

Treball social sanitari en gent gran (primària i especialitzada)

Miryam Rodríguez Monter

PID_00206247

Índex

Introducció.....	5
1. Explosió demogràfica.....	7
2. La població envelleix: la realitat en xifres i les diferències de gènere.....	8
3. Accions específiques davant l'envelliment.....	10
4. L'envelliment com a escenari: definició del fenomen.....	12
5. La vellesa: un grup heterogeni.....	15
6. Envelliment actiu: benestar i qualitat de vida.....	17
7. Estereotips i vellesa: una visió esbiaixada de la realitat.....	20
8. Imatge social de l'envelliment.....	23
9. La vellesa: interdisciplinarietat per a l'estudi i abordatge pràctic.....	25
10. El treball social sanitari en la vellesa.....	27
11. Vellesa i família.....	30
12. Superació de barreres i comunicació afectiva.....	32
13. Qualitat i avaluació del treball social sanitari amb gent gran.....	33
14. Aspectes finals.....	35
Bibliografia.....	37

Introducció

A la meitat del segle XX comencem a prendre consciència que assistíem a un creixement de la població mundial, a un ritme i en unes dimensions sense precedents en la història. El 1969 la National Academy of Sciences (NAS) als Estats Units va presentar el primer informe procedent de la comunitat científica *Resources and Man (Els recursos i l'home)*, que alertava ja sobre la limitació dels recursos i l'anomenada **explosió demogràfica**.

Aquest concepte començava, juntament amb el procés d'urbanització, a copar els discursos en gairebé totes les disciplines: economia, demografia, medicina, sociologia, política, etc. Es tractava de posar en escena els canvis i les transformacions que s'esdevenien en les nostres societats, i que es materialitzaven, especialment, en un envelliment de la població.

Aquest envelliment, cada vegada més notable, representa un canvi substancial en el perfil de la nostra societat. La importància i els reptes que plantegen les persones de més edat en diferents àmbits de la vida (com veurem més endavant) és un desafiament per a totes les disciplines (les ciències socials, la medicina o la política). I és en aquest context on el treball social sanitari i els treballadors socials sanitaris no podem ni hem de mantenir-nos aliens o distants al que impliquen aquests canvis.

La societat en general sol utilitzar un llenguatge molt variat per a denominar el col·lectiu que ens ocupa: *persona d'edat*, *tercera edat*, *adult gran*, *ancià*, *vell*, etc. En qualsevol cas es tracta d'una terminologia que es troba al carrer, que no està consensuada i l'ús de la qual obeeix a visions socials molt estàtiques del que és la vellesa.

En general podem dir que tot el que està relacionat amb les persones grans sol suscitar poc interès, o almenys es tracta d'un mateix interès concret i poc ampli. La temàtica més utilitzada sol estar relacionada amb la salut (deterioració física, cognitiva, hàbits alimentosos, prevenció de malalties), amb la població (augment de l'esperança de vida, diferències d'envelliment segons el sexe) o amb la dependència (despesa social, especialització de recursos, Llei de dependència, cuidadors). La visió que es proporciona d'aquest grup de població és, si més no, esbiaixada.

La sensació és que la gent gran, part cada vegada més important de la població (i no solament per la rellevància numèrica), és poc protagonista dels continguts que li són propis. Bé és cert que en els últims anys hem anat veient com es destacava el paper de la gent gran en la cura dels néts (Badenas i López, 2010; 2011), o en el terreny del voluntariat (Montero i Bedmar, 2010; Vila, 2013). També assistim al paper crucial que molts representen per al manteni-

ment familiar en la nostra societat, ja que actualment a Espanya 4 de cada 10 persones grans (40,4% de la població) ajuden econòmicament algun familiar (UDP, 2012).

Però fins i tot davant aquesta imatge positiva, de reconeixement i lloança o valoració social, la gent gran no sol estar ben considerada i en canvi, sí estigmatitzada per prejudicis o imatges carregades d'estereotips, la qual cosa pot comportar sentiments de solitud, exclusió i abandó, que dificulten o compliquen aquesta etapa de la vida.

Goffman apuntava al fet que l'estigma és el procés pel qual les reaccions dels altres espatllen la **identitat normal** dels subjectes; les malalties mentals, les discapacitats físiques o l'edat són objecte d'estigma social en una gran varietat de contextos. L'estigmatitzat serà qualificat com una persona inferior o, com ens diria l'autor mateix, no serà considerat **enterament humà** (Goffman, 2006) o una persona plena i funcional.

En aquest sentit i per a vèncer aquestes barreres estereotipades, és necessari un acostament a la vellesa que exigeixi la comprensió i el coneixement necessari, tant del desenvolupament físic com psicosocial que acompanya el procés d'envelliment, i també l'enteniment de la pròpia individualitat dins d'aquest procés de canvi.

Com a treballadors socials sanitaris, com a professionals, com a ciutadans i com a futura gent gran, la imatge social de la vellesa i la interpretació que en fem determinarà en gran manera la valoració i la possibilitat d'inclusió d'aquest col·lectiu en una vida social activa, caracteritzada pel respecte de tots els seus drets i espais, i també per l'eliminació d'estereotips negatius.

En les pàgines següents treballarem els aspectes que resulten fonamentals per a poder abordar la vellesa en el sentit més ampli. Ens ocuparem de qüestions relacionades amb l'envelliment mateix, vist sempre des d'una perspectiva interdisciplinària, i també de conceptes vinculats a l'envelliment actiu, la família, els estereotips o la imatge social. El fil conductor d'aquest bloc és ajudar-nos a aprendre, a mostrar i a exercir el treball social sanitari amb gent gran, de la manera més integradora possible.

1. Explosió demogràfica

Abans d'abordar qualsevol altra qüestió, cal que ens prenguem un moment per destacar, breument, la importància que la denominada *explosió demogràfica* va representar, i també les conseqüències posteriors que va tenir.

Fins al començament del segle XVIII el creixement de la població s'havia anat produint de manera pausada, fins i tot a un ritme lent; aspectes com les epidèmies, la taxa de mortalitat (especialment la infantil) o la mala alimentació d'un elevat percentatge de la població, provocaven que l'edat mitjana de vida no sobrepassés els trenta anys. Aquest escenari ens dibuixava una població més o menys estable en què la natalitat, molt elevada, es contrarestava amb una mortalitat igualment alta.

Però entre la segona meitat del segle XVIII i el principi del XIX s'inicia la Revolució Industrial a la Gran Bretanya primer i a la resta d'Europa posteriorment, on els avenços tècnics, en els cultius especialment, permeten augmentar la producció agrícola de manera considerable. Les societats viuen un enorme conjunt de transformacions en totes les àrees: tecnològiques, culturals, socioeconòmiques, etc.

Tots aquests avenços tecnològics i científics del moment van permetre engegar serveis de salut i d'higiene, i també tècniques mèdiques, moltíssim més eficaces que les existents fins al moment, que van representar una enorme reculada de les malalties i epidèmies i per tant, una longevitat molt més perllongada.

A partir d'aquest moment, a la disminució de la mortalitat s'uneix l'increment en l'esperança de vida, la qual cosa provoca un augment mai vist en la població i que, en definitiva, ens situa davant la ja esmentada **explosió demogràfica**. Des de llavors, la preocupació principal de molts sectors (econòmics, mèdics, polítics, socials, demogràfics, etc.) ha estat com treballar i abordar, en tots els sentits, els problemes i les dificultats derivats d'aquest ràpid augment de la població i la seva esperança de vida.

2. La població envellaix: la realitat en xifres i les diferències de gènere

Envellir és un procés natural, universal, gradual i inexorable amb el qual podem estar més o menys familiaritzats, i el qual, igualment, podem acceptar en més o menys grau.

Quan Simone de Beauvoir afirmava que la vellesa no era un fet estadístic, sinó la prolongació i la conclusió d'un procés biològic (Beauvoir, 1983, pàg. 35), no s'aconseguia reflectir la veritable realitat de la qüestió; l'accentuat envelliment de la població s'ha convertit en una de les principals qüestions dins de les diverses agendes polítiques i socials. Metges, geriatres, economistes, psicòlegs, sociòlegs, demògrafs i, per descomptat, treballadors socials sanitaris, ens trobem enfront d'un grup de població nombrós el significat, protagonisme, demandes i necessitats del qual, requereixen tot el nostre esforç.

La realitat a la qual ens enfrontem els diferents professionals, i concretament els treballadors socials sanitaris, representa un repte de grans dimensions en les polítiques públiques, de salut, en els serveis social, en la Seguretat Social i, per descomptat, gairebé amb més importància, en les esferes personal i familiars de cadascun dels actors implicats en aquest procés.

El desenvolupament i la transformació econòmica ja esmentats, i també el procés i canvi social, han permès, juntament amb els avenços mèdics, desaccelerar el ritme de deterioració a causa de l'envelliment (Ander-Egg, 2010, pàg. 25). Òbviament, l'envelliment no és una cosa nova, però sí ho és el ritme, les dimensions i les conseqüències que presenta. Fins fa alguns anys era gairebé sorprenent que una persona arribés als noranta anys. Actualment saber que un individu compleix els cent anys és gairebé una notícia normal.

L'augment progressiu de les persones de la tercera edat es presenta en contraposició a la constant disminució de la natalitat; en aquest imparable i continuat procés, l'anomenat *envelliment femení* és predominantment majoritari en gairebé tots els països. Malgrat aquesta rellevància demogràfica de les dones grans, no s'ha traduït de moment en un interès de similars proporcions per conèixer-ne la realitat social. Les dimensions revolucionàries de les transformacions per mitjà dels moviments feministes han ocultat en gran manera la realitat de les **dones grans**, que no s'han beneficiat del canvi però sí que han estat probablement les generacions que ho han fet possible (Pérez Ortíz, 2005).

L'esperança de vida en néixer és actualment superior a vuitanta anys en trenta-tres països; fa solament cinc anys, havien arribat a aquesta fita únicament 19 països. Segons l'últim informe emès pel Fons de Població de Nacions Unides (UNFPA, 2012), el 1950 hi havia a tot el món 205 milions de persones de

seixanta anys o més. Cap a 2012, la quantitat de persones d'aquesta edat va arribar a gairebé 810 milions. Segons les projeccions, arribarem a 1.000 milions en menys de deu anys i duplicarem les xifres cap a 2050, situant-nos prop dels 2.000 milions.

Hi ha, a més, marcades diferències entre les diferents regions. Per exemple, el 2012, un 6% de la població d'Àfrica tenia 60 anys o més, en comparació del 10% de l'Amèrica Llatina i el Carib, l'11% a Àsia, el 15% a Oceania, el 19% a Amèrica del Nord i el 22% a Europa. Assistim, per tant, a una **Europa envellida**, que clarament haurà de focalitzar les polítiques i actuacions socials, econòmiques, sanitàries i assistencials sobre la base d'aquesta evolució demogràfica (Comissió Europea, 2010).

A escala mundial, tal com hem esmentat anteriorment, les dones constitueixen la majoria del grup de persones de més edat. Actualment per cada cent dones de seixanta anys o més hi ha solament vuitanta-quatre homes en aquest grup; i per cada cent dones de vuitanta anys o més, hi ha solament seixanta-un homes de la mateixa edat.

Els homes i les dones experimenten la vellesa de manera diferent; les relacions entre els gèneres estructuren tot el curs de la vida, i influeixen sobre l'accés als recursos i a les oportunitats futures. Això vol dir, com veurem més endavant, que en les polítiques i les actuacions socials esmentades anteriorment, implementar la **perspectiva de gènere** és un requisit imprescindible per a ajustar-se a les demandes i necessitats d'aquest ampli col·lectiu.

No obstant això, viure més anys no significa necessàriament viure amb una bona qualitat de vida, ja que la longevitat més elevada de les dones les fa més propícies a patir malalties cròniques associades amb la vellesa. Els homes, per la seva banda, particularment després de la jubilació, també poden passar a ser vulnerables a causa que afebleixen les xarxes de suport social i necessiten reestructurar el concepte del temps.

Podem resumir que la vulnerabilitat i fragilitat de la gent gran, homes i dones, pot derivar en situacions d'absència de drets, discriminació i fins i tot de rebot. En aquest sentit, com abordarem més tard, cal tenir en compte que una part de la societat manté els estereotips més negatius associats tradicionalment a la vellesa, i la consideren com un estigma que no vol ningú.

Una vida longeva ja no està en mans d'uns pocs privilegiats, sinó que és una possibilitat real per a la gran majoria de la població. Ara bé, arribats a aquest punt és important que ens detinguem a reflexionar sobre el que representa l'escenari que hem presentat: en quines condicions envellim?, com ens afecta?, quin paper tenen els familiars, els professionals, les institucions i les administracions en tot aquest procés?

Perspectiva de gènere

Entenem per perspectiva de gènere els marcs teòrics que haurien de ser adoptats per a una investigació, capacita-ció i desenvolupament de po-lítiques o programes, en els quals es recullin les diferents relacions de poder que es donen entre els gèneres, tenint en compte la seva construcció històrica i social.

3. Accions específiques davant l'envelliment

Tots els canvis demogràfics comporten l'aparició i la presència de noves necessitats i demandes, les quals no podem ni hem d'ignorar. La generació de persones de més edat no són un grup homogeni que en tinguin prou amb unes polítiques d'àmbit genèric. És important no estandarditzar aquest grup com una categoria única i reconèixer, en canvi, que es tracta d'una població la diversitat de la qual és tan gran com qualsevol.

En aquesta mateixa direcció (reconeixement de la diversitat), per a les Nacions Unides (UNFPA, 2012) hi ha sis accions prioritàries en el treball i desenvolupament de les quals cal centrar les actuacions, des de qualsevol àmbit, dirigides a les poblacions en procés d'envelliment:

1) Reconèixer que l'envelliment de la població és inevitable i que és necessari preparar adequadament tots els interessats directes i indirectes (governos, entitats, professionals, famílies i societat en general).

Això s'hauria de fer enfortint les capacitats, la comprensió i l'enteniment de tots els agents implicats, amb la finalitat d'adaptar les societats a un món en procés d'envelliment.

2) Assegurar que les persones grans puguin viure en condicions de dignitat i seguretat, gaudint de l'accés a serveis socials i de salut essencials i que puguin disposar d'un ingrés mínim mitjançant l'establiment de mesures de protecció social i altres inversions socials, que perllonguin la seva autonomia i independència, prevenint l'empobriment en la vellesa i contribuint a un envelliment en condicions adequades.

Aquestes accions s'han de basar en una visió a llarg termini i s'han de recolzar en un ferm compromís polític, assegurant-se de prevenir efectes negatius en temps de crisi o de canvis governamentals.

3) Ajudar les societats i les famílies a establir sistemes de suport que assegurin que les persones grans rebin l'atenció necessària, promovent un envelliment actiu i saludable.

4) Donar suport a esforços encaminats a efectuar investigacions comparatives sobre l'envelliment i assegurar que les dades i evidències, amb sensibilitat de gènere i qüestions socioculturals, estan disponibles per a basar-hi les diferents polítiques i intervencions.

5) Incorporar l'envelliment a totes les polítiques relacionades amb qüestions de gènere, i les qüestions de gènere en totes les polítiques sobre envelliment, prenent en compte les necessitats específiques de les dones i els homes.

6) Desenvolupar una nova cultura basada en els drets humans de les persones grans i promoure un canvi de mentalitat i d'actituds socials pel que fa a l'envelliment i els seus protagonistes.

Aquests no s'han de considerar mers receptors de mesures de benestar social, sinó membres actius que contribueixen a la societat. Per a això és necessari, entre altres coses, impulsar mesures i accions que contrarestin la discriminació per motius d'edat i reconeguin les persones grans com a subjectes autònoms.

És precisament en aquest escenari d'accions **prioritàries** que acabem d'enumerar on el treball social sanitari, i els seus professionals, han d'arribar a situar-se **més enllà** de ser mers **gestors o tramitadors** d'ajudes i recursos i convertir-se en un veritable motor de canvi.

4. L'envelliment com a escenari: definició del fenomen

Fins al moment no ens havíem detingut a definir el fenomen pròpiament dit sobre el qual estem focalitzant aquest treball. En parlar de gent gran, de tercera edat, de gent gran adulta o ancians, de què estem parlant en realitat? D'acord amb el que hem vist, d'una cosa tan senzillament natural i al mateix temps tan complexa com és l'envelliment.

Quan des de qualsevol disciplina intentem abordar un fenomen, el primer és poder establir una definició sobre el nostre objecte d'estudi i, en aquest sentit, el treball social com a disciplina rigorosa i científica, igual com el treball social sanitari no pot ser menys. Ara bé, no podem negar que definir què és l'envelliment no és una tasca senzilla i encara meyns consensuada. Certament la nostra feina, de manera fructífera i positiva, es mou entre la interdisciplinarietat i la importància de vincular el treballador social amb altres professionals, per la qual cosa si revisem la bibliografia sobre aquest tema ens podem trobar diferents definicions amb, això sí, coincidències comunes quant al contingut.

Per a l'Organització Mundial de la Salut (OMS) l'envelliment és:

“Un procés fisiològic que comença en la concepció i ocasiona canvis en les característiques de les espècies durant tot el cicle de la vida, canvis que produeixen una limitació de l'adaptabilitat de l'organisme en relació amb el medi. Els ritmes a què aquests canvis es produeixen en els diversos òrgans d'un mateix individu o en diferents individus no són iguals”.

OMS, 1982.

Podem recórrer a criteris cronològics, biològics, funcionals o socials i laborals per a definir i delimitar el terme *vellesa*:

1) **Criteri cronològic:** és el criteri més utilitzat per gairebé tots els professionals implicats en l'estudi de la vellesa; si acudim a aquest criteri definim i establím la vellesa segons l'edat dels individus.

Segons l'OMS la categoria d'**edat mitjana** s'estén dels quaranta-cinc als cinquanta-nou anys, la que correspon a persones d'edat avançada va dels dels seixanta als setanta-quatre anys, la d'ancians dels setanta-cinc als noranta anys, i es consideren grans ancians les persones de més de noranta anys (IMSERSO, 2001).

Ara bé, segons aquest criteri, la utilitat queda restringida a un àmbit més estadístic o sociològic, i deixa fora de la categorització aspectes tan rellevants com la individualitat de cada subjecte.

Interdisciplinarietat i multidisciplinarietat

La interdisciplinarietat busca la integració entre diferents disciplines per assolir una mateixa finalitat, sense importar la “barreja” resultant entre aquestes. La multidisciplinarietat, per contra, fa referència a l'oportunitat en la qual moltes disciplines es concentren entorn d'un cas en comú, però que no es relacionen amb les altres, i conserven d'aquesta manera les teories que són pròpies de cada disciplina.

2) Criteri biològic: aquest criteri s'associa al grau de desgastos en òrgans i teixits que, pel transcurs del temps (anys), es fa visible.

Però la generalitat d'aquest criteri, de nou, ens pot fer perdre la particularitat amb la qual l'envelliment de les nostres estructures (òrgans, teixits, etc.) es produeix. Per si mateix aquest criteri també ens en donaria una divisió restringida.

3) Criteri funcional: recórrer a aquest criteri és bastant freqüent, encara que també molt debatut. La seva utilització s'estableix segons la pèrdua de funcions (físiques, psíquiques i intel·lectuals), la qual cosa representaria equiparar vellesa amb malaltia.

El problema o restricció de l'ús d'aquest criteri, per si sol, i més encara en un escenari tan canviant com el que ja s'ha descrit, és l'ampli nombre de persones grans (inclusivament en les edats més avançades) que viuen de manera autònoma i independent.

4) Criteri sociolaboral: segons aquest criteri, la jubilació marcaria el començament de la vellesa.

El problema és que la jubilació com a "fet" (bastant nou i canviant, segons el país, el sexe i la legislatura) no afecta per igual totes les persones. Les jubilacions anticipades o el retard en l'edat de jubilació, per exemple, marquen diferències i conseqüències que no es poden ni s'han d'obviar.

No obstant això, entre tanta diversitat podem resumir que, en general, és possible trobar punts comuns en gairebé totes les definicions sobre aquest tema (Ander-Egg, 2010, pàg. 51-52).

1) Envellir es considera una etapa de la vida, una cosa natural i no una malaltia.

2) Es tracta d'un procés en el qual l'organisme va canviant, la qual cosa comporta limitacions i de vegades dependència d'altres.

3) Les modificacions o canvis que acompanyen el procés no solament fan referència a aspectes morfològics o funcionals, sinó també a qüestions psicosocials, econòmiques, emocionals o familiars.

En aquest sentit podem dir que no hi ha cap criteri que per si mateix i de manera independent defineixi o tipifiqui la vellesa de manera autosuficient i completa. Molts dels criteris que hem vist se centren en aspectes molt específics, i deixen de banda la importància de percebre la vellesa de manera global i interdisciplinària.

Les definicions són necessàries (hem de delimitar el nostre objecte o camp d'estudi), però el nostre treball no ha de perdre mai de vista que l'envelliment és una qüestió individual, que ens afecta de manera diferent a cadascun de nosaltres.

5. La vellesa: un grup heterogeni

Com hem anat recalcant i insistint fins ara, la importància en qualsevol definició o classificació és no considerar la vellesa d'una manera homogènia. Per a qualsevol professional que treballi en aquest camp, i els treballadors socials sanitaris no som diferents, és fonamental entendre i, per tant, procedir de manera individualitzada en cadascuna de les intervencions i actuacions professionals que es fan amb el col·lectiu.

Però més enllà de les escales professionals, els informes i els barems que ens veiem obligats a utilitzar, és cert que les classificacions tenen un propòsit pràctic; com a eines de treball ens poden permetre tenir més coneixement i utilitat a l'hora de comprendre amb qui treballem.

Quan abordem la vellesa des del punt de vista de les persones que l'experimenten, és important recordar la tipologia de possibles estratègies d'acomodació que van elaborar Reichard, Livson i Peterson (1962), i que posteriorment ha estat el focus d'atenció d'un ampli nombre de companys la feina dels quals es desenvolupa en aquesta àrea.

La seva tipologia es basa a diferenciar quatre característiques o tipus de grups de gent gran:

1) **Constructivitat o persona integrada:** persones caracteritzades per l'activitat, les actituds realistes, l'autoconfiança, la lluita per la deterioració física i intel·lectual; són persones contentes d'elles mateixes.

2) **Dependència o comoditat:** es tracta de persones caracteritzades per la passivitat o fins i tot l'aïllament; són perfils adaptats i acomodats a la situació que viuen i en alguns casos poden arribar a ser dependents d'altres (no necessàriament de manera física sinó emocional).

3) **Hostilitat o irascibilitat:** són persones poc adaptades, rondinaires, frustrades o propenses a la irritabilitat. Es barregen sentiments en què es construeixen falses imatges del món (millorades o embellides), i també de si mateixes.

4) **Odi cap a un mateix (*self-hate*) o intrapunitiu:** caracteritzat pel pessimisme, la depressió, l'acceptació de la mort com un alleujament i l'exageració dels defectes propis. Es tracta de persones mal adaptades, desconfiades o autoagressives.

Però quin d'aquests tipus és el que preval, realment? Tal com ja hem indicat en parlar de les definicions, de manera independent, cap. Com a professionals del treball social sanitari ens hem de preguntar quin tipus de gent gran és la persona que tenim al davant i com, atenent les seves particularitats, desenvoluparem el nostre treball en tota la seva amplitud.

En els últims anys les classificacions han anat canviant i noves aportacions o modificacions de les ja existents han ocupat, i ocupen, manuals i guies sobre aquest tema. En aquest context, la classificació que més rellevància està cobrant és la que estableix tres tipus o formes d'envelliment: la vellesa normal, la vellesa patològica i la vellesa amb èxit (Fernández-Ballesteros, 2000; 2008).

Mentre que la vellesa normal seria la que cursa sense malalties (de tipus físic o psicològic) de caràcter inhabilitant, la vellesa de tipus patològic seria el resultat de la malaltia o discapacitat. Finalment, la vellesa amb èxit o vellesa competent posaria en relleu l'existència d'una vellesa amb una baixa probabilitat d'emmalaltir o de patir una discapacitat, associada a un baix funcionament cognitiu o a un escàs i nul "compromís" amb la vida i el desig de viure-la (Rowe i Kahn, 1997).

Aquesta tipologia de la vellesa és important avui dia, atès que des de les polítiques d'atenció a la gent gran procedents d'organismes internacionals, com l'Organització Mundial de la Salut o la Unió Europea, i des de la gerontologia mateixa, es pretén la potenciació de la **vellesa amb èxit** i també la reducció de la **vellesa patològica**.

I és precisament en aquesta línia de treballar per un envelliment ple i reeixit on cobren el sentit màxim les últimes línies de treballs sobre la vellesa, l'anomenat *envelliment actiu*.

6. Envel·liment actiu: benestar i qualitat de vida

Ortega i Gasset ja ens deia que la substància de la vida es trobava en l'ocupació, i en com les persones enteníem la vida com un "espai" de temps, en el qual els nostres actes van omplint aquests "trossos lliures" de quefers i usos (Ortega i Gasset, 1997). Més enllà de les motivacions de l'autor per arribar a aquestes conclusions, el concepte d'envel·liment actiu es basa, precisament, en aquesta mateixa essència.

La investigació sobre envel·liment actiu és un tema prioritari en diferents àmbits, tant nacionals com europeus (Pla gerontològic, Llei de dependència, les Nacions Unides, l'Organització Mundial de la Salut, etc.). Així consta en la Convocatòria del Pla Nacional de Recerca Científica, Desenvolupament i Innovació Tecnològica (BOE 29/01/02), en el Cinquè Programa Marc de la Unió Europea (EU, 2000) i en la Research Agenda for Ageing during the 21st Century (IAG), avalada per les Nacions Unides i publicada amb motiu del Pla Internacional d'Acció sobre Envel·liment a Madrid durant el 2002 (ONU, 2002). En aquesta mateixa línia, la promoció de l'envel·liment saludable o satisfactori també és una de les directrius prioritàries de treball per a tots els professionals del sector.

Al final dels anys noranta l'Organització Mundial de la Salut va encunyar un nou concepte, que superava el d'envel·liment saludable existent fins al moment i que va denominar **envel·liment actiu**; el va definir de la manera següent:

"El procés d'optimitzar oportunitats de salut, participació i seguretat amb vista a millorar la qualitat de vida (i el benestar) de les persones a mesura que envelleixen".

OMS, 1996.

De la definició plantejada convé destacar dos aspectes:

1) La idea d'envel·liment actiu és un nou concepte científic que requereix investigació i més estudis, amb la finalitat d'establir quins són els determinants d'aquest tipus d'envel·liment.

2) Tal com ha posat en relleu l'ONU, aquesta línia s'ha de fer des d'una òptica longitudinal (i no solament transversal) i des d'una perspectiva interdisciplinària (no solament biomèdica i salutogènica), emfatitzant en els aspectes relatius al benestar i a la qualitat de vida (ONU, 1998; 2002).

Model salutogènic

En els anys setanta es va començar a desenvolupar el model salutogènic, que es basa en les premisses següents:

- L'èmfasi es fa sobre els orígens de la salut i el benestar.
- La preocupació principal se centra en el manteniment i realçament del benestar.
- La hipòtesi que els factors estressants són intrínsecament negatius és rebutjada en favor de la possibilitat que els factors estressants puguin tenir conseqüències saludables o beneficioses, depenent de les seves característiques i de la capacitat de les persones per a resoldre-les (Antonovsky, 1979).

Amb això queden patents dues idees fonamentals: d'una banda, la necessitat de continuar treballant en aquest aspecte (envelliment actiu), i de l'altra i més important, fer-ho des de la interdisciplinarietat com ja s'ha assenyalat. El concepte d'envelliment actiu implica una concepció de la vellesa com una etapa menys passiva, més dinàmica i per descomptat molt més creativa i saludable.

La influència de la tradició dels recursos gerontològics i dels estereotips sobre la vellesa (que no solament afecten la societat en general, sinó també tots els professionals i per descomptat les famílies) fa que la majoria de les intervencions, igual que la bibliografia científica, estiguin marcades per una visió que incideix en els dèficits i les limitacions de la vellesa. És evident que fins fa poc temps s'ha treballat menys –o amb menys incidència– en línies de treball afavoridores de les capacitats i les oportunitats de la gent gran, i també de la seva participació activa en la família i en la societat.

Encara que cada vegada hi ha més evidències de la interacció biopsicosocial de la persona, la realitat és que en el nostre context social i científic continuem sense creure-hi massa. De fet, es continua posant més èmfasi en els factors de salut física i mental que en aspectes més socioafectius, i en la influència que aquests poden exercir en els altres dos.

No podem deixar d'ometre un altre concepte clau de tota intervenció amb gent gran: el de qualitat de vida (no en va, l'envelliment actiu també l'estableix com a objectiu). Sabem que la qualitat de vida representa l'ajust entre les exigències, les necessitats i les oportunitats de l'individu, tal com són percebudes per ell mateix i per la societat (Corraliza, 1987). Així, la influència de la qualitat ambiental en la qualitat de vida es presenta com un altre eix sobre el qual podem articular qualsevol intervenció, ja que la riquesa de l'entorn permetrà que els recursos es converteixin en autèntiques oportunitats per a la gent gran, una cosa imprescindible per a la promoció de l'envelliment actiu.

Un altre dels conceptes fonamentals per a comprendre la idea de qualitat de vida és el relacionat amb el gaudi subjectiu de la vida, dins del qual es troba la noció de *felicitat*.

Entenem per felicitat el grau amb el qual una persona avalua la qualitat total de la seva vida present (l'apreciació de la vida que porta). Com va dir Maureen Lassen:

Model biopsicosocial

El model biopsicosocial o enfocament participatiu postula que els factors biològics, psicològics i socials exerceixen un paper fonamental a l'hora d'abordar contextos relatius a la malaltia o la discapacitat.

“La felicidad no es solamente relativa a las circunstancias de nuestra vida sino también a cómo percibimos esas situaciones”.

Lassen a Bermejo, 1993; 2010.

Aquesta àmplia avaluació de la vida inclou tots els criteris de la persona: com se sent, com es compleixen les seves esperances, com de desitjables troba que són, etc.

Encara que queda molt per aprofundir sobre la felicitat, el que sí que podem establir és que ens permet el següent:

- Estimular el compromís actiu, i per tant la participació.
- Facilitar les relacions socials.
- Esmorteir l'estrès i així preservar la salut.

Però malgrat insistir a treballar en una vellesa activa, autònoma, i amb qualitat de vida, en la qual es reconegui la variabilitat i les diferències existents entre les persones grans, continua vigent l'existència d'estereotips i prejudicis sobre aquesta etapa vital.

Aquests estereotips i prejudicis actuen no solament explícitament per mitjà d'opinions i judicis, sinó que ho fan també de manera implícita; és a dir, les persones no som sempre conscients d'això, i incorrem molt sovint en comportaments discriminatoris per raó de l'edat (Nacions Unides, 2002; OMS, 2002).

7. Estereotips i vellesa: una visió esbiaixada de la realitat

Allport (1968) és l'autor d'una de les primeres aproximacions al tema del prejudici, que ha servit de base per al desenvolupament de pràcticament totes les teories posteriors, malgrat haver rebut crítiques perquè ha oblidat alguns aspectes socioculturals en la seva anàlisi. Segons aquest autor, el prejudici social és el següent:

“[...] una actitud hostil hacia una persona que forma parte de un grupo, simplemente por su pertenencia, suponiéndose por lo tanto que posee las cualidades que son atribuidas al grupo”.

Allport, 1968, pàg. 22.

És a dir, que per a ser gent gran, per a pertànyer a aquest grup social, s'atribueixen característiques i qualitats que suposem són pròpies del grup (persones malaltes, dependents, sense motivacions, improductives, rondinaires, etc.).

En aportacions posteriors, Jones defineix l'estereotip de la manera següent:

“[...] el judici negatiu previ dels membres d'una raça o religió o els ocupants d'algun altre rol social significatiu, amb indiferència dels fets que el contradiuen”.

Jones a Brown, 1966, pàg. 6.

I més recentment, segons Brown es tracta del següent:

“[...] la possessió d'actituds socials o creences cognitives despectives, l'expressió d'afectes negatius, el desplegament de comportaments hostils o discriminatoris cap a membres d'un grup a causa de la seva pertinença a aquest grup”.

Brown, 1966, pàg. 8.

Segons el que s'ha exposat, els estereotips socials s'originen segons un procés cognitiu bàsic de categorització, que es produeix quan percebem i estructuram el mitjà que ens envolta. Aquest procés de categorització té com a finalitat poder simplificar la complexitat de l'entorn.

Es tracta d'un procés actiu, que pot arribar a mantenir el sistema de valors predominant en un grup, societat o cultura particular. Els estereotips no solament tenen funcions cognitives, sinó que contribueixen a la creació i manteniment d'ideologies de grup, que expliquen o justifiquen accions socials contra aquests grups externs.

Les funcions principals dels estereotips són (Diaz-Aguado, 2003, pàg. 72-73):

- 1) Funció cognitiva per a simplificar la complexitat dels estímuls del medi ambient (el nostre entorn). Són la conseqüència d'una economia cognitiva. Guien la nostra interpretació de la realitat i creen una memòria selectiva.
- 2) Ajuden a formar la identitat social.
- 3) Contribueixen a la creació i manteniment de les ideologies de grup.
- 4) Expliquen o justifiquen una varietat d'accions socials contra altres grups externs. Ajuden a explicar la conducta de l'endogrup de la millor manera possible.
- 5) Contribueixen a establir relacions (causa-efecte) entre fenòmens que s'esdevenen simultàniament (per exemple, quan es relacionen la desocupació i la droga amb l'arribada d'immigrants).

Igual que parlem de les funcions dels estereotips, podem establir que algunes de les característiques més importants són (Díaz Aguado, 2003):

- 1) Se suposen o inventen idees sobre l'exogrup, però es presenten de manera raonable perquè s'associen estretament a determinades característiques observables.
- 2) Pel fet de centrar l'atenció en les diferències entre l'endogrup i l'exogrup, condueixen a una percepció exagerada de les diferències en detriment de les semblances. S'associen determinades característiques a un grup com si altres grups no les poguessin compartir també.
- 3) Quan construïm un estereotip tendim a sobreestimar la presència d'un determinat atribut en un grup i a subestimar la presència d'un element que vagi en la direcció contrària d'aquest estereotip.
- 4) Els estereotips esbiaixen les respostes fins i tot dels subjectes que conscientment diuen rebutjar-los. És el que es denomina *estereotipatge implícit*.
- 5) Un estereotip negatiu omet o suprimeix qualsevol comportament positiu, i se solen adscriure a grups minoritaris (dones, immigrants, gent gran, adolescents, etc.).

Ara bé, pel que fa a la promoció de l'envelliment actiu i a l'abordatge de la vellesa, el més important és que els estereotips ens afecten a tots (professionals, familiars, ciutadans, etc.) i influeixen en la manera com percebem i tractem el grup.

La vellesa, en paraules de Simone de Beauvoir, és un conjunt de conceptes, rols i conductes, dotats d'un significat i simbolisme particular, el qual és construït de manera dinàmica pels diversos actors d'una societat (Beauvoir, 1983).

Per tant, es dedueix que els paràmetres socioculturals determinaran, en gran manera, què entenem per envelliment i quins judicis valoratius atribuïm a aquest fenomen.

En el cas de la cultura occidental la vellesa s'ha anat configurant, particularment des del final del segle XIX, com una etapa vinculada a l'ocàs vivencial i a la marginació social. És a dir, la vellesa es visualitza plena d'estereotips i prejudicis, com una font de preocupació i de càrrega per a la societat, en contrast amb la joventut normalment presentada com a exemple del que és saludable, bonic, desitjable i vital.

I és precisament sobre la base d'aquesta idea de l'envelliment sobre la qual s'ha edificat el retrat social del significat de la vellesa i el seu abordatge o tractament.

8. Imatge social de l'envelliment

La imatge social sobre el que significa ser vell s'ha construït sobre la base de tabús, pors i prejudicis (xaruc, senil, malalt, etc.). Malgrat el canvi d'enfocament que hem vist que introdueix el concepte d'envelliment actiu, que treballa en la idea d'una vellesa competent, satisfactòria i amb qualitat de vida, encara persisteixen els estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa, la qual cosa condiciona el tipus de relacions que s'estableixen tant de manera interpersonal com laboral o professional.

Les concepcions o percepcions que un determinat sector de població té sobre la vellesa depenen, en certa manera, del fet multidimensional i heterogeni mateix que representa la vellesa. No obstant això, gran part d'aquestes concepcions procedeixen, també, d'informacions falses o incompletes, de missatges percebuts subliminarment i també d'associacions negatives establertes al llarg de la vida –per exemple, els binomis entre vellesa i malaltia, vellesa i improductivitat o vellesa i inactivitat– (Fernández-Ballesteros, Hernández, Llorente, Izal, Pozo i De la Calle, 1992).

La imatge social de la vellesa s'ha de modificar i actualitzar i adequar a la realitat existent. Les generalitzacions i els mites sobre l'envelliment i les persones grans tendeixen a exagerar els problemes o dificultats que acompanyen aquest procés de canvis natural.

La informació objectiva sobre l'envelliment poques vegades és exposada en les famílies o presentada a la població d'una manera natural i realista, la qual cosa contribuiria en gran manera a desmitificar l'envelliment (Aristizábal-Vallejo, 1997, 2005; Harris i Dollinger, 2001; O'Hanlon i Brookover, 2002).

Per a Lehr (1980) una persona és vella, com en qualsevol altre rol social, quan els membres del grup social del qual forma part la consideren així a causa que l'aparició dels trets físics associats a la vellesa contribueixen a uniformitzar la percepció que els altres en tenen.

D'aquesta manera els individus, en qualsevol tipus de societat, se saben vells en primer lloc per mitjà dels altres, encara que ells siguin reticents a identificar-se com a tals, fenomen que ocorre amb molta freqüència i que pot estar causat, en part, pels estereotips negatius i les connotacions pejoratives que l'etiqueta *vell* comporta en la nostra societat (Bazo, 1990; Braithwaite, 2002).

Aconseguir eliminar aquests prejudicis esmentats té una triple utilitat:

- 1) Permet conèixer i comprendre millor la gent gran (objectiu fonamental del nostre treball).
- 2) Permet entendre, encara que sembli una idea simplista i sense utilitat immediata, com serem nosaltres mateixos en un futur.
- 3) Ens facilita l'abordatge i el treball que hem de desenvolupar amb aquest col·lectiu.

Cap dels mites o estereotips als quals s'ha fet referència se sostenen de manera generalitzada si ho contrastem amb la realitat; a més, amb massa freqüència no es té consciència del perjudici que poden produir aquestes idees o atribucions de caràcter negatiu, especialment si estem situats en l'àmbit professional.

Cada persona envelleix de manera diferent, la qual cosa resulta innegable i així ho hem recalcat; el que tenen en comú tots els membres d'aquesta col·lectivitat és que formen part d'una categoria social, però les persones que el constitueixen són úniques i diverses.

Per concloure aquest apartat, cal insistir que si aquesta comprensió que s'ha recalcat és recomanable per a qualsevol ciutadà, és absolutament necessària per a qualsevol professional que decideixi exercir la seva professió i la seva feina amb el col·lectiu de gent gran.

9. La vellesa: interdisciplinarietat per a l'estudi i abordatge pràctic

Tal com hem plantejat fins al moment, és important abordar la qüestió de la vellesa des d'una perspectiva interdisciplinària en la qual s'imposi com a repte i desafiament, valorar socialment la persona gran com a part d'un procés social, a més de percebre-la com un subjecte actiu.

En aquest procés social, igual que la resta de persones implicades (treballadors socials sanitaris, metges, familiars, etc.), la gent gran té el deure i la possibilitat d'aportar les seves experiències i opinions, i també posar a disposició de la societat, en general, les seves pròpies potencialitats. Òbviament, no totes les persones tenen les mateixes condicions físiques, psicosocials o familiars de poder desenvolupar i participar en aquest procés social d'implicació i participació esmentat.

I atès que no hi ha una única ciència de la vellesa que ens faciliti un coneixement sistemàtic d'aquesta (i de tots els seus components), cal un esforç per integrar les aportacions de les diverses disciplines implicades en el seu estudi, coneixement i, per descomptat, intervenció professional. Parlem, una vegada més, de la importància de treballar de manera coordinada i interdisciplinària.

Amb aquest sentit d'integració, els enfocaments basats en la teoria del cicle de vida es mostren com a formes de pensar que ens ajuden a reconèixer la manera en què les nostres accions formen part d'un gran sistema d'actes.

En aquest context, a la fi de la dècada dels setanta del segle passat, un grup d'autors europeus fonamentalment alemanys (com Hans Thomae o Paul Baltes) i nord-americans (Warner Schaie o John Nesselroade) plantegen una nova manera d'estudiar l'envelliment, perquè en prevalgui l'abordatge com un procés integrat dins del conjunt de la trajectòria vital humana. Aquesta alternativa és, més que una teoria formal, un conjunt de principis per a poder estudiar el canvi evolutiu amb independència del punt temporal en el qual s'esdevingui, incloses les últimes dècades de la vida (Pinazo Hernandis i Sánchez Martínez, 2005).

Encara que els autors solen emfatitzar diversos principis, l'enfocament del cicle de la vida humana es basa en el següent:

- 1) La defensa d'una visió complexa del desenvolupament (es tracta d'un continu que afecta totes les etapes dels individus).

2) L'accent en la cultura i la història (context social) com a factors que determinen trajectòries evolutives.

3) L'èmfasi en l'adaptació com a aspecte clau del desenvolupament al llarg de la vida (contextos socials i interaccions).

Aquesta perspectiva contribueix al nostre enteniment del desenvolupament humà, postulant mecanismes pels quals aprenem i adaptem les nostres conductes; l'enfocament del cicle de la vida assumeix que hi ha tasques de desenvolupament i emocionals que són comunes i que tots vivim en cadascuna de les nostres etapes vitals (Lishman, 2009).

Però l'anàlisi de la vellesa i el seu treball s'ha de fer des de diferents disciplines científiques, amb la finalitat que comparteixin nocions conceptuals i mètodes similars i permetin construir una base conceptual unificada i sòlida.

10. El treball social sanitari en la vellesa

Sense deixar de reconèixer l'interès i la importància que les diferents teories han tingut en l'àmbit de la vellesa en general, en treball social sanitari la teoria de la qual ens nodrim, a més de necessària, ha de ser propera; la nostra intervenció s'ha d'emparar en teories que, encara que importades, no han d'estar descontextualitzades, i especialment han de ser útils (la nostra professió té una orientació pràctica que, per mitjà de la teoria, dóna sentit a la nostra disciplina).

El treball social sanitari és una professió i una disciplina científica que aporta a l'estudi sobre la vellesa una clara orientació pràctica, una acció i intervenció reflexiva i professional, i també una metodologia pròpia (Martín García i Bravo Jiménez, 2007, pàg. 48). Ens estem referint a un treball social que ha de comprendre què representen les necessitats de la gent gran malalta, amb problemes de salut, que en cap cas no són d'àmbit unidimensional; parlem de necessitats i demandes multidimensionals, això és: personals, culturals, socials, relacionals, físiques, intel·lectuals, emocionals, familiars, econòmiques, mèdiques, etc.

Aquestes demandes multidimensionals es relacionen directament amb un altre aspecte que ja hem vist: l'estudi i el treball de la vellesa no es pot explicar ni abordar des d'una sola disciplina (interdisciplinarietat); hem de tenir en compte les tres dimensions bàsiques i essencials del seu abordatge, és a dir: un component físic, un component psicològic i un component de tipus social.

Però a un nivell que podríem denominar més operatiu o pràctic, podríem parlar d'una intervenció del treball social sanitari en l'àmbit de la vellesa des de cinc dimensions (o atencions). Una atenció directa, una atenció indirecta, una atenció enfocada a la gestió, planificació i organització de centres i, finalment, la dimensió relacionada amb l'àmbit de la formació i la investigació (Martín García i Bravo Jiménez, 2007, pàg. 61-72).

1) Atenció directa: es tracta de treball social sanitari de tipus individual o familiar, i també grupal.

Aquest tipus d'atenció respon a la necessitats i demandes dels individus o grups de persones grans que estan o poden estar en risc de presentar problemes o dificultats d'àmbit biopsicosocial. La finalitat última d'aquest tipus d'atenció és poder facilitar als subjectes mateixos (gent gran) i a l'entorn (famílies) l'afrontament autònom de problemes futurs, i també facilitar la integració en els seus propis espais i entorns. Parlem de cinc funcions:

a) Funció preventiva (avançar-se i preveure possibles situacions de risc o conflicte).

b) Funció promocional (desenvolupar i descobrir les capacitats naturals de la gent gran i l'entorn, per a reduir al màxim les possibles dependències).

c) Funció assistencial (es treballa per a reforçar, per diferents vies, mitjans i recursos, les capacitats resolutives que han disminuït o s'han anul·lat en la gent gran o en els entorns).

d) Funció rehabilitadora (cooperar, orientar els qui han patit algun tipus de disminució de tipus físic, psíquic o social, substituint les mancances que impedeixen l'acompliment normal de la seva vida o de la seva integració social).

e) Funció informativa (assessorar o informar sobre drets i recursos per a les persones grans o familiars, tant si són plantejats com si no en les seves demandes).

2) **Atenció indirecta:** actuacions i intervencions del treball social sanitari fetes fora de les relacions interpersonals; fa referència a les funcions següents:

a) Funcions de coordinació (optimització de recursos i planificació d'alternatives d'intervenció).

b) Treball comunitari (potenciació dels recursos de la comunitat en la resolució i prevenció de problemàtiques socials).

c) Funció de gestió (orientada a la tramitació de recursos per a l'atenció i intervenció social).

d) Funció de documentació (disseny, elaboració i emplenament dels diferents instruments propis del treball social sanitari; fitxa social, història social, informe social, registre d'intervencions, programes individualitzats d'atenció – PIA–, etc.).

e) Planificació i avaluació (disseny de plans, programació, serveis i polítiques socials).

3) **Direcció, gestió, planificació i organització** de centres de gent gran: es tracta de centrar el treball en la direcció i gestió dels recursos humans (supervisió, suport, suport tècnic, direcció i organització), i també en la formació dels professionals (desenvolupament de competències i capacitació, i també la facilitació del reciclatge professional).

4) Formació, docència i investigació: desenvolupament d'ensenyaments – tant teòrics com pràctics– de treball social sanitari no solament en l'àmbit universitari, sinó també en qualsevol altre àmbit acadèmic (cursos de formació, màsters, postgraus, etc.).

Totes aquestes dimensions i funcions, tant directes com indirectes, de gestió o formació, es desenvolupen en la intervenció sociosanitària i van dirigides a mobilitzar els recursos formals i informals de l'entorn de la persona en la tercera edat, amb la finalitat de donar una resposta de qualitat a les necessitats i demandes plantejades.

Podríem concloure dient que en realitat es tracta de vetllar per la qualitat dels serveis oferts, i també impulsar la creació de suports per als familiars que s'ocupen de la cura dels ancians en general, i de les persones grans dependents en particular (Fontanals i Bonet, 2003).

I precisament en aquest punt, quan esmentem el suport als familiars, a les famílies, és quan es fa necessari que ens detinguem i centrem la nostra atenció en aquest important component en la relació i intervenció personal i professional amb la persona gran.

11. Vellea i família

Envellir, ja ho hem vist, és un procés únic per a cada persona; és important entendre que en aquesta particularitat el que succeeix al voltant de la persona (la família) pot millorar o empitjorar la qualitat de vida en aquest procés.

Per a la família és crucial assumir aquesta última idea (la importància de l'entorn), atès que constitueix l'esfera principal en la qual se situa un gran nombre de població gran. És a les seves mans, per tant, on es pot procurar un envelliment satisfactori o insatisfactori per als seus membres.

Segons dades de l'IMSERSO (2011), el 87,3% de les persones grans a Espanya prefereix viure a casa seva encara que sigui sol; el 84% viuen acompanyats i només el 16% viuen soles (la majoria són dones que viuen en el medi rural).

El 47% de les persones grans viuen en llars formades per dues persones; d'elles, més de la meitat viuen amb el cònjuge i el 37% de vuitanta anys viuen amb els fills; un 68% de les persones tenen contacte diari amb els seus fills i un 37% amb els néts.

Quant a les interaccions familiars, les persones grans se senten satisfetes amb les seves relacions en un 89% (el 2006 era d'un 93%); i en relació amb els suports afectius i emocionals, només el 27% tem la solitud i un 18% a perdre els amics o familiars.

Se sol pensar que els llaços familiars entre generacions s'han afeblit en les societats actuals, a causa dels canvis i de les transformacions experimentats en la demografia i en l'evolució de la família mateixa com a entitat; però en realitat el que ocorre és que la família i els contextos familiars atenen i cuiden d'una altra manera però continuen essent el centre d'atenció a la gent gran (IMSERSO, 2011).

Avui dia la família continua essent el principal suport de les persones grans, especialment de les que presenten dependència, entre altres raons, pel sentiment generalitzat que l'assumpció de les cures forma part de les obligacions familiars, i per la creença que les cures que ofereixen les famílies són les millors.

Aquesta protecció social "invisible" està constituïda sobretot per dones (83% dels cuidadors no professionals), que presenten un perfil amb un nivell socioeducatiu i econòmic baix, i que a més són responsables d'altres càrregues familiars.

L'estructura i la dinàmica familiars actuals no són com les de fa tres dècades. Han canviat els models tradicionals de família i, com a conseqüència, ens enfrontem a la desestabilització en la continuïtat de les cures, mal anomenades, *informals*.

Les polítiques socials, orientades a la cura comunitària, reforcen la idea que la família és el lloc idoni d'atenció, encara que aquest discurs no s'acompanyi de recursos reals de suport. El resultat, en molts casos, es tradueix en una sobrecàrrega dels cuidadors i en l'aparició de factors de risc, que poden donar lloc a situacions de vulnerabilitat com els maltractaments o la desatenció (Moya Bernal i Barbero Gutiérrez, 2005).

12. Superació de barreres i comunicació afectiva

Si tal com hem conclòs en l'apartat anterior, les famílies continuen essent una peça clau en l'atenció, la cura i el treball amb gent gran, és precisament en el seu context on s'han d'abordar moltes de les dificultats que sorgeixen en les relacions.

Edinberg (1987) planteja que hi ha barreres que no faciliten la vida en comú dins de la família. Una d'aquestes barreres la constitueixen les nocions preconcebudes sobre els més grans; s'acostuma a dir, per exemple, que són *rígid*s, *no escolten*, *volen controlar la vida dels altres*, *són egoistes*, *tossuts*, etc. Però tenint en compte el que ja hem treballat amb referència als estereotips i l'estigma, aquestes característiques les pot presentar una persona a qualsevol edat i no necessàriament ni extensiblement pel fet de ser gran.

Una altra de les barreres que s'ha d'enderrocar –o almenys– superar és la que fa referència a la comunicació; les destreses o habilitats comunicatives són formes específiques de transmetre sentiments, interrogants i punts de vista per a crear una millor comprensió i millors relacions.

De manera específica, Edinberg (1987) proposa com a indispensables quatre destreses relacionades amb la comunicació:

- Destresa per a intercanviar informació.
- Destresa per a donar suport efectiu.
- Destreses per a compartir sentiments.
- Destreses per a la confrontació.

És fonamental, per tant, que en les famílies no es prenguin decisions sobre la vida de la gent gran sense tenir en compte els punts de vista dels qui seran els més afectats.

La família constitueix l'espai socioafectiu que més possibilitats de suport pot oferir als seus membres en l'enfrontament i la resolució constructiva de les tasques vitals, i també de les crisis previstes i imprevistes. El clima que s'hi desenvolupi podrà ser la fortalesa més gran de què disposin, de manera especial, els integrants de més edat.

Comprendre el procés d'envelliment, superar barreres que disminueixen la qualitat de la vida familiar i comunicar-se eficaçment constitueixen, per tant, punts bàsics sobre els quals cal treballar les relacions de la gent gran dins dels contextos familiars.

13. Qualitat i avaluació del treball social sanitari amb gent gran

Una vegada arribats al final del desenvolupament d'aquest contingut, després de parlar de l'envelliment, el seu desenvolupament, components i abordatge des del treball social, no podem deixar de reflexionar, encara que sigui introductòriament, sobre la qualitat, el mesurament i la necessitat pel que fa al treball i serveis amb gent gran.

La qualitat com a estratègia competitiva no és res nou; plantejar que les persones o les organitzacions facin les coses tan bé com sigui possible no és cap descobriment. Nosaltres treballem sobre la persona gran, no sobre els problemes en un àmbit genèric o abstracte; les nostres actuacions s'encaminen a la prevenció i la promoció d'accions que previnguin problemes socials.

Ara bé, per a poder-los prevenir cal que desenvolupem programes interdisciplinaris que requereixen, per a la millora i adequació, una qualitat creixent i constant. No hi pot haver una estructura de serveis i atenció de qualitat, dirigida a les persones grans, sense sistemes de participació dels clients (entesos en un sentit ampli del terme), tant en la planificació, com en el lliurament i l'avaluació d'aquests serveis (Barriga Martín, 2007, pàg. 390).

Tots els serveis, els recursos o eines, i també els professionals englobats en l'acompliment de la seva activitat per al col·lectiu de gent gran, tenen l'obligació que el funcionament (ètic i d'acord amb el "client") s'asseguri mitjançant polítiques de qualitat aplicades a aquests serveis.

Per a dur a terme l'acompliment d'aquesta tasca, és important incidir en els punts següents (Barriga Martín, 2007, pàg. 395-396):

- 1) Verificar que tota l'organització (estructures i personal) comparteix els mateixos objectius (treballar per i per a la persona gran).
- 2) Identificar processos crítics (processos clau o importants per a la qualitat de vida de la persona gran).
- 3) Descriure continguts i implicacions (reflexionar, de manera crítica, sobre el contingut del servei).
- 4) Estandarditzar procediments essencials (unificar les eines de treball, no així les nostres intervencions professionals; no podem estandarditzar una entrevista –cada entrevistat és diferent–, però sí que podem unificar criteris de recollir

da d'informació entre els diferents professionals d'un servei). En aquest punt és important assegurar-se, de manera consensuada, que l'estandardització és l'adequada.

5) Definir mesures i indicadors (la part més costosa del procés i que, necessàriament, s'ha de fer en equip).

6) Revisar i avaluar (de manera contínua i sistemàtica; amb aquest procediment podrem adequar el sistema d'una manera òptima i adequada).

Hem de tenir present, en tot procés de qualitat, la importància que adquireix la participació de les persones grans en el disseny, la planificació, la gestió i l'avaluació dels serveis que els prestem (recordem que treballem sobre la persona, i preval la seva implicació i participació); amb això assegurem la qualitat dels serveis i dels seus professionals.

Podem concloure destacant que el treball social sanitari com a disciplina (i els treballadors socials sanitaris com a professionals) ha d'afrontar el repte que representa la incorporació de sistemes de qualitat en els serveis per a gent gran, tant des d'una perspectiva ètica, com des de la intervenció social mateixa.

14. Aspectes finals

Hem vist en el desenvolupament d'aquestes pàgines com el treball social sanitari amb gent gran s'encarrega del desenvolupament de la investigació sobre les diverses problemàtiques socials relacionades amb la vellesa, i també del disseny i aplicació d'accions encaminades a aconseguir el benestar de la persona gran en el seu context social, incidint sobre aspectes socials, físics, relacionals, familiars, etc.

Al llarg de tot el que hem exposat, s'ha tractat de conèixer la realitat social de les persones grans, per a poder plantejar una praxi professional més centrada en els objectius i funcions pròpies del treball social sanitari, encaminats, seguint les directrius de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut i la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries, a la prevenció i promoció d'accions que evitin problemes socials.

L'escenari actual en el qual ens situem ens presenta una població clarament orientada a un envelliment. A escala social, trobem una important tendència cap a la vellesa amb èxit, amb estratègies basades en l'optimització, la selecció i la compensació, que permeten a un gran nombre de persones grans viure amb qualitat i fer de manera autònoma les activitats bàsiques de la vida diària.

No obstant això, encara que és necessari tenir en compte aquesta visió positiva de la vellesa, també cal ser conscients que, a causa del creixement demogràfic actual i l'augment de l'esperança de vida, a partir d'edats avançades augmenta considerablement el nombre de persones que pateixen algun tipus d'impossibilitat, dificultat o discapacitat.

Hem vist com aspectes relacionats amb els estereotips, els prejudicis o la comunicació o la interdisciplinarietat es presenten com a factors clau per a l'abordatge d'un treball social sanitari amb gent gran eficient i ple.

En aquest context, els treballadors socials sanitaris com a professionals en aquest sector perseguim conèixer i transformar la realitat de les persones grans, contribuint en tot moment al seu benestar i a la promoció de les seves potencialitats, treballant per una intervenció de qualitat encaminada a una plena integració.

Bibliografia

- Allport, G.** (1968). *La naturaleza del prejuicio*. Buenos Aires: Eudeba.
- Ander-Egg, E.** (2010). *Cómo envejecer sin ser viejo*. Madrid: Editorial CCS.
- Antonovsky, A.** (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aristizábal-Vallejo, N. L.** (1997). *Educación gerontológica formación para la vida desde la infancia. Desarrollo Humano*. Bogotá: McGraw-Hill.
- Aristizábal-Vallejo, N. L.** (2005). "Imagen Social de las Personas Mayores en Estudiantes Jóvenes". *Pensamiento Psicológico* (núm. 25, pàg. 27-32).
- Badenas Pla, N.; López López, M. T.** (2010). *Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos en España*. Pamplona: Aranzadi.
- Badenas Pla, N.; López López, M. T.** (2011). "Doble dependencia: abuelos que cuidan nietos". *Revista de servicios sociales* (núm. 49, pàg. 107-125).
- Barriga Martín, L. A.** (2007). "Calidad y servicios para mayores". A: M. Martín García (ed.), *Trabajo social en gerontología* (pàg. 390-396). Madrid: Editorial Síntesis.
- Bazo, M. T.** (1990). *La sociedad anciana*. Madrid: Siglo XXI.
- Beauvoir, S.** (1983). *La vejez*. Barcelona: Edhasa.
- Bermejo García, L.** (1993). *Viva la jubilación. Reflexiones y sugerencias para comprender y vivir mejor la jubilación*. Madrid: Popular ("Para Mayores", núm. 7).
- Bermejo García, L.** (2010). *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas con Personas Mayores. Guía de Buenas Prácticas*. Madrid: Editorial Panamericana.
- Braithwaite, V. A.** (2002). "Reducing Ageism". A: T. Nelson (ed.), *Ageism, Stereotyping and Prejudice against older persons* (pàg. 311-337). Londres: A Bradford Book.
- Brown, R.** (1966). *Prejudice. Its social psychology*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Comisión Europea** (2010). *Europa 2020. Una estrategia para un crecimiento inteligente, sostenible e integrador*. Brussel·les: Comisión Europea.
- Corraliza, J.** (1987). *La experiencia del ambiente*. Madrid: Tecnos.
- Díaz-aguado, M. J.** (2003). "Interacción y multiculturalidad en el aula". A: P. Pardo; L. Méndez (ed.). *Psicología de la multiculturalidad*. Madrid: UNED.
- Durand, G.** (2000). *Lo imaginario*. Barcelona: Ediciones del Bronce.
- Edinberg, M. A.** (1987). *Talking with your Aged Parents*. Boston: Shambhalan Publications.
- Eurostat** (2001). *Labour Force Survey Principal results 2000. Statistics in focus, Population and Social Conditions, Theme 3-10/2001*.
- Fernández Ballesteros, R.** (2000). *¿Qué es la psicología de la vejez?* Madrid: Biblioteca Nueva.
- Fernández-Ballesteros, R.** (2008). *Psicología de la vejez, una psicogerontología aplicada*. Madrid: Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R.; Hernández, J. M.; Montorio, I.; Llorente, M. G.; Izal, M.; Pozo, C.; De la Calle, A.** (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. Barcelona: SG Editores.
- Fondo de Población de Naciones Unidas, UNFPA** (2012). *Envejecimiento en el Siglo XXI: Una Celebración y un Desafío*. Londres: UNFPA.
- Fontanals de Nadal, M. A.; Bonet Lluñas, R.** (2003). *Una nueva visión del trabajo psico-social en el ámbito asistencial*. Barcelona: Herder Editorial.
- Goffman, E.** (2006). *Estigma: la identidad deteriorada*. Madrid: Amorrourtu Editores.

Harris, A.; Dollinger, S. (2001). "Participation in a course on aging: knowledge, attitudes, and anxiety about aging in oneself and others". *Educational Gerontology* (núm. 27, pàg. 657-667).

IMSERSO (1997). *Plan Gerontológico*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2001). *Informe 2000. Las personas mayores en España*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales.

IMSERSO (2005). *Libro Blanco sobre la Dependencia*. Madrid: IMSERSO.

IMSERSO (2011). *Encuesta a mayores en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política, Secretaría General de política social y consumo.

Lehr, U. (1980). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.

Lishman, J. (2009). "The human life-cycle". A: M. Davies (ed.). *The Blackwell Encyclopaedia of social work* (pàg. 160-164).

Márquez-González, M. (2008). "Emociones y envejecimiento". *Informes Portal Mayores* (núm. 84, *Lecciones de Gerontología*, XVI). [Data de consulta: 10-5-2013] <<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/marquez-emociones-01.pdf>>

Montero García, I.; Bedman Moreno, M. (2010). "Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores". *Polis: Revista Académica de la Universidad de Venezuela* (núm. 26, pàg. 35-46).

Moya Bernal, A.; Barbero Gutiérrez, J. (2005). *Maltratos a personas mayores: guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

National Academy of Sciences, NAS.org. [Data de consulta: 10-5-2013] <<http://www.nasonline.org/>>

O'Hanlon, A. M.; Brookover, B. C. (2002). "Assessing changes in attitudes about aging: personal reflections and standardized measure". *Educational Gerontology* (núm. 28, pàg. 711-725).

OMS (1996). *The Heidelberg Guidelines for Promoting Physical Activity Among Older Persons*. Ginebra: WHO.

OMS (1998). *Life in the 21st century, a vision for all. Report of the Director-General*. Ginebra: WHO.

OMS (2000). *The World Health Report 2000*. Ginebra: WHO.

OMS (2002). *Active Ageing*. Ginebra: WHO.

OMS (2002). *WHO Regional Publications*. ("European Series", núm. 97).

Organización de las Naciones Unidas (1982). *Asamblea Mundial sobre el envejecimiento*. Nova York: Viena United Nations Publications.

Ortega y Gasset, J. (1997). *Ensayos Escogidos*. Madrid: Ed. Taurus de Bolsillo.

Pérez Ortíz, L. (2005). "Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres mayores en España". *Perfiles y Tendencias* (núm. 4, pàg. 2-24).

Pinazo Hernandis, S.; Sánchez Martínez, M. (2005). *Gerontología: actualización, innovación y propuestas*. Madrid: Pearson Educación.

Reichard, S.; Livson, F.; Peterson., P. G. (1962). *Aging and personatily*. Nova York: Wiley.

Rowe, J. W.; Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *The Gerontologist* (núm. 37, pàg. 433-440).

United Nations and Internacional Association of Gerontology (2002). *Research Agenda on Aging*. Nova York: UN-IAG.

UPD, Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (2012). "La crisis económica y la solidaridad familiar de los mayores". [Data de consulta: 14-5-2013] <<http://www.mayoresudp.org/bddocumentos/Informe-IOP-mayo-2012-UDP.pdf>>

Villa, J. M. (2013). "Voluntariado y personas mayores". *Congreso voluntariado y personas mayores* (núm. 317, pàg. 33-36).

