



Universitat
a Manresa

Observatori Social
de la
Catalunya Central



Qualitat **S** de vida en persones grans

Una aproximació qualitativa a la ciutat de Manresa

Francesc Roma i Casanovas
Marta Vilanova i Vilà

Índex

1. Presentació	4
2. Marc teòric.....	7
2.1 - Dades demogràfiques	9
2.2 - Definició de qualitat de vida.....	11
2.3 - La qualitat de vida segons la gent gran	15
2.4 - Qualitat de vida i entorn: la institucionalització de les persones grans.....	19
3 - Objectius	24
4. Metodologia.....	25
5. Resultats obtinguts	27
Diferents definicions inicials de qualitat de vida	28
Definicions coincidents i divergents.....	32
Una definició fluctuant.....	33
La importància de l'entorn	34
La institucionalització	36
La salut mental i la percepció de l'estar en el món	37
La situació econòmica	40
Ser vàlid o vàlida	40
Les relacions socials	42
Sentir-se protegit	45
Una existència digna.....	45
Qualitat de mort i qualitat de vida.....	46
Els temps canviant	47
6. Discussió.....	49
7. Conclusions	52
8. Bibliografia	54
9. Annexos	56
Annex 1: principals temes en els diferents grups de discussió	57
Grup de persones grans no institucionalitzades.....	57
Grup de gent gran institucionalitzada	60
Grup de metges	62
Grup d'infermeres	65
Grup de professionals de centre sociosanitari.....	67
Grup de professionals de serveis socials	69
Annex 2: la visió dels altres	71
Annex 3: persones entrevistades i agraïments.....	73

Presentació

El procés de constant envelliment de la societat catalana fa necessari plantejar-se el futur de les persones que avui dia accedeixen al que normalment es coneix com a tercera edat. Aquestes persones, un cop arribades al final de la seva vida activa, estan en condicions de “donar-se vida als anys”. Ara, ja no es tracta de donar anys a la vida, sinó d’assegurar que aquest temps afegit es pugui viure amb suficient qualitat.

Però la qualitat de vida -de la qual segurament cadascú té una imatge més o menys clara- és una dimensió molt difícil de mesurar. Pel fet de ser, en bona part, una valoració subjectiva, requereix un abordatge científic força aproximatiu. Els indicadors de què es disposa no sempre són prou fiables. A més, si es considera que salut, especialment en les seves accepcions més restrictives, i qualitat de vida no són la mateixa realitat, cal començar a reconèixer la importància del llenguatge per poder-la avaluar. El llenguatge esdevé l’eina imprescindible per aproximar-se a aquesta *realitat*.

I tractant-se de persones grans, l’estudi de la qualitat de vida esdevé encara més difícil pel fet que hi ha força elements del grup que es pretén estudiar que no presenten capacitat per articular les formes estandarditzades del llenguatge parlat o escrit. L’abordatge d’aquest tema sense comptar amb les persones que conviuen amb aquesta dificultat comunicativa genera grans biaixos en pretendre extrapolar les dades obtingudes només d’una part del col·lectiu a la seva totalitat. La paradoxa de tot plegat rau en el fet que, precisament per afavorir la qualitat de vida de tot el col·lectiu, caldria tenir presents les mancances dels seus membres més necessitats. Com que per raons fisiològiques la vellesa es pot associar amb certa facilitat a la disminució, cal poder conèixer els possibles móns en què viuen les persones més desafavorides, encara que només sigui per conèixer el que pot esperar en el futur a aquells individus que encara no es pot considerar que necessitin atencions especials.

D’aquesta manera, estudiar la qualitat de vida de les persones grans és endinsar-se en un univers comunicatiu amb petits o grans moments en blanc. Però, perquè els resultats de la recerca siguin prou fiables, cal, com a mínim, poder intuir què podria omplir els buits en el

model que es va construint. D'aquí que el silenci dels més grans hagi de ser reemplaçat per les veus dels qui ho són en potència¹.

També cal tenir present que la qualitat de vida no és una característica associada de manera fixa a una persona determinada. És força clar que canvia amb el pas del temps, però també s'ha d'acceptar que conté una dimensió espacial i social considerable. Només s'ha de pensar en la diferència que hi ha entre viure en un pis sense ascensor o a peu de carrer. Així, la qualitat de vida d'una persona pot ser força precària al seu domicili i millorar considerablement en accedir a una residència; o a l'inrevés.

És possible que la institucionalització aportí a certes persones una major qualitat en la seva existència perquè els permeti dur a terme activitats que abans no podien fer, o bé perquè els permet fer-les en un context de major seguretat. També és possible que la vida en comú pugui augmentar els contactes interpersonals, i d'aquesta manera ser un activador de la salut dels individus (Arbinaga, 2003). Però també pot ser tot al contrari i generar el tipus de sinèrgies negatives que Goffman (1987) va descriure com a pròpies de l'institucionalisme. De fet, hi ha evidències en els dos sentits.

Aquest estudi pretén analitzar la qualitat de vida de les persones grans de la ciutat de Manresa a través de dos tipus diferents de discursos:

¹ En aquest punt, apareixen dos problemes de tipus metodològic que s'uneixen per fer desaconsellable l'estudi que es planteja, tant directament a les residències per a la gent gran com a casa seva.

El problema metodològic es troba en la dificultat per accedir a algunes persones de la mostra que s'hauria d'elaborar. En aquest punt, hi ha dificultats força evidents per dur a terme una enquesta telefònica, per accedir a alguns individus i, finalment, per establir comunicació amb ells.

El segon parany apareix just en aquest moment, quan es planteja que el resultat d'aquesta recerca hauria de servir per a alguna cosa pràctica. És llavors que es veu que, havent hagut de prescindir de les veus de les persones que estan en pitjor estat de salut i que, presumiblement, tenen pitjor qualitat de vida, aquestes seran tractades a partir dels paràmetres obtinguts en individus en millors condicions de salut i de qualitat de vida. De poc serveix intentar millorar la qualitat de vida a partir de mesures adoptades partint de la realitat d'algú que està en millor situació que la persona a qui es vol assegurar un estat físic, social i psicològic millor.

- D'una banda, el discurs propi de les persones grans, autèntiques protagonistes de la seva pròpia vida
- De l'altra, el discurs de les persones que conviuen i treballen amb aquestes persones grans.

Això ha de permetre plantejar preguntes com ara,

- S'ha de parlar de qualitat de vida en gent gran o de *qualitats* de vida en gent gran?
- Hi ha diferències entre les visions dels diferents professionals?
- I entre la gent gran i els i les professionals?
- L'institucionalisme fa baixar la qualitat de vida de les persones que hi resideixen?
- Quina relació es pot establir entre institució i qualitat de vida?
- L'ajuda domiciliària, seria una bona alternativa a les residències, pel que fa a la qualitat de vida?

2. Marc teòric

El Programa de les Nacions Unides per al desenvolupament (PNUD) publica anualment l'*Informe sobre el desenvolupament humà*. Bàsicament consisteix en un índex que pretén mesurar el benestar dels diferents grups humans a partir de tres dimensions:

- la longevitat
- el nivell educacional
- el nivell de vida de les persones².

Amb la primera dimensió el que es pretén és mesurar fins a quin punt la vida de les persones és “*llarga i saludable*”; la segona avalua la mitjana de la formació primària, secundària i terciària de la població, i finalment, la tercera es planteja si el nivell de vida mitjà de les persones d'un país adquireix un nivell “*digne*”³. Tot i que en la interpretació d'aquest índex no acostuma a parlar-se de qualitat de vida, el fet és que els indicadors que s'hi relacionen poden considerar-se'n bons mesuradors.

Prenent l'índex del PNUD com a punt de partida, a priori, es pot pensar que algunes variables de què es compona poden servir per mesurar la qualitat de vida de la gent gran. Si poséssim aquestes variables en una classificació jeràrquica, segurament l'edat seria una de les que estaria en la part més alta, encara que només fos pel que el pas dels anys suposa per a la salut de les persones.

En aquest sentit, amb efectes metodològics, cal distingir entre la població envellida i la població sobreenvellida:

- Població envellida: persones de 65 a 74 anys
- Població sobreenvellida: persones de 75 anys o més

² <http://www.idescat.net/cat/societat/qualitat/idh.html> (consulta 27 de gener de 2006).

³ *Informe Sobre Desarrollo Humano 2005. La cooperación internacional ante una encrucijada: Ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual*. PNUD, 2005. P. 238 i seg. Disponible en castellà a <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/espanol/> (consulta 27 de gener de 2006).

Un altre indicador de la qualitat de vida lligat a la longevitat de les persones grans seria, sens dubte, la seva esperança de vida, definida com

- el terme mitjà d'anys que un home o una dona d'un país determinat que neixen el mateix any, viuran si la mortalitat es manté fixa per a cada grup d'edat en el futur.

S'ha dit diverses vegades que la nostra existència es desenvolupa en una societat que ha girat la cara a la mort. Tothom sembla contagiarse del desig de viure quants més anys millor i moltes vegades la qualitat de vida s'ha entès com una manifestació d'aquesta esperança de vida.

Com s'ha vist, el segon indicador del desenvolupament humà és el grau de formació. En aquest sentit, el nivell d'estudis segurament tingui algun tipus de relació amb la percepció de la qualitat de vida de cada persona. O si més no, un nivell d'estudis elevat podria donar un *camp d'interessos personals* més ampli per a les persones que arriben a la tercera edat i, amb ella, a la jubilació⁴.

La tercera dimensió del PNUD fa referència al nivell de vida. Aquest és un dels aspectes que més es posen de relleu en determinats contextos socials i no en va el 67% de la gent gran de Catalunya són persones pensionistes⁵.

Un altre element que no es pot deixar de banda a l'hora de parlar de qualitat de vida és la dimensió individual o acompanyada de l'existència. Només en l'aspecte material, la possibilitat de tenir dues fonts d'ingressos per a una única unitat familiar ja deixa veure la importància d'aquesta variable. Però hi ha altres elements que impulsen a prendre-la en consideració.

Sembla clar que no és el mateix viure sol o acompanyat, sobretot en persones que poden presentar un nivell de dependència important o la fragilitat de les quals les pot posar en una situació de dependència en qualsevol moment. Tanmateix, el fet de viure sol o acompanyat s'ha mostrat un element molt important a l'hora de determinar el lloc on les persones acabaran residint: quan la persona gran que es

⁴ Segons dades del cens de 2001, només el 3,5% de la població catalana major de 65 anys es declara com a laboralment activa (*Anuari de l'envelliment. Catalunya, 2004*. Barcelona, Fundació Institut Català de l'Envel·liment, 2004. P. 37)

⁵ *Anuari de l'envelliment. Catalunya, 2004*. Barcelona, Fundació Institut Català de l'Envel·liment, 2004. P. 37.

queda sola és un home, és força més probable que ingressi en una residència que no quan és una dona (Castellón & Romero, 2004).

Un altre aspecte que cal tenir en compte pel que fa a la qualitat de vida és el marc físic en què les persones grans desenvolupen la seva existència. Amb l'arribada de les darreres etapes de la vida, els espais que fins aquell moment havien complert les seves funcions de proporcionar aixopluc i seguretat personal es poden convertir en autèntics museus de barreres arquitectòniques que converteixen la discapacitat en exclusió social. Els vincles afectius amb aquests espais poden influir d'alguna manera en la percepció de la qualitat de vida dels seus estadants.

En aquest sentit, la qualitat de vida (i la qualitat i quantitat de vida social) pot estar en major o menor grau lligada a les formes constructives de les vivendes que la gent gran ocupa. L'existència d'escaleres dins de l'edifici o en els espais col·lectius del mateix poden suposar, no només un element potencial d'inseguretat des del punt de vista de la salut personal, sinó també un límit que separa el Jo de la resta del món. En aquest marc, l'existència humana, presa en el sentit heideggerià de sortir enfora, es veu molt qüestionada.

2.1 – Dades demogràfiques

L'índex de desenvolupament humà és un indicador quantitatiu i indirecte de la qualitat de vida dels països del món. El seu objectiu és avaluar l'acompliment dels objectius del mil·lenni fixats per la mateixa ONU, cap dels quals no fa referència explícita a la gent gran⁶. Tot i això, podria pensar-se que alguns dels indicadors que el conformen poden servir per acostar-se a com s'ha d'entendre la qualitat de vida en un marc molt més reduït com pot ser una ciutat.

Amb aquest objectiu es presenten a continuació unes dades molt bàsiques sobre alguns dels indicadors que, abans de procedir a

⁶ Els vuit objectius serien: eradicar la pobresa extrema i la fam, assolir un ensenyament primari universal, promoure la igualtat de sexes i l'autonomia de les dones, reduir la mortatilitat infantil, millorar la salut materna, combatre la SIDA, el paludisme i altres malalties, garantir la sostenibilitat del medi ambient i fomentar una associació mundial per al desenvolupament (http://www.unmillenniumproject.org/reports/goals_targetsS.htm consulta 27 de gener de 2006).

dissenyar una estratègia de recerca i de dur a terme el treball de camp, podrien ser utilitzades per aconseguir una aproximació a la qualitat de vida. Abans de fer-ho, però, cal dir que, tot i que es podria fer una aproximació quantitativa a aquesta manera d'entendre la qualitat de vida a nivell local, l'aposta que es fa en aquesta recerca va en el sentit de mantenir l'aproximació qualitativa que d'entrada es pensa que hauria de guiar la mirada dels investigadors i investigadores sobre la qualitat de vida.

Les primeres dades per adquirir unes pinzellades bàsiques sobre la qualitat de vida en gent gran són les següents⁷:

- La població catalana mostra una estructura força envellida i la capital del Bages encara acusa més aquesta tendència. L'any 2004, el 17,2% de la població catalana tenia 65 anys o més. A Manresa aquest percentatge s'elevava fins gairebé el 21% de la població.
- A Catalunya la població sobreenvellida (75 anys i més) suposa el 46% de la població gran, mentre que a Manresa representa una mica més de la meitat (50,1%).
- Segons les condicions de mortalitat de l'any 2001, a Catalunya l'esperança de vida de les dones majors de 65 anys arribava a un valor de 21,07 anys, davant dels 17,16 anys en el cas dels homes d'aquesta mateixa edat. Així doncs, l'esperança de vida de les persones majors de 65 anys presentava clares diferències segons el sexe.
- En comparació amb la població més jove, les persones grans disposen d'un nivell d'estudis baix. Les diferències per sexes també són significatives: les dones presenten un nivell de formació més baix.
- El col·lectiu de persones grans és un dels que mostra taxes de pobresa monetària més marcades. *“Més de tres de cada deu [persones grans] estarien en situació de pobresa amb nivells d'intensitat i severitat molt alts, un 80% per sobre la mitjana”*. Més del 48% de les famílies en què la persona de referència és

⁷ Dades extretes de l'*Anuari de l'envelliment. Catalunya, 2004*. Barcelona, Fundació Institut Català de l'Envelliment, 2004, de l'*Anuari estadístic Manresa 2004*. Ajuntament de Manresa, 2005, de *La pobresa a Catalunya. Informe 2003*. Barcelona. Fundació Un Sol Mon i Caixa de Catalunya, 2003 i de l'Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat).

major de 65 anys (o de 60 i està jubilada) i aquesta persona no té parella s'inclou dins del que es considera població pobra (el 40% viu en un estat de privació).

- Un 20,4% de la gent gran de Catalunya viu sola, de manera més acusada en el cas de les dones. A la Manresa de l'any 2001 aquesta xifra se situava entorn del 4,3% de la població total; el 81% de les persones que vivien soles eren dones.
- Segons el cens de l'any 2001, a Catalunya, el 29,3% de les persones grans residien en habitatges que es localitzaven en una segona planta o superior, sense ascensor. A més, una tercera part d'aquestes vivendes corresponien a habitatges en una quarta planta o superior.
- En el mateix sentit, actualment, a Catalunya el 25,6 % de les persones grans viuen en habitatges unifamiliars, dels quals més de la meitat tenen de 2 a 3 plantes sobre rasant sense ascensor, el que comporta l'existència d'escals a l'interior dels habitatges. A Manresa aquesta xifra representa el 10,7% de la població gran, xifra força per sota de la mitjana catalana (25,3%).

2.2 – Definició de qualitat de vida

Encara avui dia no existeix consens sobre el que és la qualitat de vida (i segurament aquesta forma de pensament únic tampoc no sigui desitjable). En la literatura especialitzada s'utilitza aquest concepte per parlar indistintament de capacitats funcionals, interaccions socials, benestar psicològic, sensacions somàtiques (com el dolor) o la satisfacció en la vida (Bowling, 1994, 9). De fet, sembla com si la qualitat de vida hagués de recollir totes les dades no clíniques de l'existència humana, tot i que els aspectes fisiològics no es poden deixar de banda i que per a alguns agents juguen un paper essencial.

Per mesurar la qualitat de vida s'acostuma a partir de la valoració dels professionals (normalment metges) o de la valoració de les persones. Alguns estudis han demostrat que ambdues valoracions no coincideixen i, des d'un punt de vista fenomenològic, s'ha d'acceptar que les imatges a través de les quals els professionals entenen la

qualitat de vida de les persones a qui atenen són poc útils per entendre la persona com un tot.

Partint de la idea que les coses que es defineixen com a reals tenen conseqüències reals⁸ la qualitat de vida, com a realitat alhora subjectiva i objectiva, s'entendrà en aquest estudi com un estat individual tal com sigui sentit i valorat per la pròpia persona. D'aquesta manera, seguint els criteris de l'Organització Mundial de la Salut per a l'estudi de la qualitat de vida (WHOQOL), aquesta serà entesa com a descripció de conductes, estats, capacitats o potencialitats o com a una percepció o experiència subjectives.

La definició de l'OMS s'estructura al voltant de 6 àmbits i 24 facetes que inclouen des de l'àmbit físic fins a l'espiritual, passant pel medi en què es desenvolupa l'existència de les persones (vegeu Taula 1). Aquesta definició ha donat lloc a un qüestionari amb 26 preguntes conegut com *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) - Bref*. En aquesta recerca s'ha optat per no utilitzar aquest qüestionari perquè no respon als objectius plantejats en iniciar la investigació (vegeu pàgina 24, Objectius).

La raó principal d'aquesta tria rau en el fet que el WHOQOL és un qüestionari que sorgeix del Programa de salut mental de l'Organització Mundial de la Salut. Els autors de l'estudi, tot i acceptar la importància de la salut mental en el dimensionament de la qualitat de vida, creuen que aquesta darrera no es pot reduir únicament a la primera. En tot cas, la salut mental s'haurà de considerar com una de les diverses dimensions de la qualitat de vida, però no l'única.

La qualitat de vida no s'ha d'entendre en un sentit reduccionista, sinó que ha de prendre en consideració la totalitat de la persona gran i la seva existència.

La qualitat de vida no s'ha de pensar com un dret, sinó que, com recull la Carta de Drets i Deures de la Gent Gran de Catalunya⁹, ha de ser un dels principals deures de les persones grans, les quals haurien de seguir contribuint a la recerca d'un món més just i sostenible.

⁸ El sociòleg W. I. Thomas va proposar la idea que "*Situations defined as real are real in their consequences*", una de les bases conceptuals més importants de la sociologia constructivista.

⁹ <http://www.gencat.net/benestar/gentgran/drets.htm> (consulta 26 de gener de 2006).

A Catalunya, la Carta de Drets i Deures de la Gent Gran de Catalunya estipula com a segon deure de les persones grans el *“tenir cura de la pròpia qualitat de vida i de l’habitatge, sempre que les capacitats ens ho permetin, i alhora participar en la presa de decisions en els afers que ens són propis”*. Aquesta declaració té el seu origen en la Ponència sobre la qualitat de vida en el marc de la societat del benestar que es va presentar al 4t Congrés Nacional de la Gent Gran (2002)¹⁰, en el qual es poden llegir declaracions com les següents:

- *“una part de la qualitat de vida es dona quan [les persones grans] rebem una bona atenció professional i personalitzada amb el suport d’uns serveis de qualitat.”*
- *“TAMBÉ COINCIDIM que la qualitat de vida no només té a veure amb allò que esperem rebre, sinó que també ens cal posar de la nostra part.”*
- *“APOSTEM perquè les persones grans puguem viure el màxim de temps possible a casa nostra, amb la nostra família, ja que estem segurs que això, equival a gaudir de la màxima qualitat de vida.”*
- *“VIURE AMB DIGNITAT requereix tenir cobertes les necessitats bàsiques, disposar d’uns ingressos suficients i tenir també accés a l’oferta cultural i educativa que promou el nostre país.”*

Aquesta declaració acaba amb una exhortació de caire universalista:

“Hem de considerar que la nostra qualitat de vida no ha de comportar el detriment de la qualitat de vida de ningú. Tothom, independentment de la seva nacionalitat i en tant que ciutadà del món, té dret a gaudir d’una bona qualitat de vida.”

Les persones grans tenen el deure de tenir cura de la seva pròpia qualitat de vida i, per aconseguir dur a la pràctica aquest deure, adquireixen el dret de construir-se un món a la seva mida, amb una qualitat de vida feta a mida de les seves necessitats. Com a responsables que són de la seva existència, ningú no els pot negar el dret a viure *la seva* qualitat de vida.

¹⁰ <http://www.gentgran.org/projectes-documents/documents/congressos/4tcongresgg-B.htm> (consulta 27 de gener de 2006).

Ambit 1 Ambit físic

1. dolor i malestar
2. energia i fatiga
3. son i descans

Ambit 2 Psicològic

4. sensacions positives
5. pensament, aprenentatge, memòria i concentració
6. autoestima
7. concepte que la persona té del seu cos i del seu aspecte
8. sentiments negatius

Ambit 3 Grau d'Independència

9. mobilitat
10. activitats de la vida diària
11. dependència de la medicació o de tractaments
12. capacitat de treball

Ambit 4 Relacions socials

13. relacions personals
14. suport social
15. activitat sexual

Ambit 5 Medi

16. seguretat física
17. medi domèstic
18. recursos financers
19. salut i atenció social: disponibilitat i qualitat
20. oportunitats d'adquisició de nova informació i adquirir noves aptituds
21. participació en activitats recreatives i d'oci i oportunitats que se'n derivin
22. medi físic (contaminació, soroll, tràfic, clima)
23. transport

Ambit 6 Espiritualitat, religió, creences personals

(Extret de *Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*. Ginebra, OMS, 2002. P. 61-69.)

Taula 1: Dimensions de la qualitat de vida, segons l'OMS

2.3 – La qualitat de vida segons la gent gran

Com ja s'ha dit, la definició de qualitat de vida és multidimensional i es pot plantejar tant des del punt de vista de la mateixa persona gran com des d'una mirada exterior. Els interessos descriptius o analítics d'alguns investigadors i investigadores han donat lloc a algunes aproximacions de cert interès en relació al que podria ser la qualitat de vida.

Del conjunt de la bibliografia que s'ha fet servir per dur a terme aquesta recerca, val la pena destacar dos treballs per la utilitat que han tingut a l'hora d'elaborar el marc teòric d'aquesta recerca.

Segons Félix Arbinaga (2003, 260-263), les persones grans identifiquen sis grans àrees crítiques pel que fa a la qualitat de vida:

- *Independència econòmica*: dependrà molt de la seva pensió, estalvis, patrimoni, etc.
- *Valor social*: la valoració de la gent gran com una càrrega passiva genera una percepció negativa de la pròpia qualitat de vida.
- *La comunitat*: la possibilitat de tenir relacions socials, amics i parents.
- *Esfera afectiva: família i parella*: sentir-se estimat pels familiars més directes esdevé un tema central. Es lliga a la idea de la ruptura del contracte intergeneracional. Aquesta incertesa pot provocar tensions, resistències i pors.
- *La funció de cuidadores*: les persones grans se senten obligades a ajudar als seus parents més propers a través d'un contracte intergeneracional.
- *La seguretat/tranquil·litat*: després d'una vida dedicada al treball, les persones volen poder estar-se a casa seva.

L'any 1996, el California Department of Developmental Services va elaborar un manual per ajudar a monitors, educadors i altres proveïdors de serveis per a persones amb discapacitats a obtenir informació sobre la qualitat de vida dels seus usuaris i usuàries. L'any 1999 l'IMSERSO en va publicar una versió en castellà.

El document que en va sortir es va titular *Analizando la calidad de vida* i en ell s'establien 25 indicadors de situacions que una sèrie de persones amb característiques diferents varen considerar com a importants en la seva vida quotidiana. Entre les persones que varen elaborar la llista hi havia persones amb discapacitats, els seus familiars, treballadors socials, empresaris, assessors legals i professionals del sector.

Aquest grup es va centrar en sis àrees que es varen considerar les més significatives per a la qualitat de vida:

- Opcions,
- Relacions,
- Estil de Vida,
- Salut i benestar,
- Drets,
- Satisfacció.

Aquests grans grups es varen concretar en 25 indicadors que, a més de ser prou significatius, fossin fàcilment avaluable per les persones implicades en les relacions assistencials. Aquests indicadors són els següents:

Opcions

1. Les persones identifiquen les seves necessitats, desitjos, i allò que els agrada i els desagrada.
2. Les persones prenen decisions importants sobre les seves vides.
3. Les persones prenen decisions sobre qüestions quotidianes.

4. Les persones juguen un paper important en l'elecció dels proveïdors dels seus serveis i ajuts.
5. Els serveis i els ajuts que una persona requereix canvien a mida que ho fan els seus desitjos, necessitats i preferències.

Relacions

6. Les persones tenen amics i amistats rellevants.
7. Les persones compten amb suport veïnal que pot incloure els familiars, amics, proveïdors de serveis, professionals i altres membres del veïnat.

Estil de Vida

8. Les persones són part de la vida veïnal normal i viuen, treballen i es diverteixen en ambients integradors.
9. Els estils de vida de les persones reflecteixen les seves preferències culturals.
10. Les persones són independents i productives.
11. Les persones tenen situacions de vida estables.
12. Les persones estan còmodes en el lloc on viuen.
13. Els nens viuen en llars amb famílies.

Salut i Benestar

14. Les persones estan segures.
15. Les persones frueixen de la millor salut possible.
16. Les persones saben què han de fer en cas de risc per a la seva salut, seguretat i benestar.
17. Les persones tenen accés a l'assistència sanitària que necessiten.

Drets

18. Les persones exerceixen els seus drets i responsabilitats.
19. Les persones no pateixen mals tractes, abandonament ni explotació.
20. Les persones són tractades amb dignitat i respecte.
21. Les persones utilitzen serveis públics i suports adequats.
22. Les persones tenen assistència legal i/o accés a serveis d'assessoria legal.

Satisfacció

23. Les persones assoleixen els objectius que es marquen.
24. Les persones estan satisfetes amb els serveis i els suports que reben.
25. Les persones estan satisfetes amb les seves vides.

D'aquests indicadors en va sortir un qüestionari que permet tenir una visió dinàmica de l'evolució de la qualitat de vida de les persones grans o amb dependència. La informació per omplir les dades que es demanen s'obté a través d'entrevistes en profunditat amb les persones avaluades, tot i que, si aquestes s'hi senten capacitades, són convidades a autoavaluar-se. La profunditat de la informació que s'obté amb aquest procediment és molt gran, però les dades obtingudes són difícilment agrupables amb les de les altres persones. D'aquesta manera, el qüestionari ha quedat com una molt bona eina per apropar-se a la qualitat de vida de la gent gran en un moment determinat i intentar-ne avaluar l'evolució, però la seva aplicació per a l'estudi que els autors d'aquest estudi volien dur a terme es va considerar poc viable per assolir els objectius que d'entrada s'havien marcat.

2.4 – Qualitat de vida i entorn: la institucionalització de les persones grans

La qualitat de vida és una construcció social que canvia a mida que es va modificant la cultura en què les persones viuen i fins i tot la seva personalitat. Variables com l'edat, el sexe, la posició social o els orígens culturals, entre altres, poden influir en la definició que una persona fa de la qualitat de vida. El marc físic on es desenvolupa l'existència i les relacions socials que s'hi donin també pot tenir-hi algun tipus d'influència. També és possible que la idea segurament confusa que cadascú té del que és la qualitat de vida no coincideixi amb la que la gent gran reclama per a ella mateixa. En aquest sentit, tot i que existeix una idea força estesa de què les residències per a persones grans són llocs poc qualificables com a propensos a oferir qualitat de vida, els estudis que s'han fet darrerament apunten una tendència en el sentit contrari.

S'ha de tenir en compte que la percepció de la qualitat de vida d'una persona està molt relacionada amb el marc en què aquesta desenvolupa la seva existència, tant pels avantatges objectius que aquest marc li pugui oferir com pel tipus de relacions que hi pugui trobar. La vida en residències assistides pot oferir alguns elements positius als seus residents. Es pot pensar que un centre assistencial serà valorat de manera positiva si el que ofereix permet cobrir les mancances que varen impulsar a aquest ingrés. En aquest sentit, sembla que les residències per a gent gran poden ser solucions interessants per a la manca de relacions socials i per al control de la salut.

Segons Lourdes Pérez (2004, 814), el motiu principal per ingressar en una residència és fonamentalment la cerca de companyia (34,5%), seguit dels problemes de salut i familiars.

Ara bé, aquesta casuística presenta clares diferències en funció del sexe:

- Els homes reconeixen com a principal motiu del seu ingrés evitar la solitud
- Les dones s'inclinen més per qüestions relacionades amb la salut.

L'estudi de Castellón & Romero (2004, 135-136) també conclou que els motius que provoquen l'ingrés a la residència es relacionen amb la viduïtat i la malaltia. El primer factor és més important entre els homes mentre que els aspectes de salut són considerats com a més importants per les dones.

Per això és factible pensar que la viduïtat actuaria com a accelerador de l'ingrés dels homes, mentre les dones, en les mateixes circumstàncies, continuarien vivint soles a casa seva. Mantenir la qualitat de vida en ambdós gèneres passaria per la posada en pràctica d'estratègies diferents.

Un altre fet que cal tenir present és que es produeix una sobrerepresentació de persones solteres entre les residents: una quarta part dels residents pertanyen a aquest col·lectiu¹¹. De manera que no tenir parella -que ja s'ha vist que posava les persones grans en una situació més exposada a la pobresa- es mostra també com un factor de pes en la decisió d'accedir a una residència (Pérez, 2004, 814).

En el mateix sentit aniria el no tenir una vivenda en propietat. Cal remarcar que una mica més del 7% de la població estudiada per Pérez (2004) va decidir vendre's la casa per no estar sols o soles. Les condicions que es donessin a la casa d'origen de la persona internada s'han mostrat com a factors importants a l'hora de decidir anar a viure a una residència o no.

Per tot plegat, caldria plantejar que, sense ser volgut de manera explícita, davant de certs handicaps personals o familiars, l'ingrés en una residència es pot convertir en una estratègia per mantenir o millorar la qualitat de vida. I com es defensava més enrere, en una manera d'exercir el deure de la qualitat de vida.

En aquest sentit, un estudi dut a terme a la província d'Almeria posa de manifest que la major part de les persones grans institucionalitzades que s'han estudiat fan declaracions de caràcter positiu en relació a la seva qualitat de vida (Castellón & Romero, 2004, 135). En el mateix sentit, es detecten clares mostres d'afecte, agraïment i afalacs envers la residència.

¹¹ El 60% són persones vídues i el 4%, separades o divorciades (Pérez, 2004, 814).

L'informe sobre les persones grans a Espanya de l'any 2004 també posa de relleu l'elevat grau de satisfacció entre les persones institucionalitzades:

- 7 de cada 10 interns o internes es mostren molt o força satisfets amb la seva situació general (Pérez, 2004, 822);
- 8 de cada 10 tornaria a triar viure en una residència o ho recomanaria a un amic (Pérez, 2004, 824).
- Tot i que gairebé el 57% de la mostra afirma que prefereix viure en una residència, el percentatge de persones internes que preferirien viure en un altre tipus de situació (no residència) encara és superior al 35%, (Pérez, 2004, 825).
- Per al 12% dels residents l'ingrés a la residència no li ha suposat cap avantatge en relació a la seva situació anterior, però el 53,6% tampoc no li reconeix cap desavantatge.
- Només un 5,1% de la població residencial expressa de manera clara les conseqüències negatives de l'ingrés i afirma que no s'acostuma a viure a la residència (Pérez, 2004).

Entre les conseqüències positives que es verbalitzen quan es parla del fet de residir en una residència hi ha:

- comoditat (42,4%)
- tranquil·litat (35,4%)
- companyia d'altres persones (28,6%)

En canvi, pel que fa a les negatives, es destaca:

- enyorança i tristesa (15,9%),
- falta d'intimitat o problemes relacionats amb la convivència (13,3%)
- soledat (8,2%)

Cal remarcar que la soledat i l'avorriment són els estats negatius més evidenciats per als homes, mentre que les dones tendeixen a referir més la depressió, la tristesa i la intranquil·litat. L'estudi de Lourdes

Pérez Ortiz suggereix que aquests estats d'ànim negatius tendeixen a reduir-se amb l'edat. En el mateix sentit, els sentiments positius són més freqüents en els residents majors de 85 anys (Pérez, 2004, 822).

En vista de les dades que s'acaben de presentar, sembla clar que la residència i el centre de dia es poden plantejar com a alternatives a situacions personals de baixa qualitat de vida, quan no de mal tracte.

Algunes investigacions han posat de manifest que alguns membres dels col·lectius més grans de la nostra societat se senten mal tractats¹². Fins i tot es podria parlar d'un mal tracte de les persones grans per la manera en què la nostra societat les etiqueta.

Les persones grans estudiades per l'SEGG-IMSERSO¹³ consideren evident l'existència d'un mal tracte que s'explica per la imatge social que caracteritza les persones grans com a subjectes passius, improductius i socialment terminals. Concebuda com una càrrega, la persona gran hauria d'estar en deute per tot allò que rep.

En un context en què les dones s'insereixen cada cop més en el mercat laboral, les persones de major edat pateixen 5 modalitats de mals tractes en l'esfera privada:

1. Són explotades com a mà d'obra gratuïta.
2. *Destitució familiar*: la gent gran és suportada, però se li fa sentir que fa nosa.
3. Desarrelament a causa de l'obligació a abandonar la llar en contra de la pròpia voluntat.
4. *Explotació econòmica de l'afecte*: fer creure a les persones grans que són estimades només amb la finalitat d'aprofitar-ne els recursos econòmics o béns immobles.
5. L'abandonament de la persona que viu sola.

¹² Caldria distingir entre "mal tractar" i "maltractar". Partint de la definició de tracte que proposa el Diccionari de l'IEC ("Manera de procedir envers algú; manera de captenir-se en les seves relacions amb els altres. *Ell li dóna un mal tracte. No en rep sinó mals tractes. És un home d'un tracte exquisit.*"), es proposa parlar de mal tracte en el sentit de comportar-se d'una manera no totalment correcta amb les persones grans. Així mateix, es reservaria el terme maltracte per fer referència al que el DIEC defineix com a "maltractar": "Tractar malament. *Un pare que maltracta els fills. Un mestre que maltracta els nois.*

¹³ Sánchez del Corral, F.; Sancho (2004): *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano*. Madrid, Imsero.

L'internament de les persones grans es podria plantejar com una manera d'acabar amb aquests mals tractes. Però caldria tenir present els estudis d'Erving Goffman (1987) sobre les institucions totals i els seus efectes denigrants. Una institució total es podria definir com un lloc de residència i de treball on un gran nombre d'individus, en igual situació, aïllats de la societat per un període de temps, comparteixen una rutina diària administrada formalment.

Segons l'estudi de l'SEGG-IMSERSO, pel que fa al marc públic institucional, els mals tractes es poden donar en l'àmbit sanitari i en els establiments socio-sanitaris. Pel que fa a aquest darrer, l'estudi recull el concepte d'*institució social* proposat per Erving Goffman, segons el qual la gent gran se sent mal tractada en aquesta mena d'universos tancats en què la lògica imperant és el compliment de la norma i l'eliminació de les característiques identitàries fins al punt d'assolir la uniformització. Un aspecte que és citat en aquest article és la impossibilitat que els residents puguin personalitzar el seu entorn. Així, en comptes d'intentar disminuir la sensació de desarrelament i alienació que l'internament suposa, la vida en les residències es dirigeix a assolir la despersonalització i el manteniment d'una normativa rígida. Aquesta imatge de les residències com a institucions totals s'aplica especialment a les de propietat privada, i no tant a les públiques, segons l'estudi esmentat.

A més a més dels mals tractes, les persones grans també reconeixen que alguns dels seus iguals pateixen maltractes com ara cops, subministrament exagerat de sedants, alimentació negligent, etc., tot i que es pensa que aquest extrem només es dona en entorns desestructurats.

3 – Objectius

Essent de caràcter exploratori i emprant una metodologia qualitativa, aquest estudi no necessita explicitar cap hipòtesi de partida. El que es pretén és acostar-se a les representacions de la qualitat de vida que es fan diferents grups socials.

Els objectius que es pretenen abastar en aquest treball es poden explicitar en dos nivells:

Objectiu general:

- Aproximar-se al coneixement de les diferents percepcions de la qualitat de vida en la gent gran de la ciutat de Manresa.

Objectius secundaris:

- Analitzar si existeix coincidència o no entre la percepció de professionals i persones grans
- Avaluar si la percepció de la qualitat de vida que tenen la gent gran institucionalitzada coincideix amb la no institucionalitzada
- Establir punts de coincidència i de divergència en la percepció que els professionals tenen de la qualitat de vida de la gent gran.

4. Metodologia

La metodologia utilitzada per dur a terme aquesta recerca ha estat de tipus qualitatiu. Concretament s'han realitzat 6 grups de discussió. Els grups de discussió han estat formats per:

- Persones grans no institucionalitzades (5 persones)
- Persones grans institucionalitzades d'una residència assistida (3 persones)
- Metges i metgesses (5 persones)
- Infermeres i infermers (5 persones)
- Grup de professionals d'un centre sociosanitari (5 persones)
- Grup de professionals de serveis socials (3 persones).

Aquests sis grups de discussió es varen realitzar entre el 29 de novembre 2005 i el 10 de gener de 2006. Excepte en el grup de persones institucionalitzades, on la sessió es va dur a terme a la mateixa residència, la resta de sessions varen celebrar-se en els locals de la Fundació Universitària del Bages (Manresa).

Els grups varen ser conduïts personalment pels dos investigadors que varen dirigir la recerca.

Després d'una breu presentació de cadascun dels assistents, les persones que varen formar part dels grups varen ser convidades a exposar de manera lliure aquelles paraules o expressions que els suggerís el tòpic "qualitat de vida". En un segon moment, es va demanar al grup que prioritzessin les *definicions* que s'havien posat sobre la taula. Fet això, es demanava si es considerava que els altres grups donarien definicions en la mateixa línia o en una línia diferent.

El grup es donava per finalitzat en el moment en què s'arribava al consens en la priorització dels diferents vessants de la qualitat de vida.

Les converses varen ser gravades i posteriorment analitzades amb l'ajuda del programa Atlas.ti, 5.0.

Cal fer notar que, per la mateixa naturalesa dels grups de discussió, les opinions que s'hi varen expressar no és possible d'esbrinar si són representatives de les opinions generals de la societat manresana. En aquest sentit, les opinions obtingudes dels dos grups de persones grans haurien pogut ser molt diferents si la seva composició hagués estat una altra.

5. Resultats obtinguts

En les pàgines que segueixen aquesta introducció es farà un breu repàs de les principals idees que varen sorgir en cadascun dels grups de discussió. En primer lloc, es posaran per escrit les definicions de qualitat de vida que inicialment es varen donar; després es procedirà a esmentar les principals idees que varen aparèixer en el conjunt de totes sessions.

En l'annex 1 es pot trobar una descripció del mateix contingut detallat per cada grup de discussió. Cal indicar que la informació que s'hi conté és la mateixa que el lector o lectora trobarà a les pàgines següents, però estructurada d'una altra manera. L'annex 2 recull les definicions de qualitat de vida que els diferents grups varen projectar sobre els altres perfils socials estudiats en aquesta recerca.

En l'apartat 6 s'intentaran posar en relació les diferents idees que han sortit en els grups, buscant-ne els punts de contacte o les divergències.

Diferents definicions inicials de qualitat de vida

Com s'ha dit més enrere (apartat 4 - Metodologia), les sessions dels diferents grups de discussió s'iniciaven demanant al grup les paraules o expressions que consideraven que millor definien el que era, des del seu punt de vista, la qualitat de vida. Un resum dels resultats es pot veure en la Taula 2; a continuació es comenten els resultats principals en cada un dels grups.

Pel que fa a les paraules que defineixen la qualitat de vida, el rànquing del grup de **persones grans no institucionalitzades** es va acordar en els següents termes¹⁴:

1. Salut mental
2. Salut física
3. Diners
4. Entorn familiar

Es va arribar a aquesta classificació després de distingir entre salut mental i física, i d'especificar que per l'entorn familiar s'hauria d'entendre coses com ara “alegria”, “feina”, “respecte”, “estimació”, “amor”, o, més en general, que “el que s'ha sembrat és bo”.

En el grup de **gent gran institucionalitzada** es varen proposar molt pocs elements definidors del que és la qualitat de vida i, en tot cas, força ambigus. Entre els aspectes destacats hi va haver:

¹⁴ Altres conceptes que varen sorgir foren (per ordre d'aparició i respectant la formulació original):

- Validesa física i intel·lectual
- Benestar físic – no parar
- Trobar-se bé. Valdre's per un mateix
- Amistat
- Salut per a mi i per als del meu entorn
- Mitjans per menjar, vestir...
- Amistat, que la gent em saludi perquè pensi que he fet les coses bé
- Salut adequada a l'edat
- Voler veure les coses de la banda positiva
- Aspecte econòmic (viatges...)

- Estar en una residència assistida on t'ho fan tot.
- En aquest mateix context, no haver de preocupar-se per res.

En el **grup de metges** va ser impossible arribar a establir una escala dels elements més representatius de la qualitat de vida. El consens es va establir en el fet que es tracta d'una qüestió que depèn molt de les percepcions que cada persona en tingui i en què es tracta d'una definició dinàmica.

Les expressions emprades per qualificar la qualitat de vida foren:

- Viure dignament
- Benestar físic, psíquic, familiar i econòmic
- Valdre's per un mateix
- Sentir-se estimat
- Poder manar sobre un mateix
- Bona capacitat funcional (autonomia física i cognitiva)
- Tenir un entorn favorable, afectiu; triat per un mateix
- Absència de malaltia i de dependència
- Recolzament social

El **grup d'infermeres** va proposar com a expressions lligades a la qualitat de vida dos grans blocs:

- Família, relacions de les persones i veïns
- Salut

Altres paraules que varen sortir en la pluja d'idees inicial foren família, respecte, dignitat, benestar, solidaritat, entorn agradable (habitatge i persones), confort i economia.

En el **grup de professionals del centre sociosanitari** es varen proposar molts indicadors de categories diferents, però els tres sobre els quals hi va haver més acord varen ser:

- Cobrir les necessitats bàsiques
- Tenir una xarxa sociofamiliar adequada
- Autonomia

Els diferents aspectes que es varen anar introduint en el grup varen fer referència a la importància de l'autonomia funcional, la percepció d'un bon estat de salut, una "capacitat socialment adequada", suport sociofamiliar correcte, l'autonomia per a les activitats de la vida quotidiana, que la persona gran es vegi amb capacitat per fer front al dia a dia, la comoditat i suplir-la en allò que no es pugui aconseguir, estimació, suport familiar, el fet d'estar ben cuidat (síntomes, angoixes, etc.) i, finalment, una bona situació econòmica.

El **grup de professionals dels serveis socials** va comptar amb la participació de tres persones, fet que podria haver contribuït a què es donessin un tipus determinat de dinàmiques. Aquestes dinàmiques, per exemple, es podrien veure en el fet que la definició inicial del que seria la qualitat de vida es va limitar a tres expressions, una proposada per cada membre del grup:

- Viure "bé" -entre cometes-, segons les condicions de cadascú
- Benestar físic, psíquic i necessitats bàsiques cobertes
- Satisfacció de les necessitats bàsiques, tenir la sensació personal que es tenen cobertes.

Idees més importants en cadascun dels grups

Persones grans no institucionalitzades	Gent gran institucionalitzada	Metges	Infermeres	Centre sociosanitari	Serveis socials		
Salut mental		Benestar físic, psíquic, familiar i econòmic. Absència de malaltia	Salut (sense especificar)		Benestar psíquic		
Salut física					Benestar físic		
Entorn familiar		Entorn favorable, afectiu, triat per un mateix	Família, relacions personals, veïns	Xarxa sociofamiliar adequada			
Diners							
	Estar en una residència assistida				Cobrir les necessitats bàsiques		
	No haver de preocupar-se per res					Cobertura necessitats bàsiques	
					Viure dignament		
					Valdre's un mateix. Bona capacitat funcional		
					Sentir-se estimat		
					Manar sobre un mateix		
	Recolzament social						
					Viure "bé"		

Taula 2

Definicions coincidents i divergents

La Taula 2 mostra les definicions de qualitat de vida que es varen proposar en els diferents grups de discussió. Com es pot veure, cal destacar-hi la presència de dos grans blocs que es repeteixen en la majoria de grups.

Aquests dos grans blocs serien la salut (tant física com psíquica) i l'entorn familiar i social. En aquest punt cal destacar la no presència de cap dels dos en el grup de gent gran institucionalitzada (de tota manera, el fet que no sortís en el grup de discussió no s'hauria de prendre com a revelador de la seva manera de pensar la qualitat de vida, perquè una de les característiques intrínseques dels grups de discussió és que no es poden considerar representatius del conjunt de la població).

Cal destacar que la manca de recursos econòmics (“dinners”) només va aparèixer en el cas de les persones grans no institucionalitzades, tot i que en diversos casos es va presentar com un dels elements que es pensava que els altres grups haurien donat com a definidors de la qualitat de vida.

El cas de la gent gran institucionalitzada també presenta un cert interès, en el sentit que la definició de qualitat de vida que s'hi va donar fa referència al fet d'estar en una residència assistida i, lligat a això, al fet de no haver-se de preocupar per res.

Sobre el grup de metges convé destacar dos elements que es varen posar sobre la taula i que no varen sortir de manera directa en els grups de discussió: la dignitat de la vida (i de la mort) i la capacitat per manar sobre un mateix.

Una definició fluctuant

Un aspecte que es va repetir en els diferents grups va ser la relativitat de la definició del que s'havia de considerar com a qualitat de vida. Aquest plantejament es pot resumir en una frase que es va dir al grup d'infermeres:

- *“Cada persona és un món, i cada avi és un món”.*

Si bé la frase que s'acaba de transcriure correspon a un grup concret (infermeres), la idea que la definició de qualitat de vida és molt fluctuant i relativa es va poder trobar en tots els grups que es varen dur a terme.

Així, en el grup de metges es va afirmar que la qualitat de vida depenia de la percepció de cada persona. En el mateix context, una persona viu bé i l'altra, no. Així, per exemple, avis que cuiden néts poden viure aquest fet com una obra gratificant, mentre que, en altres casos, es pot considerar que aquesta situació empitjora la seva qualitat de vida.

La qualitat de vida, moltes vegades depèn del passat de les persones. D'aquesta manera, la manca de mobilitat per a una persona pot ser un gran handicap mentre que per a una altra podria tenir una importància molt menor: no trobaria tant a faltar caminar aquella persona que quan era vàlida ja caminava poc o no ho feia (grup de metges).

Els professionals de la medicina varen manifestar ser conscients del fet que les percepcions sobre el que és la qualitat de vida dels diferents agents no coincidien. Així pot resultar que la qualitat de vida tal com l'entén la família no coincideixi amb la de la persona gran o que la visió que en tenen les persones grans no s'adigui amb la dels professionals. D'aquesta manera, cap al final de la vida, pot donar-se el cas que algunes persones vulguin fer viure els seus familiars grans més enllà del que ells mateixos voldrien. Pot passar, també, que algunes persones percebin en els seus familiars una qualitat de vida que el metge no sigui capaç de valorar, perquè es puguin relacionar amb el malalt d'una manera incomprensible per al facultatiu.

El vessant subjectiu del que es considera qualitat de vida té el seu revés en el fet que cadascú pot imaginar-se com aquesta és definida pels altres. D'aquesta manera és possible de plantejar-se la complementarietat o no de les diferents definicions detectades en el transcurs d'aquesta recerca.

En els diferents grups estudiats es varen trobar coneixements no sempre coincidents que, de ser certs, podrien donar lloc a una certa *incomprensió* entre els diferents col·lectius. Aquest fet és força clar en el cas de la qualitat de vida residencial: gran part de les persones que han donat la seva opinió viuen la residència com un lloc poc propens a facilitar qualitat de vida a les persones que hi viuen. En canvi, les internes que varen formar part del grup de discussió varen assegurar que, en la seva situació particular, la qualitat de vida era, precisament, poder estar en una institució.

Així mateix, la visió que els metges i metgesses tenen de la qualitat de vida, des del punt de vista d'altres grups, se centraria en la salut, la falta de temps, la gran quantitat d'atencions domiciliàries que han de fer, etc. És a dir, en aspectes molt lligats a l'atenció sanitària, al fet de curar. Però en canvi, els metges i metgesses varen mostrar una gran preocupació per la seva capacitat de cuidar i per com el seu rol s'aboca cada cop més a aquest tipus d'atencions més relacionals i menys tècniques:

- els professionals i les professionals de la medicina "*podem curar a vegades, però cuidar sempre*", es va dir en el grup de metges i metgesses.

La importància de l'entorn

En la major part dels grups es va fer evident que la qualitat de vida tindria en compte l'entorn en què es viu. D'aquí que per atendre les persones grans també s'hagi d'atendre el seu entorn. Els diferents nivells en què es desagrega aquest entorn inclouen els marcs físic, cultural, social i familiar de l'existència de cada persona.

L'entorn físic és un element molt important. Aquest nivell inclou aspectes com ara la morfologia de la casa o el barri, si la persona està tancada en una habitació perquè la resta no està condicionada,

si té vistes a l'exterior, etc. L'opinió majoritària dels diferents grups estudiats s'inclina a pensar que la qualitat de vida requeriria un entorn agradable tant pel que fa a l'habitatge com a les relacions personals.

L'entorn cultural en què es visqui també es va mostrar com a element diferenciador pel que feia a la qualitat de vida. D'aquesta manera, no seria el mateix viure en un entorn urbà que en el món rural (grup infermeres)¹⁵.

La qualitat de vida seria diferent segons que es visqui en medi rural o urbà, marcs en què la vellesa seria viscuda de manera diferent. Al medi rural els avis serien respectats i, per tant, tindrien més qualitat de vida. Hi podrien desenvolupar una vida que els hauria de permetre dur a terme algunes activitats, fins i tot un cop arribat el moment de la jubilació. Els cuidadors i cuidadores rurals tindrien una manera diferent de pensar dels urbans. A la ciutat, les persones grans farien nosa, i no se'ls podria atendre com cal. En canvi, al medi rural encara podrien fer petites coses i no molestarien; aquí serien acceptats i importants per als veïns (grup infermeres).

Per al grup d'infermeres, era força clar que les demandes dels dos tipus de gent gran són diferents: al medi rural hi hauria menys demandes. Els avis del medi rural, quan van a la ciutat, no coneixen ningú i la família normalment treballa. Per tant, demanarien molta ajuda: que els cuidin, que els puguin deixar de dia en centres assistencials...

En el grup dels professionals sociosanitaris es va considerar que la importància de l'entorn social en la qualitat de vida es posaria de manifest en el reingrés o no de les persones grans a les institucions sociosanitàries. Tot i que en aquest grup es va considerar que la qualitat de vida no seria massa diferent al camp o a la ciutat -o en tot cas, la millor situació es podria trobar en el medi urbà- les persones del medi rural podrien tornar amb més facilitat al seu medi, perquè allà encara es conservarien els vincles familiars.

¹⁵ Sobre aquest tema, vegeu Roca Carrió, Enric: "Envel·lir en entorns culturalment diferents: el medi rural i el medi urbà". *Revista Catalana de Sociologia*, 16 (2002). P. 133-141.

La institucionalització

Com s'ha vist, la importància de l'entorn pel que fa a la qualitat de vida no només es relaciona amb el marc rural o urbà, sinó que es lliga també a l'entorn en què es visqui, des de l'entorn físic més immediat (casa, habitació, barri) fins a l'entorn social i familiar.

En aquest context, l'internament en una residència pot millorar la qualitat de vida d'algunes persones grans, bé perquè d'aquesta manera es puguin satisfer algunes necessitats de la resta de la família, bé perquè la pròpia persona gran vegi en la residència l'única manera de millorar la seva qualitat de vida.

En el grup de persones grans institucionalitzades es va posar sobre la taula la necessitat d'adequar-se a la realitat que es viu: si s'està a la residència no s'ha de pensar a tornar a casa. Però aquesta adaptació individual va tenir, especialment en el grup de les persones grans, una dimensió social.

En aquest sentit, el grup de persones grans institucionalitzades va aportar una informació que es podria considerar rellevant: tenint cadascun d'ells greus problemes per viure de manera autònoma, com es podria parlar de qualitat de vida en el seu cas, suposant que aquestes persones estiguessin soles? La residència ofereix a aquesta gent un marc relacional (*"a la residència tinc les meves amigues"*) i satisfà unes necessitats difícils de satisfer d'una altra manera (*"com podria anar a casa?, què hi faria?"*).

A més, la vida fora de la residència -moltes vegades percebuda a través dels mitjans de comunicació- és vista com agressiva i poc atractiva. A fora hi ha *"moltes penes"* i quan se surt al carrer es pensa *"Mare de Déu, me'n torno a dintre!"*. *"Aquest món no està ben posat"*; quan veuen la televisió, algunes persones internades en la residència tendeixen a pensar que el millor és no sortir-ne.

Per això s'entén que la qualitat de vida per a alguns interns (de fet per a totes aquelles persones amb qui es va parlar) sigui precisament estar en una residència assistida. Allà la sensació de protecció que ofereixen els professionals que hi treballen, l'existència de sistemes d'alarma, les comoditats objectives, el control de la medicació, etc. ofereixen un marc que millora la qualitat de vida dels residents.

- *“No s’hi està com a casa, però s’hi està bé. Val més la residència que estar-se sol a casa”.*

Potser es tracta d’una qualitat de vida per defecte o, en tot cas, de la millor possible en la seva situació.

Però per adonar-se’n cal un procés d’adaptació: la gent que “s’adona de tot” (en el sentit de ser conscient de la pròpia existència) hi està bé, però *els qui constantment demanen d’anar a casa* (és a dir, que no són capaços de lligar les seves necessitats objectives i els seus desitjos) ho passen molt malament. La gent que no està bé és la que ho passa més malament (grup de gent gran institucionalitzada).

La salut mental i la percepció de l’estar en el món

Tal i com es veia en l’apartat anterior, la capacitat cognitiva podria ser un element important a l’hora de definir la qualitat de vida. Però, en alguns casos, estar objectivament malament i no percebre-ho podria ser positiu.

Com que la qualitat de vida -i, per tant, els comportaments que d’aquesta visió d’un mateix se’n deriven- depèn de la percepció de cada persona, la capacitat cognitiva de cada individu pot jugar un paper molt important. Fins al punt que en alguns grups es va apuntar el fet que estar malament i no percebre-ho podria ser positiu per a la qualitat de vida de les persones grans (el malalt o malalta d’alzheimer que no se n’adona pot tenir millor qualitat de vida que una persona que, en el mateix estat, se n’adoni, es va dir en diferents grups).

En el grup de persones vàlides es va assenyalar que la salut mental és tant o més important que la física. Entre altres coses perquè, com s’ha vist, la qualitat de vida depèn de la percepció que cadascú tingui de la seva pròpia situació.

- Per viure una bona qualitat de vida cal *“veure les coses sempre de la banda positiva”*.

Ara bé, segons aquest grup, cada vegada hi ha més malalties mentals, a causa de l’estrès o de la manca de feina. Això podria destrossar algunes famílies, les quals acabarien amb un gran patiment psíquic. Com que en la nostra societat les malalties mentals no serien

acceptades, l'entorn de la gent gran que les pateix es desestructuraria: finalment, això afectaria la seva qualitat de vida.

En el grup de professionals dels serveis socials també es va posar de manifest la importància de la “*sensació personal*” en relació a la qualitat de vida, en el sentit que una persona pot estar físicament malament però psíquicament sentir-se bé.

En un sentit semblant, en el grup dels professionals del centre sociosanitari també es va plantejar el tema de la consciència de la qualitat de vida pròpia. En aquest sentit, es va dir que la gent gran que s'adona de la situació que viu està pitjor que la que no se n'adona. En aquest darrer cas, qui ho passaria pitjor serien la família i les cuidadores o cuidadors.

El fet de tenir consciència sobre la pròpia situació fa que les persones grans pateixin molt, especialment quan aquesta situació es vincula a qüestions de salut mental. Actituds com “no vull que la família vegi que m'estic tornant boja” poden incrementar el risc de patir depressions.

Amb tot, quan en aquest grup es va demanar quin aspecte de la salut seria aquell al qual la gent gran donaria més importància, es varen inclinar per la salut física, tot i que es va reconèixer que a moltes persones grans també els preocupa la seva salut mental.

En el grup de professionals de serveis socials es va arribar a la conclusió que la salut física era tan important com la psíquica, entesa aquesta darrera com la por a perdre la memòria.

- “*Hi ha gent que ho prioritza per sobre de la física, fins i tot els familiars*”, es va dir.

Tot i no haver estat indicat al principi de la sessió¹⁶, la salut també esdevé un element intrínsec de la qualitat de vida per a la gent institucionalitzada. Fins al punt que es planteja que és el factor principal, sobretot la salut mental. Adonar-se de l'existència d'un mateix i acceptar-la tal com és esdevé un element clau també per a aquest grup.

Cal remarcar que en el grup de professionals dels serveis socials es varen poder sentir les úniques veus discordants en el sentit que no tothom pensava que la persona que no s'adona de la realitat que està

¹⁶ Al principi havia dit que la qualitat de vida era estar en una residència assistida.

vivint tingués més qualitat de vida que la que se n'adona. En qualsevol cas, la manca de consciència sobre la pròpia existència, per no parlar obertament de l'alienació mental, no es podria considerar un element compatible amb una vida de qualitat. En aquest sentit, la qualitat de vida ja no seria tant un fet subjectiu, sinó que es convertiria en una realitat valorable per un agent exterior.

Ara bé, cal remarcar que en aquest punt no tots els professionals pensen el mateix. I que només en alguns casos es va manifestar clarament que l'alienació que suposa no tenir una percepció clara de la situació d'un/a mateix/a no es pot acceptar com a indicador de qualitat de vida.

En aquest punt, en el moment d'esbrinar la percepció de la pròpia existència, el grup de metges va mostrar la dificultat pràctica d'accedir al concepte de qualitat de vida amb què una persona viu. Els professionals sanitaris han de preguntar a la gent si frueix de la vida, perquè els protocols i les escales amb què treballen així ho demanen, però aquesta és una pregunta molt delicada que no es pot fer a l'inici de la visita. Cal haver preguntat altres coses abans, i haver establert contacte amb el malalt. Descobrir la qualitat de vida d'un pacient exigeix un mínim marc relacional previ¹⁷.

Així mateix, algunes escales demanen a les persones quin sentit donen a la seva vida, i això pot crear un problema molt gran al malalt. Per això, alguns serveis varen canviar aquesta pregunta per una qüestió que semblaria menys compromesa: "*com ha passat [vostè] el dia?*".

Els metges i metgesses que varen participar en el grup de discussió són plenament conscients que, més enllà de l'absència de malaltia i de la capacitat funcional, cal buscar altres indicadors de la qualitat de vida, i que aquests indicadors els exigiran un canvi en l'exercici del seu rol professional tradicional. Preguntes aparentment simples com la que s'acaba d'esmentar ("*Com t'ha passat la tarda?, Com t'ha passat el matí?*") poden ser de gran utilitat¹⁸.

¹⁷ Aquest fet està a la base de la dificultat de posar a la pràctica una aproximació a la qualitat de vida com la que ha plantejat l'IMSERSO en base al treball previ del California Department of Developmental Services de l'any 1996.

¹⁸ És una pregunta per avaluar la qualitat de vida de les persones que s'acullen al PADES.

La situació econòmica

De tota manera, en la definició de qualitat de vida hi ha una dimensió objectiva molt important, perquè la qualitat de vida també està relacionada amb el fet de tenir mitjans per satisfer necessitats bàsiques com menjar o vestir-se. En una situació de mancances de tipus econòmic, no es pot ingressar en una residència, ni fer viatges, factors que poden ajudar a aconseguir una millor qualitat de vida (grup de gent gran vàlida).

En el grup d'infermeres es va plantejar que els diners donen més recursos per incrementar la qualitat de vida, perquè aquests recursos potser no es podrien trobar a nivell institucional. Per als membres d'aquest grup, sembla innegable que el benestar econòmic faria la vida més agradable, confortable i tranquil·la.

Tot i que la part econòmica té molt pes, la salut és un element de primer ordre. Si hi ha salut, ja no calen diners, va afirmar la gent gran vàlida. I a l'inrevés: sense diners, la salut (mental i física) aniria empitjorant.

Ser vàlid o vàlida

Per a la gent gran vàlida per ella mateixa, la qualitat de vida s'entén com ser vàlid intel·lectualment i físicament en tots els sentits. Les coses comencen a no anar bé a partir del moment en què no es poden valer:

- *“Si no ens podem valdre per nosaltres mateixos, malament”.*

Es tracta, en definitiva, de trobar-se bé, de valer-se per un mateix, tenint en compte que la salut ha de ser l'adequada a l'edat. Fins al punt que la gent gran institucionalitzada va manifestar que aquelles persones que no es poden moure, aquelles persones a qui se'ls ha de fer tot, el millor seria que es morissin, perquè no descansin ni deixin descansar als altres:

- *“penseu que per haver de quedar segons com, que no et pots moure, per quedar en una cadira de rodes, que t’ho han de fer tot, tot... gairebé val més morir-se, que descansis i deixis descansar els demés”*

Per als metges i metgesses, la capacitat funcional i el grau de dependència dels altres també seria un element indicador de la qualitat de vida, un element molt utilitzat en determinats moments o maneres d’entendre l’exercici de la medicina. En un sentit semblant es varen expressar els membres del grup d’infermeres en afirmar que una persona gran amb qualitat de vida seria algú autònom (físicament), amb autonomia mental i un mínim de confort a casa seva. Malgrat la coincidència a posar l’autonomia com a factor més important, en aquest grup no es va arribar a un acord sobre si seria més important l’aspecte físic o l’aspecte mental d’aquesta autonomia¹⁹.

La qualitat de vida seria diferent segons l’edat. Una persona gran necessita més *carinyo*, comprensió i bon tracte que una jove. L’afectivitat és més important que els diners:

“- (...) si li diguessin què prefereix 10 euros o dos petons què demanaria?

- Jo, que em fessin dos petons

- Doncs ja està tot dit...

- El titular

- Lo que necessitem és estimar, estimar i que t’estimin

- I que et tractin amb carinyo... i no amb crits, ni soroll...”

(grup de gent gran no institucionalitzada)

¹⁹ En el grup d’infermeres, la persona que té qualitat de vida és vista com aquella que és autònoma. Però a partir d’aquí es divideixen les opinions: uns creuen en l’autonomia física per sobre de la mental i els altres al revés. De tota manera, es remarca de nou la importància de l’autonomia mental per a la qualitat de vida de la gent gran: així seria una persona gran amb qualitat de vida.

Les relacions socials

En el grup de gent gran no institucionalitzada es va dir que al costat d'aquesta dimensió individual, la qualitat de vida també es manifestaria en fets clarament grupals com ara tenir moltes amistats o tenir amics que et saludin quan vas pel carrer. De manera que, al costat de la salut per a cada persona, s'hauria de considerar la salut del seu entorn social.

La importància de l'entorn relacional també es posaria de manifest en el sentit que la qualitat de vida de la persona gran pot ser menor si té altres persones malaltes al seu costat. A més a més, la qualitat de vida canviaria molt quan una persona gran es queda sola.

En la qualitat de vida d'una persona hi pot influir l'entorn més immediat: els fills o la família en general, no només afavoreixen, sinó que poden fer baixar la qualitat de vida d'algunes persones. Així, elements com el treball o la seva absència, les minusvalideses dels fills i filles són factors importants per a la qualitat de vida dels més grans. Perquè els avis i àvies es projecten en els seus fills i filles:

“- La qualitat de vida depèn de l'entorn i de lo que s'ha mamat (...)

- I depèn dels fills amb qui es casen... això ja és el cinquanta per cent...

- Llavors ja hi intervé una altra persona, ui! ja la cosa es complica, ui! quan es casen...”

“(...) també pot influir en la qualitat de vida d'una persona l'entorn més íntim familiar, perquè si tens fills amb desgràcies, minusvalies, o germans (...) aquell entorn et fa que la qualitat de vida disminueixi, ja no gaudeixes d'una alegria, ja no hi ha aquella lluentor, més aviat et ploren els ulls (...) [Cal tenir en compte] l'entorn familiar, que hi hagi un mínim de salut, d'alegria, que veus que van bé els teus familiars, que fan, que treballen, que tenen feina, que el tema aquest també és important (...)

[Un] se sent orgullós de l'obra que havia fet, dels fills, l'ensenyament, tot, veu que el resultat és bo, lo que ha sembrat és ... una collita bona, no ha pedregat ni m'ha glaçat."

La família seria un element de tanta importància en la qualitat de vida que no només podria incrementar-la. En alguns casos, com en el grup de persones grans no institucionalitzades, es va defensar que l'entorn familiar més immediat, com per exemple els fills, podria fer baixar la qualitat de vida de les persones. Aquest punt seria important perquè la qualitat de vida de la gent gran es podria veure afectada per situacions individuals com ara la conjuntura laboral o econòmica dels seus fills o familiars més directes. Tampoc no garantiria qualitat de vida el fet d'haver de fer de cuidador de familiars encara més grans o discapacitats. El grup d'infermeres es va manifestar en el mateix sentit: la qualitat de vida també depèn del cuidador o cuidadora que es tingui, perquè aquest suport personal pot ser també una persona gran, i aquesta no seria el cuidador o cuidadora ideal.

Les relacions socials també adquireixen importància per al grup de gent institucionalitzada. En aquest cas, quan se'ls va demanar què trobaven a faltar de la vida fora de la residència, la resposta va ser l'ambient de la gent i el fet de fer excursions²⁰.

La gent gran que viu en residències assistides es plantegen que la seva qualitat de vida ha augmentat en entrar en aquest recurs, perquè són persones que no podrien viure soles. Però, a part d'això, a la residència es generen amistats i relacions interpersonals que incrementen la qualitat de vida dels interns i internes:

"Aquí estic bé, aquí tinc les meves amigues... hi ha vegades que ens divertim, hi ha vegades que ens discutim una mica. I és l'al·licient de la vida d'aquí. M'agrada estar aquí perquè jo m'he quedat sola, sense família" (grup de persones institucionalitzades)

D'aquesta manera, arriba un moment que els residents se senten bé en aquest recurs, fins al punt que pensen que l'intern o interna ideal sentiria que es troba en un marc de benestar. De tota manera, el que es troba a faltar és

²⁰ El tercer element varen ser les funcions de teatre dins de la mateixa institució.

“L’ambient de la gent (...) M’agradaria que de tant en tant ens traiguessin a fer una excursió, encara que no pot ser gaire lluny, tenir una altra classe de vida, perquè sempre aquí, sempre aquí...”

La residència a vegades seria un lloc on els avis preferirien anar abans que tenir enemistats els fills, es va dir en el grup de metges. Però també hi hauria avis que preferirien anar a la residència per mantenir o millorar la seva qualitat de vida.

En aquest context, tenir una feina entremig de sanitat i serveis socials permet veure que els serveis socials s’enfocuen molt a crear llits (de llarga estada, de convalescència, etc.) i no tant a donar importància a l’atenció familiar a la llar, es va exposar en el grup d’infermeres. Quan es treu una persona gran de casa, aquesta persona es desubica. Sempre viuria millor si estigués amb la seva família, pagant-li diners per poder estar allà. Actualment, semblaria que es comencés a donar a aquest aspecte la importància que es mereix.

La família i les relacions amb altres persones, amics, cuidadors, etc. són molt importants en la qualitat de vida. A més a més, la salut de la gent gran, malmesa gairebé per definició, fa que les persones properes siguin més importants en la qualitat de vida, es va dir en el grup d’infermeres. Per això, les representants d’aquest col·lectiu professional pensaven que la qualitat de vida hauria de ser entesa com el màxim de benestar dins de les patologies que les persones grans puguin tenir.

En el grup de professionals dels serveis socials es va posar sobre la taula el tema de les relacions socials, sobre el qual es va posar de manifest que algunes persones grans utilitzarien els serveis sanitaris com una manera d’aconseguir relacionar-se amb algú (per exemple, anar a buscar les receptes d’una en una, en comptes de demanar-les totes d’una vegada).

Sentir-se protegit

Tot els elements que s'han estudiat fins ara (salut, relacions socials, situació econòmica, etc.) es podrien intentar resumir en un de sol dient que la gent gran tindria qualitat de vida quan se sentís protegida. Cal recordar que aquest aspecte va ser molt important en el grup de persones grans institucionalitzades. Una frase resumeix força bé el sentir d'aquest grup:

- *“La vida fora d'aquí no es veu gaire agradable”.*

A la residència, algunes persones grans (potser una minoria, si les dades d'aquest estudi es poden extrapolar a la resta de la ciutat de Manresa) poden sentir-se protegides: hi ha personal especialitzat, timbres, et donen medicació quan la necessites, etc. En el mateix sentit, en els darrers temps, la medicina també hauria canviat força, i actualment s'entendria que els metges *“podem curar a vegades, però cuidar sempre”* (grup de metges). Aquest canvi, en molts casos, ha estat forçat per la societat (no per decisió del mateix col·lectiu mèdic).

Una existència digna

La qualitat de vida es podria resumir també en l'expressió *“viure dignament en tots els aspectes”*, es va dir en el grup de metges. Això inclou diferents manifestacions de la qualitat de vida (autonomia per decidir el que es vol fer amb la seva vida), tant a nivell social com familiar. La qualitat de vida seria ajudar a la persona gran a fer el que ella vulgui. Per això, no s'hauria d'infantilitzar la gent gran amb l'excusa d'incrementar o mantenir la seva qualitat de vida.

La dignitat de la persona va ser un tema que va aparèixer en tots els casos de professionals vinculats al món de la salut, fins al punt que el grup d'infermeres va suposar que el grup de gent gran hauria proposat com a indicador de qualitat de vida que aquestes persones fossin respectades pel que són. Això implicaria no tractar-les com a criatures, ni malalts.

El grup de persones no institucionalitzades va fer èmfasi en diverses ocasions en la necessitat d'adonar-se que els temps han canviat i que el paper de la gent gran no és el mateix d'abans. Amb tot, malgrat el context canviant, es volia que la gent gran fos tinguda en compte, i que, en alguns aspectes, pogués ser un referent.

En el món actual, les persones grans no poden exigir res, només poden demanar respecte i estimació. En canvi, alguns dels seus plantejaments, com el testament vital, no els serien reconeguts ni pels mateixos metges, varen dir.

Qualitat de mort i qualitat de vida

En diversos grups es va plantejar el tema de què, en el fons, la qualitat de vida també seria qualitat de mort:

- *"A vegades la gent mor amb molt mala qualitat de vida"*, es va dir al grup de metges.

Aquest tema va sortir de manera més clara en el grup de metges i metgesses que en cap altre. A vegades la percepció de la qualitat de vida que té la família no coincideix amb la de la persona interessada: se la vol fer viure més enllà del que el mateix interessat voldria.

Per això es va plantejar que el Document de Voluntats Anticipades (testament vital) podria servir per millorar la qualitat de vida, perquè permetria parlar amb la família sobre el final de la vida i el patiment (o sigui, sobre la qualitat de vida). Per als metges seria molt difícil prendre decisions d'aquesta mena. La voluntat anticipada podria incrementar la qualitat de vida perquè es podria demanar de no fer patir inútilment, i que no s'allargués la vida de manera artificial i enmig del dolor.

Per això, en el grup de metges es va plantejar que caldria demanar una bona mort després d'una bona vida, una vida digna.

Els temps canviant

En el grup de persones grans no institucionalitzades el pas del temps i el canvi social que ha dut aparellat es va presentar com un element que tenia una incidència considerable sobre la qualitat de vida.

La gent gran s'hauria d'adonar que els temps han canviat, adaptar el seu paper a aquest nou marc i ser capaç d'entendre que la societat de consum tot ho ha espatllat. La tradició anterior, en la qual la gent gran ha crescut, ja no és vàlida avui dia. Cal adonar-se'n i saber entendre el jovent d'avui dia, les necessitats que té i els problemes que té.

- “*Els fills ara se separen molt dels pares*” (grup persones grans no institucionalitzades).

Anys enrere, a les cases, hi convivia tres generacions i les persones grans eren tractades amb *carinyo*:

- “*(...) abans es pujava amb carinyo pels vells*”.
- “*Hi havia una unió, que potser feia que no fos tan fred com ara*” (grup persones grans no institucionalitzades).

Abans els avis es quedaven a casa, hi envellien i s'hi morien. Això tenia un valor, però aquest valor avui dia sembla haver-se perdut. Tot i que hi tingui un paper considerable, aquest canvi social no es pot reduir només a una qüestió d'educació familiar.

En aquest nou context, l'avi o l'àvia es considera un bon element mentre pot donar un ajut material o immaterial a les persones amb qui conviu. Les persones grans són molt estimades materialment, pels diners i per *guardar* els seus néts i nètes. Però aquesta situació podria arribar a condicionar la qualitat de vida d'algunes persones grans.

En aquest sentit, si el jovent no té diners, la qualitat de vida dels seus pares i avis se'n ressent. En aquesta societat consumista, la gent gran hauria d'aconseguir fer entendre que “*cal no estirar més la màniga que el braç*” (grup persones grans no institucionalitzades). Fent-ho així, és a dir, acomodant les expectatives dels familiars a la seva realitat existencial, es milloraria la qualitat de vida de la gent gran.

La vellesa suposa un canvi de rol difícil d'encaixar en la societat actual. Els nens van a l'escola i quan en surten arriben a casa i estan sols, perquè els seus pares són encara a la feina. No fa tants anys, aquests nens i nenes hi trobaven la *iaia*. Avui dia potser encara hi és, però hi juga un altre rol, perquè la *iaia* vol tenir la seva pròpia activitat (pintar, informàtica, etc.). D'aquesta manera, com es controla el que fan els nens? Quin tipus de *carinyo* tindran aquests nens i nenes?

Per tot plegat, en aquest grup es va detectar que hi ha una certa pressió perquè la gent gran, especialment les àvies, juguin el rol que tradicionalment han desenvolupat: “(...) *aquestes iaies modernes tampoc les accepten gaire* (...)” (grup persones grans no institucionalitzades). La persona gran hauria de viure d'acord amb el que s'espera d'ella.

En la societat actual no es pot anar contra corrent, es deia en el grup de persones grans vàlides. Però els avis i les àvies haurien de tenir llibertat per complir o no les obligacions que la família els posa: “*no s'haurien de convertir les coses en hàbits*”. Caldria respectar les necessitats i els gustos de la gent gran, no abusar dels seus serveis.

En aquest punt es planteja una paradoxa: els avis i àvies són utilitzats mentre es poden valer. Els pares i mares volen que els avis cuidin els néts i nétes, però no es preocupen que els nens i nenes tinguin respecte pels avis i àvies i se'n preocupin.

6. Discussió

Aquest treball, com totes les recerques, té els seus límits i limitacions. L'objectiu inicial de trobar informació sobre la qualitat de vida de les persones grans de la ciutat de Manresa sembla que s'ha de considerar aconseguit i, en cert sentit, extralimitat. Extralimitat perquè les dades que s'han obtingut es considera que es poden extrapolar a qualsevol ciutat mitjana de Catalunya, i possiblement de bona part de la resta d'Europa.

Però aquest treball ha presentat també algunes limitacions. D'entrada, ja es va advertir a qui el llegís que el llenguatge era una aproximació possible i vàlida al tema de la qualitat de vida. Però també es tenia la consciència que el mateix llenguatge podia suposar una limitació a l'hora d'investigar la qualitat de vida de la gent gran. A part dels problemes metodològics que s'han esmentat en el marc teòric, s'ha trobat també una limitació ètica en el moment de dur a terme la recerca: qui tindria legitimitat per parlar en nom d'aquelles persones que no ho poden fer?

I encara més, què vol dir no poder parlar? Que el seu discurs se'ns fa incompreensible? Que no s'acorda amb la nostra cosmovisió?

Segurament aquest aspecte deu estar resolt a nivell jurídic, però sociològicament s'ha trobat una desconexió entre la teoria i la pràctica assistencial. Si el discurs forma part de la realitat, fins al punt que en alguns casos es diu que arriba a constituir-la, ¿quin dret moral es poden donar alguns agents socials per interpretar el benestar i la qualitat de vida d'aquelles persones que en tenen representacions divergents? Qui pot dir que una persona internada en una residència en contra de la seva voluntat hauria de tenir menys qualitat de vida que aquella que s'ha resignat a l'internament? Se sap que en algunes ocasions adoptar el que es coneix com a rol del mal malalt pot millorar la qualitat de vida de les persones que s'hi *refugien*.

Alguns representants de la gent gran del nostre país han proposat la qualitat de vida com un deure de les persones (socialment) envellides. Qui els pot negar el dret a viure el seu dret a la qualitat de vida perquè pensi que totes les altres alternatives són pitjors?

I encara més, qui pot obligar a viure una vida percebuda com a mancada de qualitat en nom d'un discurs i d'unes definicions que no són les seves? Hi hauria algun col·lectiu social legitimat per fer-ho?

En aquest sentit, la generalització dels documents de voluntats anticipades podria ser una bona mesura per assegurar que la gent gran que perd la capacitat per *connectar* amb el que l'envolta pogués decidir com voldria que fos tractada, és a dir, quina qualitat de vida o de mort voldria tenir en el futur.

Quan les percepcions de malalts i professionals no s'ajusten, ¿a qui s'ha de considerar equivocats? ¿No caldria ensenyar als professionals, a tots i totes, el domini de l'assertivitat i l'empatia?

És clar que calen moltes hores per posar-se en el lloc d'un altre i entendre'n l'existència. Però també és molt possible que, en aquesta recerca del que està fora d'un mateix, el professional, el familiar, l'amic o qualsevol altre individualitzat, ajudi la persona gran a retrobar-se amb el seu discurs. Etimològicament existir vol dir anar a fora d'un mateix, i possiblement la qualitat de vida es podria situar en algun lloc on es produeixi la trobada entre dues o més persones que surten a l'encontre l'una de l'altra. Segurament, la manera de trobar la qualitat de vida passi pel discurs sincer entre uns i altres, per tornar a la paraula la dimensió del discurs.

Sembla clar que, al costat de tot això, no es podrien deixar de banda aspectes com la salut o el fet de sentir-se protegit, dimensions aquestes que, tot i formar-ne part, no s'haurien de confondre amb la qualitat de vida.

Segurament, la societat té la responsabilitat de protegir la qualitat de vida de les persones grans, però en els àmbits que li siguin propis. En aquest sentit, caldria evitar que les persones grans es convertissin en persones socialment envellides. L'envelliment suposa l'assignació d'una etiqueta (la de *vell* o *vella*) que pot limitar profundament el desenvolupament personal de la gent gran. Per això s'entén que algunes persones grans hagin plantejat la seva qualitat de vida com un deure.

Envellir no hauria de suposar deixar de viure d'acord amb els propis principis, fins i tot quan aquests puguin semblar *desfasats*. Per a la gent gran, un exercici saludable seria entendre el món en què viuen i quin paper hi poden jugar. Però la societat ha d'ajudar les persones grans a fer-se grans i fins i tot a sobreenvellir, i no, com passa a vegades, infantilitzar-les.

7. Conclusions

Amb aquesta recerca s'ha fet evident que la qualitat de vida de la gent gran és un fet pluridimensional que accepta moltes lectures diferents. Es tracta d'una realitat socialment construïda i, com a tal, es forma en base a les diferents posicions socials dels agents estudiats.

Cada persona pensa la qualitat de vida des del seu propi punt de vista i això fa que a vegades les representacions que diferents agents es fan de la seva situació no siguin coincidents. En aquest sentit, les grans línies generals de la concepció de la qualitat de vida han presentat diferències en els diferents grups estudiats. Aquestes no coincidències s'han de valorar com a indicadors de representacions de la qualitat de vida també diferents.

De tota manera, existeixen importants punts de contacte entre les diferents concepcions de qualitat de vida presents en les persones estudiades. Parlant concretament de la coincidència de les opinions de la gent gran i els professionals es pot dir que el canvi en la manera d'entendre la relació assistencial d'alguns professionals ha de permetre en un futur no massa llunyà (i de fet, ja està permetent actualment) un acostament de posicions sobre el que és la qualitat de vida entre professionals i usuaris i usuàries.

Aquest acostament de posicions representatives ha de fer més fàcil la comprensió entre els diferents rols implicats en la vida quotidiana de les persones grans i, de retruc, possibilitar l'exercici del que s'ha qualificat com el deure d'assolir la pròpia qualitat de vida. De fet, el deure de procurar-se la pròpia qualitat de vida implica el dret a construir-se un(a imatge del) món i del propi a mida.

Segurament el camí cap a la qualitat de vida es trobi en l'ajustament entre representació i situació real de cada persona. Abastar un vida de qualitat vol dir construir-se un/a mateix/a de manera que el propi *Jo* s'adigui amb la situació que es viu. Però, alhora, també

representar-se el món subjectiu del sentit comú en uns termes no massa diferents de com ho fa la resta del grup social en què es viu.

És clar que hi ha elements objectius pel que fa a la qualitat de vida, però aquests no són experimentats de manera directa. Són viscuts a través del propi Jo, un prisma que ensenya el món tal i com s'ha après a mirar-lo durant anys.

En aquest sentit, assolir una vellesa amb qualitat de vida vol dir aconseguir una situació objectiva que permeti experimentar aquest estat o, d'una altra banda, aprendre a viure una situació diferent de la que s'ha viscut durant la major part de la pròpia vida. Ningú no pot ensenyar a ningú a fer-se gran, i ningú no pot obligar a viure una qualitat de vida que no sigui sentida per la mateixa persona. Per això, cal un procés d'acompanyament en aquest procés de resocialització que les persones inicien amb la jubilació i la pèrdua de la salut.

Segurament no es tracta que ningú ensenyi el que és la qualitat de vida a una altra persona, sinó d'ajudar-la a descobrir-ho pel seu compte. Però no quan ja sigui massa tard. Cal aprendre a viure amb dignitat l'etapa final de la vida i crear espais per reconèixer les qualitats de les persones grans. Segurament això passaria per un estudi conscient de com vol ser, cadascú, més endavant. Els documents de voluntats anticipades no poden ser només un element d'autodefensa davant d'un món tecnològic i medicalitzat, amb una validesa jurídica més o menys gran segons el moment històric o el context social. Cal aprendre a entendre que la majoria de les persones arribaran a grans i que això no és un fet que passa d'un dia per l'altre. Des del moment de néixer les persones ens fem grans, per què no aturar-se i pensar-hi abans de trobar-s'hi de ple?

Aquesta recerca ha intentat fer, precisament, això. Pensar sobre la qualitat de vida, potser no per entendre-la, sinó per ajudar-nos, a tots plegats, a aprendre a entendre-la. I per fer-ho es pot emprendre un bon camí: escoltar les veus de la gent gran.

8. Bibliografia

- *Analizando la calidad de vida*. Madrid, Imsero, 1999.
- *Anuari de l'envelliment. Catalunya, 2004*. Barcelona, Fundació Institut Català de l'Envel·liment, 2004.
- *Anuari estadístic Manresa 2004*. Ajuntament de Manresa, 2005.
- Bowling, Ann (1994): *La medida de la salud. Revisión de las escalas de medida de la calidad de vida*. Barcelona, Masson.
- Castellón, Alberto; Romero, Victorina (2004): "Autopercepción de la calidad de vida". *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 14 (3). P. 131-137.
- Goffman, Erving (1987): *Internados: ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid, Martínez de Murguía.
- *La pobresa a Catalunya. Informe 2003*. Barcelona. Fundació Un Sol Mon i Caixa de Catalunya, 2003.

- Lahuerta C, et al. (2004): “La influencia de la red social en la salud mental de la población anciana”. *Gaceta Sanitaria*, 18 (2). P. 83-91.
- Pérez Ortiz, Lourdes (2004): *Las personas mayores en España. Informe 2004*. Madrid, Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
- Roca Carrió, Enric (2002): “Envellir en entorns culturalment diferents: el medi rural i el medi urbà”. *Revista Catalana de Sociologia*, 16 (2002). P. 133-141.
- Sánchez del Corral, F.; Sancho (2004): *Vejez, negligencia, abuso y maltrato. La perspectiva de los mayores españoles sobre el maltrato al anciano*. Madrid, Imsero.

9. Annexos

Annex 1: principals temes en els diferents grups de discussió

Grup de persones grans no institucionalitzades

El grup va fer èmfasi en diverses ocasions en la necessitat d'adonar-se que els temps han canviat i que el paper de la gent gran no és el mateix d'abans. Amb tot, malgrat el context canviant, es volia que la gent gran fos tinguda en compte, i que, en alguns aspectes, pogués ser un referent.

- Per a la gent gran vàlida per ella mateixa, la qualitat de vida s'entén com ser vàlid intel·lectualment i físicament en tots els sentits. Les coses comencen a no anar bé a partir del moment en què no es poden valer. Es tracta, en definitiva, de trobar-se bé, de valer-se per un mateix. Això, tenint en compte que la salut ha de ser l'adequada a l'edat.
- Al costat d'aquesta dimensió individual, la qualitat de vida també es manifesta en fets clarament grupals com ara tenir moltes amistats, tenir amics que et saludin quan vas pel carrer. De manera que al costat de la salut per a cada persona, s'ha de considerar la salut del seu entorn.
- La importància de l'entorn també es posa de manifest en el sentit que la qualitat de vida de la persona gran pot ser menor si té altres persones malaltes al teu costat. La qualitat de vida canvia molt quan la gent es queda sola.
- La qualitat de vida és diferent segons l'edat. Una persona gran necessita més carinyo, comprensió i bon tracte que una jove. L'afectivitat és més important que els diners: dos petons abans que 10 euros.
- La salut mental és tant o més important que la física. La pròpia percepció, el fet de "veure les coses sempre de la banda positiva", ajuda a mantenir la qualitat de vida.
- De tota manera, hi ha una dimensió objectiva molt important, perquè la qualitat de vida també està relacionada

amb el fet de tenir mitjans per menjar, vestir, etc. Si hi ha mancances de tipus econòmic, no es pot anar a una residència, ni fer viatges, factors que poden ajudar a aconseguir una millor qualitat de vida.

- La part econòmica té molt pes, però la salut és el primer. Si hi ha salut, ja no calen diners. Però sense diners la salut (mental i física) anirà empitjorant. Cada vegada hi ha més malalties mentals, a causa de l'estrès, de la feina. Això destrossa famílies. Les malalties mentals no són acceptades i l'entorn dels malalts es desfà: això afecta la qualitat de vida.
- La qualitat de vida de la gent gran està relacionada amb els canvis socials i culturals. Abans els avis morien més joves, però ara hi ha gent gran que encara cuida familiars més grans i això els fa baixar la qualitat de vida.
- Els fills ara se separen molt dels pares. Anys enrere, a les cases, hi convivien tres generacions i es pujava amb carinyo pels vells. Hi havia una unió, que potser feia que no fos tan fred com ara. Abans els avis es quedaven a casa, hi envellien i s'hi morien. Això tenia un valor. Potser no es pot dir si és millor o pitjor. Ara el món evoluciona cap a una altra banda.
- La gent no tant jove s'ha d'adonar que els temps han canviat. La societat de consum tot ho ha espatllat. No només és un tema d'educació familiar. L'avi es considera un bon element mentre pot donar un ajut material o immaterial a les persones
- Les situacions familiars i personals actuals són molts diferents. Els avis no poden exigir, només poden demanar respecte i estimació. En canvi, alguns dels seus plantejaments, com el testament vital, no els són reconeguts, ni pels metges. La tradició anterior no és vàlida avui. Cal saber entendre el jovent d'avui, les necessitats que té i els problemes que té.
- Als avis se'ls estima molt materialment, pels diners i perquè els guardin els nens. Això no és qualitat de vida. Si el jovent no té diners, la qualitat de vida se'n ressent. Cal no estirar més la màniga que el braç. Així milloraria la qualitat de la

gent gran. Els nens van a l'escola i després arriben a casa i estan sols, perquè els pares no hi són. Abans hi havia la iaia. Ara pot ser-hi, però és una altra cosa, perquè la iaia té activitat (pintar, informàtica). Com es controla el que fan els nens? Els joves d'avui no tindran *carinyo* de quan érem petits.

- No es pot anar contra corrent, com a molt en diagonal. Els avis haurien de tenir llibertat per complir o no les obligacions que la família els posa: no s'ha de convertir les coses en hàbits. Cal respectar les necessitats i els gustos de la gent gran, no abusar dels seus serveis. Els avis servim mentre ens podem valer. Els pares volen que els avis cuidin els nens però no es preocupen que els nens tinguin respecte pels avis i se'n preocupin.
- Després dels diners també hi pot influir l'entorn més immediat: fills, família fan baixar la qualitat de vida. Treball, feina és important per a la qualitat de vida dels més grans (es refereix als fills). Veu que el que ha fet, el que ha sembrat és bo. La relació amb la gent gran (i per tant la qualitat de vida) depèn de la situació i *del que s'ha mamat*. També depèn dels fills amb qui es casen.

Grup gent gran institucionalitzada

Al grup se li va demanar què trobaven a faltar de la vida fora de la residència, i es va dir l'ambient de la gent i el fet de fer excursions. El tercer element varen ser les funcions de teatre dins de la mateixa institució. Quan se'ls va demanar quins elements haurien posat els altres grups com a definidors de la qualitat de vida, varen dir el fet de poder estar a casa.

Una frase resumeix força bé el sentir d'aquest grup:

- *“La vida fora d'aquí no es veu gaire agradable”.*
- Tot i no haver estat indicat al principi dels grups²¹, la salut també esdevé un element intrínsec de la qualitat de vida. En aquest sentit, al grup es planteja que és el factor principal, sobretot la salut mental.
- La gent gran que viu en residències assistides es plantegen que la seva qualitat de vida ha augmentat en entrar en aquest recurs, perquè són persones que no podrien viure soles. Però, a part d'això, a la residència es generen amistats i relacions interpersonals que incrementen la qualitat de vida dels interns i internes.
- D'aquesta manera, arriba un moment que els residents se senten bé en aquest recurs, fins al punt que pensen que, un intern o interna sense problemes d'ordre cognitiu s'adonaria de l'estat de benestar en què es troba. Per contra, els casos de persones que no saben ben bé on són ni com hi han arribat són els qui ho passen malament i volen marxar-ne. Amb el cap clar, la gent es planteja la impossibilitat objectiva de tornar a casa.
- El que cal fer és adequar-se a la realitat que es viu: si s'està a la residència no s'ha de pensar a tornar a casa.
- La vida fora de la institució és vista com a poc atractiva i fins i tot perillosa. L'única cosa que varen reconèixer trobar-ne a faltar va ser *“L'ambient de la gent”*.

²¹ Al principi havia dit que la qualitat de vida era estar en una residència assistida.

- "*Aquest món no està ben posat*": segons la visió del món que apareix a la televisió, el més assenyat és no moure's de la residència. Segons el que es veu a la televisió, i a la imatge personal que les residents en tenien, val més no sortir de la residència. Allà és on s'està millor. A la vida hi ha moltes penes. Si surts al carrer acabes dient "*Mare de Déu, me'n torno a dintre*".
- A la residència, les persones se senten protegides: hi ha personal especialitzat, timbres, et donen medicació quan la necessites, etc. "*Com a casa no, però s'està bé*".
- El qui no es pot moure, que li han de fer tot, el millor és morir. perquè no descansa ni deixa descansar als altres.

Grup de metges

En el grup es varen plantejar diferents situacions en què la percepció de diferents agents no coincidien, per exemple entre persones grans i professionals. De tota manera, es va donar molta importància a la percepció que en té la família, en el sentit que pot resultar que la qualitat de vida tal com aquesta l'entén no coincideixi amb la de la persona gran.

- La qualitat de vida es podria resumir en l'expressió “*viure dignament en tots els aspectes*”. Això inclou diferents manifestacions de la qualitat de vida (autonomia per decidir el que es vol fer amb la seva vida), tant a nivell social com familiar. La qualitat de vida seria ajudar a la persona gran a fer el que ella vulgui. No s'ha d'infantilitzar la gent gran, per incrementar o mantenir la seva qualitat de vida.
- La capacitat funcional i el grau de dependència dels altres seria un element indicador de la qualitat de vida, un element molt utilitzat en determinats moments o maneres d'entendre l'exercici de la medicina.
- De tota manera, la qualitat de vida depèn de la percepció de cada persona. En el mateix context una viu bé i l'altra, no. La capacitat cognitiva pot ser el més important, o com a mínim un factor molt important, però en alguns casos estar malament i no percebre-ho pot ser positiu. El malalt d'alzheimer que no se n'adona pot tenir millor qualitat de vida que una persona que, en el mateix estat, se n'adoni.
- La qualitat de vida de la gent gran o dels malalts depèn de la forma de vida que hagin tingut abans. No es troba a faltar caminar si abans no s'havia caminat. Què és el més important, pel que fa a la qualitat de vida? Cada malalt planteja respostes diferents a aquesta pregunta.
- Hi ha persones amb baixa qualitat de vida a causa de la manca de suport de la família, d'estima, etc. o per problemes econòmics. Hi ha casos de pacients que, sense presentar

problemes físics, se senten sols, tristos... Els avis i àvies que cuiden néts poden viure aquesta activitat com una obra gratificant, però en altres casos es pot sentir que la mateixa conducta empitjora la seva qualitat de vida.

- Per atendre les persones grans també s'ha d'atendre el seu entorn. L'entorn físic és un element molt important: com és la casa, si la persona està tancada en una habitació perquè la resta no està condicionada, etc.
- En els darrers temps, la medicina ha canviat força, ara s'entén que els metges "*podem curar a vegades, però cuidar sempre*". Aquest canvi, en molts casos, ha estat forçat per la societat (no per decisió mèdica).
- Cal preguntar a la gent si frueix de la vida, perquè el protocol i les escales ho demanen, però aquesta és una pregunta molt delicada que no es pot fer a l'inici de la visita. Cal haver preguntat altres coses abans, i haver establert contacte amb el malalt.
- Algunes escales demanen a les persones quin sentit donen a la seva vida, i això pot crear un problema molt gran al malalt. Per això es va canviar sobre "*com ha passat el dia?*".
- Més enllà de l'absència de malaltia i la capacitat funcional, cal buscar altres indicadors de la qualitat de vida. Preguntes aparentment simples com ara "*Com t'ha passat la tarda?, Com t'ha passat el matí?*" poden ser de gran utilitat²².
- A més a més, a vegades la percepció de la qualitat de vida que té la família no coincideix amb la de la persona interessada: se la vol fer viure més enllà del que el mateix interessat voldria. En el mateix sentit, algunes persones perceben una qualitat de vida que el metge no percep, perquè es poden relacionar d'alguna manera que el metge no entén amb un malalt.
- El Document de Voluntats Anticipades pot servir per millorar la qualitat de vida, perquè permet parlar amb la família sobre el final de la vida i el patiment (o sigui, sobre la qualitat de vida). Per als metges és molt difícil prendre decisions d'aquesta mena. La voluntat anticipada podria incrementar la qualitat de

²² És una pregunta per avaluar la qualitat de vida de les persones que s'acullen al PADES.

vida perquè es podria demanar de no fer patir inútilment. Que no s'allargués la vida de manera artificial i enmig del dolor.

- Cal entendre que la qualitat de mort també és qualitat de vida. Molta gent mor patint. Això no s'hauria de permetre, tot i que encara segueix passant. "*A vegades la gent mor amb molt mala qualitat de vida.*" Per això caldria demanar una bona mort després d'una bona vida, una vida digna.
- La residència a vegades és un lloc on els avis prefereixen anar abans que tenir enemistats els fills. Però també hi ha avis que prefereixen anar a la residència per mantenir o millorar la seva qualitat de vida.

Grup d'infermeres

En acabar el grup, es va preguntar als seus membres com seria una persona gran amb qualitat de vida i es va plantejar que seria algú autònom (físicament), amb autonomia mental i un mínim de confort a casa seva. Malgrat la coincidència a posar l'autonomia com a factor més important, no es va arribar a un acord sobre si era més important l'aspecte físic o l'aspecte mental d'aquesta autonomia.

El grup d'infermeres va donar importància a factors com ara:

- Entorn agradable tant d'habitatge com de persona. En aquest sentit, la família és molt important en la qualitat de vida. També les relacions amb altres persones, amics, cuidadors, etc. La salut, malgrat gairebé per definició de la gent gran, fa que les persones properes siguin més importants en la qualitat de vida.
- Per això, la qualitat de vida ha de ser entesa com el màxim de benestar dins de les patologies que puguin tenir.
- També tenir un confort. Els diners donen més recursos per incrementar la qualitat de vida, perquè aquests recursos potser no es poden trobar a nivell institucional. El benestar econòmic fa la vida més agradable, confortable, tranquil·la.
- La qualitat de vida, que depèn molt de l'entorn en què es viu, també depèn del cuidador o cuidadora que es tingui, perquè aquesta pot ser també una persona gran. Aquest no és el cuidador ideal.
- En aquest context, tenint una feina a cavall de sanitat i serveis socials, permet veure que els serveis socials s'enfoquen molt a crear llits (llarga estada, convalescents, etc.) i no tant a donar importància a l'atenció familiar a la llar. No sembla que se li doni la importància que això té. Quan es treu un avi de casa es desubica i sempre es viuria millor si estiguessin amb la seva família, pagant-los diners per poder estar allà.

- La qualitat de vida és diferent segons que es visqui en medi rural o urbà. La vellesa s'hi viu diferentment. Al medi rural els avis són respectats i per tant tenen més qualitat de vida. Poden fer una vida que els permet dur a terme algunes activitats. Els cuidadors rurals pensen de manera diferent dels urbans. A la ciutat els vells fan nosa, no se'ls pot atendre com cal. Al medi rural poden fer petites coses i no molesten. Són acceptats; són importants per als veïns. Les demandes dels dos són diferents: al medi rural hi ha menys demandes.
- Els avis del medi rural, quan van a la ciutat, no coneixen ningú i la família treballa. Per tant, demanen molta ajuda: que els cuidin, que els puguin deixar de dia...
- "*Cada persona és un món i cada avi és un món*", i se l'ha d'atendre segons les demandes que faci.
- La visió dels metges, des del punt de vista de les infermeres, se centraria en la salut, la falta de temps, la gran quantitat d'atencions domiciliàries que han de fer, etc.
- Pel que fa al grup de gent gran, es considera que varen demanar que els respectessin pel que són. No tractar-los com a criatures, ni malalts. També es valora la demanda de salut, el paper de la família i l'aspecte econòmic. També que no els donem els recursos que necessiten. No tenim treballadores familiars
- En el grup d'infermeres, la persona que té qualitat de vida és vista com aquella que és autònoma. Però a partir d'aquí es divideixen les opinions: uns creuen en l'autonomia física per sobre de la mental i els altres al revés. De tota manera, es remarca la importància de la autonomia mental per a la qualitat de vida de la gent gran: això seria una persona gran amb qualitat de vida.

Grup professionals centre sociosanitari

Les persones que varen participar en aquest grup varen trobar a faltar la presència d'un professional de la psicologia. Demanades sobre què pensaven que aquest professional hauria pogut aportar al grup, varen proposar la manca d'autoestima i la impossibilitat per dir el que volen.

El grup va proposar la importància de l'entorn en la qualitat de vida, aspecte aquest que es posaria de manifest en el reingrés o no de les persones grans.

També es va posar de relleu la importància de la incapacitat de la gent gran per fer-se sentir i escoltar.

En el moment de demanar què pensaven que hauria dit la gent gran, es va posar sobre la taula factors com ara:

- la importància dels aspectes econòmics
- la por als ingressos residencials
- la soledat i la importància del suport familiar
- el fet de sentir-se escoltat, que es té un paper en la societat
- la sensació que no són capaces d'entendre els canvis que es produeixen en el seu món
- el no poder fer les coses que els agraden
- la salut
- les pèrdues en general (dols)

En canvi, es pensava que la gent que es troba en institucions residencials tendiria a valorar:

- el sentiment d'abandonament
- la falta de suport familiar
- la residència com a una “cosa dolenta”
- la residència com a lloc no triat
- el menjar
- la intimitat
- la manca de personal
- la llibertat per sortir, viatjar, etc.
- la salut i la recuperació

Intentant resumir el que pensaria aquest col·lectiu, es creia que la qualitat de vida seria no estar a la residència.

En aquest grup també es va plantejar el tema de la consciència de la qualitat de vida pròpia. En aquest sentit, es va dir que la gent gran que s'adona de la situació que viu està pitjor que la que no se n'adona. En aquest darrer cas, qui ho passaria pitjor seria la família i els cuidadors.

El fet de tenir consciència sobre la pròpia situació fa que les persones grans pateixin molt, especialment quan aquesta situació es vincula a qüestions de salut mental. Actituds com “no vull que la família vegi que m'estic tornant boja” poden incrementar el risc de patir depressions.

Quan es va demanar quin aspecte de la salut seria aquell al que la gent gran donaria més importància, es varen inclinar per la salut física, tot i que es va reconèixer que a moltes persones grans també els preocupa la seva salut mental.

La qualitat de vida no seria massa diferent al camp o a la ciutat, o en tot cas, la millor situació es podria trobar en el medi urbà. De tota manera, les persones del medi rural poden tornar amb més facilitat al seu medi, perquè allà encara es conserven els vincles familiars.

Grup professionals serveis socials

En el grup també es va posar de manifest la importància de la “sensació personal”, en el sentit que una persona pot estar físicament malament però psíquicament sentir-se bé.

També es va posar sobre la taula els temes de les pensions, els habitatges o les relacions socials. Sobre aquest darrer aspecte, es va posar de manifest que algunes persones grans utilitzen els serveis sanitaris com una manera d’aconseguir relacionar-se amb algú (per exemple, anar a buscar les receptes d’una en una, en comptes de demanar-les totes d’una vegada).

En el grup es va explicar que les demandes dels líders dels grups de gent gran de la ciutat se centren en obtenir més serveis, incrementar l’oferta d’actuacions que incrementin la seva qualitat de vida i el seu benestar, la creació d’un punt d’informació per a la gent gran i els avantatges en transports i accessibilitat.

Quan es va demanar quina visió es pensava que haurien tingut les persones grans vàlides, es va proposar els següents temes:

- Pensions
- Salut
- Serveis

En aquest punt es va demanar què s’havia d’entendre per salut i es va arribar a la conclusió que era tan important la física com la psíquica, entesa aquesta darrera com la por a perdre la memòria. “*Hi ha gent que ho prioritza per sobre de la física, fins i tot els familiars*”, es va dir.

En canvi, la visió que té la gent que es troba en una residència se centraria en:

- Estar ben atesos
- Tornar amb la família (aquest aspecte es va qüestionar)

Pel que fa a la visió del personal sanitari en general, es va exposar que se centraria en:

- Treballar amb més recursos per atendre la gent gran
- Salut (física i mental)
- Poder-se valdre, autonomia
- Relacions familiars

Un darrer aspecte que també es va tractar va ser que la qualitat de vida tindria en compte l'entorn en què es viu.

Annex 2: la visió dels altres

Les persones que varen participar en el grup sociosanitari varen trobar a faltar la presència d'un professional de la psicologia, el qual hauria reportat la manca d'autoestima i la impossibilitat de la gent gran per dir el que volen com a elements importants a l'hora d'entendre en què consisteix la qualitat de vida.

En el moment de demanar què pensaven que hauria dit la gent gran, es va posar sobre la taula factors com ara:

- la importància dels aspectes econòmics
- la por als ingressos residencials
- la soledat i la importància del suport familiar
- el fet de sentir-se escoltat, que es té un paper en la societat
- la sensació que no són capaces d'entendre els canvis que es produeixen en el seu món
- el no poder fer les coses que els agraden
- la salut
- les pèrdues en general (dols)

En canvi, es pensava que la gent que es troba en institucions residencials tendiria a valorar:

- el sentiment d'abandonament
- la falta de suport familiar
- la residència com a una "cosa dolenta"
- la residència com a lloc no triat
- el menjar
- la intimitat
- la manca de personal
- la llibertat per sortir, viatjar, etc.
- la salut i la recuperació

Intentant resumir el que pensaria aquest col·lectiu, es creia que la qualitat de vida seria no estar a la residència, quan en realitat, com hem vist, és just al revés.

Quan es va demanar al grup de professionals dels serveis socials quina visió es pensava que haurien tingut les persones grans vàlides, es va proposar els següents temes:

- Pensions
- Salut
- Serveis

En canvi, la visió que té la gent que es troba en una residència se centraria en:

- Estar ben atesos
- Tornar amb la família (aquest aspecte es va qüestionar)

Pel que fa a la visió del personal sanitari en general, es va exposar que se centraria en:

- Treballar amb més recursos per atendre la gent gran
- Salut (física i mental)
- Poder-se valdre, autonomia
- Relacions familiars

En el grup de professionals dels serveis socials es va explicar que les demandes dels líders dels grups de gent gran de la ciutat se centren en obtenir més serveis, incrementar l'oferta d'actuacions que incrementin la seva qualitat de vida i el seu benestar, la creació d'un punt d'informació per a la gent gran i els avantatges en transports i accessibilitat.

Quan es va demanar al grup de persones institucionalitzades quins elements pensaven que haurien posat els altres grups com a definidors de la qualitat de vida, varen dir el fet de poder estar a casa.

Sobre la percepció dels altres grups, els metges i metgesses del grup varen dir que la gent que no és vàlida el que vol és conservar la salut que els queda, no ser dependents, no donar guerra, ser vàlids i morir sense patir.

Annex 3: persones entrevistades i agraïments

Aquest treball no hauria estat possible sense les aportacions de les persones que han format part dels diferents grups de discussió. Els autors de l'estudi volen manifestar el seu agraïment a:

- *Agustí Perramon Prunés*
- *Àngels Serra Prat*
- *Anna Maria Bonet Anglarill*
- *Carmen Villanueva Gómez*
- *Claudia González Soria*
- *Enric Roca Carrió*
- *Fàtima Hernández Peña*
- *Fernando Ramos Soria*
- *Francisco Virumbrales Gómez*
- *Gemma Solanas Bacardit*
- *Glòria Puertas Cruz*
- *Isabel Espinola Gómez*
- *Josep Joan Cantallops Guillaumet*
- *Josep Herms Berenguer*
- *Maria José Andrés Egea*
- *Maria Berenguer Tatjé*
- *Maria Carrascó Burgués*
- *Maria del Mar Olea Santamans*
- *Mercè Coletas Santamaria
In memoriam*
- *Mercè Gavarrós Juncadella*
- *Mercè Miguel Moratonas*
- *Miriam Rius Pujol*
- *Sussi Garcia Soldevila*
- *Verònica González Ramírez*
- *Xavier Busquet Duran*

Amb la col·laboració de:

