

# LA VULNERABILITAT EN LES PERSONES GRANS. RADIOGRAFIA DELS USUARIS DELS CASALS

## **La vulnerabilitat en les persones grans. Radiografia dels usuaris dels casals**

Lydia Sánchez Prieto

Carmen Orte Socias

Maria Teresa Coll Janer

Lluís Ballester Brage

Cristina Fraga Díaz

Belén Vaquer Arjonilla

Natalia Reinares Gagnetten

Maria Antònia Gomila Grau

Margalida Vives Barceló

---

## Resum

Actualment es pot identificar un sector de la població gran que es troba en situació de vulnerabilitat, en condicions de precarietat social, econòmica i de salut i, a més, amb un elevat risc de convertir-se en població en situació d'exclusió social. Es tracta d'un grup de gent gran que no té tendència a demanar ajuda, serveis o prestacions, com tampoc no sol disposar de suport social ni de xarxes familiars sòlides i, per tant, amb freqüència s'identifica com un col·lectiu invisible per a les principals polítiques públiques.

La finalitat d'aquest article és perfilar les principals característiques sociodemogràfiques d'un col·lectiu d'elevada vulnerabilitat a Mallorca, les seves principals necessitats i les condicions externes que pateixen. L'anàlisi exposa dades sobre l'estat de salut, les relacions familiars, la xarxa social, l'habitatge i les condicions associades, i també la qualitat de vida i el benestar emocional percebut. A més, es realitza una aproximació a les principals diferències de gènere identificades en aquest grup de vulnerabilitat.

La prevenció de la situació d'exclusió s'ha de realitzar de manera immediata, urgent i diària, amb el desenvolupament de serveis adaptats i especialitzats i mitjançant professionals amb competències i habilitats centrades a prevenir l'exclusió social. Els casals de l'Ajuntament de Palma gestionats per l'Associació Intress responen a les necessitats i demandes d'aquest col·lectiu, mitjançant la gestió de múltiples serveis, com menjadors, dutxes o servei de bugaderia. Els casals també duen a terme una rellevant funció en el benestar emocional i en el desenvolupament de suport social d'aquestes persones.

## Resumen

Actualmente se puede identificar un sector de la población mayor que se encuentra en situación de vulnerabilidad, en condiciones de precariedad social, económica y de salud y, además, con un elevado riesgo de convertirse en población en situación de exclusión social. Se trata de un grupo de personas mayores que no tienen tendencia a solicitar ayuda, servicios ni prestaciones, como tampoco suele disponer de apoyos sociales ni de redes familiares sólidas y, por tanto, se identifica como un colectivo invisible para las principales políticas públicas.

La finalidad de este artículo es perfilar las principales características sociodemográficas de un colectivo de elevada vulnerabilidad en Mallorca, sus principales necesidades y las condiciones externas que padecen. El análisis expone datos sobre su estado de salud, las relaciones familiares, la red social, la vivienda y las condiciones asociadas, así como también, la calidad de vida y el bienestar emocional percibido. Además, se realiza una aproximación a las principales diferencias de género identificadas en este grupo de vulnerabilidad.

La prevención de la situación de exclusión se tiene que realizar de manera inmediata, urgente y diaria, con el desarrollo de servicios adaptados y especializados y mediante profesionales con competencias y habilidades centradas en la exclusión social. Los «casals» del Ayuntamiento de Palma gestionados por la Asociación Intress responden a las necesidades y demandas de este colectivo, mediante la gestión de múltiples servicios, como comedores, duchas o servicios de lavandería. Los centros también cumplen una relevante función en el bienestar emocional y en el desarrollo del soporte social de estas personas.

---

## 1. L'estat del benestar i la situació de vulnerabilitat al col·lectiu de persones grans

L'increment de persones grans en les darreres dècades és innegable. A Espanya, es registra que un 18,4% de la població té 65 i més anys i un 6% de persones té 80 i més anys, i s'estimen projeccions de fins a 14 milions de persones de 65 i més anys el 2066. La població del *baby-boom* espanyol comença a emergir associada a majors esperances de vida: 85,4 anys per a les dones i 79,9 anys per als homes (Abellán, Ayala i Pujol, 2017). Com defensen els autors Abellán et al. (2017), l'avaluació de l'esperança de vida ha d'anar també associada a l'estimació de dos indicadors; la morbiditat crònica i la salut autopercebuda. Encara que, no sempre la salut autopercebuda o la morbiditat és tan favorable com l'increment de l'esperança de vida, i s'identifiquen encara múltiples limitacions en la població gran. D'igual manera, també es reconeixrà un entramat de desavantatges socials, culturals, econòmics que persisteixen en gran part del col·lectiu de persones grans, que les exposen, amb freqüència, a situacions de discriminació o de vulnerabilitat. Múltiples factors hi influeixen i hi predisposen perquè el col·lectiu de grans es trobi en una situació de risc respecte en comparació amb altres grups d'edat.

S'ha de recordar que relacionat amb les persones grans apareix un entramat històric de vulnerabilitats. Encara que, com exposen Marí-Klose i Marí-Klose (2012), els darrers anys, mentre el risc de pobresa infantil s'ha incrementat, l'associat al sector gran ha disminuït. Els autors ho vinculen a la millora de les polítiques desenvolupades per l'estat del benestar. Concretament assenyalen que la disminució del risc de pobresa s'associa a dos aspectes: a) trajectòries laborals més llargues i duradores, que comporten més altes cotitzacions, i per tant, dret a pensió, i b) creixement del valor de les pensions en les darreres dècades. Això no lleva que en els darrers anys les pensions estiguin contingudes i que s'identifiquin penúries econòmiques (Martín, 2014).

Sens dubte, l'estat del benestar ha desenvolupat mesures de protecció pública amb la finalitat de cobrir aquestes necessitats, com assistència domiciliària, centres de dia, residències o ajudes tècniques. Amb l'aprovació de la Llei 39/2006 de promoció de l'autonomia perso-

nal i atenció a persones en situació de dependència (LAPAD) s'adquireix la conscienciació que les persones grans són una responsabilitat social i governamental i identifiquen les situacions de dependència com un problema social de primera dimensió (De la Fuente, Sotomayor i Martín, 2016). D'igual manera, la incorporació del sistema de pensions i de la sanitat pública han possibilitat trencar el binomi de vellesa-pobresa (Arnaut-Bravo i Caparrós, 2010). Amb tot, es registra una millora dels processos d'envelliment, traduïda en una reducció potencial de les situacions de dependència i de millora de la salut.

Però els grans assoliments de l'estat del benestar no són suficients. L'heterogeneïtat del grup de grans i la fragilitat enfundada, sovint, en la vellesa, el posiciona en un estadi de risc i confirma que s'ha de continuar investigant i indagant sobre les possibles intervencions eficaces. Especialment quan es tracta d'un col·lectiu que no entra dins el marc de la dependència perquè no compleix els criteris requerits, però que encara així es veu vinculat a múltiples desavantatges (Arnaut-Bravo i Caparrós, 2010), com seria el cas de la població d'aquest estudi. Quines són les actuacions proveïdes per les polítiques públiques? Quines són les actuacions que els emparen si no entren dins el sistema d'atenció a la dependència? A més, la situació de crisi ha afectat potencialment el sector de població gran; Martín (2014) exposa que l'afectació és més gran fins i tot, per les modificacions realitzades en el sistema de pensions o per la no contemplació en la Llei de Dependència. L'edat és una de les principals variables potenciadores de l'exclusió social i, per tant, s'ha d'oferir resposta als desavantatges associats al col·lectiu (Arnaut-Bravo i Caparrós, 2010).

### **1.1. El concepte de vulnerabilitat en les persones grans**

A l'article de Sánchez-González i Egea-Jiménez (2012) es realitza un abordatge de la vulnerabilitat, que es descriu com el grau de risc que afronta una persona a perdre les seves propietats o la seva qualitat de vida. A més, s'hi afegeix que també respon a la capacitat de recuperació davant una situació adversa extrema i els mitjans dels quals es disposa per afrontar-la. Però, més específicament, hi assenyalava en què consisteix la vulnerabilitat social, entesa com un procés aversiu al qual ha d'enfrontar-se una persona o un col·lectiu en situació de desavantatge social. Al seu article, es fa referència la categorització realitzada per Sánchez-González (2009), en què s'estructura la vulnerabilitat social en quatre nivells:

1. Vulnerabilitat social de les persones grans que s'associa als riscos d'envellir a la llar.
2. Vulnerabilitat física associada a un risc de desenvolupar una situació de discapacitat i desenvolupada per l'envelliment biològic de la persona.
3. Vulnerabilitat social-dependent vinculada amb el risc de dependència i influïda per l'ambient, l'esfera social i familiar.

4. Vulnerabilitat ambiental associada als riscos de l'ambient que puguin impactar sobre els processos d'envelliment.

Una altra concepció de vulnerabilitat, segons defensen Brocklehurst i Laurenson (2008), és la constituïda a partir de les següents nou dimensions:

1. Física: fragilitat, mobilitat, canvis biològics i psicològics, com pèrdua de visió o audició.
2. Psicològica: canvis en la salut mental, por a l'envelliment, demència, dol i depressió.
3. Social: jubilació, absència de pensions, discriminació, viure sol, edatisme i baixos ingressos econòmics.
4. Recerca: qüestions ètiques.
5. Política: legislació.
6. Sexualitat: mites sobre la sexualitat en la vellesa que produeix repercussions en la seva pràctica.
7. Espiritual: dificultat per trobar llocs on practicar la religió.
8. Gènere: discriminacions que influeixen en la pensió.
9. Ètnia: discriminacions per l'ètnia.

Brocklehurst i Laurenson (2008) exposen que el concepte de vulnerabilitat associat a persones grans engloba tres estats: 1) fragilitat, 2) indefensió o susceptibilitat o 3) exclusió social. La vulnerabilitat és un terme referit a aspectes sociològics, tals com la construcció social del concepte d'envelliment. No obstant això, la fragilitat està més associada a morbiditat i a la percepció de la seva salut. De manera que una persona gran pot ser vulnerable, però en estar sana, no ser fràgil. Encara així, són conceptes associats, que predisposen a la persona a una situació de risc.

En l'extrem més radical, s'identifica el concepte d'exclusió, caracteritzat per l'acumulació de factors negatius i de límits en la història d'una persona, que provoquen que quedi fora del context de la societat (Arnaut-Bravo i Caparrós, 2010). L'element decisiu de l'exclusió consisteix en la incapacitat de sortir del bucle negatiu sense ajudes externes. Específicament, els elements que incidirien a l'exclusió social serien (Brocklehurst i Laurenson, 2008):

- tenir 80 o més anys,
- viure sols,
- pobra salut física o mental,
- limitació en la mobilitat,
- no tenir habitatge propi (haver de llogar),
- baixos ingressos econòmics, i
- no tenir telèfon.

## 1.2. Factors de risc i associats amb la situació de vulnerabilitat

La vulnerabilitat no és homogènia. Són múltiples els variables que influeixen en el desenvolupament de la vulnerabilitat en la vellesa. Arnaut-Bravo i Caparrós (2010) emfatitzen que la falta d'inclusió social s'estableix a partir de factors biològics, mèdics, personals, polítics, econòmics i culturals.

Les **diferències característiques socioeconòmiques** influeixen directament en els processos d'envelliment. L'estudi longitudinal de Chandola et al. (2007), que va analitzar el nivell de salut durant 18 anys d'una mostra de 10.308 persones, va verificar que es produïen diferències en els processos d'envelliment segons la remuneració i la tipologia d'ocupació. En concret, exposava que persones de 70 anys que havien exercit en llocs de feina de més estatus tenien un nivell de salut física similar al de persones de 62 anys amb llocs de treball de menor remuneració o que implicaven una major activitat física. S'ha de destacar que la salut mental semblava millorar en totes les tipologies d'ocupació a partir de la jubilació, però la millora era més lenta en llocs de baix estatus. Per tant, l'estudi també avala que els factors socioeconòmics desenvolupats durant una vida poden influir en aspectes de la vellesa, com la salut.

Quan la referència són persones amb escassa o nul·la formació, amb treballs irregulars o amb baixos salaris, les pensions seran baixes i, fins i tot, insuficients. Persones que han viscut en **situacions de pobresa** durant períodes de les seves vides, amb major predominança en dones, no tendeixen a aconseguir sortir-ne durant la vellesa (Arizcuren, 2015). El percentatge de persones grans en situació de vulnerabilitat és elevat. S'estima que aproximadament un 13% de persones de 65 o més anys a Europa es trobarà en una situació de precarietat econòmica o de pobresa, segons explica Martín (2014). Associat a aquest aspecte sembla que es pot identificar una pujada del nivell de vida, que s'ha acompanyat en els últims anys d'una situació de crisi econòmica rellevant.

Però encara empitjora substancialment si han de responsabilitzar-se de **càrregues econòmiques** dels seus familiars (Arizcuren, 2015). Fins a un 26% de les llars europees compta amb la nòmina de les persones grans com a principal sustent (Martín, 2014). Unides

a les exigències econòmiques també es produeixen, sovint, les **sobrecàrregues funcionals**: és comú detectar en persones grans que realitzen funcions de cuidadors, tant de pares com de nets, fins al punt que apareix «la síndrome del cuidador cremat» (Martín, 2014). Sobrecàrregues sostingudes en el temps poden incidir en la fragilitat de la persona gran.

No obstant això, l'altra cara de la moneda també pot resultar perjudicial; **la solitud** és un factor rellevant associat a la vulnerabilitat. S'apunta que al voltant d'un 10% de les persones majors de 65 o més anys es troba en situació d'aïllament social (Martín, 2014). La **xarxa social** amb els anys sol anar desapareixent en produir-se distanciaments o defuncions; així mateix, de cada vegada la possibilitat de realitzar mobilitzacions o desplaçaments per a visites de coneguts o familiars també es veu repercutida (Arizcuren, 2015). També és cert que es tendeix a desenvolupar relacions noves, especialment, amb veïns o gent amb la qual s'interactua amb freqüència. És un aspecte clau: la creació de noves relacions afavoreix la sensació de seguretat i de pertinença al grup. En definitiva, saber o percebre que si es necessita ajuda la rebran, millora la seva qualitat de vida (Arizcuren, 2015; Walker, 2009).

L'estudi com el de Patterson i Veenstra (2010) va comprovar que estar tot sol «sovint» va incrementar 1,63 vegades el risc de mortalitat. Encara així, cal incidir que l'estudi destacava que si es controlaven les variables que provocaven depressió, també disminuïa l'efecte de la solitud sobre la mortalitat. No obstant això, segons destaquen Dozeman et al. (2010), la incidència de **simptomatologia depressiva** és elevada i freqüent en adults grans vulnerables en comparació amb la resta de població. Els autors estableixen relació entre simptomatologia depressiva en la població gran i estats de salut deteriorats.

Segons exposen Orth, Trzesniewski i Robins (2010), **l'autoestima** també inicia un decreixement en la vellesa, concretament, a partir dels 60 anys en tots dos sexes. En concret, els autors vinculen l'autoestima amb dos factors cognitius: estabilitat emocional i consciència. Els resultats apunten que mentre que l'estabilitat emocional es manté en la vellesa, la consciència tendeix a disminuir, la qual cosa provoca una afectació en els nivells d'autoestima. Aspectes com una educació superior i estatus econòmic i laboral superiors esmorteïrien la disminució de l'autoestima. En canvi, una salut caracteritzada per malalties reiterades o cròniques influïrien negativament en els nivells d'autoestima.

La **jubilació** és ressaltada per Arnaut-Bravo i Caparrós (2010) com un procés que allunya la persona de múltiples situacions d'obligada integració social. Els autors expliquen que, en una societat marcada per valors de joventut, la jubilació requereix una complicada adaptació i pot desencadenar situacions de discriminació.

Finalment, com s'exposava anteriorment, **l'estat de salut**, i la fragilitat, també resulten essencials a l'hora de determinar els nivells de vulnerabilitat. Ocorre el mateix amb les **situacions de dependència i/o de discapacitat**, que actuen com a límits



i barreres i que incideixen en una major marginació (Arizcuren, 2015). Una correcta habilitació de **l'habitatge** de la persona gran, per exemple amb l'eliminació de barreres arquitectòniques, actuaria combatent algunes de les limitacions de mobilitat o de dependència. L'estudi de Kylén et al. (2017) verificava que la depressió era menys comuna en persones grans que sentien que tenien el control a la seva llar i se sentien còmodes amb les condicions domèstiques. Els autors concloïen la seva recerca apuntant que condicions adequades a l'habitatge promocionaven la salut mental del col·lectiu de persones grans.

## 2. Metodologia

La finalitat de l'estudi va ser realitzar una anàlisi de les característiques d'una població gran establerta com de vulnerabilitat, a causa de les condicions perjudicials que tenen associades (baixos ingressos econòmics, pobra xarxa social de suport o possibilitat de cobrir necessitats bàsiques). Com s'argumentava anteriorment, una situació de vulnerabilitat és el preàmbul d'una exclusió social; procés que una vegada que s'inicia és molt complicat reinvertir i que, per tant, ha de ser previngut i evitat amb els recursos disponibles. Per això serà essencial designar quines variables són les que es constitueixen com a factors de risc a l'hora de determinar les situacions de vulnerabilitat. A més, es pretenia valorar si es produïen diferències significatives entre gènere, per determinar si el gènere constituïa per si mateix una variable amb entitat pròpia en el desenvolupament de situacions de vulnerabilitat.

Es va utilitzar una metodologia quantitativa, a partir d'un mostreig no probabilístic. L'avaluació es va realitzar amb qüestionaris estructurats en cinc apartats: descripció sociodemogràfica de la mostra, de l'habitatge i les seves condicions associades, l'estat de salut, xarxa de suport social i serveis i prestacions gaudides.

Per aconseguir-ho, s'avaluà una població d'usuaris de persones més grans de 60 anys, que acudien amb freqüència als serveis de promoció de l'autonomia personal del Casal Ciutat Antiga, del Casal Jonquet i del centre Can Ribes de l'Ajuntament de Palma, serveis gestionats per l'associació Intress. Intress, Institut de Treball Social i de Serveis Socials, és una associació sense ànim de lucre creada el 1984, declarada d'utilitat pública l'any 2004 pel Ministeri de l'Interior. Està formada per diferents entitats que atenen persones en risc d'exclusió social des de l'inici al final del seu recorregut vital, en el moment en què ho necessiten. Treballem per a què les persones exerceixin els seus drets i puguin escollir com volen viure.

Concretament, l'anàlisi es va realitzar amb una mostra constituïda per 75 usuaris, dels centres Casal Ciutat Antiga, Casal Jonquet i centre Can Ribes.

### 3. Anàlisi de resultats

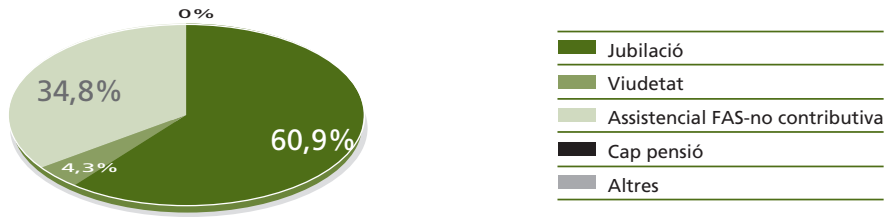
#### 3.1. Descripció sociodemogràfica de la població dels casals gestionats per Intress

La mostra, constituïda per 75 usuaris dels casals, presentava una mitjana de 76,92 anys i una desviació estàndard de 7,9. És rellevant destacar que un 36% de la mostra tenia 80 o més anys, per la qual cosa, s'obtenia una representació de població «sobreenvellida». A més, s'hi identificava una clara feminització de la mostra, amb un 69,3% de dones. Es produeix un lleuger predomini de dones entre la mostra de persones vulnerables que acudeixen als casals, per exemple, a la memòria de 2016 del Casal Jonquet es registrava que un 61% eren dones i a la memòria de 2016 del Casal Ciutat Antiga que un 55,8% ho eren. Respecte al lloc de naixement es van obtenir dades heterogènies: un 24% van néixer a Palma, un 56% en altres comunitats, un 10,7% en altres municipis de Mallorca i un 9,3% eren estrangers.

Un elevat percentatge de la mostra declarava no saber llegir o escriure o bé no tenir acabats els estudis primaris, en concret, un 30,7%. El més freqüent era que tinguessin estudis bàsics, amb un 48% de la mostra; a l'altre extrem, només un 4% havia cursat estudis superiors. Les categories laborals registrades responien a una baixa remuneració: un 14,7% reconeixia que van treballar com a obrers no especialitzats o qualificats, un 21,3% com a obrers qualificats i un 14,7% de la mostra, totes dones, exposaven que havien estat mestresses de casa.

Respecte a l'estat civil, gairebé la meitat de la mostra havia perdut a la seva parella, amb major predomini entre les dones (un 55,8% de les dones de la mostra eren vídues). En canvi, un 47,8% dels homes de la mostra estaven divorciats o separats, mentre que un 30,4% eren fadrins. Només un 2,7% de la mostra estaven casats —en concret, eren dues dones usuàries dels casals. Per la qual cosa s'identifica un rellevant predomini de persones vídues (45,3%), divorciades o separades (29,3%) i solteres (21,3%). Un 30,7% explicava que tenia fills. En canvi, dotze dels usuaris enquestats reconeixien no tenir fills, ni parella, dels quals, 8 eren homes.

La mostra es va caracteritzar per una rellevant fragilitat econòmica; només un 39,2% dels participants disposaven d'una pensió de jubilació. La desprotecció econòmica es va evidenciar, especialment, en el sector femení, ja que dins del grup de dones només un 29,4% va manifestar rebre una pensió de jubilació. A més, un 27,5% de la mostra de dones reconeixia rebre una pensió no contributiva i un 7,8% explicava que no rebia cap pensió. És a dir, era comú rebre prestacions econòmiques mínimes que predominaven vinculades al col·lectiu femení (un 25,7% de la mostra total) (vegeu el gràfic 2). D'igual manera, eren les dones les que rebien un 94,4% de les 18 pensions de viduïtat registrades. En canvi, en el sector masculí, predominaven les pensions de jubilació (un 60,9% dels homes de la mostra) (vegeu el gràfic 1).

**Gràfic 1 | Tipologia de pensió al grup d'homes de la mostra****Gràfic 2 | Tipologia de pensió al grup de dones de la mostra**

### 3.2. Descripció de la tipologia d'habitatge i de les condicions associades

Malgrat que la majoria disposava d'un habitatge (propri o llogat) —un 70,3% de la mostra total— també s'han identificat altres formes de convivència. Dels altres, sis dels enquestats viuen a casa d'un familiar, tres compartien un habitatge amb altres persones que no eren familiars i sis disposaven d'una habitació en una casa compartida. Llogar era habitual; un 44% de la mostra declarava que on residia era llogat (habitatge o habitació); un 44% de la mostra total declarava que on residia era llogat. Un 30,7% dels enquestats explicaven que l'habitatge els pertanyia i un d'ells declarava que era usufructuari de la casa.

Respecte al gènere, va emergir una major tendència femenina a tenir un habitatge en propietat que els homes; un 54,1% de la mostra amb habitatge propi van ser dones, però només un 16,2% van ser homes. Va despuntar una tendència masculina a compartir habitatge o habitació —un 8,1% de la mostra—, mentre que les dones desproveïdes de propietat van optar, generalment, per viure amb una familiar —un 6,8% de la mostra.

Aproximadament, la meitat de la mostra descrivia que l'habitatge en el qual residia presentava condicions acceptables. Encara que, un 18,8% exposava que no disposava d'un habitatge amb condicions d'habitabilitat adequada. Concretament, en perfilar les característiques dels habitatges es van percebre múltiples dèficits o manques que dificultaven la qualitat de vida dels usuaris o que actuaven com a barreres arquitectòniques.

Per començar, un 27,4% dels pisos es veien desproveïts d'ascensors, un 25,7% de les llars presentaven altres barreres arquitectòniques en l'accés i un altre 25,7% dins de l'habitatge, la qual cosa en limitava l'accés en situacions de discapacitat o de limitacions físiques. És més, alguns dels usuaris no podien respondre a necessitats bàsiques com la higiene personal o la preparació de menjar, perquè els seus habitatges no tenien dutxa ni banyera ni fins i tot cuina: un 28,6% i un 5,7%, respectivament (vegeu la taula 1). En concret, quatre dels usuaris explicaven que no solien disposar d'aigua corrent on residien, dos no tenien electricitat i deu reconeixien no disposar de sistemes de calefacció. A més, també es van detectar algunes condicions inadequades no tan severes, com conviure amb humitat o goteres —un 28,6% dels usuaris—, no tenir telèfon fix al domicili —encara que la majoria sí disposava de mòbil—, no tenir rentadora —un 22,9% dels usuaris— o no tenir llum natural —un 5,7% dels usuaris.

**Taula 1** | *Anàlisi de les condicions de la mostra*

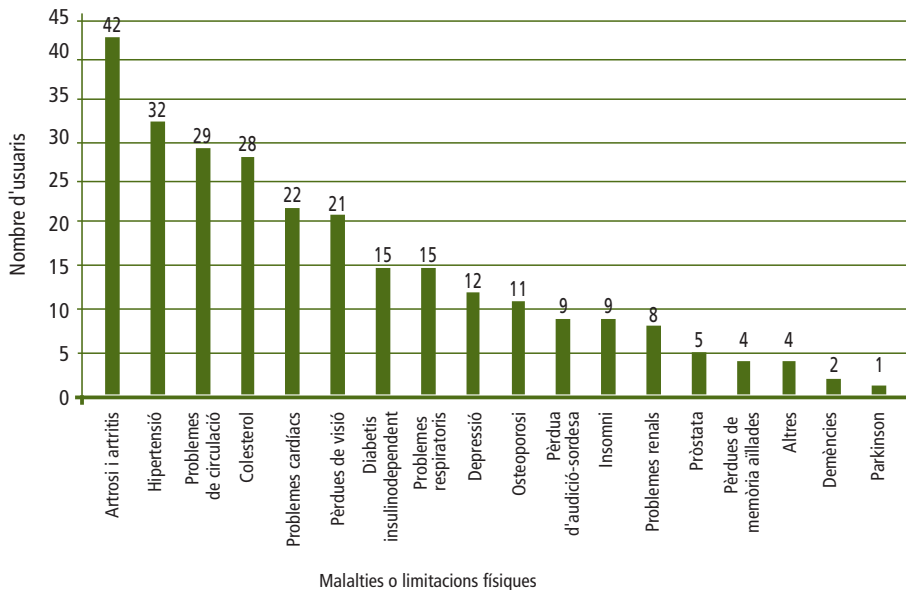
Tipus de dèficit	Percentatges segons els homes	Percentatges segons les dones	Percentatges totals
No hi ha aigua corrent	5,7%	5,7%	11,4%
No té electricitat	0%	5,7%	5,7%
No té telèfon	28,6%	34,3%	62,9%
No té rentadora automàtica	11,4%	11,4%	22,9%
No té banyera o plat de dutxa	5,7%	22,9%	28,6%
No té il·luminació natural	2,9%	2,9%	5,7%
Estat deteriorat, goteres, humitat, cruïes, etc.	8,6%	20%	28,6%
Barreres arquitectòniques a l'accés	11,4%	14,3%	25,7%
Barreres arquitectòniques a l'habitatge	8,6%	17,1%	25,7%
No té cuina	0%	5,7%	5,7%
No té sistemes de calefacció	14,3%	14,3%	28,6%

Associada amb la variable gènere, apareix una major tendència a denunciar les condicions inadequades de l'allotjament per part de les dones —un 62,9% de les manifestacions van ser realitzades per les dones de la mostra. De les principals diferències entre gènere, s'ha de destacar que un 22,9% de les dones de l'estudi vivia sense dutxa o banyera, un 31,4% identifica barreres arquitectòniques, un 20% explicava que hi havia goteres o humitats i el 5,7% que exposava que no tenia cuina en dones. Per la qual cosa vinculat al factor gènere s'estableixen pitjors condicions a la llar.

### 3. 3. Valoració de l'estat de salut i de situació de dependència

Els problemes de salut són freqüents en la mostra analitzada, concretament, 67 dels participants declarava patir-ne algun. Entre els més freqüents, com pot veure's en el gràfic 3, artritis o artrosis, hipertensió, colesterol, problemes de circulació, patologies cardíaques i deficiències sensorials d'audició. Per la qual cosa gairebé tots els enquestats requerien tractament farmacològic i fins a un 93,2% prenia alguna medicació diàriament per pal·liar les malalties que pateixen. A més, els tractaments farmacològics eren múltiples i variats, de manera que un 39,1% requeria entre cinc i nou medicaments diferents per pal·liar la seva simptomatologia, un 34,4% entre un i quatre medicaments i un 21,9% arribava a deu medicaments o més diàriament. Només tres usuaris declaraven prendre únicament un tipus de fàrmac. S'identifica una freqüència major de consum en el col·lectiu femení, que es caracteritzava per consumir, més freqüentment, entre cinc i nou fàrmacs diferents, a diferència del col·lectiu d'homes, que consumia, en major freqüència, entre un i quatre fàrmacs diferents.

**Gràfic 3 | Tipologies de malalties o limitacions físiques**



Fins a un 38,6% de la mostra havia visitat, una vegada, el metge en els últims 15 dies i un 18,6% l'havia vist fins a tres vegades. Fins i tot, un 18,1% havia necessitat que el metge o la infermera el visités a la seva casa durant els últims 15 dies. Amb tot, també un 28,6% reconeixia que acudia al metge molt poques vegades a l'any.

A pesar que, com s'ha anat descrivint, es tracta d'un col·lectiu que tendeix a presentar problemes de salut, que pren medicació freqüentment i que visita amb regularitat el metge, la major part del col·lectiu valorava la seva salut com bona o regular. Un 30,1% pensava que tenia una salut bona, per sobre de la mitjana de la població, i un 42,5% apuntava al fet que era regular, com la majoria de les persones.

Els casals responen a les necessitats d'usuaris que no es troben dins el sistema d'ajudes de la dependència, en general, i que mantenen certs nivells d'autonomia personal. Per la qual cosa es tracta de factors característics de la mostra analitzada. Concretament, un 13,5% havia sol·licitat l'avaluació de la situació de dependència, i només tres usuaris eren beneficiaris de la prestació.

Es tracta d'una població que malgrat no complir criteris per a una dependència severa o greu, comença a necessitar alguns suports o ajudes. Per exemple, un 36,2% presentava o havia presentat limitacions en la mobilitat i necessitava l'ús de croses, bastons o caminadores i dos dels usuaris, cadires de rodes. D'igual manera, un 11,6% reconeixia que necessitava l'ús de compreses o bolquers perquè tenia dificultats en la continència urinària i un 4,3% reclamava ajuda per a l'ús de la medicació.

### 3.4. Anàlisi de xarxa social i sistema de suport informal

Les xifres llancen una visió heterogènia sobre el sistema de suport social. Un rellevant percentatge de la població manifestava posseir una xarxa social deficitària. Per començar, un 21,3% no rebia visites de persones de confiança i un 32% només rebia visites d'una o dues persones (vegeu el gràfic 4). Encara que en abordar la freqüència de visites durant l'última setmana, els percentatges van disminuir; un 41,9% no va rebre cap visita, un 20,3% va rebre una visita, un 14,9% va tenir dues visites i un 23% tres o més visites.

**Gràfic 4 |** *Visites de persones de confiança a la llar*



Quant al contacte telefònic, un 41,9% havia rebut entre una i dues trucades i un 32,4% tres o més cridades. No obstant això, un 24,3% no havia tingut cap contacte telefònic.

En relació amb aquest aspecte, s'ha de tenir en compte la dificultat de molts usuaris de parlar per telèfon perquè no disposen de terminal, com s'ha exposat anteriorment.

La vulnerabilitat social ha d'estipular-se, com es defensava anteriorment, no només en els contactes reals que es tenen, sinó també en la percepció de les persones grans. La percepció de solitud es declarava en un 28,4% dels usuaris, dels quals, 24,3% eren dones. En menor mesura, un 13,5% d'homes i un 23% de dones també s'havien sentit sols en ocasions. Probablement, les diferències de gènere es vinculin al factor que les visites eren menys freqüents del que es desitjaven en el cas de les dones grans; el 28,4% de les dones no tenia tants de contactes com voldria enfront del 13,5% dels homes.

No obstant això, davant la necessitat de rebre ajuda o davant una urgència, la majoria percep que tindria a qui acudir i que respondrien adequadament davant la demanda — un 86,7% dels entrevistats. Però també ha de destacar-se que, si l'ajuda hauria de ser indefinida, molts consideren que aquesta atenció disminuiria; només un 61,9% considera o percep que tindria ajuda permanent. S'ha de destacar que són les dones grans les que perceben un millor sistema de suport o d'atenció, que representa el 50,8% de la mostra. En més de la meitat dels casos —un 69,4%—, es comptava amb un familiar per rebre l'ajuda necessitada, destacaven especialment els fills, en un 35,9% dels casos. Seguidament, serien els veïns les persones a les quals es recorreria en situació de necessitar ajuda —un 12% ho va declarar. S'ha de posar èmfasi en el fet que l'ajuda familiar va ser més reconeguda per les dones de la mostra —el 56,5% de les dones considerava que la seva família respondria en cas de necessitat— que pels homes. En el cas masculí, un 17,7% va assenyalar la família com a principal suport i un 12,9% va indicar que podrien ser amics o veïns, per la qual cosa, la interacció familiar no tenia el mateix efecte de suport que en cas de les dones.

### 3.5. Descripció d'interacció amb associacions i obtenció de suport formal

Amb l'aparició dels processos d'envelliment, també apareixen les limitacions físiques i les situacions de dependència, que fan necessària la incorporació d'ajudes per afavorir que la persona gran pugui romandre al seu domicili. En concret, el 34,7% de les persones grans explicava que rebia algun tipus de prestacions; el 18,7% en disposava d'elles de forma continuada, el 13,3%, ocasionalment i el 4% gairebé mai les necessitava. Ha d'emfatitzar-se que la majoria dels usuaris que reben ajuda són dones (el 26,7% del total d'usuaris).

També és rellevant determinar l'origen de les ajudes, que poden ser informals procedents de la família i de la seva xarxa de suport social o formals vinculades amb un servei públic o privat. La primera opció —xarxa de suport informal— és l'opció més freqüent en la mostra analitzada. Específicament, un 52,2% de les persones grans que rebien ajudes ho feien dels seus familiars, un 8,7% dels seus veïns i un 8,7% dels seus amics (vegeu la taula 2). A més de les ajudes de familiars i d'amics, també era freqüent que rebessin ajudes formals,

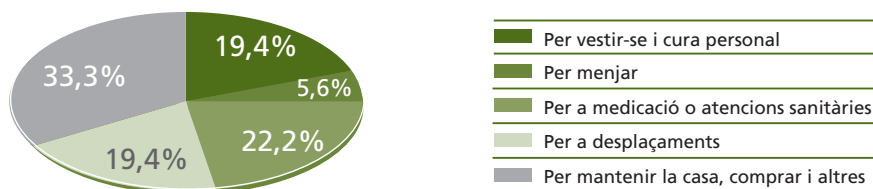
com d'associacions i de serveis; un 17,4% pagava per obtenir el servei necessitat i un 30,4% l'obtenia de serveis de l'Ajuntament. Els cuidadors principals es caracteritzaven, en la seva majoria, per ser menors de 44 anys i ser dones.

**Taula 2 | Tipologies d'ajudes i de serveis formals i informals**

	Ajudes socials informals			Serveis formals	
	Familiar	Amic o conegut no veïnat	Veïnat	Persona externa pagada	Treballador de l'Ajuntament
Total	52,2%	8,7%	8,7%	17,4%	30,4%

Les tipologies de les ajudes es poden classificar en aquelles desenvolupades dins del domicili de la persona gran i les associades amb la mobilitat o aspectes externs. Respecte al primer punt, es dirigien a mantenir neta i restaurada la casa o a realitzar la compra —el 33,3% de les persones grans enquestades—, a ajudar-los a vestir-se o a atendre-les —el 19,4% dels enquestats— i a preparar-los el menjar —el 5,6% de la mostra. D'altra banda, com pot veure's en el gràfic 5, un 19,7% està destinada a desplaçaments i un 22,2%, a acompanyaments a visites mèdiques o gestió de medicació.

**Gràfic 5 | Tipologia d'ajudes rebudes per associacions**



Dins del marc de les ajudes formals, l'establiment de relacions amb els serveis socials, el servei comunitari de referència general, era el més freqüent, en un 32,4% dels casos. S'ha de destacar que un 65,3% va realitzar alguna consulta, de les següents tipologies:

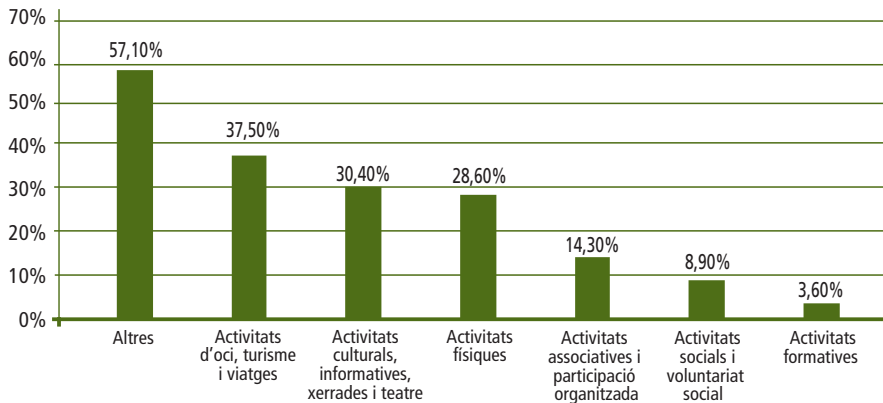
- demanda sobre pensions i gestions de prestacions econòmiques —el 41,2% dels usuaris—,
- demanda sobre l'ajuda a domicili —el 14,7%—,



- demanda sobre residències o habitatges tutelats —el 29,4%—,
- demanda sobre assessorament social —el 2,9%—, i
- altres demandes —l'11,8%.

Un altre recurs freqüentment utilitzat era la participació en activitats de promoció de l'autonomia personal. Com pot veure's en el següent gràfic, les més freqüents van ser les activitats d'oci i turisme (un 37,5% dels usuaris), activitats culturals i informatives (un 30,4% dels usuaris) i l'exercici físic (un 28,6% dels usuaris).

**Gràfic 6 | Tipologia d'activitats desenvolupades al marc dels serveis socials**



Amb tot, les xifres van ser inferiors respecte d'altres serveis d'atenció a les persones vulnerables. En concret, quatre tenien relació amb la Creu Roja, un amb Caritas i els restants set amb altres associacions, com altres casals, Associació contra el Càncer o Fundació Aldaba.

### 3.6. Associació amb els casals i la qualitat de vida

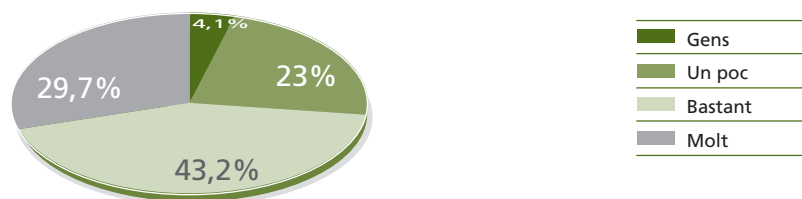
La situació de vulnerabilitat i les escasses estructures socials establertes en el col·lectiu analitzat expliquen la reiterada assistència als casals. Aproximadament la meitat de la mostra acudeix tota la setmana al casal i un 33,8% hi acudeix de dilluns a divendres, amb la qual cosa s'ha comprovat que aquesta tipologia de recursos no només és acceptada pel col·lectiu de persones grans vulnerables, sinó que també és essencial (vegeu el gràfic 7). A més, es tracta d'un recurs utilitzat de manera persistent; un 28,4% del col·lectiu fa entre 10 i 19 anys que hi acudeix diàriament i un 20,6, entre 5 i 9 anys.

**Gràfic 7 | Freqüència d'assistència dels usuaris als casals**

Els casals ofereixen un ventall de recursos que intenten adaptar-se a les mancances o a les necessitats dels usuaris; entre les quals destaquen menjadors, dutxes, serveis de bugaderia, tallers i activitats i suport amb la medicació, entre uns altres. És a dir, intenten fomentar l'autonomia personal dels usuaris, tot afavorint que puguin romandre a les seves llars i impedingent que acabin desenvolupant una situació d'exclusió social. Com pot veure's en la següent taula, tots mengen cada dia als casals. També duen a terme funcions de formació, d'informació i d'entreteniment, que intenten complementar les seves necessitats psicològiques i emocionals. Aquesta tipologia de recursos és utilitzada per un 68,9% de les persones grans i és una de les principals distraccions que tenen. Així mateix afavoreix el seu enriquiment i les activitats de socialització. Un 29,7% usava les dutxes amb freqüència i un 36,5% el servei de bugaderia; ha de recordar-se que molts dels usuaris reconeixien la falta de condicions adequades mínimes en els seus habitatges, com aigua o corrent elèctric. Com es recull a la taula 3, no es produeixen diferències rellevants entre gènere, perquè independentment del sexe, els serveis són utilitzats a diari. Tanmateix, hem de remarcar que les dones tenen més tendència a acudir a les activitats desenvolupades i als tallers (un 54,1% de la mostra així ho declarava). Probablement, està relacionat amb la tendència exposada anteriorment, que les dones cerquen més acompanyament per part de la xarxa social que ells, i els casals afavoreixen que es desenvolupi aquesta funció.

**Taula 3 | Freqüència de l'ús de serveis i prestacions dels casals**

Servei i prestació del casal	Percentatge d'homes	Percentatge de dones	Percentatge total
Menjador	29,7%	70,3%	100%
Dutxes	14,9%	14,9%	29,7%
Bugaderia	16,2%	20,3%	36,5%
Activitats i tallers	14,9%	54,1%	68,9%
Suport a la medicació	4,1%	4,1%	8,1%
Altres	1,4%	2,7%	4,1%

**Gràfic 8 | Valoració de com ha de millorar el casal la seva qualitat de vida**

L'establiment d'aquesta tipologia de serveis és rellevant en un col·lectiu en el qual la majoria de les seves circumstàncies el fa vulnerable. De fet, quan s'indaga sobre la percepció que tenen sobre la qualitat de vida, llancen missatges que calen ser analitzats. Per començar, un 41,1% d'ells declarava que estava «satisfet» amb la seva vida i un 19,2% que estava «molt satisfet», que representen una mica més de la meitat de la mostra. Igualment, un 78,7% també considera sentir-se «satisfet» en com ocupa el seu temps lliure. Encara que, un 71,8% d'ells també reivindica que no es troba «gens satisfet» amb les condicions del seu habitatge. De manera que disposar d'un servei que respongui a les mancances existents al domicili influeix directament en la seva qualitat de vida. De fet, el 29,7% apuntava que els casals havien millorat «molt» la seva qualitat de vida i un 43,2% assenyalava que havien estat «bastant» rellevants en la millora de la seva vida (veure gràfic 8). Com es manifestava anteriorment, els casals també complien funcions de millora emocional, la qual cosa afavoreix l'estabilitat emocional i disminueix el sentiment de solitud. Específicament, un 91,8% de les persones grans valorava els casals com un instrument que havia possibilitat millorar les seves relacions socials, desenvolupar noves amistats entre els usuaris mateixos i els professionals dels casals.

**Taula 4 | Percepció de qualitat de vida segons diferents condicions**

Variable	Nivell de satisfacció	Freqüència
Qualitat de vida en general	Gens	11%
	Un poc	28,8%
	Bastant	41,1%
	Molt	19,2%
Temps lliure	Satisfet	80,8%
	Indiferent	6,8%
	Insatisfet	12,3%
Habitatge	Gens	71,8%
	Un poc	5,6%
	Bastant	22,5%
	Molt	0%

continua

Variable	Nivell de satisfacció	Freqüència
Salut	Gens	16,4%
	Un poc	37%
	Bastant	39,7%
	Molt	6,8%

Probablement, un aspecte que s'ha de tenir en compte és que s'hauria d'abordar l'estat de salut de les persones grans i la seva influència en la seva qualitat de vida. En aquest sentit, la mostra analitzada proclamava diferents respostes associades amb la satisfacció del seu estat de salut. Un 39,7% sí que sentia que el seu estat de salut era «bastant» bo, un 37% el valorava com «alguna cosa» bé i un 16,4% no se sentia «gens» satisfet amb el seu nivell de salut.

#### 4. Principals conclusions

Tal com es definia anteriorment, els col·lectius de vulnerabilitat es caracteritzen per la seva associació amb múltiples factors de risc que els predisposen a patir situacions de marginalitat i d'exclusió social. D'una banda, el problema és en els prejudicis i en la discriminació que comporten la marginació que, a més, es veuen duplicats per l'edatisme propi de l'edat. Però, a més, les situacions d'exclusió social es veuen seriosament agreujades per un bucle negatiu que tendeix a retroalimentar-se i a dificultar-ne la sortida cap a una situació d'inclusió. És a dir, la reiterada imposició de desavantatges socioculturals, econòmics, de salut i laborals embullen la possibilitat de prosperar i de superar els inconvenients. Per la qual cosa és necessària la disseminació de les variables que acompanyen les situacions de vulnerabilitat, a més del desenvolupament de serveis eficaços que previnguin l'exclusió social. És precisament aquesta la finalitat del present estudi, que llança alguns indicadors rellevants.

Per començar, es fonamenta en les respostes d'un grup de persones grans, amb una mitjana d'edat de 76,92 anys, que es constitueix fins a en un 36% en població sobreenvellida (representació rellevant del sobreenvelliment). A més, es tracta d'una mostra amb predomini femení, en la qual un 69,3% eren dones.

Entre els principals resultats, es destaca que, efectivament, es caracteritzen perquè presenten condicions sociodemogràfiques negatives que els limiten. Per començar, a nivell formatiu i laboral, la majoria no tenia estudis o només els primaris —un 30,7% complia aquestes condicions— i van desenvolupar categories laborals poc remunerades —fins a un 50,7% declarava que pertanyia a aquesta categoria o que no havia treballat.

El problema és en el fet que, com exposen Chandola et al. (2007), llocs d'ocupació amb pitjors condicions influïrien negativament en l'estat de salut i accelerarien els processos d'envelliment. Les repercussions d'aquestes limitacions formatives i laborals es reflecteixen, especialment, en la vellesa, a través de les condicions econòmiques rebudes. El desemparament econòmic destacava sobretot en el sector femení, del qual un 48,7% reconeixia que no rebia cap prestació o que rebia una pensió no contributiva. La pobresa no és homogènia, sinó que s'identifica un major impacte segons el sector d'edat al qual repercuteix, i s'estableix en les persones grans un major risc d'exclusió social. Com destaca Araizcuren (2015), la sortida de la pobresa en la vellesa es converteix gairebé en una quimera, especialment en aquelles persones les trajectòries vitals de les quals prèvies s'havien unit a situacions de precarietat.

Una altra condició predominant en el sector que ha estat analitzada és no tenir parella, encara que en aquest sentit, apareixen diferències de gènere. La pèrdua dels companys va predisposar les dones a cercar ajudes externes —el 55,8% de les enquestades—, mentre que la majoria dels homes (un 78,2% de la mostra) eren separats, divorciats o solters. Òbviament, la solitud impulsa la cerca de recursos socials formals, encara que, mentre que en els homes la necessitat d'ajuda funcional s'evidencia només per no tenir parella, s'hauria d'investigar si en el cas d'elles es vincula també a l'intent per superar el dol o a omplir el buit emocional que comporta la defunció del company. Trevisan et al. (2016), en el seu estudi, evidencia que la solitud influïa negativament en els nivells de fragilitat, però també que els homes tenen una major demanda d'ajudes funcionals que les dones, s'adapten pitjor a una solteria i necessiten una major gamma de recursos en la vellesa. De manera que l'avaluació de la influència de l'estat civil sobre la situació de vulnerabilitat és més que recomanada, especialment, centrada en diferències de gènere.

Entre les principals limitacions de la població vulnerable, s'ha d'emfatitzar l'habitatge. Només un 33,9% la tenia en propietat, emergien altres formes de convivència com llogar únicament una habitació. La insatisfacció respecte a la llar era generalitzada, en un 71,8% de la mostra; amb una prevalença del malestar femení, que representava un 62,9% de les queixes. Probablement, la insatisfacció es vinculava a les limitacions identificades, com la falta de sistemes de calefacció, de banyera o plat de dutxa, d'aigua corrent, d'electricitat o de sistema de calefacció. També la falta de control sobre la llar a causa de les barreres arquitectòniques provocava malestar i incidia en els processos d'exclusió, perquè limitava la seva mobilitat, especialment en situacions de dependència i/o discapacitat (Arizcuren, 2015). Específicament, un 20% declarava patir limitacions provocades per les barreres arquitectòniques tant en l'accés a l'habitatge com a dins), cosa que provocava un elevat malestar. Kylén et al. (2017) van verificar que si les condicions de l'habitatge eren les adequades existia un menor risc de desenvolupar depressió en persones grans i es fomentava un millor benestar emocional.

S'ha de destacar l'aparició de malalties o de patologies com un factor de risc en les persones grans, i encara més en els grups de vulnerabilitat. En concret, un 91,8% declarava que tenia alguna malaltia i un 93,2% que necessitava un tractament farmacològic diàriament i una polifarmàcia consistent en cinc o més fàrmacs en un 61% dels enquestats. Gairebé quatre d'ells van visitar al seu metge en l'última quinzena. S'estableixen diferents categories de malalties, destaquen les vinculades amb la circulació i la tensió (hipertensió, colesterol i problemes de circulació), de l'aparell musculoesquelètic (artritis i artrosi) i els trastorns mentals (depressió). Ha de tenir-se en compte que es produeix una retroalimentació entre estats de salut deficitaris i trastorns mentals, i quan, a més, tots dos són freqüents, com en la població anciana, la problemàtica s'agreuja (Dozeman et al., 2010). Com remarquen Brocklehurst i Laurensen (2008), la fragilitat en la gent gran predisposa a iniciar una situació de vulnerabilitat, que es converteix en una variable determinant que ha de ser controlada. A més, com expliquen Conwell, Duberstein i Caine (2002), el risc de suïcidi a l'adult gran s'accentua amb malalties i limitacions funcionals, que fomenten el desenvolupament de depressions. Les patologies que impliquen inestabilitat emocional poden actuar com a potents factors de risc.

Un eix articulador de la vulnerabilitat és la xarxa social i el suport del qual es disposa. L'anàlisi de la mostra ha mostrat alguns indicadors rellevants. Per començar, es tracta d'un col·lectiu que, generalment, viu sols; amb prou feines un 8,1% viu a casa d'un familiar, fins i tot quan un 30,7% té fills. A més, el nombre de visites i contactes telefònics són limitats. Un 21,3% no havia rebut visites i un 24,3% no havia tingut contacte telefònic en l'última setmana. De fet, un 28,4% confessava sentir-se sol amb freqüència i un 36,5% alguna vegada. Com s'exposava anteriorment, la solitud s'estableix freqüentment en la vellesa, entre d'altres, vinculat a la pèrdua de familiars i amics, que comencen a morir o dels quals es distancien per les noves limitacions emergides (Arizcuren, 2015; Martín, 2016). La solitud pot implicar tot un seguit de repercussions com acréixer el risc de mortalitat i de morbiditat, que és una freqüent i perillosa companya en els processos d'envelliment (Dozeman et al. 2010; Patterson i Veenstra, 2010; Thomopoulou, Thomopoulou i Koutsouk, 2010). D'igual manera, situacions de discapacitat a la tercera edat impliquen percepcions de major solitud (Russell, 2009). Thomopoulou, Thomopoulou i Koutsouk (2010) explicaven en el seu estudi que tant si es produïa la mort del company com si la soledat era causada per una ruptura sentimental, la gent gran presentava nivells inferiors de qualitat de vida, i una pitjor adaptació als esdeveniments negatius. Amb tot, conclouen que viure a prop d'altres familiars o tenir contacte amb freqüència actuaria com un amortidor dels efectes aversius de la solitud.

L'establiment de noves xarxes i suports constitueix un element decisiu per a la fortificació de la resiliència del grup de persones grans (Martín, 2014). Les situacions de dependència o de discapacitat, comunes en el grup de persones grans, predisposen a reclamar cures i ajuda. El grup, caracteritzat per no presentar graus moderats o greus de dependència, rebia atencions i suport de dues tipologies: informals i formals. Respecte a la primera

categoria, un 52,2% obtenien ajuda per a activitats de la vida diària (AVD), per a les tasques domèstiques o per moure's per part dels seus familiars i un 17,4% per part de veïns o amics. Si és cert que, davant una urgència, la majoria dels enquestats pensava que rebria ajuda (un 86,7% dels enquestats) i un 61,9% exposa que tindria aquesta atenció de manera permanent si fos necessari. Ha de ser remarcat que es manifesta una millor i més assídua relació de les dones amb els seus familiars, a diferència dels homes que no presenten tant d'interès. Per exemple, les dones tendien a sol·licitar ajuda als seus familiars (56,5%), en canvi, els homes equilibraven aquesta demanda entre familiars (17,7%) i amics o veïns (12,9%).

Així, generalment, s'estableixen relacions familiars pobres i deficitàries, consistents en ajudes puntuals, que tendeixen a ser complementades mitjançant recursos externs comunitaris. Els serveis socials, servei bàsic de referència, eren un punt de referència per demanar sobre pensions i ajudes econòmics o habitatge. No obstant això, les prestacions desenvolupades pels casals de l'Ajuntament de Palma, gestionats per Intress es constituïen com les principals. L'absència d'instal·lacions mínimes dins l'habitatge o tenir-ne l'accés limitat actuaven de barreres i impedièren cobrir necessitats bàsiques i promocionar l'autonomia de la persona. Són motius suficients que justificaven l'elevada assistència i ús dels recursos dels casals, com el servei de menjador (40,4%), labugaderia (14,8%) i les dutxes (12%). Però, a més, la funcionalitat dels casals era més àmplia; complia funcions de socialització i d'acompanyament als usuaris. Gairebé totes les persones explicaven que en acudir als casals havien aconseguit establir noves amistats que havien afavorit el seu benestar emocional. Per tant, els casals funcionen com un servei especialitzat que permet, no només cobrir les necessitats més bàsiques, com l'alimentació o la higiene, sinó que també afavoreix la constitució de noves xarxes socials.

Per tant, com s'exposava anteriorment, la gent gran és un col·lectiu amb un major risc a desenvolupar situacions de vulnerabilitat o d'exclusió social. L'edat constitueix per ella mateixa una variable amb entitat pròpia per afavorir l'aparició de desavantatges (Arnaut-Bravo i Caparrós, 2010), però si, a més, se li sumen variables de risc, com la pobresa, la fragilitat o la solitud, es converteixen en poblacions altament vulnerables i amb probabilitats d'acabar sent excloses socialment. Tot això s'agreuja a causa de la invisibilitat que caracteritza el grup, així com la seva tendència a passar in advertit, cosa que no fomenta el desenvolupament de pautes dirigides a cobrir les seves necessitats. Així mateix, es produeix una controvertida i perjudicial vinculació entre la persona gran i la percepció que és demandant de recursos i, per tant, d'inversió econòmica (Marí-Klose i Marí-Klose, 2012).

Per tot això s'han d'assumir polítiques públiques de prevenció de la vulnerabilitat per part de les administracions públiques, que defensin enfocaments transversals i coordinació entre els diferents serveis socio-sanitaris. Actualment, existeixen polítiques

assistencials que ofereixen cobertura en situacions de risc o d'adversitat; no obstant això, s'hauria d'apostar per polítiques de prevenció que ofereixin solucions permanents a les circumstàncies que provoquen l'exclusió social. Per exemple, avaluar els factors que comporta el fracàs escolar i actuar directament per a la seva eradicació (Moriña, 2007). Han de ser desenvolupats programes integrals i intervencions sistemàtiques que actuïn en diferents nivells: sobre les personals, que influeixen sobre les circumstàncies individuals, sobre el mesosistema, que fomenta els aspectes funcionals de l'ambient de cada individu, i sobre el macrosistema, que se centra en patrons generals de cultura, tendències sociopolítiques i sistemes econòmics.

Serveis com els casals permeten respondre de manera dinàmica, resolutiva i àmplia a les demandes dels usuaris, i gràcies a això, com s'ha pogut percebre als resultats presentats, es millora la qualitat de vida d'aquest col·lectiu. Representen institucions que, amb uns mínims recursos, ofereixen a la gent gran una eina per promocionar la seva autonomia, faciliten que la gent gran es mantengui als seus domicilis i en prevenen el deteriorament. En definitiva, proporcionen una alternativa al bucle de risc social inicial, tot evitant la marginació del col·lectiu de gent gran. Aquests serveis adquireixen una major rellevància perquè constitueixen el pilar principal que respon a les limitacions presentades per una població que no compleix criteris per entrar al sistema d'atenció a la dependència, però que, per edat i situació, necessiten urgentment una atenció. Per tant, els casals de l'Ajuntament de Palma gestionats per Intress són una aposta ineludible, essencial i eficaç, que cal ser contemplada per les polítiques públiques.

D'igual manera, els professionals d'atenció directa al col·lectiu de persones grans han d'identificar els signes de possible vulnerabilitat i han d'assumir pautes per respondre de manera adequada davant situacions de risc (Brocklehurst i Laurenson, 2008). A Espanya, segons explica Moriña (2007), la formació específica sobre vulnerabilitat i exclusió és escassa. No obstant això, una intervenció eficaç amb aquest col·lectiu implica una formació integral, que permet planificar i avaluar projectes, habilitats per interaccionar, treballar col·laborativament i fomentar les xarxes entre les institucions. Són valors contemplats i desenvolupats per l'associació Intress, que fomenta la interacció entre institucions, aposta per una especialització dels professionals i, sobretot, per una atenció de qualitat als usuaris. Com s'explicava anteriorment, el desenvolupament d'interaccions socials constitueix una peça vital per a la prevenció de l'exclusió social. El primer pas, amb freqüència, és un primer contacte càlid i afable amb els professionals dels casals, així com un clima d'harmonia i benestar. Intress fomenta el desenvolupament de relacions positives a partir de la confiança, de la cura i del respecte als usuaris, cosa que representa la diferència i que permet una gran adherència i assistència de la gent gran, dia a dia. Els casals acabaven per ser centres de referència, de confiança, de seguretat i, fins i tot, una segona casa per a aquestes persones.



Pel que fa a aquest apartat, també és rellevant el paper desenvolupat pels mitjans de comunicació —principals canals transmissors d'estereotips—, que haurien de sensibilitzar sobre la situació d'invisibilitat i fer-ne partícip, mitjançant la conscienciació, a la societat.

Finalment, la literatura existent és escassa i breu, i no és suficient per abastar l'àmplia problemàtica que comporta la vulnerabilitat. Probablement la limitació bibliogràfica s'estableix a causa de la dificultat en la recollida de la mostra. Les persones en situació de vulnerabilitat no solen reclamar els seus drets comunament i, amb freqüència, es troben fora del sistema sociosanitari, per tant, ni aconsegueixen la representativitat que el seu sector requereix, ni tampoc les seves demandes generen el suficient impacte teòric.

### Agraïments

Intress vol agrair a tots els usuaris i usuàries dels casals del Jonquet, Ciutat Antiga i Can Ribes la seva inestimable col·laboració, gràcies a la qual hem pogut conèixer de primera mà les seves trajectòries vitals i la seva situació actual, i que ha fet possible arribar a les conclusions d'aquest estudi. Moltes gràcies.

## Referències bibliogràfiques

Abellán, A., Ayala, A. i Pujol, R. (2017). *Un perfil de las personas mayores en España. Indicadores estadísticos*. Madrid: Informes Envejecimiento en red. Recuperat de: <h p://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enredindicadoresbasicos17.pdf>

Arizcuren, F. J. (2015). *La variable edad como factor determinante del nivel de pobreza: Personas mayores y exclusión social* (tesi doctoral). UNED. Madrid. España.

Brocklehurst, H. i Laurenson, M. (2008). A concept analysis examining the vulnerability of older people. *British Journal of Nursing*, 17(21), 1354-1357.

Chandola, T., Ferrie, J., Sacker, A. i Marmot, M. (2007). Social inequalities in self reported health in early old age: follow-up of prospective cohort study. *Bmj*, 334(7601), 990.

De la Fuente, Y. M., Sotomayor, E. M. i Martín, M.C. (2016). Vulnerabilidad sobrevenida en personas en situación de dependencia en España. *Revista electrónica de geografía y ciencias sociales*, 535(20).

Dozeman, E., van Marwijk, H. W., van Schaik, D. J., Stek, M. L., van der Horst, H. E., Beekman, A. T., i van Hout, H. P. (2010). High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community. *Aging & mental health*, 14(7), 828-833.

Kylén, M., Schmidt, S. M., Iwarsson, S., Haak, M. i Ekström, H. Perceived home is associated with psychological well-being in a cohort aged 67-70 years. *Journal of Environmental Psychology*, 51, 239-247.

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 14 de desembre).

Marí-Klose, P. i Marí-Klose, M. (2012). Edad, vulnerabilidad económica y estado de bienestar. La protección social contra la pobreza de niños y personas mayores. *Panorama Social*, 15, 107-125.

Martín, I. (2014). Crisis económica y vulnerabilidad social en personas mayores. *Atención primaria*, 46(2), 55-57.

Moriña, A. (2007). *La exclusión social: análisis y propuestas para su prevención*. Estudios de progreso. Madrid: Fundación Alternativas.

Orth, U., Trzesniewski, K. H. i Robins, R. W. (2010). Self-Esteem Development From Young Adulthood to Old Age: A Cohort-Sequential Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(4), 645-658.

Patterson, A. C. i Veenstra, G. (2010). Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Social Science & Medicine*, 71, 181-186.

Sánchez-González, D. i Egea-Jiménez, C. (2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Papeles de población*, 69(17), 151-185.

Trevisan, C., Veronese, N., Maggi, S., Baggio, G., De Rui, M., Bolzetta, F. .... i Guiseppe, S. (2016). Marital Status and Frailty in Older People: Gender Differences in the Progetto Veneto Anziani Longitudinal Study. *Journal of Women's Health*, 25(6): 630-637.

Walker, A. i Lowenstein, A. (2009). European perspectives on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 6(2), 61-66.

## Autors

### LYDIA SÁNCHEZ PRIETO

Cadis (1984). Llicenciada en Psicologia per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Experta en Intervenció en Qualitat de Vida de Gent Gran per la Universitat Nacional d'Educació a Distància. Màster universitari en Intervenció Socioeducativa en Menors i Família i màster en Intervenció Multidisciplinària per Trastorns de la Conducta Alimentària, Trastorns de la Personalitat i Trastorns Emocionals.

Professora associada del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB, i imparteix l'assignatura de Gerontologia Educativa. Treballa com a psicòloga general sanitària a l'Institut Clínic Manacor (Xarxa Assistencial Juaneda) des de 2010 i al Centre Es Pla des de 2016.

Ha treballat com a tècnica especialista de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal des de 2008 fins a 2013. Ha coordinat el màster en Atenció a la Dependència i Gerontologia de la UIB. Ha tutoritzat i coordinat cursos d'actualització professional en aspectes bàsics de la legislació i valoració de la dependència. Les seves línies principals de recerca són els programes de prevenció del consum de substàncies, trastorns de la conducta alimentària i violència de gènere en les dones grans. És secretària de l'*Anuari de l'envelliment de Illes Balears* des de 2009.

### CARMEN ORTE SOCIAS

Santander, Cantàbria. Llicenciada en Psicologia i doctora en Ciències de l'Educació; catedràtica d'universitat de Pedagogia de la Inadaptació Social del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. IP del Grup de Recerca i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Directora del Laboratori d'Investigació sobre Família i Modalitats de Convivència (LIFAC). Directora del Màster Universitari. Intervenció Socioeducativa amb Menors i Família (MISO). Codirectora de l'*Anuari de l'educació de les Illes Balears*. Directora de la International Summer Senior University.

Està especialitzada en temes d'inadaptació social i en educació de persones grans. El curs 1997-1998, juntament amb el professor Martí X. March Cerdà, va crear la Universitat Oberta per a Majors (UOM) a les Illes Balears, que ha dirigit fins al mes de juliol de 2013. És la directora de la Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal de la UIB des de 2007. Ha dirigit i dirigeix projectes de R+D i altres projectes de tipus educatiu i social, sobre els quals ha fet diverses publicacions en l'àmbit nacional i internacional.

Des de 2003 és investigadora principal en diversos estudis competitius sobre la prevenció del consum de drogues i altres conductes problemàtiques, i sobre l'educació per a la competència familiar del Ministeri d'Economia i Competitivitat, i també de diverses investigacions europees en el context de la formació de formadors en prevenció de drogues, de la formació al llarg de tota la vida per a persones grans i de l'educació intergeneracional en diversos països europeus.

#### MARIA TERESA COLL JANER

Treballadora social i postgrau en Gestió i Direcció de Residències per a Persones Grans.

Treballa a l'Intress des de 1992, en el seu inici va posar en funcionament i va dirigir centres de persones grans, i ho va compaginar amb tasques de coordinació d'alguns serveis. Des de l'inici, va defensar la creació de centres petits, gestionats segons el Model d'Atenció Centrat en la persona.

Posteriorment, va exercir la tasca de direcció de l'Àrea de Majors de l'entitat.

Actualment ocupa el càrrec de directora de coneixement de l'Àrea de Dependència i Desenvolupament. Molt interessada a conèixer què es fa en relació amb l'atenció a les persones grans majors a nivell europeu ha visitat serveis a Suècia, Amsterdam i Berlín.

En la seva trajectòria anterior va treballar en cooperació i formà part d'un equip de promoció social, desenvolupant projectes comunitaris a la zona del nord dels Andes peruans. Posteriorment, va treballar en diferents ajuntaments de Menorca en la implantació i gestió de Serveis d'Atenció Primària de Serveis Socials, així com models de voluntariat social en alguns municipis. També va exercir la funció de supervisora d'alumnes de Treball Social i va impartir formació en els cursos de Treballadors Familiars i equips de centres de persones grans.

#### LLUÍS BALLESTER BRAGE

Santiago de Compostel·la (1960). Diplomant en Treball Social, doctor en Filosofia per la UIB i doctor en Sociologia per la Universitat Autònoma de Barcelona. Professor titular d'universitat del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB. Ha estat director (1990-1996) de la Unitat de Planificació i Estudis dels Serveis Socials del Consell de Mallorca. També fou el primer director de l'Agència de Qualitat Universitària de les Illes Balears (2002-2003). És autor, entre d'altres, de l'obra *Las necesidades sociales. Teorías y conceptos básicos* (1999), i coautor, entre d'altres llibres, d'*Epistemología de las*

*ciències socials y de la educaci3n* (2012), *Iniciaci3n al an3lisis de datos en la investigaci3n educativa* (2013), *M3todos y t3cnicas de investigaci3n educativa* (2014), *Le Programme de comp3tences familiales: l'adaptation du SFP en Espagne* (2015). Ha estat director de l'ICE de la Universitat de les Illes Balears. És membre del Grup d'Investigaci3 i Formaci3 Educativa i Social (GIFES).

#### CRISTINA FRAGA DÍAZ

Diplomada en Turisme. Experta universitària en Responsabilitat Social Corporativa. Màster universitari en Gestió Empresarial: Qualitat i Medi ambient. Màster universitari en Adreça de RH. Avaluadora model EFQM. Programa Superior de Gestió Empresarial Basat en el Model EFQM. Especialitzada en formaci3, implantaci3 i avaluaci3 de sistemes de gesti3 basats en la fam3lia de normes UNEIX en serveis del tercer sector i altres entitats p3bliques i privades, com és la certificaci3 amb la norma ISO 9001 de Sistemes de Gestió de Qualitat de centres residencials, i la certificaci3 amb norma UNEIX 158.301 en serveis d'ajuda domiciliària. Experi3ncia en certificaci3 amb norma UNEIX 14001 de Medi ambient. Àmplia experi3ncia en la implantaci3 de sistemes de Gestió per Processos en serveis del tercer sector i administraci3 p3blica. Experi3ncia en la implantaci3 de millores i realitzaci3 d'autoavaluaci3 segons el model EFQM.

#### BELÉN VAQUER ARJONILLA

Palma (1976). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (UIB). Màster en Atenci3 a la Depend3ncia i gerontologia per la Universitat de les Illes Balears. Des de 2001 ha desenvolupat la carrera professional en diferents organismes p3bliques i privats. Des de 2008 fins a l'actualitat és directora del servei de promoci3 de l'autonomia personal Casal Jonquet de l'Ajuntament de Palma, gestionat per Intress. Des de juny de 2017 és membre del comitè d'ètica d'Intress i des de 2015 col·labora amb l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca, a la Comissi3 de Treball de Promoci3 de l'Autonomia.

#### NATALIA REINARES GAGNETEN

Argentina (1975). Diplomada en Treball Social per la Universitat de les Illes Balears (1999). Actualment fa un postgrau en Direcci3 i Gestió de Centres Gerontol3gics a la UAB. L'any 2000 inicia la seva activitat amb Intress en diferents serveis i àmbits. Des de 2010 és directora del servei de promoci3 de l'autonomia personal Casal Ciutat Antiga de l'Ajuntament de Palma, gestionat per Intress. L'any 2015 comença a col·laborar amb l'Observatori de les Persones Majors de Mallorca, a la Comissi3 de Treball de Promoci3 de l'Autonomia.

## MARIA ANTÒNIA GOMILA GRAU

Llicenciada en ciències polítiques i sociologia en l'especialitat d'antropologia social per la Universitat Complutense, doctora en Història per l'Institut Universitari Europeu. Becària Marie Curie a l'Institut d'Ethnologie Méditerranéenne et Comparative de la Universitat de Provença (França), on va desenvolupar un projecte de recerca sobre les relacions intergeneracionals a la família. És professora contractada doctora del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques de la UIB i membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB. Es professora també de la UOM. El seus temes d'interès se centren en les relacions intergeneracionals, la família i l'escola.

## MARGALIDA VIVES BARCELÓ

Palma (1978). Llicenciada en Psicopedagogia i doctora amb menció europea en Ciències de l'Educació per la UIB. Professora contractada, doctora interina del Departament de Pedagogia i Didàctiques Específiques. En les seves línies de recerca principals, destaca la qualitat de vida, el suport social a les persones grans, l'aprenentatge al llarg de tota la vida, la inadaptació infantil i juvenil, i la gestió de conflictes. Ha fet una estada a la Universitat de Sheffield, on ha treballat amb el doctor Alan Walker en la qualitat de vida en la gent gran. És membre del Grup d'Investigació i Formació Educativa i Social (GIFES) de la UIB, membre suplent de l'Observatori de la Gent Gran (IMAS) i participant en la comissió de Protecció del Major d'aquest observatori.