortis causa* té un origen propi i antic en el dret civil balear, que s'ajunta amb la utilitat actual de la figura. Així, l'exposició de motius de la Llei 8/2022 exposa totes les pautes per entendre el transfons sociològic d'aquesta figura i la seva regulació. A tal efecte, ens diu que l'augment de l'esperança de vida i els nous models de família són factors que han estat determinants pel considerable augment en els darrers anys de l'ús d'aquests negocis de planificació en vida la successió.

2. Avançament, en vida, de la llegítima als fills

En primer lloc, observam que, quan col·loquialment es parla «d'herència en vida», es vol fer referència a poder anticipar la llegítima a un fill. Per això, hem de saber que la llegítima és una quantitat de béns o un valor que pare i mare tenen el deure de reservar als fills en la seva herència (art. 42 i 80 CDCIB —Decret legislatiu 79/1990, de 6 de setembre, pel qual s'aprova el text refós de la Compilació de dret civil de les Illes Balears). Habitualment, es tractarà d'una tercera part del patrimoni hereditari, que serà alhora dividida entre els fills. La quantitat resultat és la llegítima individual de cada fill.

Aquesta possibilitat de donar en vida per part del pare o mare la llegítima al fill es diu tècnicament pacte de donació amb definició, quan el donant és mallorquí o menorquí, o pacte de finiment o de renúncia a la llegítima (art. 51.1.b) Llei 8/2022), si es tracta d'un donant eivissenc o formenterenc.²

Amb major casuística, per a les illes d'Eivissa i Formentera, els articles 74 a 80 Llei 8/2022 regulen diferents modalitats de finiments de llegítima podent ser general (si el descendent renuncia a la llegítima futura, sigui quin sigui el valor d'aquesta quan mori l'ascendent) o especial (si el descendent renuncia només en consideració als béns que componen el patrimoni de l'ascendent en el moment de la signatura; de manera que, si amb posterioritat al finiment especial l'ascendent n'adquireix d'altres que romanen en el seu patrimoni en obrir-se la successió, el descendent podrà reclamar el complement de llegítima); que pot fer-se alhora en consideració a tots o només a alguns béns del

2. El veïnatge civil ve determinat per les regles de l'art. 9.1 i l'art. 16 Cc i l'aplicació per residència del dret civil propi a cada illa depèn de les regles de l'Estat espanyol i l'aplicació obligatòria dels art. 36 i 38 del Reglament (UE) núm. 650/2012 del Parlament Europeu i del Consell, de 4 de juliol de 2012, en matèria de successions *mortis causa*. DOUE-L-2012-81342.



causant (art. 77.1.b) Llei 8/2022). En aquest cas, el descendent pot anar renunciant als drets legítims d'una manera progressiva, atorgant cada vegada pagament parcial de la seva llegítima, a mesura que se li fan successives atribucions.

Intentant una exposició unificada, podem sintetitzar dient que, en aquest tipus de negoci (art. 38 i 74.1 i 76 Llei 8/2022), d'una banda, el disposant ha de fer una donació, atribució o compensació al descendent i, d'altra banda, el descendent renunciant manifesta que aquesta necessària atribució l'accepta com a avançament i, alhora, liquidació del seu dret a la llegítima, declarant-se satisfet. Per unificar-ho parlarem de pacte de renúncia.

Com a possibilitat també es pot millorar el fill o filla, més enllà de la llegítima, fent-li una segona donació amb definició o un pacte particular (art. 38 i 79 Llei 8/2022). Es tracta d'una atribució per més de la llegítima, que fa referència a la idea simbòlica de donar-li més drets successoris que no li deu, en símil a la idea de ser beneficiat, en vida, d'un llegat (figura la qual és sempre pròpia dels negocis *mortis causa*).

2.1. Qui dona i qui rep l'avançament de llegítima?

D'acord amb els art. 8 i 75 de la Llei 8/2022, en el pacte de donació amb renúncia de llegítima, el donant és, normalment, un pare o mare o un padrí o una padrina que es trobi en situació de tenir «la capacitat per contractar i la lliure disposició dels seus béns» la qual cosa, fora de supòsits anòmals, suposa tenir 18 anys i no tenir una impossibilitat de fixar la seva voluntat (art. 249 Cc). Igualment, el descendent donatari ha de tenir la capacitat per contractar i la lliure disposició dels seus béns. Amb igual sentit, parla l'article 79 Llei 8/2022 del «descendent legítimari major d'edat».

Tanmateix (segons els art. 8 i 75 Llei 8/2022), podrà ser-ho també el menor de 16 anys, emancipat o no (art. 154 i 239 Cc) amb l'assistència del progenitor no donant (o provinent de l'altra branca parental) o, si escau, de defensor judicial (art. 235 Cc).

Finalment, el descendent menor d'edat i el descendent persona amb discapacitat poden actuar a través de representant legal o figura de suport que pertoqui, amb les autoritzacions judicials que es requereixin.

En definitiva, el descendent renunciant ha de ser legítimari de la persona respecte de qui defineix, però, des del punt de vista de l'ascendent es permet separar la persona del disposant de la del causant definidor, com a mesura que pot ajudar a una millor atribució dels béns (per exemple, en cas d'un hereu distribuïdor a Mallorca i Menorca o també d'un marmessor).



2.2. Quin contingut pot tenir el pacte de donació amb renúncia de llegítima?

Els pactes successoris sempre han de ser atorgats en escriptura pública (art. 5 i 52 Llei 8/2022) com a exigència de forma.

El contingut d'aquest pacte és l'objecte de la donació, atribució o compensació que l'ascendent fa al descendent, qui simplement renúncia a demanar més en el moment de l'herència. Aquesta renúncia es fa extensible, quant a efectes, als descendents del donatari renunciant que, en cas de premorir el seu progenitor (el renunciant) a l'ascendent disposant (p. e., un padri), els descendents d'aquell no podran exercitar el dret de representació (art. 40,2 Llei 8/2022).

Per això, es diu que la renúncia de la llegítima s'entén feta de manera pura i simple (art. 39 i 74 Llei 8/2022). Així, per part del donatari renunciant no hi hauria cap més contingut, de manera que el progenitor o ascendent donant no podria imposar al fill o filla cap condició ni càrrega. Ara bé, quan hi ha una condició o càrrega (com per exemple algun tipus de restricció en la venda, o un usdefruit o la petició de cures i atencions futures) i es formalitza la donació amb definició, les interpretacions jurídiques indiquen que, en aquests casos, s'entendrà que el donatari renunciant, amb la seva acceptació, manifesta tàcitament un reconeixement que allò que rep cobreix amb escreix la seva llegítima, d'aquí que trobi raonable i just que se li pugui exigir alguna càrrega.

2.3. Quines incidències poden ocórrer, les quals hem de tenir en compte en planificar aquest pacte?

Una de les coses que qui dona normalment es planteja és què passa amb els béns donats si el fill o la filla beneficiats el premoren (al donant), sense deixar descendència amb dret a la llegítima; de manera que els béns rebuts poden acabar en mans de terceres persones (vegeu art. 812 Cc).

En relació amb el dret de Mallorca i Menorca, la definició és declarada ineficaç de manera sobrevinguda (art. 41 Llei 8/2002). Malgrat això, no es produeix la reversió automàtica dels béns donats (com ocorre a l'art. 812 Cc) sinó que l'ascendent donant pot exercir el dret de retracte, personal i intransmissible, previst per a la donació universal (art. 29 Llei 8/2022), que permet recuperar, per part del donant, els béns donats, dins d'uns certs límits. Per exemple, l'ascendent donant pot retreure tots o part dels béns immobles i de les participacions socials, sempre que subsisteixin en el patrimoni del donatari o s'hagin transmès per acte a títol gratuït o a títol oneros amb posterioritat a la mort, sense descendents, del donatari. Així mateix, la retroadquisició dels béns per part del donant s'ha de fer amb les càrregues i els gravàmens imposats



pel donatari. I, si el bé immoble objecte del retracte és l'habitatge habitual o la seu de l'empresa o negoci del donatari definit i aquests béns han estat deferits al cònjuge o a la parella estable del donatari premort, el donant només en podrà retreure la nua propietat.

El donant té un termini de caducitat de quatre anys (art. 22 Llei 8/2022), comptador des del moment de la mort del descendent definit, per atorgar l'escriptura pública en la qual exerciti l'acció de retracte, que ha de notificar de manera fefaent als successors dels béns afectats.

Una altra vicissitud que pot donar-se és que el donatari decebi, de manera jurídicament rellevant, al seu ascendent donant.

Això ocorrerà si el donatari incorre en una causa tipificada de revocació (art. 43 Llei 8/2022), idea que agrupa, per una part, les causes d'indignitat (art. 29.1 Llei 8/2022: «1r. En cas d'incórrer el donatari en causa d'indignitat, en els termes prevists en l'article 7 bis de la Compilació. Les causes previstes en les lletres a) i b) del punt 1 de l'article 7 bis esmentat suposaran la revocació automàtica de la donació sempre que el donant no faci manifestació expressa en contra») i les causes justes de desheretament (art. 29.4 Llei 8/2022: «4t. En cas d'incórrer en causa d'ingratitude. En particular, són causes d'ingratitude: a) Haver-li negat indegudament aliments. b) Haver-lo maltractat físicament o psíquicament»), en el sentit que són fets que donen lloc a la pèrdua definitiva del dret de llegítima. I, per altra part, les causes de revocació unilateral (art. 29. 2 i 3 Llei 8/2022: «2n. En cas d'incompliment voluntari de les càrregues imposades de manera expressa al donatari, sempre que el donant no hagi optat per exigir-ne el compliment. 3r. Per ruptura de relacions personals entre donant i donatari sempre que no sigui per causa imputable exclusivament al donant»), les quals preveuen comportaments reprovables, però que no suposen pèrdua definitiva de llegítima, per la qual cosa el definit té dret de recuperar el seu dret a llegítima, que tindrà efectes en obrir la successió del donant que ara li ha revocat la donació amb definició.

Per al dret d'Eivissa i Formentera, l'art. 74.4 Llei 8/2022 assenyala que els pactes de finiment són irrevocables i només es poden deixar sense efecte quan el renunciant incorri en causa de desheretament o d'indignitat successòria.

Com a vicissitud també s'ha de considerar el fet que, essent negocis fets en vida, pugui haver-hi una diversitat de pactes i/o negocis successoris realitzats.

Com a regla general, podem apostar per la compatibilitat dels pactes de renúncia a la llegítima amb altres pactes successoris o maneres de dur a terme «l'herència en vida», segons la cronologia del seu atorgament (vegeu art. 64 Llei 8/2022).



Per exemple, la definició limitada a la llegítima no invalida la donació universal de béns presents i futurs atorgada amb anterioritat (art. 45 Llei 8/2022). De manera que la definició limitada a la llegítima no impedirà a l'ascendent atorgar posteriorment una donació universal de béns presents i futurs, tant si es fa a favor del mateix definit com a favor d'una tercera persona. Així mateix, tampoc no impedirà al renunciant l'atorgament posterior d'una definició per més de la llegítima.

2.4. Què passa en el moment de la defunció de l'ascendent donant?

A la mort del donant, respecte al qual es va rebre anticipadament la llegítima, el donatari haurà d'aportar comptablement els béns donats pel càlcul de la base legitimària global (art. 47 i 80 CDCIB). Per tant, els béns donats seran computats (art. 40 i 78.2 Llei 8/2022) per al càlcul de la llegítima dels altres fills o filles (és a dir, dels altres legitimaris).

En el mateix sentit, ho indica l'art. 74.4 Llei 8/2022 quan assenyala que el finiment no pot vulnerar, en cap cas, les llegítimes de la resta de legitimaris.

Aquest dret que tenen els qui no han rebut una donació de llegítima, que el renunciant aporti el valor d'allò rebut per tal de saber, els altres, quin valor té la seva llegítima, pot ser renunciat, en el moment de la computació, però no pot ser dispensat pel donant.

Per altra banda, els béns donats també poden haver de ser col·lacionats en la partició hereditària, en el cas que el descendent donatari també sigui anomenat hereu en l'herència i ho sigui juntament amb altres legitimaris (per exemple, dos germans són nomenats hereus universals i un d'ells ha rebut, en vida del progenitor causant, una donació amb definició). En cas que sigui així, el que significa la col·lació és que el fill o la filla renunciant rebrà de menys tant com ja hagi rebut, però no haurà de compensar la resta de cohereus col·legitimaris per la falta d'equivalència.

En el moment de la defunció del donant tindrà rellevància també saber si el pacte de donació amb definició o finiment s'ha de combinar amb una successió testamentària, contractual o intestada, en relació amb la resta de béns.

En cas que el donant mori tenint testament (art. 46 i 78.1 Llei 8/2022), el donatari renunciant pot rebre més atribucions, a títol de llegat o d'hereu, tant si foren fetes amb testament anterior com posterior a la renúncia limitada a la llegítima. Mentre que si es produeix una segona definició o finiment, entesa aquesta com a «no limitada a la llegítima» (art. 49 i 80.1 Llei 8/2022), el donatari podrà rebre per testament altres atribucions, a títol de llegat o d'hereu, sempre que es tracti d'un testament posterior al pacte de definició o finiment.



Finalment, especialment rellevant és saber que, si el donant no ha distribuït la resta de béns per testament o per contracte successori, s'haurà d'obrir la successió intestada que suposa una crida legal amb un ordre fixat d'hereus (art. 912 i Cc).

En aquest cas, el donatari renunciant serà cridat com a hereu intestat (art. 47 i 78.3 Llei 8/2022), justament amb la resta de fills o descendents. Per regla general, una vegada coberta la llegítima de la resta de cohereus, el renunciant rebrà igual proporció, no havent de col·lacionar els béns donats.

En cas que es tracti d'una definició no limitada a la llegítima, el descendent renunciant i els seus descendents seran cridats a heretar. Una vegada fixada i coberta la llegítima de la resta de cohereus intestats, el definit o els seus descendents, si aquests accepten l'herència, hauran de col·lacionar, com a regla general, allò que excedeix la llegítima (art. 50 Llei 8/2022).

En canvi, en el cas de finiment no limitat a la llegítima, mort intestat el causant, el descendent renunciant no serà cridat com a hereu a la successió intestada, ni tampoc els seus descendents, excepte en els casos en què aquests heretin per dret propi (art. 80.2 Llei 8/2022).

3. Negoci de nomenament, en vida, d'hereu

Un negoci d'efectes «amb vida» que és equivalent al testament, que sempre té només efectes després de la mort de qui el fa, és la donació universal de béns presents i futurs aplicable a les illes de Mallorca i Menorca i el pacte successori a títol universal per a les illes d'Eivissa i Formentera.

La donació universal de béns presents i futurs és una modalitat de negoci jurídic successori, de caràcter lucratiu, que confereix al donatari la qualitat d'hereu contractual del donant i li transmet els béns presents inclosos dins la donació (art. 11 Llei 8/2022). I els pactes successoris a títol universal confereixen a la persona instituïda la qualitat d'hereva contractual i li poden transmetre béns presents, però no és imprescindible (art. 66 Llei 8/2022).

Respecte d'aquestes figures, es parla d'una doble vessant: el caràcter successori perquè s'atribueix al donatari o instituït la condició d'hereu universal del donant, amb caràcter general, de manera irrevocable, i la naturalesa contractual, que suposa, per regla general, una transmissió de béns de present, encara que no necessàriament de tot el patrimoni.



3.1. Qui institueix i qui pot ser l'hereu?

En aquests negocis no s'exigeix una relació de parentiu per tal que es pugui formalitzar la donació universal.

Igualment (art. 12 i 60.2 Llei 8/2022), la donació universal i el pacte d'institució d'hereu es poden atorgar en favor d'una o de diverses persones, de manera simultània o successiva. Si el nomenament de donataris universals és simultani, s'han d'aplicar les regles del dret d'acréixer i, en el cas de la donació universal, també les regles de l'acreixement forçós de l'article 24 CDCIB. Si és successiu, s'han d'aplicar les regles relatives a les substitucions fideïcomissàries (art. 28 i 78 CDCIB).

En els negocis a títol universal (art. 6 i 59 Llei 8/2022), el donant ha de ser major d'edat, tenir la capacitat per contractar i la lliure disposició dels seus béns. El donant menor d'edat pot actuar per representació legal amb autorització judicial preceptiva.

Pel fet que és un acte personalíssim, el donatari universal no pot actuar mitjançant representació voluntària. En canvi, d'acord a l'article 61 Llei 8/2022, la persona instituent pot actuar a través de representant voluntari a qui hagi conferit poder especial per a l'atorgament.

El donatari universal o la persona instituïda com a hereu (art. 7 i 61.3 Llei 8/2022) han de tenir la capacitat per contractar i la lliure disposició dels béns. Per la qual cosa, el donatari menor d'edat, no emancipat, pot actuar per representació legal i la seva capacitat es regeix per les normes generals d'acceptació d'herència (art. 67 Llei 8/2022).

Els donataris successius han de tenir la capacitat successòria en el moment de la seva respectiva adquisició.

Així mateix, als acords de novació i mutu dissentiment de la donació universal s'han d'aplicar les mateixes regles de capacitat i representació exigides per a l'atorgament d'aquella (art. 27 Llei 8/2022).

3.2. Quin contingut pot tenir aquest negoci de donació o pacte successori?

Poden ser objecte de pacte successori qualssevol tipus de béns o de drets patrimonials no personalíssims (art. 57 Llei 8/2022). Però el donant s'ha de reservar allò suficient per viure en una situació equivalent a l'anterior a la donació (art. 13 Llei 8/2022).

En la donació universal és necessari que sempre hi hagi una transmissió de present. D'altra banda, l'exclusió de determinats béns del donant no exclou el caràcter universal



d'aquests negocis (art. 15 Llei 8/2022). Això, de manera encara més evident, s'observa en els pactes d'institució a títol universal, els quals, principalment, confereixen a la persona instituïda només la condició d'hereu contractual, per la qual cosa poden ser sense cap transmissió actual dels béns (art. 68 i 69 Llei 8/2022).

3.3. La donació universal de béns presents i futurs i el pacte d'institució a títol universal

La normativa estableix un concepte ampli de pacte successori, susceptible d'abastar-ne la rica tipologia, com també se'n delimita àmpliament l'objecte: qualsevol tipus de béns o drets patrimonials no personalíssims.

3.3.1. La donació universal de béns presents i futurs pròpia de les illes de Mallorca i Menorca

3.3.1.1. Disseny del negoci

La regulació té per finalitat que el donant pugui fer una planificació dinàmica de la seva successió deixant sense efectes els testaments anteriors.

La donació universal pot ser efectiva de present, en vida del donant, o efectiva a la mort del donant (art. 13 Llei 8/2022):

1. En el primer cas, la transmissió dels béns inclosos en la donació universal es du a terme en ple domini.
2. En el supòsit d'efectivitat ajornada, la donació podrà ser efectiva a la mort del donant o a la d'una tercera persona. També podrà contenir qualsevol altra clàusula que n'ajorni l'efectivitat. En aquests casos, el donant i el donatari seran considerats, respectivament, com a usufructuari o usufructuaris conjunts o successius, i no propietari dels béns donats. En definitiva, el donant es reserva l'usdefruit vitalici i el donatari només adquireix la nua propietat dels béns presents i consolida el ple domini a la mort del donant o en el moment de la defunció del darrer usufructuari.

Per al disseny de la donació es permeten una sèrie de clàusules addicionals (art. 14 Llei 8/2022) amb diferent contingut: nomenament de substituïts del donatari; condicions, limitacions o encàrrecs al donatari, etc. Se li podrà imposar, a més, l'obligació de satisfer la llegítima als legitimaris del donant, ja sigui amb béns inclosos dins la donació universal, amb béns propis del donatari o en metàl·lic.

D'altra banda, s'estableix la possibilitat que el negoci jurídic de donació universal pugui ser modificat per mutu acord de les parts, per tal d'incloure noves clàusules, amb els



mateixos drets que la llei reconeix a la transmissió inicial (art. 24 Llei 8/2022). Aquesta possibilitat de renovar el pacte successori formalitzat inicialment entre els mateixos subjectes amb inclusió de nous béns no s'entén com un acte separat del primer.

Així mateix, el principi de protecció de la figura del donant fa que es reconeguin a aquest àmplies facultats dispositives (art. 15 Llei 8/2022).

En el cas dels béns presents, s'admet la reserva per al donant de la facultat de disposar-ne, sempre que això no empari disposicions objectivament fraudulentament dels drets del donatari («El donant no pot disposar dels béns donats, tret que se n'hagi reservat la facultat de disposar d'alguns d'aquests, sempre que de les disposicions fetes pel donant universal no resulti l'alteració del caràcter lucratiu i universal que té el negoci jurídic successori anomenat donació universal», art. 15 Llei 8/2022). Si ocorre això, el donatari universal pot sol·licitar la rescissió de les disposicions fetes per aquest en perjudici del seu dret.

Per altra banda, en el cas dels béns exclosos i els béns obtinguts pel donant després de l'atorgament de la donació poden ser disposats per qualsevol acte entre vius, tant a títol gratuït com oneros, o per acte *mortis causa*.

També en atenció a aquest principi de protecció de la figura del donant s'estableix (art. 18 Llei 8/2022) que, en un testament posterior, el donant pot, per si sol, incloure, modificar o anul·lar la previsió de qualssevol substitucions successòries i pot incloure, modificar o revocar el nomenament de marmessor, comptador partidador o administrador.

Finalment, un contingut freqüent pot ser la reserva d'usdefruit a favor del cònjuge o de la parella del donant que, el donant, podrà revocar, unilateralment, en cas de divorci, separació legal o nul·litat del matrimoni i en el cas de ruptura de la convivència de la parella (art. 17 Llei 8/2022).

3.3.1.2. Quines incidències poden ocórrer, les quals hem de tenir en compte en planificar aquest negoci?

En primer lloc, s'ha de destacar que, en vida del donant, el donatari universal no respon dels deutes del donant, ni tan sols amb els béns inclosos en la donació, sens perjudici de les facultats que assisteixen els creditors, en cas que la donació sigui feta en frau del seu dret (art. 19 Llei 8/2022).

A més, el negoci jurídic de donació universal pot ser deixat sense efecte per mutu acord entre donant i donatari (article 25 Llei 8/2022). Quan, a conseqüència del mutu dissentiment, es procedeixi a la restitució al donant dels béns transmesos de present, aquesta no perjudicarà els drets dels creditors del donatari, ni les càrre-



gues, ni els gravàmens amb què el donatari hagi gravat dits béns a favor de terceres persones.

Per la seva part, la premoriència del donatari dona dret de transmissió (art. 20 Llei 8/2022) als hereus d'aquest, tret que hagi estat prevista per part del donant alguna modalitat de substitució. Els hereus del donatari universal premort, afavorits per la transmissió de tots els drets i deures propis de la condició d'hereu contractual d'aquell, poden acceptar-la o repudiar-la, sempre que s'hagi produït l'acceptació de la resta de l'herència del seu causant. En cas d'acceptar la transmissió de la condició d'hereu contractual, els hereus del donatari universal premort han de complir les càrregues, no personalíssimes, imposades a aquest.

Ara bé, també s'ha considerat que, en el cas de mort del donatari sense descendència, pot resultar d'interès per al donant recuperar la propietat del bé i donar-li una altra destinació. Per això, malgrat la premoriència del donatari sense descendència no produeix la reversió automàtica dels béns donats, s'estableix un dret de retracte personal i intransmissible (art. 21 Llei 8/2022).

En cas d'exercitar aquest dret, el donant podrà retreure tots o part dels béns immobles i de les participacions socials incloses en la donació universal, sempre que subsisteixin en el patrimoni del donatari o s'hagin transmès per acte a títol gratuït o a títol onerós amb posterioritat a la mort, sense descendents, del donatari. La retroadquisició per part del donant dels béns retrets s'ha de fer amb les càrregues i els gravàmens imposats pel donatari. Si el bé immoble objecte del retracte és l'habitatge habitual o la seu de l'empresa o negoci del donatari universal, a la mort del qual sigui deferit al cònjuge o a la parella estable del donatari premort, aquest podrà conservar l'usdefruit vitalici, de manera que el donant només en podrà retreure la nua propietat.

El procediment per exercir aquest retracte s'ha pensat de manera senzilla (art. 22 Llei 8/2022). El donant té un termini de caducitat de quatre anys, comptador des del moment de la mort del donatari universal, per atorgar l'escriptura pública en la qual exerciti l'acció de retracte, que ha de notificar de manera fefaent als successors, adquirents dels béns afectats.

Avançant, ressaltam que la donació universal de béns presents i futurs és irrevocable (art. 28 Llei 8/2022), sens perjudici que s'estableixen causes excepcionals (art. 29 i 30 Llei 8/2022) de revocació per fer front a circumstàncies i comportaments inesperats pel donant.

Així, el donant pot revocar unilateralment la donació universal:



1r. En cas d'incórrer el donatari en causa d'indignitat, en els termes prevists en l'article 7 bis CDCIB. Les causes previstes en les lletres a) i b) del punt 1 [«Són indignes per succeir: a) Els condemnats en judici penal per sentència ferma per haver atemptat contra la vida o per lesions greus contra el causant, el seu cònjuge, la seva parella estable o de fet o algun dels seus descendents o ascendents. b) Els condemnats en judici penal per sentència ferma per delictes contra la llibertat, la integritat moral i la llibertat sexual, si l'ofès és el causant, el seu cònjuge, la seva parella estable o de fet o algun dels seus descendents o ascendents condemnat per denúncia falsa»] de l'article 7 bis CDCIB, suposaran la revocació automàtica de la donació.

2n. En cas d'incompliment voluntari de les càrregues imposades de manera expressa al donatari, sempre que el donant no hagi optat per exigir-ne el compliment.

3r. Per ruptura de relacions personals entre donant i donatari, sempre que no sigui per causa imputable exclusivament al donant.

4t. En cas d'incórrer en causa d'ingritud, las quals són: a) Haver negat indegudament, al donant, aliments. b) Haver-lo maltractat físicament o psíquicament.

5è. En cas d'haver incorregut el donant en error excusable sobre qualitats o fets personals del donatari que suposin una pèrdua de confiança sobrevinguda, en el sentit que si haguessin existit en el moment de l'atorgament de la donació universal, el donant no l'hauria elegit com a hereu.

6è. Per una altra causa lícita prevista en la donació universal (per exemple, en cas de preterició per superveniència d'un fill).

7è. Les donacions universals atorgades entre cònjuges, a més, podran ser revocades per l'incompliment greu o reiterat dels deures conjugals, la nul·litat del matrimoni si el donatari ha obrat de mala fe, i la separació legal o el divorci.

En tots aquests casos, el donant pot revocar la donació universal en el termini d'un any comptador des que en va conèixer la causa i l'exercici de la facultat de revocació pot ser notarial, la qual cosa ho simplifica (art. 31 Llei 8/2022). El donant pot exercitar la revocació de la donació universal, en document públic, que ha de ser notificat de manera fefaent al donatari o, en cas de mort d'aquest, als seus hereus. Si el donatari ni els seus hereus no s'oposen a la revocació, la donació quedarà sense efecte.

Per tant, el donatari o els seus hereus poden, però, oposar-se a la revocació de la donació universal. En aquest cas, és procedent la via judicial per exercitar-la (art. 32



Llei 8/2022) i l'acció de revocació s'haurà d'exercir en el termini d'un any comptador des de la notificació de la dita oposició.

La revocació de la donació universal produirà:

1. La revocació de la qualitat d'hereu (art. 36 Llei 8/2022), de manera que queden sense efectes la institució d'hereu feta a favor del donatari, que subsistirà respecte dels altres instituïts simultàniament o successivament, si n'hi ha.
2. La recuperació pel donant dels béns transmesos que encara es conservin en el patrimoni del donatari o que n'hagin sortit a títol gratuït (art. 35 Llei 8/2022). En cap cas, el donatari no tindrà l'obligació de tornar els fruits i les rendes que hagi obtingut abans de la notificació de la revocació o de la interposició de la demanda. Així mateix, la revocació no afectarà les càrregues que el donatari hagi imposat sobre els béns donats amb anterioritat a l'anotació en el Registre de la Propietat de la pretensió de revocació.
3. Per altra banda, si en revocar-se la donació universal, el donant ja és mort, subsistiran com a clàusules codicil·lars (d'acord amb l'art. 17 CDCIB) les disposicions o càrregues no personalíssimes, imposades al donatari revocat, a favor de terceres persones. Aquestes disposicions seran considerades com a llegats a càrrec de l'herència (art. 34 Llei 8/2022). Igualment, així ho remarca l'art. 36 Llei 8/2022: «la ineficàcia de la donació universal no afectarà la subsistència de les reserves de drets ni els nomenaments o encàrrecs fets a favor de terceres persones. A aquests efectes, l'escriptura de donació universal valdrà com a codicil» (art. 17 CDCIB).

3.3.1.3. Què passa en el moment de la defunció del donant universal?

En relació amb el donatari universal (art. 15 Llei 8/2022), d'acord amb l'article 48,7 CDCOB, la seva condició d'hereu contractual, adquirida amb la formalització de la donació universal de béns presents i futurs, li suposarà l'atribució de la seva llegítima.

Respecte a la resta de legitimaris del donant universal, el donatari pot tenir l'obligació de satisfer-los la llegítima, ja sigui amb béns inclosos dins la donació universal, amb béns propis del donatari o en metàl·lic (art. 14 Llei 8/2022).

Si a la donació universal no s'haguessin previst correctament els drets dels legitimaris i, per exemple, es produís un oblit o preterició d'un legitimari (art. 37 Llei 8/2022), la donació universal no quedarà, per regla general, anul·lada, sens perjudici del seu dret a reclamar allò que per llegítima els correspongui. Així, per tant, hi ha algunes excepcions: la preterició intencional de legitimaris quan l'hereu contractual no sigui fill, ni descendent ni cònjuge o parella estable del donant, suposarà l'anul·lació de la



donació universal, si el donant no ha ordenat que es respectin les lligítimes i que la donació valgui encara que es doni un supòsit de preterició intencional. La preterició no intencional esdevinguda per supervivència o supervivència de fills o descendents pot ser causa de revocació si així s'estableix d'acord amb l'article 29.6 Llei 8/2022.

En el moment de la defunció del donant, també tindrà rellevància saber si aquest tipus «d'herència en vida» es pot combinar o no amb una successió testamentària o intestada, en relació amb la resta de béns, si n'hi ha.

Per regla general, amb la donació universal queden revocats els testaments anteriors atorgats pel donant (art. 16 Llei 8/2022). En canvi, els testaments posteriors seran vàlids respecte dels béns exclosos i dels adquirits amb posterioritat. En el cas que en un testament posterior s'anomeni hereu, el cridat com a tal tindrà el caràcter d'instituït en cosa certa i determinada, amb la consideració, normalment, de legatari (art. 15 CDCIB).

A manca de testament posterior a la donació i, en general, en relació amb tots els béns no disposats amb la donació i que quedin com a romanent en l'herència, seran adquirits, a la mort del donant, pel donatari en tant que n'és l'hereu (art. 15 Llei 8/2022).

Per això, un cop mort el donant, el donatari, com a hereu, no pot renunciar a l'herència (art. 23 Llei 8/2022). En relació amb aquest efecte, s'estableix l'acceptació a benefici d'inventari quan el donatari és menor d'edat o és una persona necessitada de mesures de suport en l'exercici de la seva capacitat (art. 23 Llei 8/2022). Tanmateix, no hi haurà obligació de realització efectiva de l'inventari, tret que algun creditor del donant ho sol·liciti.

3.3.2. El pacte d'institució a títol universal relatiu a les illes d'Eivissa i Formentera

3.3.2.1. Disseny del pacte

Els pactes successoris a títol universal poden dissenyar-se d'acord amb dues modalitats:

1. Pactes amb transmissió actual de béns (art. 68 Llei 8/2022), quan el pacte successori suposi la transmissió efectiva de béns en vida de l'instituent, podent implicar la transmissió actual de tots o de part dels béns.
2. Pactes sense transmissió actual de béns (art. 69 Llei 8/2022), quan el pacte successori no suposi la transmissió efectiva dels béns en vida de l'instituent; de manera que aquests confereixen únicament la qualitat personalíssima d'hereu contractual.



Així mateix, els pactes successoris a títol universal poden contenir (art. 56 Llei 8/2022) qualsevol disposicions *mortis causa*, amb les substitucions, modalitats, reserves, renúncies, clàusules de reversió, càrregues i obligacions que els atorgants hi estableixin, sense que per això perdin la seva condició de negoci jurídic gratuït. Es fa especial menció a la possibilitat d'imposar càrregues i obligacions relatives a la cura i l'atenció d'algun dels atorgants o de tercers i que mitjançant aquest negoci es poden instrumentar les institucions relatives a la protecció patrimonial de les persones amb discapacitat, especialment, la constitució d'un patrimoni protegit.

Per altra part, l'instituent pot reservar-se la facultat de disposar-ne per qualsevol títol (art. 68 Llei 8/2022). En particular, en els pactes sense transmissió actual de béns (art. 69 Llei 8/2022), l'instituent conservarà fins a la seva mort la propietat dels béns, però no podrà disposar-ne en frau dels drets de l'instituït.

Finalment, els pactes successoris també poden ser novats per mutu acord entre les mateixes persones que atorgaren els pactes originaris (art. 63 Llei 8/2022).

3.3.2.2. Quines incidències poden ocórrer, les quals hem de tenir en compte en planificar aquest pacte?

Com ja hem anat repetint, una de les coses que qui dona normalment es planteja és què passa amb els béns donats si el fill o la filla beneficiats el premoren (al donant), especialment, sense deixar descendència; de manera que els béns rebuts poden acabar en mans de terceres persones.

Doncs, els pactes amb transmissió actual de béns (art. 68 Llei 8/2022) subsistiran en cas de premoriència de l'instituït, sense que es doni la reversió a favor de l'instituent, tret que s'hagi pactat de manera expressa una clàusula de reversió o una condició resolutòria, en el moment del seu atorgament (art. 68 Llei 8/2022). Mentre que els pactes successoris sense transmissió actual queden sense efecte per premoriència, a l'instituent, de la persona instituïda (art. 69 Llei 8/2022).

Per altra banda, també es proclama la irrevocabilitat dels pactes successoris d'institució com a norma general (art. 62 Llei 8/2022) i es preveuen a mode d'excepció les possibles causes de revocació:

- 1r. Incompliment per l'instituït de les càrregues i condicions establertes en el pacte.
- 2n. Quan l'instituït incorri en una de les causes d'indignitat enumerades en l'article 69 bis CDCIB.
- 3r. Quan, tractant-se d'un legitimari, l'instituït incorri en una de les causes de desheretament.



4t. En els supòsits de nul·litat matrimonial, separació legal i divorci, extinció de parella legalment constituïda o ruptura de parella de fet, pel que fa als pactes sense transmissió actual, tant a títol universal com singular. Pel que fa als pactes d'institució d'hereu amb transmissió actual, el successor conservarà els drets sobre els béns objecte del pacte però perdrà la qualitat d'hereu contractual.

3.3.2.3. Què passa en el moment de la defunció de l'instituent?

En el moment de la defunció del donant o instituent també tindrà rellevància saber si el pacte d'institució universal s'ha de combinar amb una successió testamentària, contractual o intestada, en relació amb la resta de béns, si n'hi ha.

Des d'aquest punt de vista, el fet que s'hagi atorgat un pacte no n'impedeix la formalització posterior d'altres a favor de qualsevol persona. El pacte posterior que no contradigui l'anterior serà vàlid.

Així mateix, s'afirma la compatibilitat (art. 64 Llei 8/2022) entre la successió contractual, la testada i la intestada, d'acord amb els principis que inspiren la successió *mortis causa* a Eivissa i Formentera (art. 69 CDCIB).

D'aquesta manera, podem sintetitzar que el pacte successori revoca el testament anterior tret que en el pacte es disposi que aquell ha de subsistir en tot o en part. Mentre que el testament atorgat amb posterioritat al pacte successori serà vàlid, com a regla general, en tot allò que no s'hi oposi.

Com també hem comentat anteriorment, sempre és especialment rellevant saber si, en cas que l'instituent no hagi distribuït la resta de béns per testament o per contracte successori, s'ha d'obrir o no la successió intestada que suposa una crida legal amb un ordre fixat d'hereus (art. 912 i Cc).

En els pactes d'institució a títol universal, les porcions vacants a la mort de l'instituent incrementaran la quota hereditària de la persona instituïda (art. 68 Llei 8/2022).

Finalment, es pot donar el cas que en el pacte d'institució no s'haguessin previst correctament els drets dels legitimaris i, per exemple, es produís un oblit o preterició d'un legitimari.

En aquest supòsit, per regla general (art. 62 Llei 8/2022), el pacte successori no quedarà sense efecte, sens perjudici que els legitimaris en puguin reclamar la llegítima (art. 70 i 83 CDCIB).



3.4. Un apunt final, la particularitat dels pactes d'institució a títol singular

Els pactes d'institució aplicables per veïnatge civil d'Eivissa o Formentera, quan el donant o instituent és espanyol, o per residència a l'illa d'Eivissa i Formentera, si l'instituent és estranger, poden ser també a títol singular (art. 65 Llei 8/2022).

Els pactes successoris a títol singular confereixen a la persona instituïda la qualitat de legatària contractual i poden ser atorgats amb transmissió actual de béns o sense (art. 70 Llei 8/2022).

D'acord amb l'art. 56 Llei 8/2022, els pactes successoris a títol singular poden contenir qualsevol disposicions *mortis causa*, amb les substitucions, modalitats, reserves, renunciïes, clàusules de reversió, càrregues i obligacions que els atorgants hi estableixin, sense que per això perdin la seva condició de negoci jurídic gratuït.

Per regla general, quan el pacte successori suposi la transmissió efectiva de béns en vida de l'instituent, aquest es pot reservar la facultat de disposar per qualsevol títol dels béns objecte del llegat (art. 72 Llei 8/2022). Mentre que, quan el pacte successori sigui sense transmissió actual de béns, l'instituent conserva fins a la seva mort la propietat dels béns (art. 73 Llei 8/2022).

Per cas de premoriència del legatari, al donant, sense descendència, si el pacte successori suposava la transmissió efectiva de béns en vida de l'instituent, aquest subsistirà, sense que es doni la reversió a favor de l'instituent, tret que s'hagi pactat de manera expressa en el moment del seu atorgament (art. 72 Llei 8/2022). Per altra banda, en la mateixa situació, de premoriència del legatari a l'instituent, queda sense efecte el pacte successori a títol singular, fet sense transmissió actual de béns (art. 73 Llei 8/2022).

Finalment, en el moment de la defunció del donant o instituent, tindrà rellevància saber si aquest tipus de pacte es pot combinar amb altres negocis successoris (art. 54 Llei 8/2022).

En aquest sentit, l'atorgament d'un pacte successori no impedirà a l'instituent atorgar altres pactes ulteriors a favor de qualsevol persones. Per tant, com a regla general, el pacte successori posterior serà vàlid sempre que no contradigui les disposicions contingudes en el pacte successori precedent (art. 55 Llei 8/2022).



Autora

FRANCESCA LLODRÀ GRIMALT

Professora titular de Dret civil (des de 2004), amb especialitat docent en dret civil balear, a la UIB. Doctora en Dret (2000). Vocal de la Comissió Assessora (2009-2013) i del Consell Assessor (2018-2023) de Dret civil balear. Ha realitzat estades de recerca, entre d'altres: a l'Institut Max-Planck de Munic (2001), a la Universitat de Münster (2003) i la Universitat d'Oxford (2000, 2012, 2018). És autora de diverses monografies, capítols de llibres i articles doctrinals sobre dret civil (<https://blocs.uib.cat/dretcivilbalear/>).



SUCCESSIONS INTERREGIONALS I TRANSFRONTERERES: LLEI APLICABLE I PLANIFICACIÓ SUCCESSÒRIA



Successions interregionals i transfrontereres: llei aplicable i planificació successòria

M. Esperança Ginebra Molins¹

¹ Aquest treball s'emmarca en el projecte PID-2021-126857NB-I00 i en l'activitat del «Grup de Dret civil català UB» 2021 SGR 00347.



Resum

Actualment són molts els casos en què les successions presenten «elements rellevants» vinculats amb diversos drets, ja siguin aquests de diferents Estats (i llavors parlem de *successions transfrontereres* o de *conflictes internacionals* en matèria successòria) o bé es tracti de diversos drets civils espanyols (supòsits dits de *conflicte interregional* o *successions interregionals*). En aquests casos, de cara a poder planificar la successió, resulta cabdal determinar la llei per la qual es regeix i saber en quina mesura es pot influir en quina sigui aquesta. Al respecte cal diferenciar segons si ens trobem davant de conflictes internacionals o bé interregionals en matèria successòria, atès que un i altre tipus de conflictes es regeixen, paradoxalment, per regles molt diferents. Des del 17 d'agost de 2015, a l'Estat espanyol hi coexisteixen, en matèria successòria, dos sistemes conflictuals: el comunitari, representat pel Reglament (UE) 650/2012, de successions, per a resoldre els conflictes internacionals; i l'estatal, contingut al Codi Civil Espanyol, per a resoldre els conflictes interregionals. El primer d'aquests sistemes permet elegir la llei aplicable a la successió, si bé de manera molt limitada, a favor únicament de la llei de l'Estat de la nacionalitat. El segon admet que es pugui influir en la llei que regeix la successió, però no directament, sinó únicament dins dels estrets marges previstos en la regulació del «veïnatge civil». Cal tenir en compte, a més, que, tot i tractar-se de dos sistemes molt diferents, en determinats supòsits (essencialment quan es tracti de successions transfrontereres en què resulti aplicable la llei espanyola i el causant sigui espanyol) cal combinar-los, la qual cosa no sempre resulta fàcil i, a més, posa de manifest certs desajustos.

Resumen

Actualmente son muchos los casos en los que las sucesiones presentan «elementos relevantes» vinculados con distintos Derechos, ya sean estos de diferentes Estados (y entonces hablamos de «sucesiones transfronterizas» o de «conflictos internacionales» en materia sucesoria) o bien se trate de diversos derechos civiles españoles (supuestos llamados de «conflicto interregional» o «sucesiones interregionales»). En estos casos, de cara a poder planificar la sucesión, resulta capital determinar por qué ley se rige y saber en qué medida se puede influir en cuál sea esta. Al respeto hay que diferenciar según si nos encontramos ante conflictos internacionales o bien interregionales en materia sucesoria, puesto que uno y otro tipo de conflictos se rigen, paradójicamente, por reglas muy distintas. Desde 17 de agosto de 2015, en el Estado español coexisten, en materia sucesoria, dos sistemas conflictuales: el comunitario, representado por el Reglamento (UE) 650/2012, de sucesiones, para resolver los conflictos internacionales; y el estatal, contenido al Código Civil Español, para resolver los conflictos interregionales. El primero de estos sistemas permite elegir la ley aplicable a la sucesión, aunque de manera muy limitada, a favor únicamente de la ley del Estado de la nacionalidad.



El segundo admite que se pueda influir en la ley que rige la sucesión, pero no directamente, sino únicamente dentro de los estrechos márgenes previstos en la regulación de la «vecindad civil». Hay que tener en cuenta, además, que, pese a tratarse de dos sistemas muy distintos, en determinados supuestos (esencialmente cuando se trate de sucesiones transfronterizas en las que resulte aplicable la ley española y el causante sea español) hay que combinarlos, lo cual no siempre resulta fácil y, además, pone de manifiesto ciertos desajustes.

1. Introducció: «conflictes internacionals» i «interregionals» en matèria successòria. La dualitat de sistemes

Actualment són molts els casos en què les successions presenten «elements rellevants» vinculats amb diversos drets, ja corresponguin aquests a diferents Estats (i llavors parlem de *successions transfrontereres* o de *conflictes internacionals* en matèria successòria) o bé es tracti de diversos drets civils espanyols (supòsits dits de *conflicte interregional* o *successions interregionals*). Pensem, per exemple, en les successions d'alemanys o francesos que moren tenint la residència habitual a les Illes Balears, o bé d'espanyols sense veïnatge civil balear que moren amb residència habitual a les Illes. O, també, de persones amb veïnatge civil balear que moren amb béns fora de les Illes, ja sigui a l'estranger o bé en altres territoris espanyols.

En casos com aquests resulta crucial determinar per quina llei es regeix la successió i, de cara a planificar amb antelació la successió, és de màxim interès saber en quina mesura es pot influir en quina sigui aquesta llei.

Tradicionalment —almenys des de l'entrada en vigor del Codi Civil Espanyol (CCE)—, la determinació de la llei aplicable als conflictes internacionals i interregionals en matèria successòria es regia per les mateixes regles, atès que els conflictes internacionals es resolien, fins fa poc (en concret, fins al 17 d'agost de 2015), per l'art. 9.8 CCE; i quant als conflictes interregionals en matèria successòria, l'art. 16.1 CCE (redacció de 1974 i 1990) remet —encara avui— a aquest mateix precepte. Això implicava haver d'acudir a la llei de la nacionalitat en els conflictes internacionals i, conforme a l'art. 16.1 CCE, a la llei personal, determinada pel veïnatge civil, en els conflictes interregionals. Amb anterioritat, la redacció originària de l'art. 14 CCE (1889) remetia també la determinació de la llei aplicable en els conflictes interregionals a les regles previstes al mateix CCE (art. 9, 10 i 11 redacció originària CCE) per als conflictes internacionals.

En aquest sentit, la Llei 3/1973, de 17 de març, de bases per a la modificació del títol preliminar del Codi Civil —conforme a la qual el Govern estatal va aprovar després el



Decret 1836/1974, de 31 de maig, que donà nova redacció, entre d'altres, a l'art. 16 CCE—partia del fet que els conflictes internacionals i els interregionals s'havien de regir per regles anàlogues «con las salvedades que su especial naturaleza impone y sin perjuicio de las especificaciones que algunas instituciones requieran» (art. 2, Base 7a.3 Llei 3/1973, de 17 de març).

Ara bé, això ha deixat de ser així des del 17 d'agost de 2015, data en què l'art. 9.8 CCE s'ha vist desplaçat en els conflictes internacionals pel Reglament (UE) 650/2012, del 4 de juliol de 2012, relatiu a la competència, la llei aplicable, el reconeixement i l'execució de les resolucions, a l'acceptació i l'execució dels documents públics en matèria de successions *mortis causa* i a la creació d'un certificat successori europeu (RS). El RS ha unificat les regles de determinació de la llei aplicable a les successions amb repercussió transfronterera en l'àmbit dels Estats membres de la UE, exceptuant Dinamarca, Irlanda i, en aquell moment, el Regne Unit. Cal tenir en compte, a més, que les regles sobre determinació de la llei aplicable que conté el RS són d'aplicació universal —*erga omnes*— (art. 20 RS; vegeu, per exemple, RDGRN 28 de juliol de 2016), encara que la llei que declari aplicable sigui la d'un Estat no membre de la UE —o membre de la UE però no vinculat pel RS, com és el cas de Dinamarca o Irlanda—.

Les normes sobre determinació de la llei aplicable del RS no s'apliquen, en canvi, als conflictes merament interns (interregionals) —si no és que l'Estat opta perquè sigui així—. En aquest sentit, l'art. 38 RS utilitza la fórmula habitual —que apareix en molts altres reglaments europeus sobre llei aplicable— de declarar que «los Estados miembros que comprendan varias unidades territoriales con sus propias normas jurídicas en materia de sucesiones» «no estarán obligados a aplicar el presente Reglamento a los conflictos de leyes que se planteen exclusivamente entre dichas unidades territoriales».

Els conflictes interregionals en matèria successòria continuaran regint-se, per tant, per la remissió que fa l'art. 16.1 CCE a l'art. 9.8 CCE. Això suposa partir —com fa de manera unànime la jurisprudència— del fet que l'art. 16.1 CCE conté el que s'ha anomenat, tot i que de manera no del tot precisa, un tipus de remissió «estàtica», en el sentit que s'ha d'entendre feta a les disposicions contingudes al capítol IV del títol preliminar del CCE, i que, en matèria successòria, es concreta, bàsicament, en l'art. 9.8 CCE. No, en canvi, a les normes que han substituït aquest precepte quant a la resolució dels conflictes internacionals.

Per tant, en matèria successòria, a l'Estat espanyol hi coexisteixen, des del 17 d'agost de 2015, dos sistemes conflictuals, procedents, a més, de legisladors distints: el comunitari, per a resoldre els conflictes internacionals en matèria successòria (successions amb repercussió transfronterera); i l'estatal, per a resoldre els conflictes interns —interregionals—.



Cal cridar l'atenció sobre aquesta dualitat de sistemes, atès que, tot i que cada sistema tingui un objecte diferent (conflictes *internacionals* o merament interns o *interregionals*), la línia entre un i altre pot resultar molt prima, ja que la simple aparició d'un element —que pot considerar-se menor, però que sigui «rellevant»— connectat amb un ordenament no espanyol (un element d'estrangeria o d'internacionalitat) convertirà un supòsit merament intern en un supòsit internacional i, per tant, subjecte a les regles del RS.

Vegem alguns exemples:

1) En Felip, amb «veïnatge civil» català i residència habitual a Palma, on mor.

a) Supòsit A: tenia tots els béns immobles a Catalunya i a Mallorca. Estarem davant d'un conflicte interregional.

b) Supòsit B: a més dels béns immobles a Catalunya i a Mallorca, tenia un compte corrent a Andorra. Si considerem «rellevant» aquesta darrera dada, haurem de saltar a les regles del RS.

2) En Robert, amb nacionalitat andorrana, elegeix la llei andorrana per a regir la seva successió. Posteriorment adquireix la nacionalitat espanyola i el veïnatge civil mallorquí, i renuncia a la nacionalitat andorrana. Mor després de residir 15 anys a Mallorca. Tots els seus béns es troben situats a Espanya; en concret, té béns immobles a Tarragona i Palma. En aquest cas, l'elecció de la llei andorrana, que l'art. 22 RS empara, ens faria decantar per aplicar el RS.

I les diferències entre ambdós sistemes són evidents:

- Possibilitat d'elecció, ni que sigui limitada, de la llei aplicable a la successió (a favor de la llei de la nacionalitat que es té en el moment de realitzar l'elecció o en el moment de la mort) en els conflictes internacionals (art. 22 RS), i impossibilitat en els interregionals (art. 16.1 i 9.8 CCE). En l'àmbit dels conflictes interregionals únicament es pot actuar en base a les possibilitats que ofereix la regulació del veïnatge civil.
- Única connexió veïnatge civil en els interregionals (art. 16.1 i 9.8 CCE), i connexió general, en defecte d'elecció, «residència habitual» en els conflictes internacionals (art. 21.1 RS).
- Clàusula d'excepció o d'escapament a favor de la llei amb la qual el causant presenti vincles manifestament més estrets en els conflictes internacionals (art. 21.2 RS). Previsió que no té equivalent en els conflictes interregionals.



- Fins i tot l'àmbit d'aplicació de la llei successòria és diferent. Per indicar tan sols un aspecte, mentre que en l'àmbit dels conflictes interregionals el darrer incís de l'art. 9.8 CC continua desviant els drets que per ministeri de la llei s'atribueixen al cònjuge sobrevivent cap a la llei que regeix els efectes del matrimoni;² quant als conflictes internacionals, en canvi, aquesta és una matèria que se situa expressament en l'àmbit de la llei successòria, en el llistat, no exhaustiu, de l'art. 23.2 RS («los derechos del cónyuge o la pareja supérstites» —art. 23.2.b, al final, RS—).

Aquesta dualitat de sistemes ens podria portar a pensar que un i altre no s'interfereixen, que funcionen separatament. Ara bé, això no és del tot cert, atès que, en alguns casos, malgrat tractar-se de successions transfrontereres, caldrà tenir en compte també les regles que resolten els conflictes interregionals (bàsicament els art. 16.1 i 9.8 CCE). Serà així quan es tracti de la successió transfronterera d'un espanyol i, conforme al RS, resulti aplicable la llei espanyola. Així doncs, per determinar la llei aplicable a les successions transfrontereres convé conèixer també les normes de dret interregional.

2. Conflictes interregionals i llei aplicable a la successió

Entre els diversos drets civils espanyols, existeixen diferències importants en matèria successòria. Aquestes es manifesten, per exemple, quant a l'ordre de succeir en la successió intestada, a la compatibilitat o incompatibilitat entre successió testada i intestada, a la quantia i a la configuració de la llegítima, a l'admissió, prohibició o manca de referència al testament mancomunat, a la regulació o no dels pactes successoris, a l'establiment o no de regles de successió troncal, a l'admissió o no de l'hereu de confiança, a la impossibilitat o possibilitat de designació d'hereu pel cònjuge o convivent o pels parents, etc.

En concret, per exemple, en matèria de successió intestada hi ha drets espanyols que situen el cònjuge del causant en segon lloc, darrere dels fills i la resta de descendents (com ara els drets català, basc i navarrès); altres, en canvi, situen el cònjuge en tercer lloc, darrere dels pares i la resta d'ascendents (és el cas, per exemple, del CCE i dels drets aragonès, balear i gallec). Al marge d'això, alguns drets espanyols equiparen al cònjuge el convivent en parella estable, ja sigui únicament en cas de constitució formal de la parella (drets basc, balear i gallec, que requereixen inscripció constitutiva de la parella estable) o fins i tot en cas de constitució factual (és el cas del dret català, que admet tant la constitució *formal*,

2. Vegeu, per exemple, la STS 161/2016, de 16 de març (ECLI:ES:TS:2016:1160), així com: STS 624/2013, de 28 d'abril de 2014 (ECLI:ES:TS:2014:2126), RDGRN 29 de juliol de 2015 (BOE núm. 234, 30.9.2015) i STS 1633/2024, de 5 de desembre (ECLI:ES:TS:2024:6181), si bé aquestes tres darreres referides a successions transfrontereres obertes abans de 17 d'agost de 2015.



en escriptura pública, com *factual*, per convivència continuada en una comunitat de vida anàloga a la matrimonial durant més de dos anys ininterromputs o bé tenint un fill en comú durant la convivència, sense que llavors calgui cap termini). Tot plegat posa en relleu la importància de determinar quina és la llei aplicable a la successió, atès que d'això pot dependre que el convivent sigui l'hereu o l'usufructuari, fins i tot, si la llei aplicable és la catalana, encara que no hi hagi constitució *formal* de la parella.³ Amb tot, aquesta darrera qüestió es troba actualment sota la lupa del Tribunal Constitucional (TC), atès que, arran de dos casos concrets en què es plantejava la possibilitat que succeís la convivent en parella estable, sense que existís constitució *formal* de la parella, la secció 17a de l'AP Barcelona ha decidit plantejar sengles qüestions d'inconstitucionalitat respecte de la regulació catalana,⁴ que han estat admeses a tràmit pel TC.⁵ En ambdós casos s'al·ludeix a allò resolt pel TC en la sentència 93/2013, de 23 d'abril, en relació amb la Llei foral navarresa 6/2000, de 3 de juliol, per a la igualtat jurídica de les parelles estables.

Tenint en compte totes les diferències que hi ha en matèria successòria entre els diferents drets civils espanyols, resulta d'importància cabdal determinar quina és la llei que regeix la successió, i això, en cas de conflicte interregional, tenint en compte la remissió que fa l'art. 16.1 CCE a l'art. 9.8 CCE, ve determinat pel veïnatge civil que tenia el causant en el moment de morir.

El dret interregional no admet l'elecció directa de la llei aplicable. Això fa que qualsevol intent de planificar la successió prenent que aquesta es regeixi per un concret dels drets civils espanyols que permeti, per exemple, apartar lliurement els legitimaris o bé no deixar-los cap contingut patrimonial exigible, passa necessàriament perquè el causant es valgui dels criteris d'adquisició i canvi del veïnatge civil que regula, de manera imperativa, el CCE (en concret, els art. 14 i 15 CCE).

Així, per exemple:

- 1) L'Alba té veïnatge civil català, però viu a Palma, on està casada amb el Manel, que té veïnatge civil mallorquí. L'Alba i el Manel tenen tres fills, tots ells amb veïnatge civil mallorquí.

3. Vegeu, per exemple, SAP Barcelona 579/2022, de 12 de desembre (ECLI:ES:APB:2022:14332), SAP Barcelona 197/2023, de 30 de març (ECLI:ES:APB:2023:4068), i SAP Tarragona 127/2024, de 7 de març (ECLI:ES:APT:2024:355).

4. Vegeu AAP Barcelona (secc. 17a) de 6 de setembre de 2023 (ECLI:ES:APB:2023:14317A) i AAP Barcelona (secc. 17a), de 26 de juliol de 2024 (encara no publicat). Al respecte, vegeu GINEBRA MOLINS, M. E., «Constitución factual y formal de las parejas estables y sucesión intestada en los Derechos civiles españoles», *La autonomía de la voluntad en el ámbito matrimonial y de las parejas de hecho: perspectivas interna, internacional y comparada*, RODRÍGUEZ BENOT, A. i HORNERO MENDEZ, C. (dir.), Valencia: Tirant lo Blanch, 2025, pàg. 83-107.

5. Vegeu les Providències del TC de 19 de novembre de 2024 (BOE núm. 286, 27.11.2024) i 28 de gener de 2025 (BOE núm. 30, 4.2.2025).



L'Alba mor a Palma. En aquell moment té diversos immobles a Barcelona i Palma.

La successió de l'Alba es regirà per la llei catalana. Als fills de l'Alba els correspondrà, a repartir entre ells, la quarta de la quantitat base que resulta d'aplicar les regles previstes en l'art. 451-5 del Codi Civil de Catalunya (CCCat). Si l'Alba hagués mort, en canvi, amb veïnatge civil navarrès, la llegítima no comportaria cap contingut patrimonial exigible.

- 2) L'Albert, de nacionalitat espanyola i veïnatge civil mallorquí, resideix des de fa set anys a Pamplona (Navarra), en una casa que va adquirir fa dos anys. Té tres fills i una esposa, tots ells amb veïnatge civil navarrès.

El 3 de gener, l'Albert mor, a casa seva, d'un atac de cor.

La successió de l'Albert es regirà pel dret mallorquí, i als fills i descendents els correspondria la tercera part de l'haver hereditari (art. 42 de la Compilació balear [Decret legislatiu 79/1990, de 6 de setembre]).

De fet, atesa la diversitat que hi ha entre els drets civils espanyols, per exemple, en matèria de llegítima, sovint s'enfronten els hereus, que pretenen que la successió del causant (per raó del seu veïnatge civil en el moment de morir) es regeix pel dret navarrès (segons el qual la llegítima no té contingut patrimonial exigible),⁶ als legitimaris, que defensen que el causant ha mort amb veïnatge civil català o «comú» i que, per tant, cal estar al que estableixen aquests drets en matèria de llegítima.⁷ La controvèrsia es planteja també, a vegades, quant a la possibilitat o no d'apartar lliurement els legitimaris, o en relació amb la quantia de la «llegítima estricta», qüestions en les quals també hi ha diferències entre els drets civils espanyols.⁸ En la SAP Illes Balears (secc. 3a) 211/2022, de 16 de maig, per exemple, es discuteix si la llei aplicable a la successió és la balear o bé la catalana, qüestió que té repercussió no només quant a la quantia de la llegítima, sinó també quant a la prescripció de l'acció de suplement de llegítima, i l'AP acaba conclouent que cal aplicar la llei catalana (en aquell cas el Codi de Successions [Llei 40/1991, de 30 de desembre], per raó de la data de la mort del causant).

6. Vegeu la Llei 267 Compilació navarresa (Llei 1/1973, d'1 de març).

7. Quant al dret català, vegeu els art. 451-1 i seg. CCCat. Pel que fa al mal anomenat «dret comú», vegeu els art. 806 i seg. CCE. Vegeu, per exemple, STSJ Navarra 3 de març de 1994 (*Aranzadi*, RJ 1994\2115), STSJC 11/1999, de 13 de maig (ECLI:ES:TSJCAT:1999:4679), i STS 588/2009, de 14 de setembre (ECLI:ES:TS:2009:5417).

8. Vegeu, per exemple, STS 294/1994, de 5 d'abril (ECLI:ES:TS:1994:22192), RDGRN 17 de juny de 2017 (BOE núm. 159, 5.7.2017), RDGRN 12 de juliol de 2017 (BOE núm. 178, 27.7.2017), SAP Guipúscoa 384/2019, de 13 de maig (ECLI:ES:APSS:2019:539), RDGRN 19 de desembre de 2019 (BOE núm. 63, 12.3.2020) i STSJ País Basc, 4/2024, de 10 de juny (ECLI:ES:TSJPV:2024:1186).



Això ens porta, per tant, a la necessitat de determinar la llei aplicable a la successió, la qual, en els conflictes interregionals, ve determinada pel veïnatge civil. En aquest sentit, quant als criteris de determinació del veïnatge civil previstos als art. 14 i 15 CCE, destaca, des d'un punt de vista pràctic, el canvi de veïnatge civil per residència. Aquest pot tenir lloc per dos anys de residència en un territori diferent del corresponent al veïnatge civil que es té, sempre que l'interessat manifesti la seva voluntat d'adquirir el veïnatge civil del territori on resideix (art. 14.5.1r CCE i 68.3 Llei del registre civil [LRC]); o bé, de manera automàtica (art. 225.I Reglament del registre civil [RRC]: *ipso iure*), per residència continuada durant deu anys en un territori diferent al corresponent al veïnatge civil que es té, llevat que, abans d'acabar el termini de deu anys, l'interessat manifesti la seva voluntat en contrari (art. 14.5.2n CCE); el canvi automàtic per deu anys de residència queda al marge del Registre Civil. Segons l'art. 225.II RRC, en el termini de deu anys no es computa el temps durant el qual l'interessat no pot legalment regir la seva persona, la qual cosa se sol identificar avui, ex art. 14.3.IV CCE, amb els 14 anys; amb tot, l'aplicació o no d'aquest precepte reglamentari resulta controvertida.⁹ Actualment, les declaracions de voluntat referents al veïnatge civil es poden fer, a més de davant l'encarregat del Registre Civil, davant de notari (art. 68.3 LRC).

3. Successions transfrontereres i llei aplicable a la successió

3.1. La determinació de la llei aplicable

En cas de conflictes internacionals en matèria successòria o successions transfrontereres, la determinació de la llei aplicable ve determinada actualment —des del 17 d'agost de 2015— pel RS.

Segons el RS, la llei aplicable a la successió ve determinada per:

- L'elecció a favor de la llei de l'Estat de la nacionalitat que es té en el moment de l'elecció o en el moment de la mort (art. 22.1 RS i atesos 27, 38, 39, 40 i 41 RS). Si una persona té diverses nacionalitats, pot elegir la llei de qualsevol dels Estats dels quals sigui nacional (art. 22.1.II RS). El RS admet, per tant, elegir la llei aplicable (*professio iuris*), però de manera molt limitada —únicament a favor de la llei de

9. A favor de no computar el temps durant el qual l'interessat no pot legalment regir la seva persona, conforme a l'art. 225.II RRC, vegeu, per exemple: STS de 23 de març de 1992 (ECLI:ES:TS:1992:2507) i STS 688/2007, de 7 de juny (ECLI:ES:TS:2007:3628), STSJC 1/2009, de 12 de gener (ECLI:ES:TSJCAT:2009:490), i STS 704/2015, de 16 de desembre —la qual, però, té un vot particular en sentit contrari— (ECLI:ES:TS:2015:5808). En canvi, a favor de computar tot el temps i, per tant, de no aplicar l'art. 225. II RRC per considerar que es tracta d'una norma reglamentària que estableix requisits que la llei (art. 14 CCE) no exigeix, vegeu, per exemple: STS 145/1995, de 20 de febrer (*Aranzadi*, RJ 1995\2771) i STS 46/2000, de 28 de gener (*Aranzadi*, RJ 2000\245).



la nacionalitat—. L'elecció s'ha de fer expressament, en forma de disposició *mortis causa*, o «ha de resultar dels termes d'una disposició d'aquest tipus» (art. 22.2 RS; vegeu RDGRN 10 d'abril de 2017);¹⁰ s'admet, per tant, tant l'elecció expressa, com l'elecció implícita o deduïda (anomenada a vegades «tàcita» o «concloent» per la doctrina). L'art. 83.2 RS admet, a més, que l'elecció s'hagi pogut fer «abans del 17 d'agost de 2015» —fins i tot abans de l'entrada en vigor del RS—. ¹¹

- En defecte d'elecció, i com a regla general, per la llei de l'Estat on el causant tingués la seva residència habitual en el moment de la mort (art. 21.1 RS i atesos 23 i 24 RS). Així, per exemple, la successió transfronterera d'un mallorquí o d'un català residents a París, que no hagi fet *professio iuris*, es regirà per la llei francesa, prescindint del veïnatge civil del causant.
- Ara bé, la regla general de la residència habitual es pot veure exceptuada per la «clàusula d'excepció» o «d'escapament» a favor de la llei de l'Estat amb el qual el causant mantingués, en el moment de la mort, un vincle «manifestament més estret» (art. 21.2 i atesos 24 i 25 RS). Per tant, la successió transfronterera d'un mallorquí o d'un català residents a París, que no hagi fet *professio iuris*, es regirà per la llei francesa, prescindint del veïnatge civil del causant.

Tenim, per tant, que, conforme al RS, si volem que la llei que regeixi la nostra successió sigui la de l'Estat de la nacionalitat que tinguem en el moment de fer l'elecció o que tindrem quan morim, cal que fem la *professio iuris*, elegint-la expressament en una disposició *mortis causa*, o bé que l'elecció resulti dels termes d'una disposició d'aquest tipus —elecció implícita o deduïda— (art. 22.3 RS). Es planteja, però, la qüestió de si podem elegir o no directament, per exemple, la llei catalana o la llei balear (de Mallorca i Menorca, o bé d'Eivissa i Formentera).

De fet, tots els criteris dels art. 21 i 22 RS condueixen a la «lleï de l'Estat» (de la nacionalitat / de la residència habitual / en el qual el causant mantingués vincles manifestament més estrets). La qüestió que es planteja és, llavors, quina lleï «espanyola» cal aplicar quan qualsevol d'aquests criteris mena a la «lleï espanyola (de l'Estat espanyol)»; quan, per exemple, hem d'entendre que la lleï espanyola aplicable és la catalana, la balear o qualsevol altra lleï espanyola.

10. BOE núm. 99, 26.4.2017).

11. Aquesta elecció serà vàlida: si compleix les condicions establertes al cap. III RS —admetent-se, per tant, tant l'elecció expressa com la implícita o deduïda (art. 22 RS)—; o bé si compleix les condicions de validesa previstes a les normes de dret internacional privat vigents, en el moment en què es va fer l'elecció, a l'Estat en el qual el causant tingués la seva residència habitual o en qualsevol dels Estats dels quals fos nacional (vegeu RDGRN 2 de març de 2018 [BOE núm. 69, 20.3.2019]).



3.2. La concreta llei aplicable en cas d'Estats plurilegislatius

El RS dedica els art. 36 i 37 als casos en què la llei designada pel RS sigui la d'un Estat plurilegislatiu. L'art. 36 està dedicat al cas dels Estats plurilegislatius que, com l'espanyol, tenen base territorial; i l'art. 37 seria l'aplicable si es tractés d'un Estat plurilegislatiu de base personal.

Centrant-nos en l'art. 36 RS, en el cas que la llei designada pel RS sigui la d'un Estat —com l'espanyol— que comprèn diverses unitats territorials amb les seves pròpies normes jurídiques en matèria successòria, «les normes internes sobre conflicte de lleis d'aquell Estat» determinaran la llei de quina unitat territorial regirà la successió (art. 36.1 RS). El RS parteix, així, en principi, d'una regla de *remissió indirecta*, que implica haver de determinar la llei aplicable en dos graus: el RS ens identifica la llei de l'Estat (per exemple, la «lleï espanyola») i, essent aquest plurilegislatiu, la identificació de la concreta llei aplicable d'entre les d'aquell Estat (quina és, per exemple, la concreta lleï espanyola aplicable) es deixa a les normes d'aquell Estat que resolen els conflictes interns (en el cas espanyol, les normes de dret interregional que, en matèria successòria es concreten en els art. 16.1, 9.1 i 9.8 CCE).¹²

Si l'Estat plurilegislatiu «no té normes per a resoldre els conflictes interns» —art. 36.2 RS: «A falta de tales normas internas sobre conflicto de leyes...»— (o, com veurem, quan aquestes no resulten operatives per a resoldre el cas concret), el RS preveu criteris subsidiaris —de *remissió directa*—. Aquestes regles subsidiàries distingeixen en funció del punt de connexió que hagi portat a la «lleï espanyola» (art. 36.2 RS).¹³

12. En aquest punt hi ha una diferència significativa entre la redacció de la Proposta de 2009 i el text del RS aprovat l'any 2012. L'art. 28 de la Proposta de 2009 establia: «Sistemas no unificados

1. En el caso de que un Estado comprenda varias unidades territoriales con sus propias normas jurídicas en materia de sucesión por causa de muerte, cada unidad territorial se considerará un Estado a efectos de la determinación de la ley aplicable en virtud del presente Reglamento.

2. Un Estado miembro en el que las distintas unidades territoriales tengan sus propias normas jurídicas en materia de sucesiones no estará obligado a aplicar el presente Reglamento a los conflictos de leyes que se refieran únicamente a dichas unidades territoriales».

13. Art. 36.2 RS: «A falta de tales normas internas sobre conflicto de leyes:

a) toda referencia a la ley del Estado a que hace referencia el apartado 1 se entenderá, a efectos de determinar la ley aplicable con arreglo a las disposiciones relativas a la residencia habitual del causante, como una referencia a la ley de la unidad territorial en la que este hubiera tenido su residencia habitual en el momento del fallecimiento;

b) toda referencia a la ley del Estado a que hace referencia el apartado 1 se entenderá, a efectos de determinar la ley aplicable con arreglo a las disposiciones relativas a la nacionalidad del causante, como una referencia a la ley de la unidad territorial con la que el causante hubiera tenido una vinculación más estrecha;

c) toda referencia a la ley del Estado a que hace referencia el apartado 1 se entenderá, a efectos de determinar la ley aplicable con arreglo a cualesquiera otras disposiciones relativas a otros elementos que sean factores de vinculación, como una referencia a la ley de la unidad territorial en la que esté ubicado el elemento pertinente».



Per a la identificació de la concreta «lleï espanyola» aplicable, en la mesura que, com hem vist, Espanya disposa de normes internes sobre conflictes de lleis, semblaria que ens hauríem de limitar a la regla de *remissió indirecta* de l'art. 36.1 RS. Ara bé, veurem que no sempre és així.

A continuació analitzaré dues qüestions: l'elecció de la lleï aplicable a la successió en cas de nacionals espanyols (*professio iuris* i plurilegisllació espanyola); i com es determina la concreta lleï espanyola aplicable quan no ha existit *professio iuris*.

3.2.1. Elecció de la lleï aplicable i plurilegisllació espanyola

D'acord amb l'art. 22 RS, qualsevol persona pot designar com a aplicable a la seva successió la lleï de l'Estat del qual és nacional en el moment de fer l'elecció o en el moment de la mort (vegeu atesos 27, 38, 39, 40 i 41 RS). Així, l'espanyol pot elegir la «lleï espanyola». La qüestió que es planteja és si es pot elegir directament una concreta lleï espanyola. Anem per parts:

a) L'elecció de la «lleï espanyola»

Està clar que l'espanyol (amb, per exemple, veïnatge civil català o balear) pot elegir, genèricament, la «lleï espanyola». En aquest cas, per identificar la concreta «lleï espanyola» que resultarà aplicable caldrà recórrer a la regla de *remissió indirecta* de l'art. 36.1 RS, que, a través de l'art. 16.1 CCE, ens portarà a la «lleï personal», determinada pel veïnatge civil.¹⁴ En aquest sentit, cal entendre que l'elecció a favor de la lleï de la nacionalitat —espanyola— porta implícita la de la lleï espanyola a la qual està subjecte la persona, a través del veïnatge civil (art. 14 i 16.1 CCE), en el moment de l'elecció o de la mort —en funció de quin hagi estat el moment pres com a referència respecte de la nacionalitat a l'hora de fer l'elecció—. D'aquesta manera s'eviten els desajustos que podria generar el fet que el RS permeti elegir la lleï nacional al moment de fer l'elecció o al moment de la mort i que, en canvi, l'art. 9.8 CCE (al qual remet l'art. 16.1 CCE) condueixi, de manera rígida, a la lleï personal en el moment de l'obertura de la successió.

b) És possible elegir directament una concreta «lleï espanyola», com ara la catalana o la balear?

Deixant de banda la possibilitat d'elegir, genèricament, la «lleï espanyola» —que a mi em resulta certament estranya—, la qüestió és si és possible, a l'empara de l'art. 22 RS, elegir directament la «lleï catalana», la «lleï mallorquina», la «lleï navarresa», la «comuna» o l'«aragonesa», etc.

14. Vegeu, per exemple, SAP A Coruña 24 de gener de 2025, FD 3r, 15 (ECLI:ES:APC:2025:196).



Alguns autors neguen que això sigui possible. Amb tot, i contra aquestes opinions, entenem que el nacional espanyol ha de poder elegir directament la «lleï catalana» o la «mallorquina» o qualsevol altra concreta «lleï espanyola». No sembla lògic haver de considerar nul·la l'elecció d'una concreta lleï espanyola si les normes del RS ens conduïren precisament a aquesta mateixa lleï a través de l'art. 36.1 RS. De fet, quan es tracti d'Estat plurilegislatius com l'espanyol, la possibilitat de designar la «lleï de l'Estat de la nacionalitat» (art. 22 RS) s'ha d'entendre referida a la «lleï de la unitat territorial» que identifiquin les normes internes espanyoles sobre conflicte de lleis (d'acord amb l'art. 36.1 RS), cosa que condueix, d'acord amb l'art. 16.1.1a CCE, a la lleï personal determinada pel veïnatge civil.

A més, cal tenir en compte que els supòsits d'elecció implícita o deduïda —que admet l'art. 22.2 RS i també, retroactivament i per remissió, l'art. 83.2 RS—, remetran necessàriament a un dret concret (el català, el mallorquí, l'impròpiament anomenat «comú», el navarrès, l'aragonès, etc.).

En qualsevol cas, l'espanyol només pot elegir la lleï corresponent al seu veïnatge civil; no pot elegir cap altra lleï espanyola.

3.2.2. Aplicació de la lleï espanyola quan no ha existit *professio iuris*

En els casos en què no existeix *professio iuris*, la «lleï espanyola» pot resultar aplicable: pel fet que el causant tingués la seva residència habitual a Espanya en el moment de la mort (regla general —art. 21.1 RS—); o bé perquè mantingués un vincle manifestament més estret amb l'Estat espanyol (art. 21.2 RS). Partint d'això, a l'hora de determinar quina «lleï espanyola» resulta aplicable, convé distingir segons si el causant és espanyol o bé estranger.

A) Si el causant és espanyol, la lleï espanyola aplicable serà la personal del causant en el moment de la mort, determinada pel seu veïnatge civil, d'acord amb la regla de *remissió indirecta* prevista a l'art. 36.1 RS, en relació amb els art. 16.1 i 9.1 i 8 CCE.

Així, per exemple:

1) La successió transfronterera del Jordi, amb veïnatge civil català i residència habitual (o vincles manifestament més estrets) a Palma, que mor sense haver fet *professio iuris*, es regirà per la «lleï espanyola» (art. 22 RS); més concretament, la lleï catalana (art. 36.1 RS i 16.1 i 9.8 CCE). Malgrat que allò que ens ha portat a la «lleï espanyola» sigui la residència o els vincles manifestament més estrets amb Palma, la successió es regirà per la lleï catalana.



2) La successió transfronterera de la Laura, amb veïnatge civil navarrès, resident a Catalunya i que no ha fet *professio iuris*, es regirà per la «lleï espanyola» (art. 22.1 RS) i, més concretament, per la llei navarresa (art. 36.1 RS i 16.1 i 9.8 CCE). Encara que allò que ens fa anar a la «lleï espanyola» sigui la residència habitual a Catalunya, la successió es regirà pel dret navarrès

La solució a aquests casos hauria estat molt diferent si hagués prosperat la regla de *remissió directa* prevista a l'art. 28.1 de la Proposta 2009: en el primer cas la successió del Jordi s'hauria regit per la llei balear; i en el segon, la successió de la Laura s'hauria regit pel dret català. Així, si hagués prosperat aquella regulació, el veïnatge civil s'hauria vist desplaçat totalment en els conflictes internacionals en matèria successòria.

En casos com aquests, en què hem d'acudir a les normes de dret interregional en virtut de la regla de *remissió indirecta* de l'art. 36.1 RS, es posen de manifest desajustos, quant a l'àmbit d'aplicació de la llei successòria, segons el que resulta del RS i segons les regles previstes al CCE per als conflictes interregionals. En aquest sentit, per exemple, mentre el RS situa expressament en l'àmbit de la llei successòria els drets successoris del cònjuge supervivent (art. 23.2.b RS), l'incís final de l'art. 9.8 CCE remet els drets que per ministeri de la llei puguin correspondre al cònjuge supervivent a la llei que regeix els efectes del matrimoni. Tractant-se de successions transfrontereres, conforme als principis de primàcia i efecte directe del dret europeu, cal entendre que preval l'àmbit de la llei successòria previst a l'art. 23 RS.

B) Successió d'un causant estranger

Tractant-se de la successió d'un estranger, però essent la llei aplicable a la successió, d'acord amb el RS, «l'espanyola» (per raó de la residència habitual —art. 21.1 RS— o dels vincles manifestament més estrets —art. 21.2 RS—), l'aplicació de la regla de *remissió indirecta* de l'art. 36.1 RS planteja problemes, ja que condueix a la llei personal del causant en el moment de la mort, determinada pel veïnatge civil (art. 36.1 RS, 16.1 i 9.8 CCE), i l'estranger no té veïnatge civil.

En aquests casos, davant la inoperància de les «normas internas sobre conflicto de leyes» a què remet l'art. 36.1 RS, la doctrina majoritària i de manera unànime la jurisprudència es decanten per acudir als criteris subsidiaris —de *remissió directa*— de l'art. 36.2 RS, previstos, en principi, per als casos en què no hi hagi normes internes sobre conflicte de lleis («A falta de tales normas internas sobre conflicto de leyes...» —art. 36.2 RS—). Segons aquesta interpretació, caldrà distingir llavors en funció del punt de connexió que hagi determinat que resulti aplicable la «lleï espanyola»:



- Si es tracta de la residència habitual del causant, caldrà estar a la llei de la unitat territorial en la qual tingués la seva residència habitual en el moment de la mort (art. 36.2.a RS).¹⁵ Segons això, per exemple, la successió del Klaus (alemany) o del Pierre (francès) residents a Mallorca i que no han fet *professio iuris*, es regirà per la «lleï espanyola»; més concretament, per la lleï balear-mallorquina.
- I si el causant estranger mantenia un vincle manifestament més estret amb l'Estat espanyol, caldrà estar a la lleï de la unitat territorial on estigui ubicat l'element pertinent (art. 36.2.c RS). D'acord amb això, per exemple, si el Klaus (alemany) o el Pierre (francès) mantienien un vincle manifestament més estret amb Mallorca, resultarà aplicable la «lleï espanyola» i, més concretament, la lleï balear-mallorquina.

Així, mentre que la successió amb repercussió transfronterera d'un causant català resident a Mallorca (p. e., el Jordi) es regirà per la lleï catalana, a la successió transfronterera del Klaus (alemany) o del Pierre (francès), residents a Mallorca, li resultarà aplicable la lleï balear.

En aquesta línia, conforme als art. 21.1 i 36.2 RS, la RDGRN 10 d'abril de 2017 resol un cas referit a la successió d'un alemany mort el 12 d'octubre de 2015, que no havia fet *professio iuris*, i que residia a València i considera aplicable el mal anomenat «Derecho común» (CCE).¹⁶ I la RDGRN 24 de juliol de 2019 considera aplicable el dret balear (d'Eivissa i Formentera) a la successió d'un alemany resident a Formentera i que no havia fet *professio iuris*.¹⁷ Per la seva banda, l'AAP Barcelona 68/2024, de 21 de març, en relació amb la successió d'un francès que no havia fet *professio iuris* i residia Catalunya, estima aplicable el dret català.¹⁸

Ara bé, en alguns casos, aquesta solució no ha estat pas exempta de polèmica. En aquest sentit, convé destacar la RDGRN 24 de maig de 2019,¹⁹ que confirmà la qualificació registral que negava que la regulació del pacte de definició contingut en la Compilació balear pogués resultar aplicable a estrangers residents a Mallorca. En aquell cas, malgrat que l'art. 25 RS conduïa a la lleï successòria anticipada i aquesta era, conforme als art. 21 i 36.2 RS, la lleï balear, la Registradora i la DGRN

15. Vegeu, per exemple, les resolucions de la DGRN de 29 de juliol de 2015 (BOE núm. 234, 30.9.2015) i 10 d'abril de 2017 —FD 3— (BOE núm. 99, 26.4.2017).

16. BOE núm. 99, 26.4.2017.

17. BOE núm. 231, 25.9.2019. Vegeu, també, RDGRN 18 de desembre de 2019 (*Aranzadi*, RJ 2020\800).

18. ECLI:ES:APB:2024:2828A.

19. BOE núm. 99, 26.4.2017. Vegeu, també, la poc encertada RDGSJFP 20 de gener de 2022, sobre la no possibilitat d'aplicar el dret gallec a estrangers (BOE núm. 40, 16.2.2022).



entenien que aquesta llei no es podia aplicar pel fet que l'atorgant del pacte era francesa i, per tant, no tenia veïnatge civil mallorquí (tal com exigia, en aquell moment, l'art. 50 de la Compilació balear). La SAP Palma de Mallorca 529/2020, de 30 de desembre,²⁰ amb bon criteri, va reconduir la situació i va considerar que el pacte es regia pel dret balear, conforme als art. 21, 25 i 36.2.a RS, sense que es pogués exigir el veïnatge civil mallorquí. I la STSJ Illes Balears 1/2021, de 14 de maig,²¹ va confirmar la sentència de l'Audiència.²² La redacció de l'art. 50 de la Compilació balear, que exigia veïnatge civil mallorquí, va ser derogada per la Llei 8/2022, d'11 de novembre, de successió voluntària o contractual de les Illes Balears, que va entrar en vigor el 17 de gener de 2023.

3.2.3. Aplicació d'una llei estrangera i reenviament a la «lleï espanyola»

Les regles de determinació de la llei aplicable que conté el RS poden comportar que la successió transfronterera d'un espanyol es regeixi per una llei estrangera —ja sigui per la connexió objectiva «residència habitual» (art. 21.1 RS) o bé per la clàusula d'excepció dels vincles manifestament més estrets (art. 21.2 RS)—. Així, per exemple, d'acord amb el RS, la successió d'un català que no hagi fet ús de la *professió iuris* i que tingui la residència habitual a França (o vincles manifestament més estrets amb aquest Estat) es regirà per la «lleï francesa», prescindint del seu veïnatge civil; en casos com aquest, el veïnatge civil del causant resulta totalment irrellevant. Això contrasta amb el que passa, quan, resolent una autoritat espanyola, el causant ha mort abans del 17 d'agost de 2015 (i no és aplicable, per tant, el RS).

Ara bé, d'acord amb el RS, tot i tractar-se d'un espanyol resident a l'estranger, en determinats supòsits pot acabar resultant aplicable la «lleï espanyola» i recuperant rellevància el veïnatge civil. Això pot passar quan el causant tingui la residència habitual en un «tercer Estat» —no vinculat pel RS (Dinamarca, Irlanda i el Regne Unit o

20. ECLI:ES:APIB:2020:2608.

21. ECLI:ES:TSJBAL:2021:460.

22. Segons la SAP Palma de Mallorca 529/2020, 30 desembre (confirmada per la STSJ Illes Balears 1/2021, 14 de maig), aplicar la llei balear sense tenir en compte el requisit relatiu al veïnatge civil que conté l'art. 50 Compilació balear, «resulta conforme con los objetivos del Reglamento 650/2012 (de los que se hacen eco los considerandos 23 y 37, expresamente citados y transcritos en el recurso, relativos a la consideración, como nexo general, de la residencia habitual del causante, y al objeto de que la sucesión “se rija por una ley previsible” para éste), los cuales no pueden quedar mermados por el hecho de que la normativa interna del Estado (que es anterior en el tiempo al Reglamento, obvio es decirlo) sea más estrecha en sus miras que las que se contienen en el propio Reglamento, pues es la ley nacional la que ha de interpretarse bajo el prisma del Reglamento, y no al revés». Certament, tal com destaca la STJUE 15 de juliol de 2010 (C 256/09, Bianca Purrucker i Guillermo Vallés Pérez) [§ 99]: «Corresponde a los tribunales nacionales, en principio, aplicar su Derecho nacional al mismo tiempo que velan por garantizar la plena eficacia del Derecho de la Unión, lo que puede llevarles a no aplicar, en su caso, una norma nacional que lo obstaculice o a interpretar una norma nacional que haya sido elaborada teniendo en cuenta únicamente una situación puramente interna con el fin de aplicarla a la situación transfronteriza de que se trate».



un Estat no membre de la UE)—. En aquest cas, conforme a l'art. 34 RS, podria operar el reenviament a la «lleï espanyola».

Imaginem, per exemple, un causant espanyol que no hagi fet *professio iuris* i que residís a Andorra. D'acord amb el RS, en principi resultaria aplicable la lleï de l'Estat de la residència habitual; és a dir, la «lleï andorrana», però, en aquest cas, tractant-se de la lleï d'un «tercer Estat», operaria el reenviament a la «lleï espanyola», d'acord amb l'art. 34 RS, atès que la norma andorrana de conflicte adopta com a punt de connexió la nacionalitat (DA 1a.2, paràgraf 1, Llei andorrana 46/2014, del 18 de desembre, de la successió per causa de mort). Caldrà acudir, llavors, a la regla de *remissió indirecta* de l'art. 36.1 RS que, a través dels art. 16 i 9.8 CCE, ens menarà a la lleï corresponent al veïnatge civil del causant.

Així, mentre que la successió d'un causant català o balear resident a França (a Foix, a Perpinyà o a Bourg Madame, per exemple) es regirà pel dret francès, prescindint del seu veïnatge civil; a la successió d'un espanyol resident a Andorra (a la Massana o St. Julià de Llòria, per exemple) li aplicarem la «lleï espanyola» que correspongui al seu veïnatge civil.

La regulació del reenviament prevista a l'art. 34 RS pot donar lloc encara a una altra situació. Imaginem que es tracta d'un causant espanyol, amb veïnatge civil català o balear, que té la seva residència habitual a un «tercer Estat» la norma de conflicte del qual sotmet la successió dels béns immobles a la lleï del lloc de situació dels béns, i el causant té immobles a Espanya. En aquest cas, si s'admet que pugui operar el reenviament malgrat que doni lloc a un fraccionament de la lleï que regeix la successió —la qual cosa no resulta òbvia—, conforme a la regla de *remissió indirecta* de l'art. 36.1 RS i dels art. 16.1 i 9.8 CCE, la successió d'aquells béns situats a Espanya es regiria per la lleï espanyola corresponent al veïnatge civil (en els exemples posats, per la lleï catalana o per la balear), encara que els béns estiguin situats en un altre territori espanyol (per exemple, a Aragó o a Navarra). De la mateixa manera, si el causant espanyol tingués, per exemple, veïnatge civil navarrès (o qualsevol altre veïnatge civil diferent del català), la successió d'aquells béns es regiria per la lleï corresponent al veïnatge civil del causant encara que els béns estiguessin situats a Catalunya o a les Illes Balears.

Finalment, si el causant que resideix en un «tercer Estat» la norma de conflicte del qual sotmet la successió dels béns immobles a la lleï del lloc de situació dels béns és estranger i té béns immobles a Espanya, la regla de *remissió indirecta* de l'art. 36.1 RS no resultaria operativa i caldria recórrer a la regla de *remissió directa* continguda en l'art. 36.2.c RS, que ens conduiria a la lleï de la unitat territorial on estiguin situats els béns (la qual, per tant, pot ser la catalana, si els béns estan situats a Catalunya, o la balear, si es troben situats a les Illes Balears). De fet, si s'admetés sense objeccions



que el reenviament de l'art. 34 RS pot conduir al fraccionament de la llei successòria —qüestió que, tal com s'ha indicat, no resulta evident—, es podria donar fins i tot el cas que, havent-hi béns a diversos territoris espanyols, la successió de cadascun d'ells es podria haver de regir per una llei espanyola diferent.

Caldrà veure, però, fins a quin punt s'acaben admetent conseqüències com aquestes com a resultat d'aplicar la norma de reenviament de l'art. 34 RS.



Autora

M. ESPERANÇA GINEBRA MOLINS

Professora titular de Dret civil i directora del Departament de Dret Privat de la Universitat de Barcelona. Vocal de la Secció d'Harmonització de la Comissió de Codificació de Catalunya. Investigadora del projecte de recerca «Mecanismos de previsión patrimonial en una sociedad envejecida: solidaridad intergeneracional y derecho de bienes» (PID-2021-126857NB-I00) i membre del «Grup de Dret civil català UB» (2021 SGR 00347). Línies de recerca: part general i dret civil de la persona, mediació, dret d'obligacions i contractes, drets reals, dret de família, dret de successions, dret internacional privat i dret interregional.



LA TRANSMISSIÓ DE CAPITAL AL MARGE DE L'HERÈNCIA: IMPLICACIONS SUCCESSÒRIES DELS INSTRUMENTS D'ESTALVI I PREVISIÓ



La transmissió de capital al marge de l'herència: implicacions successòries dels instruments d'estalvi i previsió¹.

Jaume Tarabal Bosch

1. Aquest treball s'emmarca en el Projecte PID-2021-126857NB-I00 i en les activitats del «GRC Grup de Dret civil català UB» 2021 SGR 00347. Hi poso per escrit la ponència, de títol idèntic, que vaig presentar en el marc del curs «Reptes jurídics de les persones grans: contractació responsable i planificació successòria», organitzat a Maó per la Universitat Internacional de Menorca Illa del Rei, els dies 14, 15, 21 i 22 de febrer de 2025, i que jo mateix vaig coordinar. És un tastet de la meua recerca prèvia sobre la matèria, que pot consultar-se a Tarabal Bosch, J. (2023; 2022a; 2022b; 2018; 2016).



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 495/532

Resum

Els volums de riquesa invertits en productes que permeten designar beneficiaris en cas de defunció del contractant no han cessat d'augmentar en els darrers anys. Es tracta d'instruments d'estalvi i previsió, com ara les assegurances de vida i els plans de pensions, que vehiculen atribucions lucratives *post mortem* al marge de l'herència i de les normes que regeixen les successions. L'article assenyala algunes incoherències que això suposa i proposa mesures per a corregir-les.

Resumen

Los volúmenes de riqueza invertidos en productos que permiten designar beneficiarios en caso de defunción del contratando no han cesado de aumentar en los últimos años. Se trata de instrumentos de ahorro y previsión, como por ejemplo los seguros de vida y los planes de pensiones, que vehiculan atribuciones lucrativas *post mortem* al margen de la herencia y de las normas que rigen las sucesiones. El artículo señala algunas incoherencias que esto supone y propone medidas para corregirlas.

1. Introducció

Metàfores i misticisme al marge, el fet és que quan ens morim no podem endur-nos res a l'altre món. L'única cosa que podem fer —òbviamment abans de morir-nos— és decidir el destí *post mortem* dels nostres drets i obligacions que no s'extingeixin amb nosaltres; o, en expressió més tècnica, manifestar la nostra voluntat successòria en negocis *mortis causa*, és a dir, mitjançant instruments que adquireixen valor i produeixen efectes precisament quan ens morim, com ara el testament. El testament i altres negocis *mortis causa* són, a més, actes de darrera voluntat, revocables fins al darrer moment. D'acord amb els drets civils català i balear, la successió també es pot ordenar mitjançant pactes successoris, que, a diferència dels testaments, no són actes de darrera voluntat, sinó, en principi, irrevocables.² Només a manca de voluntat, el destí de l'herència el determina la llei, mitjançant les normes de la successió intestada. Ara bé, cal tenir en compte que la nostra voluntat successòria no és il·limitada, sinó que la llei pot atribuir a determinades persones (fills, progenitors, cònjuge...) drets en la nostra successió, significativament la llegítima, prescindint dels nostres desitjos i preferències.

2. Vegeu, respectivament, art. 431-1 i s. del Codi civil de Catalunya (en endavant, CCCat), i la Llei 8/2022, d'11 de novembre, de successió voluntària paccionada o contractual de les Illes Balears.



Com és ben sabut, el dret de successions és la branca de l'ordenament jurídic que s'ocupa d'aquestes qüestions. I s'ha de dir que els sistemes successoris espanyols, fonamentalment extrajudicials, són prou satisfactoris. La funció notarial permet que el testament i altres negocis jurídics successoris siguin pràcticament eficaços per si mateixos i en prevé la impugnació judicial. La confiança ciutadana en els mecanismes successoris tradicionals es veu reforçada per un ús freqüent del testament, la qual cosa constitueix un tret distintiu —i recurrentment destacat— dels sistemes espanyols.

Tanmateix, en els darrers temps l'herència ha anat perdent pes com a font de sosteniment econòmic de l'individu, alhora que se n'ha anat transformant la composició. Les persones prosperen cada cop més sobre la base de les pròpies habilitats, i els patrimonis no estan ja formats únicament o principalment per béns immobles que es transmeten de generació en generació, sinó que els integren béns d'allò més heterogenis, sovint de tipus financer. A més, l'augment progressiu de l'esperança de vida ha tendit a reduir l'actiu transmissible *mortis causa*, ja que la pèrdua de facultats vinculada a l'envel·liment fa molt probable que s'hagi de destinar part del patrimoni a necessitats assistencials. Quan el ciutadà mitjà s'atura a pensar en el moment que superarà l'edat laboral, no el preocupa tant el destí *post mortem* del seu patrimoni, sinó si disposarà d'un complement adequat al sistema públic de pensions. Amb aquesta finalitat és habitual i aconsellable contractar instruments d'estalvi i previsió (assegurances de vida, plans de pensions...), que, a més, permeten la designació de beneficiaris per cas de mort del contractant, tot funcionant a la pràctica com alternatives (no pròpiament successòries) al testament.

Per tal que ens fem una idea de la rellevància econòmica actual d'aquests productes, n'hi ha prou d'assenyalar que, d'acord amb el darrer informe «Seguros y Fondos de Pensiones» publicat pel Ministeri d'Economia i Empresa, el 2023 el valor del patrimoni gestionat en instruments de previsió social complementària ascendia a 169.000 milions d'euros, la qual cosa va significar un increment de 8.000 milions respecte a 2022.³ El seu caràcter complementari respecte al règim públic de pensions n'explica la proliferació i que l'Estat en promogui la contractació, ja sigui mitjançant un tractament fiscal favorable o creant-ne de nous i més atractius. Per això aquest auge es percep també a nivell legal. A banda de l'esquema general del contracte d'assegurança de vida contingut a la *Ley del contrato de seguro* de 1980 (en endavant, LCS), la llei tipifica —o, si més no, preveu— una àmplia varietat d'instruments: plans de pensions, assegurances aptes per a instrumentar compromisos per pensions assumits per les empreses, plans de previsió social empresarial (PPE), plans de previsió assegurats (PPA), plans individuals d'estalvi sistemàtic (PIAS), assegurances individuals d'estalvi a llarg termini (SIALP), assegurances

3. L'informe, accessible a <https://dgsfp.mineco.gob.es/es/Publicaciones/DocumentosPublicaciones/V6%20Memoria%20informe%20del%20sector%202023.pdf>, constitueix la radiografia més actual de la situació del sector de la previsió social voluntària a Espanya.



Unit linked, etc. A més d'aquests, han d'esmentar-se també els contractes d'estalvi atípics —o complexos, amb elements de diversos tipus contractuals— comercialitzats com «assegurances de renda vitalícia», la qualificació dels quals, com a autèntiques assegurances de vida, no sempre és evident (vegeu Vaquer i Domingo, 2024).

Com acabem d'assenyalar, tots aquests productes, que a partir de criteris funcionals unifiquem sota el rètol «instruments d'estalvi i previsió»,⁴ comparteixen, a més de les dites funcions o finalitats, el fet de permetre la designació de beneficiaris per cas de mort del contractant. Aquesta possibilitat no és sempre prou coneguda, malgrat la seva indiscutible rellevància. S'ha de tenir en compte que, a l'hora de contractar un producte d'aquesta mena, la designació d'un beneficiari *post mortem* acostuma a ser un element circumstancial o secundari. Pensem en una assegurança de vida mixta, és a dir, que té en compte tant la supervivència a la jubilació com la mort del contractant. Aquest comença a cobrar quan es jubila, i per quan es mori es preveu també el pagament de rendes o un capital al tercer que hagi designat. La previsió de les necessitats o el benefici *post mortem* del tercer no és necessàriament el principal motiu de la contractació, de la mateixa manera que qui subscriu un pla de pensions ho fa pensant en si mateix, típicament en la pròpia jubilació, per bé que com a plus tingui la facultat de destinar *post mortem* el dret a la prestació. A més, el contracte es formalitza sovint a iniciativa de les entitats gestores o asseguradores, que no tenen sempre en compte les conseqüències en l'àmbit successori dels productes que ofereixen. Per acabar-ho d'adobar, la utilització i recomanació creixents dels dits instruments no s'han vist correspostes amb un desenvolupament legal harmònic respecte al dret de successions, malgrat les evidents coincidències i friccions d'aquells amb aquest, relatives i degudes a l'eficàcia lucrativa i *post mortem* de les designacions de beneficiari.

2. La designació i el dret del beneficiari d'instruments d'estalvi i previsió. Esquema bàsic

Abans d'entrar en qüestions concretes sobre el problemàtic encaix de les designacions de beneficiari d'instruments d'estalvi i previsió en el dret de successions, convé fixar les coordenades bàsiques, així com el perquè, del seu règim jurídic.

L'esquema legal bàsic de la designació i del dret del beneficiari ens el proporciona la regulació del contracte d'assegurança sobre la vida per cas de mort continguda a la

4. En expressió que prenem de l'art. 421-23 del Codi civil de Catalunya (CCCat), d'acord amb el qual: «La designació i la modificació de beneficiaris d'assegurances de vida, de plans de pensions i d'instruments d'estalvi i previsió anàlegs es poden fer en testament o en codicil, a més de pels mitjans que estableixen el contracte corresponent o la legislació específica. La designació es pot modificar o revocar amb un altre testament o codicil o per qualsevol altre mitjà admès pel contracte o la llei».



LCS. El dit esquema s'aplica en general a tots els instruments d'estalvi i previsió aptes per a contenir una designació de beneficiari *post mortem*, ja sigui perquè constitueixen modalitats d'assegurança (art. 2 LCS)⁵ o perquè es recorre a l'analogia (art. 4 Codi civil espanyol [en endavant, CCE]).

L'assegurança de vida per cas de mort es configura dogmàticament i jurídica com un contracte a favor de tercer: una part (prenedor-estipulant) paga una o diverses primes a canvi que, en el moment de la seva mort, l'altra part (assegurador-prometent) pagui un capital o rendes al tercer (beneficiari) que el prenedor hagi designat.

Els articles 84-88 LCS s'ocupen de la **designació** i del **dret del beneficiari**.

2.1. La designació del beneficiari

La designació del beneficiari és una declaració de voluntat unilateral del prenedor, que aquest emet en exercici d'una facultat derivada del contracte. Per a la seva formació són irrellevants tant el consentiment de l'assegurador, com l'acceptació del subjecte designat. Admet diversos mitjans de formalització (art. 84.II LCS), essent la constància en la pròpia **pòlissa** del contracte (art. 8 LCS) la més habitual a la pràctica, si bé també es pot fer en una **declaració escrita posterior** comunicada a l'assegurador, i àdhuc en **testament**. En clau catalana i balear, a més, cal plantejar l'admissibilitat de la formalització en escriptura pública de pacte successori. En tal cas, la designació esdevindria, en principi, irrevocable (els pactes successoris no poden contenir disposicions de darrera voluntat), tot convertint en irrellevant qualsevol designació emesa amb posterioritat. Altrament, llevat de renúncia expressa i per escrit, la designació és revocable (art. 87.I LCS): el prenedor té la facultat vitalícia de canviar-la o suprimir-la. El tercer beneficiari és fungible fins a la mort del prenedor, i pot fins i tot no existir. Ho demostra la norma de tancament de l'art. 84.III LCS: «[S]i en el momento del fallecimiento del asegurado no hubiere beneficiario concretamente designado, ni reglas para su determinación, el capital formará parte del patrimonio del tomador». La inexistència de beneficiari no afecta la subsistència del contracte, però fa que, podent ser un contracte a favor de tercer, acabi essent —o convertint-se— en un negoci a favor d'un mateix. Es persegueix així que l'absència o ineficàcia de la designació no beneficiï l'assegurador, sinó que el capital vagi a parar al patrimoni de qui el va crear pagant les primes. En l'assegurança per cas de mort pròpia la conseqüència és que, a manca de designació eficaç, el capital s'integra en l'herència del prenedor.

5. Art 2 LCS: «Las distintas modalidades del contrato de seguro, en defecto de Ley que les sea aplicable, se registrarán por la presente Ley...».



2.2. El dret *post mortem* del beneficiari

D'acord amb la LCS, en morir l'assegurat, el beneficiari pot reclamar el seu dret a l'assegurador. Se sol descriure com el «**dret propi del beneficiari**» per tal d'emfatitzar que la posició jurídica d'aquest és independent i autònoma respecte del prenedor-assegurat (Tirado, 2010; Boldó, 1998; Vaquer i Domingo, 2024). Aquesta idea apareix amb nitidesa a l'art. 88.I LCS: «[L]a *prestación del asegurador deberá ser entregada al beneficiario, en cumplimiento del contrato aun contra las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del tomador del seguro. Unos y otros podrán, sin embargo, exigir al beneficiario el reembolso del importe de las primas abonadas por el contratante en fraude de sus derechos*».

Amb tot, com s'ha observat molt encertadament (Badosa, 2024), l'interès principal que protegeix l'art. 88.I LCS no és pas el del beneficiari, sinó el de l'assegurador en alliberar-se del seu deute amb el prenedor, «*aun contra las reclamaciones de los herederos legítimos y acreedores de cualquier clase*». I només després d'assolir aquest objectiu, l'art. 88 LCS s'ocupa de la relació subjacent (prenedor-beneficiari), a la qual tracta com una **donació** potencialment perjudicial per a creditors i legitimaris del prenedor. A aquests se'ls protegeix mitjançant el dret a «*exigir al beneficiario el reembolso del importe de las primas abonadas por el contratante*»; unes primes que no ha percebut el beneficiari, sinó l'assegurador, de manera que, en sentit estricte, aquell no pot pas «reemborsar». En realitat, el beneficiari és tractat com a «donatari» de les primes; no de la prestació, que sí que ha percebut, en forma de capital o de rendes. L'art. 88.I (2a part) té en compte, doncs, l'existència d'un desplaçament patrimonial del prenedor al beneficiari, realitzat per intermediació de l'assegurador. El prenedor celebra el contracte que crea el dret (art. 7 LCS), fa la provisió de fons mitjançant el pagament de les primes (art. 83 LCS) i, en darrera instància, destina al beneficiari el dret al capital (art. 84.I LCS). És en aquest sentit que el negoci subjacent podria qualificar-se de **donació indirecta**: en previsió de la pròpia mort, el prenedor-assegurat «dona», a través de l'assegurador, el producte del seu estalvi/inversió al beneficiari. Ara bé, quant a la protecció dels «*herederos legítimos y acreedores de cualquier clase del tomador*», no s'ha de considerar el capital o rendes assegurades, sinó com a màxim el valor de les primes —com a mesura de l'empobriment del prenedor—, que aquests podran reclamar al beneficiari, cal presumir que amb el límit de la prestació que aquest hagi percebut.

2.3. L'aïllament de la posició del beneficiari respecte del prenedor

D'una banda, la configuració de l'assegurança sobre la vida per cas de mort pròpia com a contracte a favor de tercer explica el **caràcter extrahereditari del capital assegurat**: no s'integra en l'herència del causant-prenedor, sinó que el beneficiari



té dret a reclamar-lo directament a l'assegurador. De l'altra, el tracte privilegiat del dret del beneficiari, especialment respecte als creditors i legitimaris del prenedor, es justifica per les funcions de previsió i estalvi de la institució, que aconsellen obviar que, pel que fa a l'atribució *post mortem*, l'assegurador actua només com a intermediari. En efecte, al marge de les especificacions tècniques del contracte, trasllueix, com a raó de política jurídica, la voluntat d'incentivar operacions de previsió socialment útils. Es pretén fomentar la previsió i la planificació a llarg termini, en benefici no només de l'assegurat i la seva família, sinó de la societat en general. D'aquesta manera, a més, les companyies d'assegurances queden protegides contra possibles reclamacions de creditors, hereus o legitimaris del prenedor de l'assegurança. Se'ls garanteix, en altres paraules, que puguin fer un pagament àgil i eficaç al beneficiari, sense haver d'afrontar reclamacions o demandes que entorpeixin el procés de pagament.

Ara bé, la desvinculació del dret del beneficiari respecte a les normes que regeixen la successió del prenedor es va construir originàriament pensant en un model de contracte (l'assegurança de **previsió**) que difereix completament de la majoria dels productes d'**estalvi i inversió** que actualment comercialitzen les companyies asseguradores. En aquest sentit, la qualificació de certs instruments com a assegurances de vida ha generat incertesa i és un tema recurrent als tribunals⁶. Si no es consideren assegurances de vida, l'atribució lucrativa del capital o les primes invertides només pot efectuar-se mitjançant donacions o llegats, sense les prerrogatives que preveu la LCS. El dubte sobre la naturalesa jurídica s'ha suscitat principalment amb relació a les anomenades «assegurances de renda vitalícia», ja que sovint, malgrat la nomenclatura, són en realitat una pura operació de capitalització. En les assegurances de renda vitalícia, la companyia es compromet, normalment a canvi d'una prima única, al pagament d'una prestació de durada i import determinats, de manera que l'objectiu del prenedor no és cobrir un risc, sinó acumular capital, estalviar. En vida, aquest pot recuperar la prima íntegrament, i mentre no ho faci, té dret a rebre una pensió periòdica vitalícia. En canvi, quan mor, el dret al reemborsament del capital es transmet al beneficiari designat, en principi, d'acord amb les regles del la LCS i al marge de la successió.

6. Vid., v. gr., SAP Barcelona 31-1-2019 (JUR 2019, 48413): «... en puridad, los contratos suscritos por el Sr. Víctor escasos meses antes de su fallecimiento no se configuran como seguros de vida convencionales, en los que el tomador abona una prima periódica con la expectativa de que el beneficiario que designe reciba a su fallecimiento un capital determinado. En efecto, si se analiza detenidamente la descripción de las pólizas concertadas por el padre de los actores se obtiene la conclusión de que su naturaleza queda extramuros de los perfiles del típico Seguro de vida y se aproxima a un instrumento de inversión, ya que la aseguradora se obliga a satisfacer a la beneficiaria el importe de la prima única, es decir se aprecia una coincidencia entre la prima única y el capital que debe satisfacerse cuando sobrevenga el fallecimiento. En otros términos, el resultado final es que el capital que encarna la prima única encubre en la práctica una donación a favor de la beneficiaria, que coincide con la persona de la heredera, y ello determina la pertinencia de que aquel capital se incorpore al cómputo del caudal relicto».



3. Instruments d'estalvi i previsió i llegendítimes

El fet que el destí *post mortem* d'alguns béns es determini al marge del testament i de l'herència no hauria de deixar-los fora de l'abast dels creditors i/o legítimaris del causant. Ni els primers han de veure reduït el patrimoni responsable, ni els segons la base de càlcul i afectació. En matèria de llegendítima, correspon al dret de successions determinar si i com s'ha de computar i perseguir l'actiu objecte dels instruments d'estalvi i previsió. Això, evidentment, sempre que la normativa específica no ho impedeixi o matisi, en funció d'una opció de política jurídica que es consideri prevalent (cf. art. 88 LCS). En aquest sentit, es pot plantejar si les funcions de previsió i/o estalvi pròpies d'aquesta mena de productes justifiquen que, en alguns casos, s'exceptui la protecció legal atorgada als legítimaris (així, en els instruments de previsió social que comporten el pagament de primes ordinàries periòdiques)⁷ o si, per contra, en d'altres, aquesta protecció s'ha d'explicitar o reforçar (pensem en els productes d'estalvi-inversió més moderns, que poden implicar un desplaçament patrimonial extraordinari). Sigui com sigui, el tractament que cal donar als instruments d'estalvi i previsió amb designació de beneficiari en seu de llegendítima és un tema delicat que no s'ha atès satisfactòriament, ni legalment ni jurisprudencial, i que coexisteix amb el debat sobre la conveniència de mantenir, suprimir o continuar debilitant la pròpia institució de la llegendítima. Al meu entendre, en la mesura que no s'afectin els mandats imperatius de la LCS — particularment, l'art. 88—, correspon al dret de successions determinar qüestions com les següents, que aquí només puc deixar apuntades:⁸

– Si les primes o quantitats aportades pel prenedor han de ser tractades com a donació als efectes del còmput de la llegendítima. Dono per entès que el capital percebut pel beneficiari no és computable, atès el seu caràcter extrahereditari, que es concreta, com s'ha vist, en la previsió de l'art. 88 LCS. Però aquest tret no contesta necessàriament l'aplicació de les normes sobre computació legítimària en relació amb l'empobriment del causant que hagi comportat —encara que sigui indirectament, per mitjà de l'assegurador— l'enriquiment del beneficiari, sigui o no legítimari. Així, tot i la manca de normes expresses en aquest sentit, es pot defensar que les primes o quantitats aportades pel prenedor siguin computables pel càlcul de la llegendítima global, en la

7. Sembla decantar-se per aquesta opció, si bé reconeix que no es dedueix amb claredat de la jurisprudència, Serrano de Nicolás (2022). A França, el *Code des assurances* (1976) manté la solució clàssica, instaurada ja amb la Llei de 13 de juliol de 1930, «relative au contrat d'assurances», de computar les primes només si són «manifestament exagerades» en relació amb les possibilitats del causant. Art. L132-13: «Le capital ou la rente payables au décès du contractant à un bénéficiaire déterminé ne sont soumis ni aux règles du rapport à succession, ni à celles de la réduction pour atteinte à la réserve des héritiers du contractant.

Ces règles ne s'appliquent pas non plus aux sommes versées par le contractant à titre de primes, à moins que celles-ci n'aient été manifestement exagérées eu égard à ses facultés».

8. Per a un major desenvolupament, em remeto a Represa Polo, P. (2022); Barrón Arniches, P. (2022). Pel que fa, concretament, al Dret civil català, vegeu Vaquer Aloy, A., (2019); Tarabal Bosch, J (2022a).



mesura que redueixen el cabal hereditari i beneficien indirectament el beneficiari-donatari.

– En cas que el beneficiari sigui legitimari, si ha de (o pot) ser imputat a la seva llegítima individual el capital que hagi percebut o les primes o quantitats aportades pel prenedor.

4. És possible atreure les designacions de beneficiari cap al dret de successions —«civilitzar-les»— si no són negocis successoris?

En efecte, les designacions de beneficiari d'instruments d'estalvi i previsió no són negocis successoris. Però, igual com la institució d'hereu o el llegat en testament, són **negocis lucratiu en previsió de la mort de l'atribuent**, i es poden individualitzar normes comunes a aquesta mena de negocis, tot i que apareguin formulades només en el dret de successions.

Abans he definit la designació com un negoci jurídic unilateral que representa l'exercici d'una facultat derivada d'un contracte. Cal distingir els dos negocis: d'una banda, el contracte (l'instrument d'estalvi i previsió), com a mer vehicle o suport de l'atribució lucrativa —en crea l'objecte—; de l'altra, la designació, com a negoci adjunt, que opera efectivament l'atribució. És a aquesta darrera (a la designació) que s'ha de poder estendre l'aplicació de determinades regles de la successió testamentària, sobre la base dels trets que hi comparteix: unilateral, lucrativa, revocable, en previsió de la mort i d'eficàcia *post mortem*. En aquest sentit, he seleccionat les normes següents, dissenyades inicialment per a la successió testamentària, que proposo estendre a les designacions de beneficiari d'instruments d'estalvi i previsió:

- Normes que pretenen evitar o prevenir la captació de la voluntat del testador: inhabilitats i limitacions formals a l'hora d'afavorir *mortis causa* cuidadors (art. 752-755 CCE, 412-5 CCCat)
- Indignitat successòria (art. 756 CCE, 412-3 CCCat, 7 bis Compilació de Dret civil Balear [en endavant, CDCB])

Es tracta de normes que, en l'esquema del contracte a favor de tercer, s'ubicarien en la relació prenedor-beneficiari. Una relació que, en general, la LCS obvia, però que cal afirmar i reflat, ja que l'aplicació d'aquestes normes passa per reconsiderar el dogma de l'autonomia o independència del dret del beneficiari respecte del causant/prenedor, sense que això impliqui negar el caràcter extrahereditari de l'atribució.



5. Un cas pedagògic: la Sentència de l'Audiència Provincial de Madrid 28-3-2014

Abans d'analitzar les normes que acabo d'esmentar, crec que serà útil, per tal d'ubicar-nos, explicar la SAP Madrid 28-3-2014 (JUR 2014, 125383), que resol un cas prou il·lustratiu.

La contractant de diversos assegurances de vida atorga testament en el qual estableix el següent: «*Si a su fallecimiento aún no se hubiese decretado la separación judicial, deshereda expresamente a su esposo, al que priva de toda participación en su herencia por haber incumplido grave y reiteradamente los deberes conyugales*». El mateix dia, sol·licita una ordre de protecció que li va ser concedida contra el seu marit per la suposada comissió d'un delictes de lesions i amenaces. La testadora mor el 20 d'octubre de 2010, menys de dos mesos després d'haver atorgat el testament. En el clausulat d'una de les pòlisses, sota el rètol «*beneficiario*», hi constava el següent ordre de prelatió de beneficiaris a manca de designació expressa: «*Cónyuge no separado por resolución judicial; Hijos; Padres; Derechohabientes según la previsión establecida por la ley; Por carencia de todos ellos se integrará en el patrimonio del tomador*». Els fills, segons en l'ordre de prelatió, demanden al vidu i a l'asseguradora, que es nega a pagar-los si no és amb prèvia renúncia del vidu. El jutge d'instància resol a favor dels fills demandants, sobre la base de la voluntat expressa de la causant de desheretar el marit i considerar provada la separació judicial en el moment de la mort. Però el vidu recorre a l'Audiència, que li dona la raó. L'Audiència rebutja que hi hagués separació judicial i insisteix en la independència del dret del beneficiari d'assegurança de vida respecte de les normes que regeixen la successió del contractant. I conclou: «*el hecho de la desheredación no altera la condición de beneficiario del cónyuge de la fallecida en el seguro de vida, al no haberse alterado dicho beneficiario como sin duda pudo hacerse ni poder extenderse la desheredación más allá del ámbito hereditario, ni darse a la misma validez para alterar por vía de testamento la designación de beneficiario de las pólizas pues ello requeriría expresa mención en el testamento*».

Tot i que només puc especular, sembla clar que s'acaba beneficiant la persona equivocada. L'Audiència té raó en afirmar que la LCS consagra l'autonomia del dret del beneficiari respecte a la successió del contractant, i el desheretament serveix per a privar del dret a la llegítima el legitimari, no pas per a revocar designacions de beneficiaris d'instruments d'estalvi i previsió. Tanmateix, és altament improbable que la voluntat de la causant fos beneficiar amb l'assegurança de vida el marit desheretat, contra qui fins i tot havia obtingut una ordre de protecció. Sembla, més aviat, que en atorgar el testament no va tenir en compte les assegurances que tenia contractades. La testadora ni tan sols va considerar la possibilitat de revocar la designació i el notari tampoc no li



ho va suggerir. És comprensible que les companyies d'assegurances dissenyin els seus formularis tenint en compte els seus propis interessos (prevenir reclamacions, evitar problemes de prova i, sobretot, assegurar un pagament ben fet) i no necessàriament la voluntat dispositiva de la causant. Ara bé, sense negar que la companyia s'allibera si paga a qui consta com a beneficiari (art. 88 LCS i 1164 CC), cal apostar per eines que protegeixin la voluntat real del contractant i permetin als interessats reclamar contra l'injustament beneficiat. El dret de successions compta amb normes que es revelen òptimes per a fer-ho.⁹

6. Normes que pretenen evitar o prevenir la captació de voluntat del causant

Em refereixo a les normes d'incapacitat relativa o d'inhabilitat que sancionen amb la ineficàcia les atribucions successòries realitzades a favor de determinades persones: notaris i altres intervinents en l'acte d'atorgament de l'instrument successori,¹⁰ tutors, religiosos o —més modernament— centres residencials o assistencials o els seus empleats o responsables (art. 752-755 CC, 412-5 CCCat). Responen a la mateixa *ratio* —prevenir la captació de voluntat del testador— i es recullen en la mateixa seu les limitacions formals imposades a qui pretengui afavorir *mortis causa* persones cuidadores (art. 753. II CC, 412-5.2 CCCat).

La inhabilitat comporta la ineficàcia de l'atribució testamentària a favor de la persona inhàbil; la limitació formal es tradueix en l'exigència, com a requisit de validesa, de testament notarial obert o pacte successori. Són normes que complementen la protecció general de la voluntat testamentària, en considerar que els casos específics que recullen impliquen un

9. És clar que la sensibilitat del 2014 no és la mateixa que la del 2025. Sense anar més lluny, l'any 2015 la Llei de jurisdicció voluntària (LJV) va flexibilitzar la separació i el divorci, i va modificar els apartats 1, 2 i 3 de l'art. 756 CCE per a ampliar considerablement les causes d'indignitat successòria, tot incorporant, entre altres, supòsits relacionats amb la violència de gènere, tal com ja havien fet per primera vegada a Espanya els legisladors català i balear els anys 2008 i 2009, respectivament (vegeu GARCÍA RUBIO, M. P., 2016b). Tanmateix, fins i tot avui, l'aplicació rigorosa del principi d'independència del dret del beneficiari respecte del prenedor impediria reclamar al vidu beneficiari al·legant la seva indignitat successòria en relació amb la causant.

10. Tot i que, tal com matisa DÍAZ ALABART, S., 1978, «para el caso del Notario y los testigos, la razón principal de la prohibición, evidentemente no es la presunción de captación de voluntad, totalmente irreal en este supuesto, sino más bien evitar el peligro de que se pueda falsear el testamento, o al menos que no pueda siquiera pensarse que lo hubo, y mantener la intachabilidad del fedatario».



alt risc d'influència indeguda sobre el testador.^{11,12} Doncs bé, considero que no s'hauria de poder eludir l'aplicació d'aquestes normes mitjançant designacions de beneficiaris de productes d'estalvi i previsió, sia formalitzades en testament o contractualment (art. 84.I LCS).

Ja l'any 1954, en relació amb la designació de beneficiari d'una assegurança de vida, l'advocat Julio Martínez de la Fuente llençava retòricament la següent pregunta als notaris: «*Notarios: ¿autorizaríais un testamento en que el testador os hiciera atribución del beneficio del seguro? ¿Creeríais que el art. 754 CC estaba en salvo, puesto que lo allí prohibido es dejar al Notario todo o parte de la herencia, y el beneficio del seguro está fuera de la herencia, según la doctrina de la estipulación por tercero?*» (Martínez de la Fuente, 1954). En realitat, el cas del notari (art. 754 CCE) és el menys problemàtic, ja que la legislació notarial li impedeix autoritzar escriptures amb disposicions a favor seu (art. 22, 27.1 *Ley del Notariado*). Tampoc presenten problemes els casos del tutor i del curador representatiu (art. 753.I CCE), ja que tenen expressament prohibit rebre liberalitats del tutelat o de la persona amb discapacitat abans de l'aprovació definitiva de la seva gestió (art. 226.1r i 251.1r CCE, respectivament). En canvi, són més dubtosos els supòsits que impliquen religiosos (art. 752 CCE, 412-5.1.c CCCat), centres residencials o cuidadors (art. 753.II i III CCE, 412-5.1.d CCCat). Aquests últims, en particular, revesteixen avui un interès especial, ja que cada cop hi ha més persones grans que requereixen l'atenció d'un cuidador, sigui al propi domicili o en una residència. Val a dir que el segon i el tercer apartats de l'art. 753 CCE van ser afegits per la Llei 8/2021, de 2 de juny, «*por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica*»:

Será nula la disposición hecha por las personas que se encuentran internadas por razones de salud o asistencia, a favor de sus cuidadores que sean titulares, administradores o empleados del establecimiento público o privado en el que aquellas estuvieran internadas. También será nula la disposición realizada a favor de los citados establecimientos.

11. Respecte a la incapacitat relativa o inhabilitat, «... puede considerarse parte esencial de la solución dada por algunos ordenamientos, como el francés, el italiano o el español, para evitar las situaciones de influencia indebida o de captación de la voluntad del testador. En estos ordenamientos la solución ex post derivada de la posible anulación del testamento por vicios del consentimiento u otras figuras negociales es muy restringida y se completa con una solución ex ante que impide en todo caso la eficacia de la disposición a favor de determinadas personas que, a juicio del legislador, por su peculiar relación con el testador pueden influir en su voluntad de modo pernicioso. Estas personas son excluidas por ley de la sucesión voluntaria del causante, por lo que algunos se trata de verdaderas prohibiciones de suceder» (García, 2016a).

12. Pel que fa a l'exigència de testament notarial obert a l'hora d'afavorir persones cuidadores, «esta solución, combinada con la pericia del notario que autoriza el testamento, resulta la más eficiente. Si el notario se convence de la espontaneidad de la voluntad del testador y lo refleja convenientemente en el testamento, este difícilmente será declarado nulo si se impugna. Si, por el contrario, el notario llega al convencimiento de la captación, basta con que no autorice el testamento. En ambos casos se reducen los costos, porque la reiteración de una buena praxis notarial actuará como remedio preventivo tanto de demandas poco fundamentadas y respetuosas con la libertad de testar cuanto de cuidadores tentados de sugerir al causante» (Vaquer, 2015).



Las demás personas físicas que presten servicios de cuidado, asistenciales o de naturaleza análoga al causante, solo podrán ser favorecidas en la sucesión de este si es ordenada en testamento notarial abierto.

Més enllà del discutible encert de configurar algunes d'aquestes normes com a prohibicions que no admeten prova sobre quina era la veritable voluntat del testador —recordem un dels mantes de la Llei 8/2021: el respecte a la voluntat, els desitjos i les preferències de les persones amb discapacitat—, cal plantejar si la mateixa *ratio* —l'evitació de la captació de la voluntat— no hauria d'informar prohibicions o exigències formals equivalents pel que fa a les designacions de beneficiari d'instruments d'estalvi i previsió. Altrament, el problema de la captació de la voluntat s'hauria de resoldre mitjançant l'aplicació del règim general dels vicis del consentiment. Però, fins i tot així, hi ha dues característiques que aconsellen aplicar una disciplina més propera a la del testament que no pas a la del contracte. La primera és que, igual que la declaració de voluntat testamentària, la designació de beneficiari és una declaració de voluntat unilateral, sense contrapart el dret de la qual calgui protegir. És clar que l'entitat financera o asseguradora té interès en la designació —vol conèixer el destinatari del pagament i alliberar-se del deute—, però, en cas que es verifiqui el vici, s'anul·laria la designació i no pas el contracte, de manera que, actuant de bona fe, no s'hi veuria afectada (art. 88 LCS i 1164 CC). La segona característica és que, en el supòsit habitual, el prenedor pot revocar la designació mentre visqui (art. 87 LCS), de manera que la impugnació es produirà després de la seva mort, amb les dificultats probatòries que això comporta, en no poder comptar amb la declaració de la persona que ha patit el vici.

Al meu parer, per raons de coherència normativa, els sistemes que decideixen, com a opció de política legislativa, prevenir la captació de voluntat del causant mitjançant la inhabilitat successòria i requisits formals addicionals haurien d'aplicar aquestes mateixes mesures a qualsevol atribució lucrativa en previsió de la mort, incloses les designacions de beneficiari d'instruments d'estalvi i previsió.

7. Indignitat successòria¹³

La indignitat successòria és una sanció de dret privat que s'imposa a l'autor de determinades conductes que es consideren reprovables en relació amb el causant o la seva família (vegeu, per exemple, art. 412-3 CCCat, 7 bis CDCB). La sanció consisteix a privar l'indigne de qualsevol benefici en la successió del causant agreujat (art. 412-6

13. La indignitat successòria és una qüestió que ha estat objecte d'evolucions destacables en els darrers anys. Pel que fa al CCE, la reforma més recent va tenir lloc amb la Llei 8/2021, que bàsicament va adaptar l'àmbit de l'article 756 CCE (relatiu a les causes d'indignitat) a les noves institucions de suport (sobre aquesta qüestió, vegeu REPRESA POLO, M. P. (2021). La reforma més important, però, fou l'operada per la LJV, que va estendre de manera significativa els supòsits d'indignitat (vegeu *supra* nota 9).



CCCat). S'aplica tant a la successió voluntària com a la intestada, i també a la llegítima (vegeu, per exemple, art. 852 i 914 CC, 451-17.2.a CCCat). En tant que sanció «civil», és disponible pel causant, que pot perdonar l'indigne o reconciliar-s'hi (art. 757 CC, 412-4 CCCat). Es tracta, a més, d'una sanció personalíssima (art. 412-8.3 CCCat): no afecta els descendents de l'indigne, de manera que aquests podrien, per exemple, ser cridats a la intestada per dret de representació (art. 441-7.1 CCCat).

Juntament amb l'aspecte sancionador, la seva raó de ser sol estar relacionada amb la voluntat hipotètica del causant d'excloure l'indigne de la seva successió, i amb el rebuig moral a la possibilitat que l'autor d'un acte greu contra el *de cuius* pugui acabar convertint-se en successor. Sobre la base d'aquestes raons, sembla raonable pretendre la ineficàcia d'una designació de beneficiari, és a dir, sancionar amb la pèrdua del benefici *post mortem* qui hagi atemptat contra el disposant o la seva família, perquè cal suposar que aquest així ho hauria volgut, i perquè seria immoral que, a costa seva, aquell s'enriqueixi. Tanmateix, d'acord amb el dret vigent, en la majoria de supòsits s'ha de rebutjar que les normes sobre indignitat successòria siguin aplicables a les designacions de beneficiari regides per la LCS, per dues raons. La primera és que, en la mesura que la indignitat es configura com una sanció civil, les seves normes s'han d'interpretar restrictivament (art. 4.2 CC), la qual cosa impedeix estendre-les a supòsits que no la prevegin de manera expressa. La segona raó és que l'article 92 LCS ja preveu la «*muerte dolosa del asegurado, causada por el beneficiario*» com a supòsit d'exclusió del benefici. La *ratio* de la norma (sancionar / no beneficiar l'homicida) connecta amb la indignitat successòria, però el seu abast és molt més limitat, atès que els supòsits d'indignitat s'han anat ampliant: a més dels atemptats més greus contra la vida del causant, com podria ser la mort dolosa de l'art. 92 LCS, avui dia també inclouen delictes de lesions, contra la llibertat, de tortures, contra la integritat moral o contra la llibertat i indemnitat sexuals, i fins i tot incompliments de deures familiars (vegeu art. 756 CCE, 412-3 CCCat i 7 bis CDCB).

Per tot plegat defenso que, *de lege ferenda*, la indignitat superi l'àmbit dels mecanismes successoris clàssics i s'apliqui també a les designacions de beneficiari, a manera d'estatut general de les adquisicions lucratives *post mortem*, tant successòries com no successòries. A més, en contra de l'aplicació de la indignitat a les designacions de beneficiari d'instruments d'estalvi i previsió, no es pot al·legar que això dificultaria l'activitat del sector. La indignitat opera *ex post*, per impedir la consolidació de l'adquisició per part de l'indigne (art. 760-762 CC, 412-6 a 412-8 CCCat). El pagament de bona fe al beneficiari inclòs en una causa d'indignitat alliberaria l'entitat —«*aun contra las reclamaciones de herederos legítimos del tomador*» (art. 88 LCS)—, i les persones interessades tindrien acció contra l'indigne que hagués rebut la prestació.



8. Conclusions i recapitulació

Els volums de riquesa invertits en instruments d'estalvi i previsió que permeten designar beneficiaris en cas de defunció del contractant no han cessat d'augmentar en els darrers anys. Els dits instruments poden canalitzar atribucions lucratives *post mortem* al marge de l'herència i que no estan sotmeses a totes les normes que regeixen les successions. Actualment, la regulació bàsica de la designació i el dret del beneficiari continguda a la LCS s'aplica a instruments de previsió i estalvi molt variats, la qual cosa planteja la necessitat de reconsiderar la completa independència del dret del beneficiari respecte a les normes successòries. El legislador estatal d'assegurances hauria de recolzar-se en el dret de successions concretament aplicable per resoldre els problemes interpretatius que generen les designacions de beneficiari. Els drets successoris, per la seva banda, han d'integrar-les en el sistema: clarificar la seva incidència sobre les llegendes i tractar-los en coherència amb els mecanismes successoris clàssics. En aquest treball apostem per estendre a les designacions de beneficiari algunes normes inicialment formulades per a la successió tradicional. La indignitat i la inhabilitat successòries són regles generals de la *contemplatio mortis*. Per tant, no han de ser exclusives de la successió, sinó aplicar-se també als instruments d'estalvi i previsió, en tant que negocis *inter vivos* —*contemplatione mortis*—, que la incorporen.

Convé recordar i suggerir a la ciutadania la possibilitat de formalitzar les designacions de beneficiari o la seva revocació en testament (art. 84 LCS i 421-23 CCCat). Perquè, a diferència d'aquest, on la mort és essencial —com a element tipificador i pressupòsit de valor negocial—, en els instruments d'estalvi i previsió, la transmissió *post mortem* acostuma a aparèixer com un aspecte secundari o circumstancial. Abunden les designacions preestablertes que els particulars accepten per inèrcia, com a mètode de transmissió *post mortem ad hoc* que el contracte els proporciona, però sense estudiar els possibles escenaris als quals la seva aplicació pot donar lloc. Hem de progressar cap a una regulació coordinada de les designacions de beneficiari *post mortem* i els mecanismes successoris clàssics. Però, de moment, aprofitem que el testament continua sent el negoci de planificació successòria més estès i, a l'hora d'atorgar-lo, tinguem presents els productes d'estalvi i previsió que eventualment hàgim subscrit. Què hauria fet la testadora de la SAP Madrid 28-3-2014 si, quan va decidir fer testament, li haguessin plantejat la possibilitat de designar un nou beneficiari o revocar la prèvia designació de les assegurances de vida que tenia contractades?



Referències bibliogràfiques

Badosa, F. (2024). L'article 111-4. Codi Civil, Dret comú a Catalunya, Dret supletori, *Vint anys del Codi civil de Catalunya. Jornades del 16 i 17 de novembre de 2022*. Generalitat de Catalunya, Entitat Autònoma del Diari de Publicacions, Barcelona, pp. 283-360.

Barrón, P. (2022). Will substitutes y derechos sucesorios familiares, a J. Tarabal (dir.), *Previsión y transmisión intergeneracional del patrimonio al margen de la sucesión. Encaje jurídico (¿y consolidación?) de los will substitutes en España*, pp. 133-143. Marcial Pons, Madrid.

Boldó, C. (1998). *El beneficiario en el seguro de vida*. J. M. Bosch, Barcelona.

Díaz, S. (1978). Comentario al artículo 752 del Código Civil, a M. Albaladejo García i S. Díaz Alabart (dir.). *Comentarios al Código Civil y compilaciones forales*, Edersa, VLEX-231860.

García, M.P. (2016a). Comentario al artículo 752 del Código Civil, a A. Cañizares Laso, P. de Pablo Contreras, J. Orduña Moreno i R. Valpuesta Fernández (dir.) i P. de Pablo Contreras (coord.), *Código Civil comentado*, pp. 605-606, v. II, Aranzadi, 2a ed., Cizur Menor, 2016.

García, M.P. (2016b). Comentario al artículo 756 del Código Civil, a A. Cañizares Laso, P. de Pablo Contreras, J. Orduña Moreno i R. Valpuesta Fernández (dir.) i P. de Pablo Contreras (coord.), *Código Civil comentado*, pp. 717-731, v. II, Aranzadi, 2a ed., Cizur Menor.

Martínez de la Fuente, J. (1954). La atribución del beneficio del seguro de vida como materia de disposición testamentaria, *Anales de la Academia Matritense del Notariado*, t. VIII, Madrid, 1954, pp. 291.

Represa, M.P. (2021). Comentario al artículo 36 de la Ley 8/2021, a C. Guilarte Martín-Calero (dir.), *Comentarios a la Ley 8/2021 por la que se reforma la legislación civil y procesal en materia de discapacidad*, pp. 919-927, Aranzadi, Cizur Menor.

Represa, M.P. (2022). Los instrumentos de ahorro y previsión: su incidencia sobre la legítima. *Cuadernos de Derecho Privado*, 4, 80-108.

Serrano de Nicolás, A. (2022). Mecanismos de previsión (*will substitutes*), en su relación con aspectos de las donaciones, seguros y empresa familiar, a J. Tarabal Bosch (dir.),



Previsión y transmisión intergeneracional del patrimonio al margen de la sucesión. Encaje jurídico (¿y consolidación?) de los will substitutes en España. Marcial Pons, Madrid.

Tarabal, J. (2016). La transmissió *post mortem* de béns al marge de la successió. Una aproximació a la regulació nord-americana dels *will substitutes*, a R. Pratdesaba Ricart i E. Lauroba Lacasa (dir.), J. Tarabal Bosch i M. Moína Villamayor (ed.), *Derecho de sucesiones: actualidad práctica, legislativa y jurisprudencial*, pp. 175-192. Thomson Aranzadi, Cizur Menor.

Tarabal, J. (2018). Will-Substitutes in the U.S. and in Spain. *Iowa Law Review*, 103, 2293-2315.

Tarabal, J. (2022a). Encaix de les designacions de beneficiari d'instruments d'estalvi i previsió en el Dret català de successions, a F. Badosa Coll (dir.), E. Lauroba Lacasa i M. E. Ginebra Molins (coord.), *Estudis de Dret català. Llibre homenatge a Antoni Mirambell i Abancó*, pp. 721-742. Atelier, Barcelona.

Tarabal, J. (2022b). Los will substitutes. Estado de la cuestión en España, a J. Tarabal Bosch (dir.), *Previsión y transmisión intergeneracional del patrimonio al margen de la sucesión. Encaje jurídico (¿y consolidación?) de los will substitutes en España*, pp. 29-63. Marcial Pons, Madrid.

Tarabal, J. (2023). Hacia una regulación coordinada de los will substitutes y los mecanismos sucesorios clásicos, a Arrébola Blanco (coord.), *Retos el Derecho de Sucesiones en el Siglo XXI*, vol. 1, p. 275-326. Ed. Reus, Madrid.

Tirado, S. (2010). Artículo 84. El beneficiario», a F. Sánchez Calero (dir.), *Ley de Contrato de Seguro. Comentarios a la Ley 50/1980, de 8 de octubre, y a sus modificaciones*, Aranzadi, 4a ed., Cizur Menor.

Vaquer, A. (2015). La protección del testador vulnerable. *Anuario de Derecho Civil*, t. LXVIII, fasc. II, 327-368.

Vaquer, A. (2019). Perspectives de futur en l'àmbit del dret català de successions, a Institut de Dret Privat Europeu i Comparat (ed.), *Els Reglaments europeus i l'evolució del Dret català de contractes, família i successions*, pp. 410-419. Documenta Universitaria.

Vaquer, A. i Domingo, R. (2024). *El seguro de renta vitalicia y la herència*. Atelier, Barcelona, 2a ed.



Autor

JAUME TARABAL BOSCH

Professor agregat de Dret Civil de la Universitat de Barcelona des de 2019 i vicedegà de relacions institucionals i transferència de la Facultat de Dret UB des de 2023. Les seves principals línies d'investigació són el dret de garanties mobiliàries, el dret de successions i la mediació civil i mercantil, amb diverses publicacions d'impacte en cadascun dels àmbits. És vocal de la Secció d'Harmonització de la Comissió de Codificació de Catalunya, de la Secció de Dret Civil de l'Il·lustre Col·legi de l'Advocacia de Barcelona i de l'Associació Catalana d'Especialistes en Dret de Successions.





CONTRACTACIÓ DE CONSUM I GENT GRAN



Contractació de consum i gent gran

Lídia Arnau Raventós



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 515/532

Resum

El treball assaja una aproximació molt elemental a l'anomenat *dret de consum* i al seu fonament. El rerefons s'identifica amb les posicions negocials, *estructuralment asimètriques*, ocupades, respectivament, per qui actua professionalment i per qui, a la dita relació, intervé com a consumidor o amb un propòsit aliè a l'exercici de la seva activitat empresarial, ofici o professió. La qüestió afegida és si les mesures reequilibradores d'aquelles posicions han de ser quantitativament o qualitativament distintes en funció de com sigui aquella asimetria; en aquest sentit, la irrupció de la subcategoria legal de *consumidor vulnerable* obeeix a aquesta filosofia, tot i que sovinteja que no s'acompanyi de mesures que concretin i implementin la major o millor protecció que requereix el consumidor vulnerable. Plantejar-se si és aquesta la situació a l'ordenament balear, que qualifica com a consumidor vulnerable «les persones majors de 70 anys» (art. 2, lletra b Llei 7/2014), exigeix abans analitzar, ni que sigui a grans trets, quina és la competència legislativa desenvolupada pel legislador balear a l'hora de tipificar el supòsit; d'això en depèn la naturalesa de la norma aprovada i, de retruc, que la seva eficàcia es redueixi a l'àmbit de la regulació administrativa de l'activitat comercial o que el consumidor també se'n pugui valdre en les seves relacions amb el professional.

Resumen

El trabajo ensaya una aproximación muy elemental al llamado *derecho de consumo* y a su fundamento. El trasfondo se identifica con las posiciones negociales, *estructuralmente asimétricas*, ocupadas, respectivamente, por quien actúa profesionalmente y por quien, en dicha relación, interviene como consumidor o con un propósito ajeno al ejercicio de su actividad empresarial, oficio o profesión. La cuestión añadida es si las medidas reequilibradoras de aquellas posiciones deben ser cuantitativa o cualitativamente distintas en función de cómo sea la asimetría que se aprecia entre ellas; en este sentido, la irrupción de la categoría legal de *consumidor vulnerable* obedece a esta filosofía, a pesar de que es común que no se acompañe de medidas que concreten e implementen la mayor o mejor protección que requiere el consumidor vulnerable. Plantearse si esta es la situación en el ordenamiento balear, que califica como consumidor vulnerable «las personas mayores de 70 años» (art. 2, letra b Ley 7/2014), exige antes analizar, aunque sea someramente, qué competencia legislativa desarrolla el legislador balear al tipificar el supuesto; de ello depende la misma naturaleza de la norma promulgada y, de ahí, que su eficacia se reduzca al ámbito de la regulación administrativa de la actividad comercial o que el consumidor también pueda hacerla valer en sus relaciones con el profesional.



1. Plantejament: context i fil a seguir

Segons el discurs acadèmic tradicional, les normes en matèria de protecció de les persones consumidores tenen el seu origen, i la seva raó de ser, en les posicions asimètriques que ocupen, respectivament, el professional que contracta en el marc de la seva activitat professional o empresarial i aquell que, en canvi, contracta per a una finalitat no relacionada amb l'exercici del seu ofici o professió; en aquest context, sovintejarà que el primer sigui una persona especialitzada, amb coneixements amplis sobre el sector o sobre el producte que comercialitza i avesada a promocionar-ne la contractació; contràriament, és habitual que l'altre contractant, el consumidor, ni tan sols tingui la possibilitat real de negociar el contingut de condicions contractuals que se li ofereixen. D'aquí que, teòricament, les normes que conformen l'anomenat *dret de consum* tendeixen a «reequilibrar» aquelles posicions, fent de contrapès a la inferioritat ocupada pel consumidor. A aquests efectes reequilibradors, d'eines n'hi poden haver moltes; en concret, el dret de consum s'encarrila per mitjà de normes que tendeixen a protegir el consumidor més o millor del que ho fan les normes, diguem-ne, *generals* en el sentit que no preveuen ni es fan ressò d'aquella diferència estructural inherent a determinades relacions (així, les establertes entre professionals i consumidors) que es desenvolupen en el mercat.

Però per parlar de dret de consum i, en concret, a fi d'analitzar si les persones grans gaudeixen, o no, d'una millor o més àmplia o intensa protecció que la que reben altres consumidors, cal filar molt més prim. Tot plegat és complex i especialment tècnic. L'anàlisi cal fer-la a l'empara d'un ordenament en concret. En particular, si la qüestió es planteja en el marc de l'ordenament espanyol aleshores cal esbrinar primer qui té competència per a legislar en matèria de dret de consum i, si escau, quina és la naturalesa i abast possible d'aquesta legislació. Per altra banda, tampoc no es pot desconèixer que el fet que existeixi, en un determinat territori, una determinada legislació protectora en matèria de consum no implica necessàriament que la dita regulació s'apliqui en tot cas a tota relació de consum endegada per qui sigui consumidor en aquest territori; així, v. gr., si aquesta relació presenta punts de connexió amb altres ordenaments, caldrà primer esbrinar quin dret és l'aplicable al cas.

2. La competència legislativa en matèria de contractació amb consumidors a l'Estat espanyol: *embolica que fa fort!*

L'art. 51 de la Constitució Espanyola (en endavant, CE) proclama i presenta, com un «deure dels poders públics», la protecció de les persones consumidores. Aquesta imposició revesteix una forma, la de *deure públic*, que: per una banda, és poc més que programàtica (almenys en el sentit que la CE no preveu, encara que sigui mínimament,



què succeeix si el dit deure no es compleix o si es compleix deficientment); per altra, no implica que els poders públics, *qualsevol d'ells*, pugui entomar *com i quan vulgui* aquella protecció. La configuració de l'Estat espanyol com un estat plurilegislatiu implica que si aquella protecció es vol implementar per mitjà de normes jurídiques, aleshores, cal implementar-la respectant les regles constitucionals que distribueixen la competència legislativa entre l'Estat i els òrgans legislatius de les Comunitats Autònomes (en endavant, CA).

2.1. En concret, la competència legislativa en matèria civil i el dret de consum

A tot plegat s'hi afegeixen dues dificultats addicionals, que entorpeixen encara més la identificació d'aquell que pot legislar vàlidament (*rectius*: constitucionalment) en matèria de contractació amb persones consumidores. La primera és que el que es coneix, acadèmicament, com a *dret de consum* és un espai/sector/branca de l'ordenament jurídic de naturalesa *transversal*; aquesta transversalitat s'explica perquè es tracta d'un àmbit jurídic integrat tant per normes de *dret públic* (i, en concret, de naturalesa processal [o relatives a com s'encarrila judicialment una pretensió] o administrativa [o que tenen present les relacions entre l'Administració i el ciutadà —sigui consumidor, sigui professional o empresa—]) com per normes de *dret privat*, que són les que preveuen la relació establerta entre dues parts (en aquest cas, professional i consumidor) i les que atorguen, a una i/o a l'altra, pretensions a interposar i fer valer *entre elles*. La segona dificultat que s'anunciava és que la CE, a l'hora de distribuir la competència legislativa entre l'Estat i les CCAA i, sobre una determinada matèria, a l'hora d'atribuir-la a qui escaigui, sigui en exclusiva, sigui de forma compartida: primer, en cap cas utilitza l'expressió *dret de consum* o similar (si ho fes, s'aplanaria vistament la determinació del legislador competent); segon, a voltes es fixa només en la *naturalesa* de les normes que es poden dictar (prescindint de la seva pertinença o relació amb un sector o àmbit específic), a voltes només considera l'espai d'activitat o *econòmic* que es tracta de regular, ometent tota referència a la naturalesa de les normes que han d'integrar aquesta regulació (així, v. gr. els art. 149.6 i 149.8 CE són regles relatives, respectivament, a la competència legislativa en matèria *civil* i *mercantil* [que són dues ramificacions del dret privat] i l'art. 149.1.11 CE preveu, *tout court*, el sector bancari i assegurador).

Si, com succeeix en aquesta contribució, l'atenció se centra especialment en les normes que, formant part de l'anomenat dret de consum, són o presenten naturalesa privada (és a dir, en les que estableixen *allò a que té dret un consumidor i que, per tant, pot reclamar o fer valer davant del professional amb qui ha establert una relació de consum*), cal dir:

- Que segons va declarar el Tribunal Constitucional a la sentència 132/2019, de 13.11.2019, les relacions de consum són matèria *civil*, i no pas *mercantil*. Rebla



aquesta naturalesa el caràcter de dret privat *general* del dret civil i l'*especialitat* del dret mercantil, de tal manera que, a manca d'una norma que proclami la naturalesa mercantil (i, per tant, de dret privat especial) de les relacions que puguin establir-se entre aquell que contracta professionalment i qui ho fa com a consumidor, cal entendre que es tracta d'una matèria civil. Avui per avui, la qualificació legal com a mercantil d'aquestes relacions no existeix i, per tant, escau entendre-les com a civils.

- Que la conseqüència més immediata de la dita naturalesa és que les CCAA amb competència legislativa en matèria civil poden legislar en l'àmbit del dret de consum aprovant normes de tipus o caire civil (art. 149.1.8 i 147 i concordants CE); és a dir, aquestes CCAA poden encarrilar la protecció de les persones consumidores per mitjà de normes jurídic-privades. Altrament, la naturalesa mercantil de la matèria hauria barrat el pas a aquesta legitimació autonòmica ja que la competència legislativa en matèria mercantil és, sense fissures, competència estatal (art. 149.6 CE). Aquella competència, però, només es pot assumir i exercir en els termes constitucionalment previstos i permesos; termes que apel·len, primer, al que hom pot pretendre en exercir la competència assumida (exercici que cal adreçar a la «conservación, modificación y desarrollo ... de los derechos civiles» [art. 149.1.8 CE]) i, en segon terme, a l'abast de la matèria a regular, que no pot envair, sota risc d'inconstitucionalitat de la norma autonòmica que s'hi refereixi o que les entomi, les anomenades matèries reservades *en tot cas* a l'Estat; d'entre elles, cal fer especial esment a les «bases de las obligaciones contractuales». Tot i la seva rellevància constitucional, es tracta d'una expressió ni prou definida ni definitòria (vegeu novament, però, els esforços per a delimitar-la que fa el mateix TC a la STC 132/2019 i, per a un comentari, Asua, 2020), però que per poc que, com sovintaja que passa, s'intenti (indegudament!) identificar amb tot allò relatiu al dret de les obligacions i els contractes, s'erigeix en una amenaça d'inconstitucionalitat de qualsevol norma autonòmica en matèria contractual. A parer nostre, el principal argument per a negar aquella identificació és, justament, l'expressió constitucional: la matèria reservada no ho abasta *tot*, sinó, únicament, el que siguin les «bases» de les «obligaciones contractuales».

Encara en el marc de l'exercici de la competència legislativa en matèria civil, interessa afegir que només n'és una manifestació (i que, per tant, *no* es tracta pas d'una competència *distinta* de la legislativa en matèria civil) la incorporació al dret propi de les directives europees en matèria de protecció de persones consumidores que prevegin regles cridades a funcionar *interpartes*, és a dir, susceptibles de fer-se valer *entre* els vinculats per la relació de consum; així, qui té competència legislativa en matèria civil també pot entomar la legislació adreçada a transposar al dret intern la regulació europea. Finalment, cal fer esment, com a regla de tancament del sistema dissenyat per la CE, l'art. 149.3 CE, que proclama la subsidiarietat del dret estatal en cas de manca d'exercici autonòmic de la competència legislativa assumida. En l'àmbit



de la protecció de les persones consumidores, el principal (que no pas únic) text estatal cridat a implementar aquesta supletorietat, és el text refós de la Llei general per a la defensa de consumidors i usuaris (en endavant, TRLGDCU).

2.2. La defensa dels consumidors a les Illes Balears: entre el dret públic i el dret privat

Situats en el marc de l'ordenament balear, interessa destacar els art. 30.27 i 30.47 Llei orgànica 1/2007, de 28 de febrer, de reforma de l'Estatut d'Autonomia de les Illes Balears (en endavant, EAIB). El darrer, tot i rubricar-se genèricament «[D]efensa de los consumidores y de los usuarios», no enclou totes i les úniques competències assumides pel Parlament balear a través de les quals encarrilar, d'una manera o altra, la dita protecció; els termes del precepte deixen entreveure que es té present, sobretot, la regulació administrativa que hom pugui fer a fi d'implementar aquella defensa. Al costat, però, cal situar-hi l'art. 30.27 EAIB, que atribueix al Parlament balear competència legislativa en matèria civil; heus aquí, doncs, la legitimació per entomar aquella protecció també a través de normes de naturalesa civil. No obstant això últim, el legislador balear, a la Llei 7/2014, de 23 de juliol, de protecció de les persones consumidores i usuàries, expressament fonamenta la seva competència només a l'empara de l'art. 30.47 EAIB (vegeu «Exposició de motius», § 2n). Però, tot i la naturalesa pública que revesteixen moltes de les normes que s'enclouen en aquest text (v. gr., art. 13, 15 o, íntegrament, títol III Llei 7/2014), n'hi ha d'altres que presenten una indubtable naturalesa privada i que, per tant, impliquen exercici de la competència prevista a l'art. 30.27 EAIB. Serveixin uns quants exemples per avalar aquesta percepció. El primer és l'art. 14.5 Llei 7/2024, que legitima el consumidor a *exigir* el premi o regal que, segons se li ha comunicat, ha guanyat, sense que se li pugui reclamar cap contraprestació; el comentari afegit que permet aquesta regla és que, ben mirat, probablement a ningú (sigui o no consumidor) li és exigible cap prestació a canvi del premi o regal que ha obtingut o assolit, de manera que el precepte només *aparentment* protegeix *especialment* les persones consumidores. El segon exemple és l'art. 18.4 Llei 7/2024 que, més enllà d'establir que el període de validesa d'un pressupost és, llevat de pacte en contrari, de quinze dies naturals a comptar des que fou lliurat, permet deduir-ne entretant la seva irrevocabilitat o, en altres termes, s'hi proclama la irrellevància, de cara al consumidor, de la revocació feta pel professional abans de transcórrer el dit període. L'art. 18.5 Llei 7/2024 és un altre exponent de norma civil; la norma impedeix als professionals fer recaure sobre els consumidors els errors de càlcul comesos en l'elaboració d'un pressupost «llevat que sigui un error manifest i hi hagi mala fe per part del consumidor»; aquest darrer afegitó rebla, en fi, que la categoria de consumidor no permet desconèixer els límits que, amb caràcter general, modulen l'exercici dels drets; així, els drets s'han de fer valer, per part de *tothom*, de bona fe i, per tant, sense abusar-ne (i seria cometre abús intentar aprofitar-se de l'error evident patit pel professional); a la norma, tan important és la regla general



com l'excepció. En darrer lloc, mereix esment l'art. 6.1 i 2 Llei 7/2024, que recull el principi *favor consumatore* o principi de la interpretació més favorable al consumidor; la norma té un àmbit d'aplicació («tota publicitat, comunicació comercial, oferta, pràctica o clàusula que sigui aplicable a una relació de consum») que, sens dubte, legitima el consumidor a fer valer el dit principi en cas de dubtes o diferències a l'hora d'interpretar el contracte que el vincula amb el professional.

3. La determinació del dret aplicable a una relació de consum o sobre la facilitat (amb un clic!) de concloure contractes internacionals des de casa

L'art. 1.1 Llei 7/2014 proclama una veritat que, segons com es miri, només ho és a *mitges*. S'hi implementa un criteri d'aplicació de la norma exclusivament territorial («[A]questa llei té per objecte garantir la protecció dels drets i els interessos legítims dels consumidors ... *en el territori* de les Illes Balears» [la cursiva és nostra]). Però passa que hi ha o hi pot haver un (gran) pas entre el dret propi aprovat i vigent en un determinat territori (*v. gr.*, el dret civil balear) i el dret aplicable a una determinada relació, per molt que s'atorgui, estableixi i/o desenvolupi en el dit territori. La determinació del dret aplicable, en aquells casos en què la relació establerta presenta punts de connexió amb diferents ordenaments, demana abans passar per les normes de conflicte corresponents a fi d'escatir a quin ordenament està sotmès el contracte atorgat. En concret:

- Si aquella connexió és internacional, escau aplicar el Reglament 593/2008, del Parlament europeu i del Consell, de 17 de juny de 2008, sobre la llei aplicable a les obligacions contractuals (Reglament Roma I). Al marge dels punts de connexió generals (que menen cap a la llei escollida pels contractants o, en defecte de pacte, a la llei del país de la residència del venedor o prestador del servei [vegeu art. 3 i 4 RRI]), l'art. 6 RRI estableix una regla especial per al cas de contracte atorgat per persona consumidora. El seu comentari demana considerar: primer, el concepte de consumidor que s'hi preveu (que només és la persona física que contracta amb un professional i que ho fa amb un propòsit aliè a l'exercici del seu propi ofici o professió); segon, com s'hi determina, de manera *condicionada*, la llei aplicable al contracte (que és la llei del país de la residència habitual del consumidor); tercer, les condicions de les quals depèn la dita determinació (i que són o bé que el professional desenvolupi en el dit país la seva activitat professional o empresarial, o bé que *adreci, de qualsevol altra manera*, cap aquest país les seves activitats [sense que sigui suficient, a aquests efectes, comercialitzar els seus productes des d'una pàgina web accessible des del territori de la residència habitual del consumidor; vegeu, en aquest sentit, sentència del Tribunal de Justícia de la Unió Europea —en endavant, STJUE—,



7.12.2010, assumptes C-585/08 i C-144/09, *Peter Pammer*)); quart, per al cas que el país de residència del consumidor sigui un estat plurilegislatiu, la consideració *com a país*, a efectes de determinació de la llei aplicable, de les distintes *unitats territorials* amb dret propi; en darrer terme, el respecte, en tot cas, al pacte d'elecció d'una llei distinta a la indicada per l'art. 6 RRI, però sense que el dit pacte impedeixi l'aplicació al contracte de les regles imperatives del país de residència del consumidor.

- Si la connexió és interna, la norma de conflicte aplicable és l'art. 10.5 Codi Civil espanyol (en endavant, CCE), que prescindeix de la presència d'un contractant consumidor. Sí que, en canvi, l'art. 29 Llei 34/2002, d'11 de juliol, de serveis de la societat de la informació, preveu expressament el cas de contracte atorgat electrònicament per un consumidor. I ho fa als efectes d'establir que el *lloc* d'atorgament del contracte és el lloc de la residència habitual del dit contractant; aquesta equiparació legal permet, al seu torn, integrar el darrer punt de connexió general de l'art. 10.5 CCE, que regeix: primer, sempre que no escaigui aplicar els punts de connexió especials (vegeu apartat 2 art. 10.5 CCE pel que fa als contractes relatius a béns immobles i als de compravenda de béns mobles en establiments mercantils); segon, sempre que la resta de punts de connexió generals (existència d'un pacte d'elecció de la llei aplicable, veïnatge civil comú o residència habitual comuna) no hagin permès determinar amb èxit l'ordenament aplicable.

4. Qui és legalment un consumidor? La gent gran i els consumidors vulnerables: un *flatus vocis*?

El dret balear defineix la persona consumidora a l'art. 2, lletra a Llei 7/2014. A l'hora d'analitzar els termes que s'hi empren, no es pot passar per alt ni que es tracta d'una definició, *legalment* i *teòricament*, amb un àmbit d'aplicació restringit (només «[A] ls efectes d'aquesta llei»), ni que, a fi de mantenir un dret balear *conforme al dret europeu*, la dita definició hauria de protegir a tots els qui mereixen la condició de consumidor a l'ordenament europeu pel que fa, almenys, a les matèries abastades pel dret de la UE i que, internament, també es prevegin o regulin a la Llei 7/2014; altrament, s'estaria protegint *menys* del que exigeix aquell ordenament i, en conseqüència, mantenint un dret no conforme a l'europeu. La dificultat rau en el fet que *no* hi ha una única definició europea de consumidor per bé que les distintes definicions establertes, *ad hoc*, a les distintes directives i reglaments europeus (vegeu, *v. gr.*, *supra* art. 6 RRI i, entre molts altres, art. 2.1 Directiva 2011/83, de 8 d'octubre, de drets dels consumidors) és el mateix. Per altra banda, a l'hora de delimitar aquest concepte europeu (que actua, insistim, com a llindar mínim de protecció) hom no pot prescindir de la jurisprudència del Tribunal de Justícia de la Unió Europea, al voltant de la qual s'ha generat una casuística que, internament, també és òptima a fi de



promoure i encarrilar interpretacions internes del dret nacional o propi conformes al dret europeu.

4.1. El consumidor a la Llei 7/2014

El dret balear proporciona una definició de consumidor que enclou «les persones físiques o jurídiques que actuïn amb un propòsit aliè a la seva activitat comercial, empresa, ofici o professió. En el cas de contractes amb doble finalitat, relacionada només en part amb l'activitat comercial de la persona física o jurídica i sempre que aquesta finalitat sigui tan limitada que no predomini en el context general del contracte, aquesta persona també té la condició de consumidor». El precepte suggereix els comentaris següents:

- El primer passa per a destacar-ne la *insuficiència*, en el sentit que, per parlar de consumidor, no n'hi ha prou a fixar-se *només* en aquell de qui es valora aquest caràcter sinó que, a més, cal tenir en compte *amb qui* interactua en el mercat. Només si *l'altra part* és un professional té sentit atribuir, eventualment, aquella condició de consumidor. I, això, al marge d'exigir-se, també, que entre ambdues parts s'estableixi una relació (que serà, al seu torn, de consum [dita així, senzillament, perquè hi intervé un consumidor]). Es tracta, en definitiva, d'aquells elements (contractant professional i relació de consum) que conformen el rerefons justificador de tota la protecció (especial o afegida) dispensada a qui es qualifica com a consumidor. En aquest sentit, l'art. 2, lletra c Llei 7/2014 defineix «[E]mpresari o empresa» mentre que entoma la definició de «[R]elació de consum» en els termes que s'han dit. Si de cas, a propòsit de l'art. 2, lletra c Llei 7/2014 es podria fer notar: primer, que enclou tant les persones privades com les públiques (en referència a les empreses públiques prestadores de serveis en el mercat); segon, que també atribueix la condició d'empresari (prescindint de la professionalitat de la seva actuació) a qui actua «en nom» o «seguint les instruccions» d'algú altre que sí que encaixa plenament en la categoria d'empresari (entès com qui «actua amb un propòsit relacionat amb la seva activitat empresarial, ofici o professió»). Quant a la categoria de *relació de consum*, és tant genèrica com indeterminada; així, tot i que el qualificatiu «jurídica» (art. 2, lletra e Llei 7/2014) pretén reservar la categoria a *determinades* relacions (i, per tant, fa vistent que no tota relació que teòricament pugui establir-se entre un professional i un consumidor ha de ser, *necessàriament*, una relació de consum), la qüestió pendent és determinar *en quin moment* aquella interacció esdevé jurídica (així: n'hi ha prou amb demanar informació sobre un determinat producte?; quin fet o fets permeten parlar, ja, de negociacions, fase prèvia o tractes preliminars?). Sigui com sigui, el que és clar és que *si no hi ha cap tipus de relació*, tampoc no hi pot haver *consumidor* (i d'aquí que, *v. gr.*, no mereixi aquesta condició aquell que gaudeix realment, i fins i tot paga, els subministaments contractats a nom d'algú altre, que és el titular del servei i, de retruc, qui sí que pot arribar a merèixer la condició de consumidor).



- El segon comentari es fixa en l'abast de l'àmbit subjectiu de la definició; s'hi esmenten tant les persones físiques com les jurídiques. Que aquestes últimes no siguin consumidores a ulls del dret europeu no implica que el dret intern sigui, en aquest punt, no conforme; el que vol dir és, només, que el legislador intern ha optat per considerar consumidor, a més de qui ho és o pot ser d'acord amb l'ordenament europeu (és a dir, les persones físiques), altres entitats o categories de persones situades *al marge* de la definició europea i, per tant, en un espai en el qual el legislador intern pot actuar com vulgui, àdhuc fent-hi arribar la categoria legal interna i pròpia de consumidor. Per altra banda, que el dret balear no mencioni, a la definició de l'art. 2, lletra a Llei 7/2014, les entitats sense personalitat jurídica (*v. gr.*, una herència jacent, una comunitat de béns o la comunitat resultant d'una propietat horitzontal, entre altres) no exclou que, a les dites entitats, també se'ls pugui aplicar, per analogia, la categoria de consumidor i la protecció que en segueix (*confr.* art. 3 TRLGDCU). Altres aplicacions analògiques poden resultar més complexes (així, *v. gr.*, als efectes de fer arribar a petits empresaris la protecció dispensada als consumidors [vegeu, com a exemple, art. 111-1.2 Llei 22/2010, de 10 de juliol, del Codi de consum de Catalunya, pel qual en cas de contractació de serveis bàsics i de tracte continuat, els treballadors autònoms i les microempreses poden fer valer, a favor seu, les normes previstes al Codi de consum]).
- La categoria de consumidor depèn del propòsit de la relació que s'estableix, que ha de ser «aliè» al desenvolupament de la pròpia activitat professional, ofici o professió. Per tant, si l'element tipificador és aquell *propòsit* o finalitat, aleshores resulten irrelevants, a aquests mateixos efectes, tant els coneixements especialitzats o experiència que pugui arribar a tenir aquell que contracta amb un professional (per molt que això vulgui dir que no hi ha *asimetria estructural* que calgui reequilibrar; vegeu STJUE, 3.9.2015, assumpte C-110/14, *Costea*), com el destí dels béns o serveis que, si és el cas, s'acabin contractant. De fet, la categoria de consumidor és plenament compatible (i no pot deixar de ser-ho sota risc, en cas d'incompatibilitat, de deixar de protegir tant com mana el dret europeu) amb el propòsit de reintroduir el producte al mercat i de fer-ho, a més, amb ànim de lucre; la clau, es vol insistir, és que la dita contractació no obeeixi a un exercici professional o empresarial. Per altra banda, que aquell propòsit sigui *aliè* permet concloure que no mereix la condició de consumidor qui contracta amb un propòsit que, tot i que allunyat del nucli dur o objecte principal de l'activitat professional, hi està relacionat d'alguna altra manera (com si, *v. gr.*, un advocat compra el mobiliari per al seu nou despatx o un fuster adquireix un ordinador per portar la comptabilitat del seu negoci); en aquests casos, no hi ha el propòsit aliè que exigeix l'art. 2, lletra a Llei 7/2014 perquè hi ha finalitat professional. Aquell propòsit s'ha de valorar en el moment d'establir-se la relació, de manera que no és consumidor qui contracta amb un propòsit professional d'execució futura (STJUE, 14.9.2019, assumpte C-630/17, *Milivojevic*), ni qui acaba



aplicant a una finalitat no professional allò que va contractar, en canvi, amb un propòsit vinculat a l'exercici empresarial o ofici.

L'art. 2, lletra a Llei 7/2014 es fa ressò dels supòsits de contractació amb doble finalitat o finalitat mixta. Els termes del precepte pràcticament reproduïen allò que el TJUE va establir a la sentència de 20.1.2005, assumpte C-464/01, *Gruber* (i que després ha reiterat a altres [vegeu, v. gr., STJUE de 25.1.2018, assumpte C-498/16, *Schrems*]); a manca de normes europees que expressament prevegin el cas, en aquestes resolucions s'hi deia que la finalitat professional no sempre impedeix qualificar el contractant com a consumidor; en concret, en els supòsits d'actuació amb propòsit mixt, la dita condició pot i cal mantenir-se sempre que la intenció professional «sigui tan limitada que no predomini en el context general del contracte», tal com estableix també la norma balear. Ben mirat, però, l'expressió és confusa. Literalment, les circumstàncies de les quals depèn aquella qualificació són dues. La primera és que la finalitat professional sigui «tan limitada» (la cursiva és nostra); aquesta limitació, així expressada, cal entendre-la en el sentit d'insignificant, marginal, residual... (vegeu, fent ús d'aquesta interpretació restrictiva, STJUE *Gruber*). La segona circumstància és que el dit propòsit «no predomini» en el context global de l'operació. Però noti's que no cal aquella marginalitat a fi de complir amb el requisit del no-predomini, de manera que n'hi ha prou, senzillament, amb un ús o propòsit *principalment* no professional (vegeu, v. gr., art. 621-2.2 Codi civil de Catalunya, que qualifica com a compravenda de consum aquella en la qual el comprador contracta amb un propòsit principalment aliè a l'exercici de la seva activitat empresarial, ofici o professió). Sigui com sigui, es pot concloure: primer, que el mimetisme entre l'expressió legal i la jurisprudència europea porta a entendre que l'art. 2, lletra a Llei 7/2014 mana considerar consumidor a qui contracta amb doble finalitat sempre que el propòsit professional sigui mínim; segon, que una interpretació més generosa o àmplia (en el sentit d'entendre, v. gr., que la qualificació de consumidor també la mereix qui contracta principalment, encara que no sigui *aclaparadorament*, amb una finalitat no professional) no comportaria cap risc en termes de conformitat del dret balear a l'europeu ja que, com s'ha dit, el legislador intern és lliure a l'hora que eixamplar internament el concepte legal de consumidor i fer-lo arribar a subjectes que no són consumidors segons el dret europeu.

4.2. El consumidor vulnerable: entre altres, «les persones majors de 70 anys»

L'art.2, lletra b Llei 7/2017 defineix el consumidor vulnerable com «el que, per la concurrència de determinades característiques, està especialment indefens o desvalgut en les relacions de consum». Entre altres, el precepte qualifica com a consumidors vulnerables, «[E]n particular, ... les persones majors de 70 anys i qualsevol altre consumidor en situació d'inferioritat o indefensió». El reguitzell que consumidors que, en particular, es consideren vulnerables permet concloure, d'entrada, que es tracta



d'una subcategoria o subgrup predicable només del consumidor *persona física*. Cal observar:

- La categoria s'embolcalla d'incertesa; en concret: què cal per trobar-se *especialment* indefens o desvalgut?; o basta una (qualsevol) «situació d'inferioritat o indefensió» (art. 2, lletra b Llei 7/2014)?; els qui es qualifiquen *en particular* de «consumidors vulnerables» vol dir que ho són *sempre*? Tal vegada que la categoria de consumidor, *tout court*, ja pressuposa una situació, teòrica i estructural, d'inferioritat en el marc de les relacions de consum, sembla que l'afegit «vulnerable» vol reflectir, d'alguna manera, que la dita inferioritat és *més* punyent o intensa. Si això és així, aleshores la clau de volta potser cal cercar-la en la posició idealment ocupada per qui és, sense més, consumidor; comparativament, el consumidor vulnerable és qui es troba en una situació *encara més inferior* i, d'aquí, que probablement no pugui exercir o fer valer els seus drets *com*, en canvi, pot servir-se'n *qualsevol altre consumidor*. Hi ha ordenaments que probablement traslladen aquestes idees d'una manera molt més explícita del que ho fa el legislador balear; en aquest sentit, *v. gr.*, a l'art. 3, II, al final, TRLGDCU, trasllueix la *desigualtat* apreciable entre el consumidor, *sense més*, i el *vulnerable* (Del Àguila, 2022).

Sigui com sigui, el legislador balear generalitza la categoria; ho fa per la via d'oferir-ne una definició general. Quant a la seva conformitat amb el dret europeu, cal insistir novament en la manca o inexistència, en aquest ordenament, de definicions generals i en l'opció recurrent a definicions autolimitades al text concret que les conté. Tot i així, a propòsit del consumidor vulnerable, funciona pràcticament com a referent l'art. 5 Directiva 2005/29/CE, d'11 de maig, relativa a les pràctiques comercials deslleials de les empreses en les seves relacions amb els consumidors. En aquest text, la *deslleialtat* d'una *pràctica comercial* exigeix, entre altres requisits, que distorsioni o pugui distorsionar el comportament del *consumidor mitjà*, categoria que la Directiva 2005/29 no defineix però que el TJUE ha equiparat amb el consumidor «normalmente informado y razonablemente atento y perspicaz» (vegeu, entre altres, STJUE 11.9.2019, assumpte C-143/18, *Romano*); doncs bé, les pràctiques comercials que s'adrecin «a un grupo claramente identificable de consumidores especialmente vulnerables a dichas prácticas ... por su edad o su credulidad, deberán evaluarse desde la perspectiva del miembro medio de ese grupo» (art. 5.3 Directiva 2005/29; la cursiva és nostra). La disposició, que permet distingir entre les categories de *consumidor*, *consumidor mitjà*, *consumidor vulnerable* i *consumidor mitjà vulnerable* (Cámara, 2024), té present la major o més fàcil *afectació* que, arran d'una pràctica comercial, poden patir uns determinats consumidors respecte de la resta, en el benentès que la dita influència cal que es projecti, de manera *substancial*, sobre el comportament econòmic del dit grup (és a dir, que alteri o pugui alterar la voluntat negocial dels seus membres a l'hora de decidir si contractar o no, si contractar amb



unes o altres condicions o si exercir o no els seus drets com a consumidors [arg. art. 2, lletra *k* i 5.2, lletra *b* Directiva 2005/29]). La referència, en particular, a l'edat enclou tant els menors d'edat com les persones d'edat avançada. A la norma, l'especial protecció que es dispensa al consumidor vulnerable no és de caire individual, ni es concreta en l'atribució al grup d'un major ventall de remeis o mecanismes de reacció davant la pràctica deslleial o en una major facilitat per a activar-los; aquella protecció es situa en una fase molt més prèvia i s'implementa a l'hora de *titllar* una determinada pràctica comercial com a deslleial; és el comportament del consumidor vulnerable mitjà el que caldrà tenir en compte a fi de valorar si la pràctica comercial és susceptible d'alterar-lo indegudament o distorsionar-lo (vegeu, anticipant aquesta idea, Atesos 18è i 19è Directiva 2005/29).

- L'art. 5.3 Directiva 2005/29 funciona com s'acaba de dir; el rellevant és, en qualsevol cas, que la norma té present el consumidor vulnerable i, d'una manera o altra, reacciona a favor seu (en concret, alterant el comportament *mòdul*). En altres ocasions o situacions, succeeix que l'ordenament, tot i reconèixer també la categoria, no concreta en quins termes s'altera o intensifica el règim general de protecció si qui participa en la relació de consum és un consumidor vulnerable (Marín, 2021). A la Llei 7/2014, l'art. 8.2 es limita a identificar com a «[S]ituacions de protecció especial» aquelles que «afecten els consumidors vulnerables» i a proclamar, novament en forma de *deure públic*, el de «vetllar», entre altres, per «d) Les necessitats específiques de les persones majors de 70 anys». Sigui com sigui, la norma és vistentment insuficient per a formular pretensions privades. Tampoc no té aquesta projecció l'art. 15 Llei 7/2014 («[P]rotecció del consumidor vulnerable en les ofertes contractuals»); només s'hi recull, novament, un deure públic de vetlla. Res més.

Una norma de projecció privada és, en canvi, l'art. 72, II TRLGDCU. A propòsit de l'exercici de la facultat de desistir, la norma imposa al consumidor la càrrega de provar que s'ha desistit en temps i forma; es tracta, de fet, d'una regla que coincideix amb la norma general en matèria de la càrrega de la prova (vegeu art. 217 Llei d'enjudiciament civil). Ara bé, amb una dicció millorable, el precepte sembla *relaxar* aquella càrrega en cas de consumidor vulnerable; aleshores, n'hi haurà prou amb «una afirmación de parte en plazo»; *sembla* que el precepte considera suficient, a fi d'acreditar l'exercici eficaç de la facultat de desistir, una manifestació del consumidor declarant haver-ho fet bé. El precepte planteja una qüestió que enllaça amb una de les que ja han estat tractades i que es pot reproduir en molts altres contextos: en aquells casos en els quals el dret aplicable a la relació de consum sigui el dret balear però en els quals, per supletorietat, convingui aplicar una norma estatal que, com l'art. 72, II TRLGDCU, enclou una regla especial que obeeix a la presència d'un consumidor vulnerable, què caldrà entendre per aquesta darrera categoria: cal recórrer a la definició de l'art. 2, lletra *b* Llei 7/2014 (que expressament enclou les persones majors de 70 anys) o a la de l'art. 3 TRLGDCU?



Hom pot pensar, raonablement, que la categoria de consumidor vulnerable, al territori balear, no cal cercar-la en cap altre ordenament, ja que ja es tipifica al propi; però noti's que l'argument no pot prescindir de la defensa, novament, de la vessant civil o privada de l'art. 2, lletra *b* Llei 7/2014; i és imprescindible admetre que el precepte també pot jugar a l'àmbit de les relacions civils perquè, a l'exemple, el que es tracta d'integrar o interpretar és justament una norma, l'art. 72 TRLGDCU, cridada a produir efectes entre les parts.



Referències bibliogràfiques

Asúa, C. I. (2020). Conexión y bases de las obligaciones contractuales: a propósito de la STC 132/2019. *Derecho privado y Constitución*, 37, 235-272.

Cámara, S. (2024). ¿In medio virtus? A favor del canon jurisprudencial objetivo del "consumidor medio" para el control de transparencia de las cláusulas no negociadas. *Cuadernos de derecho transnacional*, 16 (2), 186-231.

Del Águila Martínez, J. (2022). Delimitación del concepto de consumidor a la luz de la jurisprudencia europea y española. *Actualidad civil*, 11, 1-19.

Marín, M. J. (2021). El concepto de consumidor vulnerable en el Texto Refundido de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios. *Revista CESCO de Derecho de consumo*, 37, 111-120.



Autora

LÍDIA ARNAU RAVENTÓS

Professora agregada de Dret Civil de la Universitat de Barcelona i membre del Projecte DER 2021-125857NB-I00. També forma part del Grup Consolidat SGR 00347 Grup de dret civil català (UB) i és membre de la Càtedra UB-ACdC, Estudis de consum i resolució alternativa de conflictes. Actualment, també és vocal de la Secció d'Obligacions i Contractes de la Comissió de Codificació de Catalunya i dirigeix la *Revista Catalana de Dret Privat*. Bona part dels seus treballs de recerca entomen qüestions relacionades amb la contractació amb persones consumidores, ja sigui en el marc del dret europeu, ja ho sigui en el del dret intern (estatal i, en particular, català). També desenvolupa part de la seva activitat docent en aquests àmbits.





Universitat
de les Illes Balears



Govern de les Illes Balears
Conselleria de Famílies, Benestar Social
i Atenció a la Dependència

Anuari de l'envelliment. Illes Balears **2025**



IMAS
Departament de
Benestar Social
Consell de Mallorca



Colònia
Fundació Guillem Cifre



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al
<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>
CSV: 8e7afe9bcbb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c Pàgina 531/532



Govern de les Illes Balears

DOCUMENT ELECTRÒNIC

CODI SEGUR DE VERIFICACIÓ

8e7afe9bcb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

ADREÇA DE VALIDACIÓ DEL DOCUMENT

<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

INFORMACIÓ DELS SIGNANTS

Signant

ARXIU ELECTRÒNIC DEL GOVERN DE LES ILLES BALEARS

COMUNITAT AUTÒNOMA DE LES ILLES BALEARS

Firma amb segell de temps: 19-02-2026 16:15:45 GMT+0100

METADADES ENI DEL DOCUMENT

Identificador: ES_A04003003_2026_5jesq5tnamtqvckgje11rlh7u1e5i

Nom del document: DOC_OPCIONAL-3.pdf

Versió NTI: <http://administracionelectronica.gob.es/ENI/XSD/v1.0/documento-e>

Tipus de document: Altres

Estat elaboració: Altres

Òrgan: A04003003

Data captura: 19-02-2026 14:17:00 GMT+0100

Origen: Ciutadà

Tipus de signatura: Pades

Pàgines: 532



Aquesta és una còpia autèntica imprimible d'un document electrònic. Podeu comprovar la seva validesa al següent enllaç:

<https://csv.caib.es/concsvfront/view.xhtml?hash=8e7afe9bcb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c>

CSV: 8e7afe9bcb1f0e768fcbd46df0a54506e24b8676265319f85d03cd80a741e1c

Pàgina 532/532