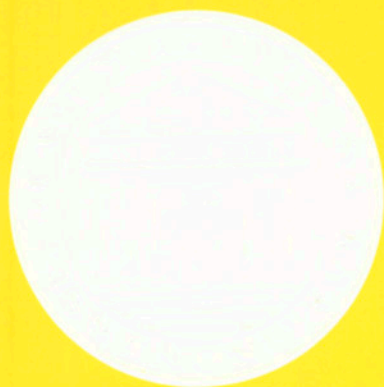


revista de la
REIAL ACADÈMIA
DE MEDICINA
DE CATALUNYA



VOLUM 10 - SUPLEMENT 2 - 1995

EL PROBLEMA
DE L'ENVELLIMENT

Publicat sota els auspicis del
Departament de Sanitat i Seguretat Social de
la Generalitat de Catalunya

REVISTA DE LA REIAL ACADÈMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA

VOLUM 10 - SUPLEMENT 2

1995

JUNTA DIRECTIVA DE LA REIAL ACADÈMIA:

PRESIDENT:	Josep Laporte i Solà
VICE-PRESIDENT:	Jordi Sams i Sabatè
SECRETARI GENERAL:	Joananton Formos i Solano
VICE-SECRETARI COMPTADOR:	Josep A. Salva i Miró
TRESORER:	Josep Seculi i Brillas
BIBLIOTECARI:	Jacint Corbella i Corbella
VOCALS:	Josep Esteve i Soler Jordi Sams i Sabatè
SECRETARI D'ACTES:	Alfons Carro i Serra
ARXIVER:	Josep M. Massons i Esplugas
PRESIDENT D'HONOR:	Bolamino Rodríguez i Arias

CONSELL DE REDACCIÓ DE LA REVISTA:

DIRECTOR:	Francisco García de Valdecasas i Santamaria
SUB-DIRECTOR:	Santiago Vidal i Sevilla
SECRETARI:	Francisco Climent i Montoliu
CONSELLERS:	Moses Broggi i Valles Josep M. Calbet i Canals Antoni Caralps i Riera Manuel Carreras i Roca Jacint Corbella i Corbella Rafael Esteve de Miró Joan Gibert i Queraltó Josep M. Massons i Esplugas Domingo Ruano i Gil Jordi Sams i Sabatè Joananton Formos i Solano
COORDINADOR EDITORIAL:	Nicolau Barquet i Esteve
REDACCIÓ:	Carme 47 - 08001 Barcelona

Col·loquis de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya

EL PROBLEMA DE L'ENVELLIMENT

Moderat pel Dr. Josep M. Massons

Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya
14 de desembre de 1993

Publicat sota els auspicis del
Departament de Sanitat i Seguretat Social
de la Generalitat de Catalunya

PONENTS

FRANCESC XAVIER ALTARRIBA, director de l'Institut d'Estudis Psicològics i Socials.

ÀNGELS TRESERRA, directora general del Pla integral de la gent gran.

ALBERT ORIOL-BOSCH, director de l'Institut d'Estudis de la Salut.

INTERVENEN

ALFONS GREGORICH. acadèmic numerari.

INTRODUCCIÓ

Josep M. Massons

La nostra societat és ara el resultat d'una pugna entre els sentiments altruistes i cooperatius fruit de l'amor al proïsme i els egoïsmes generadors d'actituds competitives.

Davant d'aquesta situació no hem de caure en la temptació d'una simplificació maniquea de lloar sense reserves la primera actitud i condemnar sense paliatius la segona, perquè moltes vegades el que nosaltres veiem com a egoïsme, i per tant vituperable, provoca fenòmens positius com ara l'estalvi, la laboriositat, el sentit de responsabilitat, etc. De manera semblant, el *donar-ho tot* no ens conduiria a grans coses. Hem de saber administrar la nostra generositat, hem d'aprendre a conèixer les prioritats.

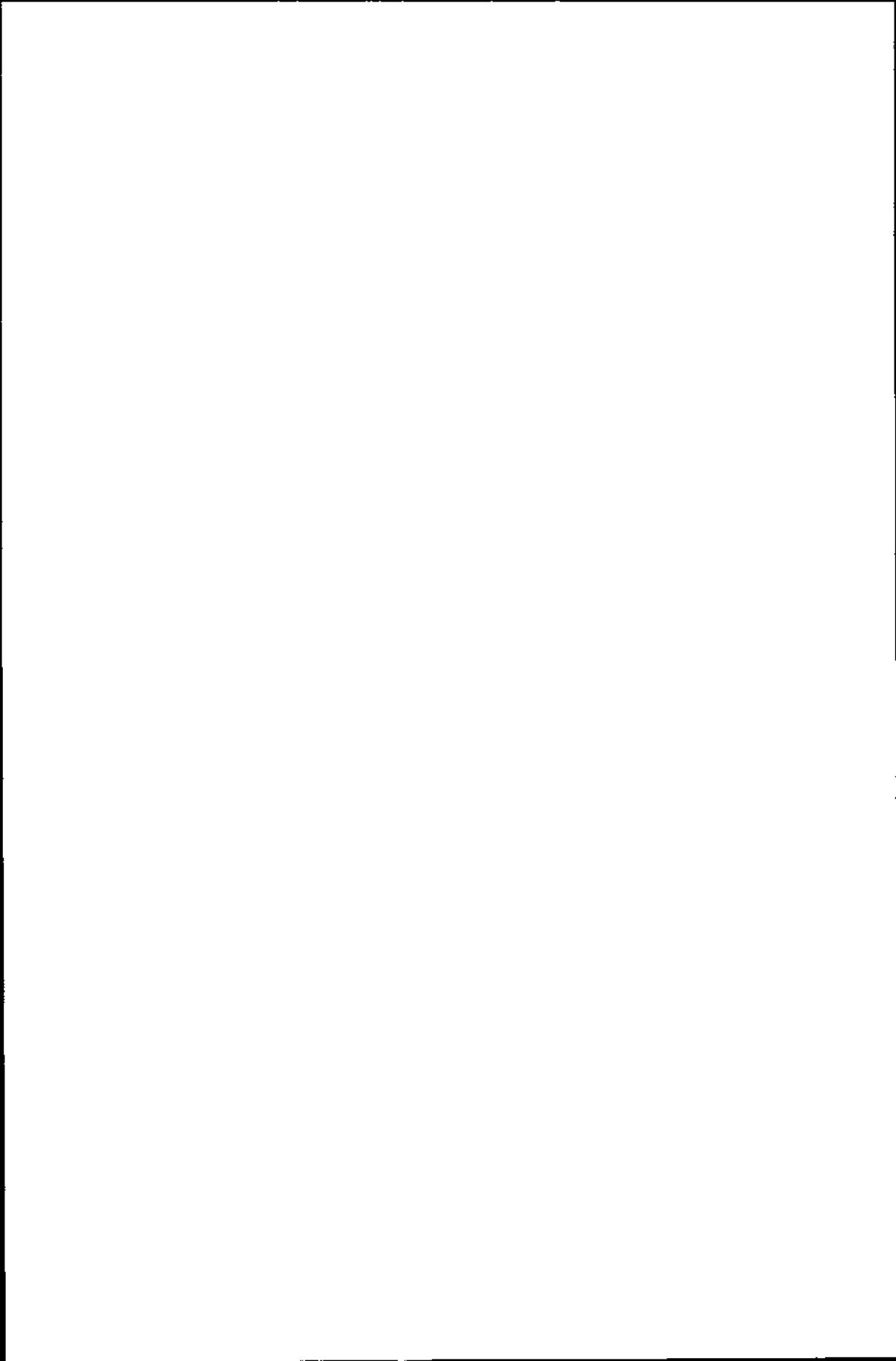
Tot això és vàlid per atacar un problema que ara ens preocupa: el de l'envelliment creixent de la població, a fi que no es transformi en un malson per a la generació que ens seguirà.

Aquesta Reial Acadèmia no viu d'esquena a la realitat i en la mesura de les seves forces vol ajudar a paliar o a resoldre tots aquests problemes en què els metges estem involucrats, tant a la seva gènesi (és innegable la part que te-

nim de responsabilitat en l'allargament de la mitjana de vida) com a fer més passadora la senectut. Fem vots a fi que la nostra societat sigui predominantment cooperativa i saludem amb calor les persones que hi contribueixen.

És per tot això que em plau presentar el senyor Xavier Altarriba, un psicòleg que ha estudiat amb preferència temes d'actualitat, com són la sociologia de la salut, el problema de la drogodependència i la gerontologia, entre d'altres, i que ha decidit completar la seva formació cursant els estudis de medicina. No ens ha d'estranyar que les seves activitats hagin estat múltiples. Resumides, són les següents:

- codirector de la càtedra de Gerontologia (1983-1987)
- assessor de programes de televisió des de l'any 1983
- director de 25 recerques sobre l'àmbit sòcio-sanitari i comunicacional
- autor i coautor de 12 llibres sobre la temàtica sòcio-sanitària
- coordinador tècnic del Pla integral comarcal gerontològic de la Generalitat de Catalunya
- director de l'Institut d'Estudis Psicològics i Socials



LA LONGEVITAT I LES SEVES CONSEQÜENCIES EN EL MOMENT ACTUAL

Francesc Xavier Altarriba

EL PROCÉS D'ENVELLIR, UN ENFOCAMENT INTEGRAL BIO-PSICOSOCIAL

Tant els efectes biològics i psicològics com socials s'interrelacionen i donen com a resultat l'actitud i la conducta que l'individu adopta enfront del seu procés.

Existeixen diferents definicions de l'envelliment depenent de la perspectiva que es consideri. El 1982, Binet i Bourlière, des d'una perspectiva clàssica i integradora, consideren que "l'envelliment són totes les modificacions morfològiques, fisiològiques i psicològiques que apareixen com a conseqüència de l'acció del temps en els éssers vius".

Cada individu té un temps individual, que comprèn alhora un temps físic, psicològic i funcional.

El **temps físic** és el resultat del pas del temps en els diferents grups cel·lulars, morfològics i funcionals.

El **temps psicològic** es presenta freqüentment en forma de crisi. És la vivència progressiva que el temps acumulat al llarg de la vida es veu ràpidament reduït i no dona possibilitat de realitzar tot el que es volia fer. És la pèrdua del que en diem *reserves* del temps.

El **temps funcional** està determinat pel temps fisiològic de cada òrgan, de cada sistema.

És important considerar els possibles desequilibris entre temps físic i temps psicològic. Pensem que l'equilibri entre aquests temps constitueix el rellotge intern de cada subjecte. L'evolució de la gerontobiologia farà possible, arribat el moment, descobrir el perquè, el quan i el com dels diferents temps, i permetrà determinar a un mateix el procés d'envelliment.

Aspectes biològics

L'anàlisi biològica porta a considerar l'envelliment des de diferents aspectes: envelliment cel·lular i molecular, envelliment de la matriu intercel·lular, envelliment dels sistemes de control i envelliment dels òrgans efectors.

Envelliment cel·lular i molecular: Aquesta perspectiva estudia i investiga les causes de la mort cel·lular i les possibilitats de la seva modificació. Hayflick *et al* han orientat els seus estudis cap a la investigació sobre el procés d'envelliment en anàlisis de l'ADN.

Envelliment de la matriu intercel·lular: Les molècules que componen la matriu intercel·lular són: col·lagen, proteoglicones, elastina i glucoproteïnes estructurals. El teixit conjuntiu que assegura l'equilibri de l'estructuració dels teixits està representat en l'organisme

pel sistema osteoarticular, la paret vascular, la dermis, les fàscies i els tendons, la còrnia i l'escleròtica. La deterioració d'aquesta matriu està, en part, relacionada amb el procés d'envelliment.

Envelliment dels sistemes de control:

Bourlière fa referència a tres sistemes: el sistema nerviós central, l'interès del qual rau en el camp del metabolisme hormonal i en el canvi de neurotransmissions al llarg de l'envelliment; el sistema endocrí, que se centra en la pèrdua de la funció gonadal, si bé no està encara clar si les modificacions endocrines són causa o efecte de l'envelliment, i el sistema immunitari, sobre el qual es manté la teoria autoimmune de la vellesa que defensa que el pas dels anys provocaria una resposta immuno-disminuïda davant dels antígens estranys.

No obstant això, arribar a establir el mecanisme de l'envelliment ha suscitat diverses teories de la vellesa. Bàsicament, aquestes teories es divideixen en orgàniques i genètiques.

Són teories orgàniques la teoria autoimmune, la teoria del col·lagen i la teoria dels radicals lliures (suposa que aquests radicals podrien lesionar les proteïnes estructurals o l'ADN).

Són teories genètiques la teoria de la programació (tota espècie animal posseeix un espai temporal funcional predeterminat genèticament) i la teoria de l'acumulació d'error (els errors en la síntesi de proteïnes en el ribosoma comporten l'obtenció de proteïnes no funcionals).

Concloent, podem admetre que en els estudis sobre els processos d'enve-

lliment existeix una base genètica que es pot veure elevada per errors orgànics i, sens dubte, per factors extrínsecs i ambientals.

Envelliment fisiològic versus envelliment patològic

El procés d'envelliment normal és progressiu, però es pot veure alterat per múltiples factors endògens i exògens. Els factors endògens fan referència a la influència que el sexe, la raça i l'herència genètica tenen en la longevitat de cada individu. Pel que fa als factors exògens, s'ha observat el paper que tenen la disminució de l'esperança de vida, l'obesitat, la falta d'higiene i els hàbits tòxics.

Amb tot això, és difícil delimitar on comença l'envelliment fisiològic i on el patològic. L'important és comprendre que l'envelliment fisiològic és un procés lent que permet a l'individu una integració física, psíquica i social en l'entorn. L'envelliment patològic troba el seu camp d'acció en l'aparició de malalties o de processos que impedeixen una adaptació de l'individu.

Principals alteracions morfològiques i funcionals en l'envelliment

Alteracions morfològiques: Entre aquestes alteracions, cal esmentar les variacions en el pes corporal (disminució de l' H_2O corporal total, augment del greix corporal), la modificació en l'estatura i el contorn corporal (descens de la talla, osteoporosi, discos intervertebrals, augment del diàmetre ant-post-toràcic, descens del diàmetre de les espatlles, augment del diàmetre dels malucs), la modificació en la pell (apa-

rició d'arrugues per la disminució del greix subcutani i de l'elasticitat) i la modificació en el pèl (canície, calvície, modificació, distribució i consistència del pèl).

Alteracions funcionals: Es produeix un declivi funcional fisiològic en gairebé tots els òrgans de l'economia. Aquestes funcions alterades són la funció renal (disminució de la grandària del ronyó, del flux plasmàtic i de la concentració renal), la capacitat respiratòria (disminució de la capacitat toràcica i de la capacitat d'absorció d'aire), la capacitat càrdio-circulatòria (disminució de la capacitat màxima del cor i pèrdua de l'elasticitat de les artèries, la qual cosa donarà lloc a hipertensió) i la capacitat nutricional (disminució de la necessitat d'ingesta a causa del descens de l'activitat, freqüents dèficits nutricionals i vitamínics a causa d'una mala dieta per raons psicològiques —depressió— i socials —aïllament—, disminució de la capacitat d'absorció i de digestió dels aliments). També es produeixen alteracions funcionals sensorials (vista: descens de l'elasticitat de la còrnia, la qual cosa genera problemes en la localització dels objectes en l'espai; oïda: pèrdua de l'audició selectiva, amb major afecció del llindar de sons d'alta freqüència, i presbiacúsia, amb modificació de la percepció de la veu; motricitat fina i global: alterada a causa de la disminució de les capacitats sensorials, de la força muscular i d'un augment dels teixits greixosos, aparició d'osteoartritis i presència de malalties invalidants, els moviments globals i fins són més lents, la fatiga és més gran i es necessita més temps de

recuperació) i modificacions en el teixit ossi (conserva la grandària i la forma, però en disminueix la solidesa a causa de l'osteoporosi: major destrucció en la formació de l'os i menors forces de tensió de l'os esponjós).

Aspectes psicològics

Els factors psicològics, igual que les transformacions físiques i funcionals, evolucionen gradualment. Podríem considerar que l'envelliment comprendria una sèrie d'estadis que es manifestarien en tots els aspectes bio-psico-socials de l'individu; la crisi o els esdeveniments destacats serien els que posseirien la capacitat de modificar o de precipitar el pas d'un estadi a l'altre. Un exemple clar n'és la jubilació, que obliga el subjecte a una reorganització de la vida.

La naturalesa, el moment i l'ordre d'aquests estadis han estat i són objecte de vives controvèrsies entre teòrics. No obstant això, descrivim a continuació les aportacions realitzades per Maslow i Erikson a causa del gran interès que tenen en la contribució de l'anotació de diferents espais seqüencials.

Per a Maslow (1954) la necessitat d'autorealització de l'individu és l'etapa que correspon a la maduresa, després de la seqüència de necessitats d'autoestima, de pertinença i amor, de seguretat i supervivència, ordenades de superior a inferior, sempre, és clar, amb l'assentament previ del nivell anterior.

Erikson (1963) realitza un estudi més global del desenvolupament humà i el divideix en vuit estadis, els quals queden ordenats per sentiments que s'han de resoldre amb l'aparició prèvia d'una

crisi. Si la resolució del conflicte no s'arriba a realitzar, pot sorgir un sentiment oposat a l'esperat; així, en l'estadi vuitè, la necessitat de l'individu d'integrar-se davant de la seva existència pot desembocar, per contraposició, en una vivència de desesperació.

No obstant això, enfront d'aquestes posicions més evolutives i estratificades del desenvolupament humà, Riegel, des de la psicologia genètica, marca l'origen d'una nova conceptualització dialèctica dels canvis. Des d'aquesta postura de defensa que existeixen diversos factors d'ordre social, personal, intel·lectual i històric la interacció dels quals contribueix a l'evolució de l'individu.

Podríem establir, per tant, que en l'envelliment totes les conductes i experiències es troben determinades per processos psicològics, els quals són el resultat fonamentalment de canvis sensorio-perceptius, en la memòria, en la intel·ligència, en l'aprenentatge, en la capacitat cognitiva i en la creativitat.

Vegem amb més deteniment cada una d'aquestes transformacions:

a) **Canvis sensorio-perceptius:** La progressiva deterioració sensorio-perceptiva, principalment visual i auditiva, farà que el subjecte capti primer la informació per organitzar-la posteriorment; això reforça un sentiment d'aïllament que, si a més té lloc en una personalitat alterada, pot arribar a originar una situació d'instabilitat greu. Per tant, en aquest aspecte, la comunicació es veurà afectada. Per aquesta raó, és important destacar el pes que posseeix el manteniment estimulatiu adequat per a la conservació durant el màxim temps possible de les facultats intel·lectuals

del senescent, ja que l'edat cronològica no determina per si mateixa la deterioració intel·lectual. Un altre aspecte importantíssim que cal tenir en compte és la motivació per part de l'ancià de persistir en l'ús de les seves capacitats intel·lectuals, la qual cosa actuarà de fre davant de la seva involució.

b) **Canvis en la memòria:** Partint de l'estudi de la memòria en el procés de l'envelliment des de tres perspectives —entrada de dades, memòria a curt termini i memòria a llarg termini—, sembla ser que les pèrdues més importants de memòria en aquesta edat són les que succeeixen en la primera fase o entrada de dades. Es conclou, per tant, que a menys temps d'exposició davant de l'estímul pitjor organització de la informació. Pel que fa a la memòria a curt termini i a llarg termini, s'ha establert de forma constant que la primera sortiria perjudicada davant de la segona. No obstant això, es pot establir que en l'envelliment es troben alterades les tres etapes de memorització.

c) **Canvis en la intel·ligència:** En el procés d'envelliment, Horn i Cattell proposen l'existència de dues formes d'intel·ligència: fluida i cristal·litzada. La intel·ligència fluida es troba determinada per la genètica i, en menor mesura, per la cultura; representa la capacitat d'evolució i d'adaptació a situacions noves. Per contra, la intel·ligència cristal·litzada està definida pel procés de culturització i educacional del subjecte. En l'envelliment la intel·ligència fluida disminuiria amb l'edat, mentre que la cristal·litzada tendria a augmentar amb l'experiència acumulada dels anys.

d) **Canvis en l'aprenentatge:** Per a Lehr (1977) les disfuncions dels subjectes d'edat en el procés d'aprenentatge afecten principalment la percepció i a percepció de les situacions, la retentiva pròxima i la formació d'una empremta persistent.

e) **Canvis en la creativitat:** La capacitat creativa, entesa com a resultat entre l'experimentació del propi jo i l'entorn i com a necessitat existent en l'individu d'autorealització i no com a mer paràmetre de producció quantitativa, es pot veure afectada en l'ancià. Però una percepció més generalitzada de la creativitat, que inclogui des de l'artista, el científic i el filòsof fins a l'individu en la seva vida quotidiana, plasma que el subjecte és capaç de portar a terme un acte creatiu. L'única diferència rau en el producte i no en el procés de portar-lo a terme.

El procés d'adaptació a tots aquests canvis es realitza d'una forma positiva per al subjecte quan és representatiu d'equilibri entre la capacitat d'entendre i d'incorporar el resultat de la seva interacció amb el medi (assimilació) i l'adequació més o menys plàstica del jo amb el context (acomodació). No obstant això, es poden produir tres reaccions en l'ancià:

a) **Regressió:** L'individu renuncia als interessos actuals i prefereix dirigir la seva atenció a processos que s'havien produït en etapes més primerenques del procés psicoevolutiu.

b) **Aïllament:** Quan els nivells d'ansietat lligats a les vivències afectives són elevats, es pot produir aïllament o marginació social.

c) **Negació:** L'ancià no vol afrontar la

realitat i en nega l'evidència.

Aspectes sociològics

Hi ha diferents teories que expliquen la influència que els factors socials i culturals tenen sobre l'envelliment.

Teoria del retraïment: Per a Cumming i Henry existeix un retraïment recíproc entre individu ancià i societat. No obstant això, no hi ha una unicitat de criteris a l'hora d'establir qui inicia aquest retraïment i la positivitat o negativitat d'aquest resultat amb vista a l'adaptació de l'individu.

Teoria de l'activitat: Els buits teòrics deixats per la teoria del retraïment van impulsar Blau a establir aquesta nova teoria. Aquest autor opina que la desvinculació és una reacció posterior de viure en una situació de marginació i de divergència d'interessos entre ell i la cultura en què viu. Per neutralitzar aquesta situació s'han d'establir activitats compensatòries.

Hipòtesi de la consistència de la personalitat: Aquesta hipòtesi, basant-se en les diferències entre senilitat i senescència, defensa la idea que en aquesta darrera etapa de la vida es defineixen millor els valors i les particularitats del subjecte (Neugarten, Havighurst i Tobin).

Els ancians com a subcultura: Aquesta visió propugnada per Rose (1965) manté que els ancians formen una subcultura perquè interaccionen principalment entre ells en comparació amb la resta de la població, la qual cosa n'augmenta la identificació definitiva.

Teoria del medi social: Manté que la conducta en la vellesa depèn de certes

condicions biològiques i socials. Gu-
brium (1973) estableix que sobre el ni-
vell d'activitat d'un individu actuen tres
factors: salut, diners i recolzaments so-
cials. Aquesta seria la teoria més inte-
gradora de la idea sobre l'envelliment
en societat, que requereix dos nivells
d'intervenció: millorar l'estatus socio-
econòmic de l'individu i millorar l'edu-
cació social sobre l'envelliment i la
convivència amb ell mateix com a pro-
cés integrant de l'ésser humà.

SUBJECTE I OBJECTE EN L'ÀMBIT GERONTOLÒGIC

L'objecte que s'estudia en el camp
gerontològic és el procés d'envelliment,
el qual es manifesta a diferent velocitat
i intensitat en els diversos teixits, òr-
gans, factors d'intel·ligència i àrees de
personalitat de cada individu senes-
cent. Per tant, cada subjecte gestiona
una forma d'envellir particular i perso-
nal.

Des del punt de vista formal, l'enve-
lliment queda definit com un procés
psicobiològic hipofuncional, progressiu
i irreversible. Es comença a envellir des
que es comença a viure. La vellesa és
considerada com la percepció i l'assigna-
ció social del procés d'envelliment a
partir d'una certa edat i en un sentit
cultural globalitzador. És així un pro-
ducte social i cultural.

En la nostra societat, doncs, la velle-
sa es justifica mitjançant l'edat cronolò-
gica, diferent en essència de l'edat
mental i de l'edat biològica.

L'edat cronològica, o acumulació
d'unitats arbitràries de temps viscudes,
legítima des d'un punt de vista jurídic i
econòmic l'edat de la jubilació, la qual

s'assimila al principi de la vellesa, però
no porta aparellat el començament de
l'envelliment. Aquest és, doncs, intrain-
dividual, heterogeni, asincrònic i acu-
mulatiu, el qual es traduirà progressiva-
ment en hipofuncionalitat, fragilitat i
predisposició a una reducció de l'ho-
meostasi, al catabolisme sobre l'anabo-
lisme i a la pèrdua d'autonomia, capa-
citat adaptativa o independència.
Aquest procés es pot allargar, cosa que
afavorirà la jubilació de l'individu.

L'edat biològica actua com a indica-
dor de la capacitat funcional orgànica.
Indica la situació del subjecte respecte
al seu potencial de manteniment de vi-
da.

Per edat psicològica s'entén el grau
de capacitat adaptativa del subjecte da-
vant de les exigències del seu medi am-
bient.

LES VIES PER A LA LONGEVITAT

Es poden traçar tres grans eixos que
possibiliten l'abast i el gaudiment d'una
vellesa saludable: la dotació genètica,
l'estil de vida i el context socio-am-
biental i ecològic.

Dotació genètica: És continuada per
mitjà d'una prevenció i d'un manteni-
ment de la salut òptims.

Estil de vida: Es manifesta per mitjà
d'una personalitat orientada a l'activitat
i a la creativitat en signe positiu, d'un
caràcter col·laborador i interactiu amb
l'entorn, sense eliminar per això mo-
ments d'intimitat i de soledat introspec-
tiva necessaris.

Un altre element que cal tenir en
compte és la capacitat d'aprendre a es-
coltar-se i a entendre's per aconseguir
una actitud acollidora i receptiva amb

un mateix, cosa que eliminarà els sentiments d'aïllament i de distància. El tòxic o el grau d'emotivitat endògena i reactiva constituiran així mateix un estímul motivacional, tot evitant, és clar, l'excitació hiperquinètica, la qual és ansiògena i poc productiva.

Segons la llei de Yerkes-Dodson, l'acció que cal realitzar requereix una estimulació diferent, que serà eficaç i òptima si es consideren els factors següents:

a) **Fomentar el diàleg constructiu.** Aquest diàleg ha de ser obert cap als altres per evitar que l'ancià es tanqui en el seu propi món, cosa que li comportaria unes limitacions i un empobriment afectiu i relacional.

b) **L'adaptació,** en el sentit de la capacitat d'adequació intel·ligent al medi, com a resultat de l'acomodació o de la plasticitat del subjecte enfront del seu context, i l'assimilació o la incorporació del medi al subjecte per mitjà de la possibilitat de transformar absolutament o relativament el propi espai vital.

c) **Mantenir actives les capacitats intel·lectuals.** Aquest manteniment és una bona forma de contrarestar l'abúlia, l'apatia i la disfuncionalitat.

d) **Mobilitzar-se i romandre actiu.** Aquest factor agruparia tots els anteriors.

De forma inevitable, quan l'individu observa el propi procés d'envelliment, l'assalten tres preguntes vitals: com em trobaré de salut?, de quins mitjans econòmics disposaré?, què faré en el meu temps lliure?

Sense treure importància a cap d'aquests plantejaments, les dues primeres preguntes són les que potser més preo-

cupen l'ancià. Per tal que la resposta a aquests plantejaments sigui satisfactòria, hauria de començar ja abans de la jubilació (medicina preventiva i comunitària, plans de jubilació). Així s'evitaria la terrible incògnita sobre què fer, a la qual l'ancià ha d'enfrontar-se d'una forma continuada. Per evitar al màxim la situació de desesperança i desadaptació, l'individu de la tercera edat haurà d'intentar realitzar amb llibertat personal el rol social que li toca viure. Per això, abans que res cal que l'ancià que ha exercit professions liberals o un ofici continuï sentint-se com el professional que l'arribada de la jubilació no ha anul·lat.

L'increment del temps d'oci haurà de ser orientat cap a fins productius. La disminució o la pèrdua de les obligacions laborals poden generar en l'ancià el sentiment que ja no pot ser protagonista actiu del seu entorn, i fer que se submergeixi en el seu passat sense poder viure el present. Aquesta actitud pot fer córrer el perill d'aïllar el subjecte en els records d'èpoques passades de més glòria i significat existencial.

Conrear distraccions relaxants que introdueixin en l'ancià una nota d'interès per la vida quotidiana i fins i tot la pràctica d'algun esport, adequat naturalment a les possibilitats reals del cos en procés d'envelliment, constituiran tasques que reforçaran la integració de l'ancià en el grup i l'obligaran a viure el present real del seu entorn. La cultura i l'aprenentatge continuat seran el marc de contenció que permetran que l'individu s'introdueixi en una experiència vital de sentit i de productivitat.

El panorama de fons de tota aquesta

dinàmica de millora global de la qualitat de vida de l'ancià és aquell en què els possibles factors generadors d'estrès siguin eliminats o pal·liats. Així, la percepció que es tingui dels recursos disponibles per afrontar els projectes propis ha de ser proporcional a les possibilitats que l'ancià té de portar-los a terme; de vegades, el vell desitja aconseguir objectius desproporcionats als propis recursos (grau de salut, intensitat d'energia disponible, voluntat i motivació), cosa que li genera una frustració o un fracàs en el seu procés seqüencial adaptatiu.

Context socio-ambiental i ecològic:

En el procés d'envelliment és d'una gran importància el context ubicacional de l'ancià (entorn social i habitatge).

La participació en la vida del barri, organitzar passejos i excursions i relacionar-se amb entitats recreatives contribuiran a vèncer l'anomia a què l'ancià es veu abocat moltes vegades. També la pròpia llar ha de ser condicionada al *modus vivendi* de l'individu de la tercera edat. Així, uns petits consells com els següents poden arribar a fer més agradable i segura l'estada a casa: col·locar sòl antilliscant a la dutxa, a la banyera o a la cambra de bany; procurar deixar un petit llum encès al vespre per permetre una millor orientació; entreobrir la porta amb la cadena per evitar l'agressió de persones estranyes; fer servir sabates còmodes i vestits que no oprimeixin el cos, i tenir cura amb les estores i amb els fils elèctrics dels electrodomèstics, ja que poden provocar caigudes. Tenir a mà les dades importants (adreces, factures, es-

criptures, claus, etc.) evita l'angoixa de no recordar on s'havien endreçat. I, per acabar, és important tenir la casa airejada, neta i guarnida amb detalls com ara flors o altres elements que hi facin més confortable l'estada.

CONCEPTE DE CRISI EN LA VELLESA

Etimològicament la paraula crisi prové del vocable grec *krinein*, que significa separar o rescindir. Fairchild la defineix com una interrupció del curs previsible dels esdeveniments. Robinson assigna a les crisis un contingut d'interrupció d'objectius, amb el desencadenant consegüent de la frustració posterior.

Tota crisi posseeix dues propietats bàsiques. Una és la immediatesa emocional, generalment traumàtica i angioxant, que acostuma a comportar un canvi, producte d'una pèrdua o una renúncia, i que pertorba l'equilibri relatiu aconseguit amb anterioritat. Aquesta descompensació permetrà elaborar una interpretació que pugui llegir-se de forma positiva: ajuda a dilucidar allò essencial de cada situació. Posteriorment es fa necessària una recomposició de l'equilibri en unitats més senzilles, menys emparades i més independents.

Però bàsicament, en el transcurs de la vida d'un subjecte, aquest es pot trobar amb dos tipus de crisis: les **previsibles** i les **imprevistes**. Les primeres fan referència a totes les situacions que se saben amb seguretat que succeiran, com per exemple la mort d'amics, de familiars, la pròpia desaparició i les malalties. Però, juntament amb aquestes crisis previsibles, n'apareixen unes altres que no s'havien previst i que aga-

fen per sorpresa el subjecte, tant des d'un punt de vista racional com emocional.

Des d'aquest plantejament, els primers símptomes de la vellesa, sovint d'associació molt subjectiva i de fàcil influència externa, acostumen a provocar una situació d'alarma davant del que s'entreveu com un ràpid procés d'envelliment (el cabell cau més del que és normal, aparició dels primers cabells blancs, inici de la menopausa en la dona, pèrdua de la memòria, augment de la sensació de fatiga, etc.).

Davant d'aquests signes s'hauria d'actuar amb normalitat i serenitat, ja que aquestes manifestacions no volen dir que a partir d'aquell moment el cos es veu abocat a un procés d'envelliment brusc i ràpid. Per enfrontar-se a aquestes situacions crítiques, cal un procés de realització i de projecció personal.

TIPOLOGIES D'ANCIANS

Savage i els seus col·laboradors enumeren un conjunt de tipologies de personalitat d'ancià que permeten una planificació millor del tracte i de la relació amb aquests individus, ja que faciliten un coneixement més gran de les expectatives i les característiques de cada un d'ells. Aquestes tipologies d'ancià són les següents: l'introspectiu, el provecte, l'ansiós i el normal.

L'**introspectiu** és un subjecte reservat i introvertit, rígid en els seus valors i judicis, amb tendència a la timidesa i al retraïment. Es comunica poc, sobretot en les institucions tancades. Presenta inclinació cap a l'autocontrol, la repressió i la tensió emocional.

El **provecte** és holotímicament equilibrat, independent i actiu. Intenta ser més autosuficient que dependent, decidit i segur, enèrgic en les seves decisions. Manté un equilibri personal i social positiu, juntament amb una certa rigidesa intel·lectual.

L'**ansiós** presenta un mal ajustament social i personal. Tendeix a la inestabilitat emocional i s'altera amb facilitat. Per això, té tendència a generar un alt nivell d'autoagressivitat i d'heteroagressivitat, i amb freqüència es troba anguiat amb ell mateix.

El **normal** s'inclina cap a l'autosuficiència i l'equilibri social i personal. És reflexiu i receptiu, encara que pot mostrar certes resistències al canvi, el qual afronta d'una manera cauta i sospesada. Té en compte l'entorn en resposta a les seves manifestacions.

També Reichard ha establert una tipologia d'ancians, la qual està formada per les categories següents: l'irritable, el manejable, el protegit, l'adaptat i l'autoculpat.

L'**irritable** s'inclina cap a activitats de poca adaptació al medi social i culpabilitza l'exterior dels propis conflictes i frustracions. Té un nivell d'agressivitat alt i un llindar de tolerància baix; acostuma a canalitzar aquesta agressivitat cap a l'exterior, justificant-la com una resposta a estímuls que l'ancià irritable viu desmesuradament.

El **manejable** queda definit bàsicament per la seva poca predisposició a l'activitat. Acostuma a ser extrovertit i amb gran facilitat de verbalització. Des de la seva passivitat busca reforços externs que li faciliten la incorporació de pautes a imitar. És, per tant, un subjecte

dependent, amb una autoestima i una identitat baixes.

El **protegit** presenta una adaptació forçada a l'ambient i tracta sempre d'evitar tant el perill com el conflicte. Tendeix a evadir-se de les dificultats, per la qual cosa s'inclina per l'excusa i l'autojustificació. Presenta temor a la pèrdua i la seva rigidesa el fa fugir dels conflictes.

L'**adaptat** és un subjecte que es comporta com un ésser autorealitzat en el context en què se situa, és actiu i col·laborador. Es troba satisfet amb les seves possibilitats, les quals procura no sobrepassar per evitar la frustració, però tampoc no les frena.

L'**autoculpat** té ideacions i conductes intrapunitives. Propens a la melangia i a la depressió, pot presentar somatitzacions. Posseeix una imatge molt negativa de si mateix i s'autorecrimina. Manifesta un notable grau de frustració permanent. Tota aquesta dinàmica provocarà problemes de relació i d'adaptació.

Per la seva banda, Altarriba ha establert una tipologia sorgida de les seves investigacions en el camp gerontològicoinstitucional. Aquesta tipologia d'ancians està formada per les categories següents: el victimista, el rebel, el passiu, l'anul·lat, el subjecte d'ubicació parcial i l'adaptat.

El **victimista** es manifesta com un subjecte fràgil que s'autopercep en el vèrtex de totes les desgràcies. Per tant, la seva posició existencial és pessimista, tem el futur per la possibilitat de perill i de frustració que pot comportar. Es troba poc endoestimulat i amb poca capacitat per il·lusionar-se i sortir de si

mateix. Necessita expressar i culpabilitzar l'exterior dels seus problemes, la qual cosa provoca que presenti de vegades una gran càrrega agressiva, tant manifesta com reprimida. L'autoimatge és negativa i pobre.

El **rebel** es caracteritza per una oposició permanent a les normes i a les pautes institucionals. La seva dificultat d'adaptació és conseqüència més de la seva bio-psico-sociologia biogràfica que de la seva capacitat real de presentar una alternativa pràctica i assumible per la institució en què se situa.

El **passiu** és una tipologia que comprèn dos tipus més: el **passiu de base**, amb una estimulació personal i interna pobre però que respon a una estimulació externa de gran intensitat, i el **passiu-responent**, el qual a diferència de l'anterior té la capacitat de resposta disminuïda tant en l'àmbit emotiu com ideatiu i motor.

L'**anul·lat** és un individu molt plàstic amb l'ambient, fins a l'extrem que la seva capacitat acomodativa el pot portar a la pèrdua d'identitat conseqüent. Les causes del comportament poc emprenedor i inactiu d'aquest tipus d'ancians es trobarien en la falta de motivació i d'estimulació, la depressió i la melangia, el baix to vital, la soledat mal portada, la visió pessimista davant de la vida i l'autoculpació excessiva.

El **subjecte d'ubicació parcial** és un individu que té la tendència a rescindir la seva ubicació entre la física, la intel·lectual i l'afectiva. El lloc físic on habita pot no contenir el seu assentament afectiu i/o simbòlic i intel·lectual. És llavors quan se situa intel·lectualment en altres espais, ja sigui per mitjà dels re-

cords i de l'abstracció o bé, freqüentment, de contextos que li afavoreixin la seva projecció. Així mateix, el contingut afectiu de la seva existència busca objectes, persones i situacions on trobar-se. Aquesta escissió dels espais ubicacionals provoca en la persona el sentiment desagradable que viu a mitges i que, conseqüentment, no es troba complet. El passat, el present i el futur es barregen amb el seus somnis, desitjos i possibilitats.

L'**adaptat** és un subjecte que viu en un equilibri entre l'assimilació i l'acomodació respecte del context. D'aquest equilibri dinàmic, sorgit de la capacitat d'acomodar-se, però que alhora pot influir en el seu context, en flueix la possibilitat de convivència interactiva i realment enriquidora i comunicativa.

A part d'aquestes tres tipologies extensament explicades, n' existeixen d'altres: Neugarten, Havighurts i Tobin diferencien entre el reorganitzador, el retret, el passiu-dependent, el sol·licitador, l'apàtic, etc.; Guttman parla de tres formes d'incidir sobre el context, per mitjà del domini actiu, del domini passiu i del domini màgic i irracional.

ANEXE: ALGUNS ASPECTES SÒCIO-DEMOGRÀFICS DEL PROCÉS D'ENVELLIR

Introducció històrica

1908 Metchnikoff inicia l'activitat conceptualment coneguda com Gerontologia.

1909 Nascher introdueix la Geriatria.

1946 El *National Health Service* britànic contribueix a la Geriatria

com a nova especialitat mèdica.

1947 El Dr. Báguena crea la primera càtedra de Geriatria d'Europa a la Facultat de Medicina de València. El Dr. Pañella funda el Servei de Geriatria a l'Hospital de Ntra. Sra. de l'Esperança de Barcelona.

1948 Es funda la Sociedad Española de Gerontologia, sota la Presidència del Dr. Báguena.

1950 A Lieja se celebra el Primer Congrés Internacional de Gerontologia Geriàtrica, que reuneix les societats de Geriatria i Gerontologia d'onze països.

1966 Es funda la revista de la Sociedad Española de Gerontologia Geriàtrica. Aquest mateix any s'acorda la necessitat de crear el Plan geriàtrico nacional, amb les condicions següents: directrius assistencials geriàtriques, assistència mèdica i social sectoritzada, coordinació dels serveis mèdics i socials, i coordinació de les institucions públiques i privades.

1969 A Malta, en l'Assemblea de la ONU, s'hi presenta la proposta "Alguns aspectes relacionats amb les persones d'edat i l'envel·liment".

1972 Es crea a Barcelona la càtedra de Gerontologia, amb el Dr. Obiols i el Dr. Duocastella, finançada per la Caixa.

- 1980 Es crea la Societat Catalano-Balear de Geriatria, més tard amplia- da a Societat Catalano-Balear de Geriatria i Gerontologia. Els fun- dadors van ser els doctors Ru- bies, Barbosa, Dracons, Zabala, Espinós, Encuentra i Bofarull.
- 1982 L'ONU organitza a Viena l'As- semblea Mundial sobre Envellim- ent (el Pla de Viena).
- 1984 Se celebra la 34a sessió del Co- mitè Regional de la Regió Euro- pea de l'OMS amb els objectius següents: aconseguir equitat i igualtat en matèria de salut, afe- gir vida als anys, afegir salut a la vida i afegir anys a la vida.
- 1986 La Generalitat de Catalunya crea el programa Vida als Anys, sent conseller de Sanitat el Dr. Lapor- te.
- 1990 Es realitza el Pla integral comar- cal gerontològic de Catalunya de la Generalitat de Catalunya, sota la direcció i coordinació de la Dra. Treserra i del Dr. Altarriba.
- 1991 Es realitza el Plan gerontológico nacional, dirigit pel Dr. Pineda.

ASPECTES DEMOGRÀFICS DE L'ENVELLIMENT A CATALUNYA, ESPANYA I EUROPA

TAULA 1. ASPECTES DEMOGRÀFICS DE L'ENVELLIMENT A CATALUNYA (DADES DEL SETEMBRE DEL 1993)

EDAT (anys)	N
60-64	335.329
≥ 65	950.000
TOTAL (edat ≥ 60 anys)	1.285.329

TAULA 2. ESTIMACIÓ DE LA POBLACIÓ AMB EDAT IGUAL O SUPERIOR A 65 ANYS A ESPANYA EN ELS PROPERS 25 ANYS

ANY	N
1995	5.685.000
2000	6.143.000
2020	6.638.000

**TAULA 3. PREVISIONS DE L'ESPERANÇA DE VIDA A CATALUNYA
EN ELS PROPERS 25 ANYS**

SEXE	PERÍODE D'ANYS			
	1990-1995	2000-2005	2010-2015	2020-2025
Homes	75,1	76,8	78,2	79,7
Dones	81,2	82,8	84,2	85,6

**TAULA 4. PREVISIONS DE L'ESPERANÇA DE VIDA A EUROPA
EN ELS PROPERS 25 ANYS**

SEXE	PERÍODE D'ANYS			
	1990-1995	2000-2005	2010-2015	2020-2025
Homes	72,0	73,8	75,1	76,3
Dones	78,5	79,9	81,1	82,2

Font: United Nations, World Populations Prospects 1990

**TAULA 5. DADES I ESTIMACIÓ DEL PERCENTATGE DE POBLACIÓ
DE MÉS DE 65 ANYS**

ANY	MITJANA OCDE (%)
1960	9,7
1986	12,7
2000	13,9
2020	18,0
2040	22,2

Font: OCDE

**TAULA 6. DADES I ESTIMACIÓ DE LA RATIO DE DEPENDÈNCIA
(65 ANYS I MÉS/15-64 ANYS X 100)**

ANY	MITJANA OCDE (%)
1980	18,9
2000	20,8
2028	27,6
2040	36,6

Font: OCDE

El 1995 hi haurà a Barcelona un 18,6% de persones de 65 anys i més respecte de la població de la ciutat.

Tipologies de persones grans

Primer nivell de concreció: àmbit rural/mariner (major adaptació ecològica, endoestimulació sintònica), àmbit urbà (major desadaptació ecològica, exoestimulació retroactiva).

Segon nivell de concreció: amb motivacions participatives (vell actiu), amb actituds passives (vell passiu).

Tercer nivell de concreció: amb autonomia (física, psíquica, econòmica, cultural, relacional), sense autonomia (física, psíquica, econòmica, cultural, relacional).

Elements que conformen el perfil d'una persona gran

Els elements que conformen el perfil d'una persona gran són la biografia, la constitució genètica, la situació, la con-

dició, els recursos, las necessitats objectives i subjectives, la ubicació en la família i en el context i el treball. Tots aquests elements donaran lloc en la persona a unes expectatives que seran o bé participatives o bé passives.

Teories sociològiques de l'envelliment

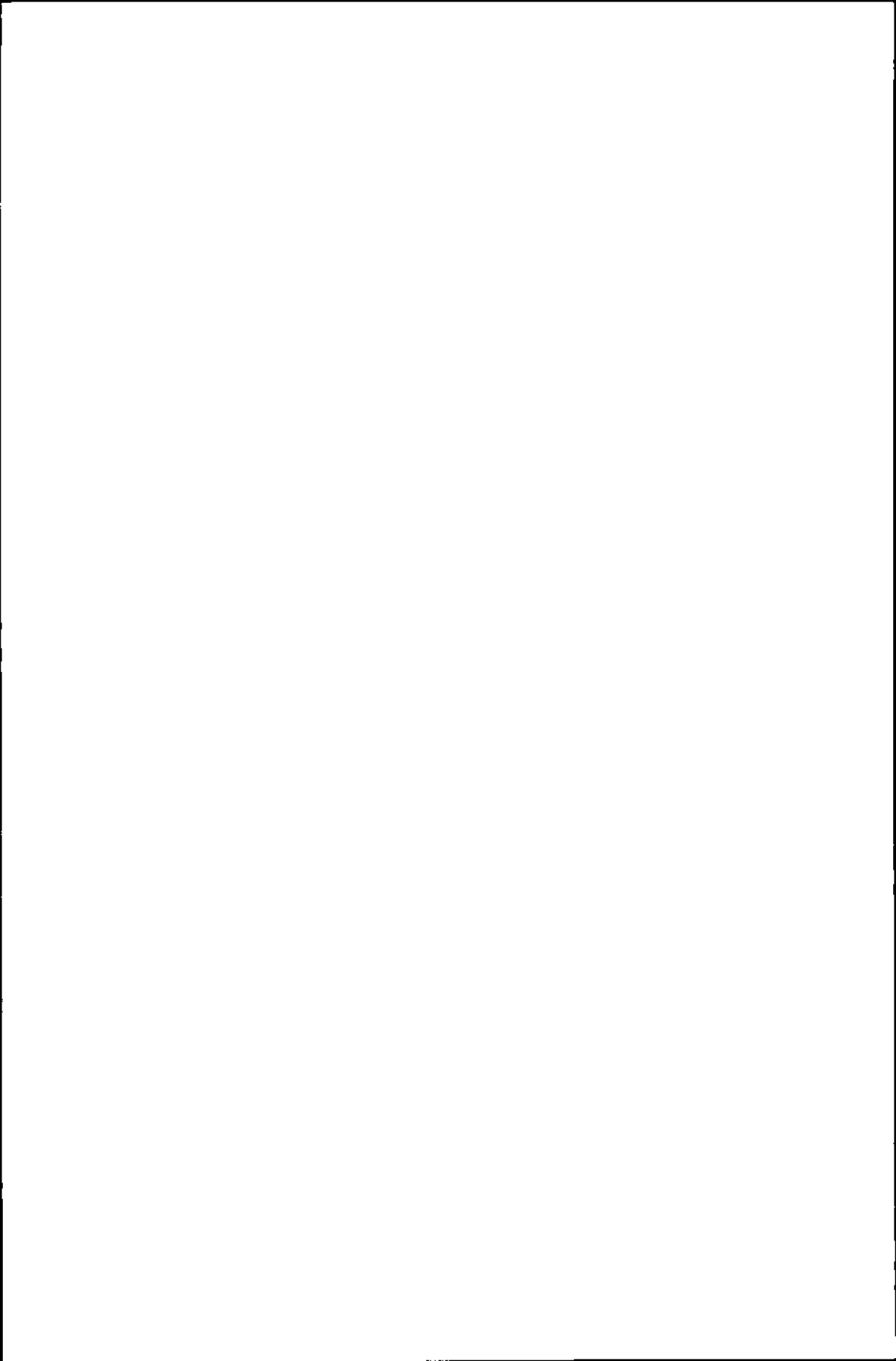
Cumming i Henry (desvinculació), Lawton i Simon (dependència ambiental), Rose (subcultura), Lawton (model ecològic), Neugarten, Havighurst i Tobin (remarca de la personalitat), Pastalan (*continuum*), Blau (creativitat), Rowles (canvi), Gubrium (sòcio-ambiental), Kahana (compatibilitat) i Carp (creativitat).

El projecte de vida

El projecte de vida inclou els aspectes següents: salut (estar sa o aspecte objectiu i trobar-se bé o aspecte subjectiu), recursos i sentit de viure.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Altarriba FX. Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer. Barcelona: Boixareu Universitària, 1992.
- Altarriba FX, Cammany R. Guía de la Tercera Edad. La Vanguardia 1989.
- Altarriba FX, Cammany R. Guía del Estrés. La Vanguardia 1989.
- Butler R. Successful aging and the role of life review. J Am Geriatr Soc 1974; 22: 529-535.
- Carstensen L, Edelstein A. El envejecimiento y sus trastornos. Barcelona: Martínez Roca, 1987.
- Duocastella R. Estudio sociológico sobre la ancianidad en Cataluña: informe sobre la tercera edad. Barcelona: Fontanella, 1976.
- Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu, 1970.
- Hayflick L, Barcia D, Miquel J. Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico. Madrid: Libro del Año, 1990.
- Lehr U. Psicología de la Senectud. Barcelona: Herder, 1980.
- Miquel J. Envejecimiento celular y molecular: teorías del envejecimiento. En: Salgado A, Guillén F, editores. Manual de Geriátria. Barcelona: Masson-Salvat, 1990: 1-18.
- Mishara BL, Riedel RG. El proceso de envejecimiento. Madrid: Morata, 1984.
- Moragas R. Gerontología Social. Barcelona: Herder, 1991.
- Quintana JM. Fundamentos de Animación Socio-Cultural. Madrid: Narcea, 1986.
- Reichel W. Aspectos clínicos del envejecimiento. Buenos Aires: El Ateneo, 1981.
- Salgado A, Guillén F. Manual de Geriátria. Barcelona: Masson-Salvat, 1990.
- San Martín H. Salud y enfermedad. 4ª ed. México DF: La Prensa Médica Mexicana, 1984.
- Seligman M. Indefensión. Madrid: Debate, 1981.
- Treserra MA, Altarriba FX. Gerontologia. Barcelona: Institut Català de Noves Professions, Departament d'Ensenyament, Generalitat de Catalunya, 1992.
- Zinberg E, Kauffman I. Psicología normal de la vejez. Buenos Aires: Paídos, 1979.



ACTITUDS SANITÀRIES DAVANT DEL FENOMEN DE L'ENVELLIMENT

Àngels Treserra

Presentació de la Dra. Àngels Treserra pel Dr. Josep M. Massons

La Dra. Àngels Treserra té una trajectòria científica aclaparadora. Renúncia a llegir el seu currículum perquè després no quedaria temps per estudiar el tema d'avui. Esquemàticament us diré que la seva vida acadèmica es pot dividir en dos períodes ben diferenciats.

Nascuda l'any 1948, va acabar els estudis de medicina l'any 1976 amb la qualificació d'excel·lent. En acabar la carrera va compaginar la seva tasca de metge resident en l'especialitat de neurologia amb els estudis d'embriologia, en el doble vessant de la investigació —tesi doctoral l'any 1978— i de la docència, a la càtedra d'anatomia de la Universitat Autònoma de Barcelona, sota la direcció del Dr. Josep M. Domènech Mateu.

El segon període culmina l'any 1990 quan assoleix el càrrec de directora general de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, després d'un llarg i fructífer pelegrinatge per un seguit d'ensenyaments i treballs, submergida de ple en la problemàtica de la medicina social, amb assistència i comunicacions a congressos nacionals i internacionals, publicacions i intervencions a la ràdio i a la televisió. Assenyalem amb satisfacció i orgull que aquesta casa li va atorgar el premi Salvà i Campi-

llo l'any 1989 per la seva memòria "Anys a la vida i vida als anys".

D'aquest tema tan ambiciós com generós i de la manera de fer-ne una realitat, ens en parlarà avui la Dra. Treserra.

La Dra. Treserra va iniciar la seva conferència "Actituds sanitàries davant del fenomen de l'envelliment" expressant el seu agraïment per poder parlar des de la tribuna de la Reial Acadèmia d'un tema que havia estat l'objecte del seu estudi i de la seva dedicació durant més de deu anys, gràcies a l'acció tan encertada com positiva duta a terme pel conseller Dr. Laporte.

ACTITUDS SANITÀRIES DAVANT DEL FENOMEN DE L'ENVELLIMENT

El treball portat a cap per nosaltres ha contribuït a pal·liar i disminuir el sofriment humà. Aquesta tasca ens dignifica i ens empresona amb noves responsabilitats individuals i col·lectives, en el vessant científic i en el vessant humanístic, dels quals hem escollit la medicina, tant com un compromís personal professional com un acte continuat de servei als altres, tot emfasitzant els continguts ètics compaginats amb les noves situacions socials que ens toca viure.

Voldria afegir que, sense el substrat

de l'amistat profundament arrelada des de fa més de quinze anys amb Altarriba i els fonaments posats fa més de quaranta anys per Duocastella, quant a la temàtica de l'envelliment, els dos projectes capdavanters realitzats a Catalunya, convertits en models d'atenció, possiblement no s'haguessin portat a terme, almenys en la forma i manera com s'han fet.

Abans d'entrar en la temàtica concreta que em pertoca exposar, voldria fer un seguit de reflexions i consideracions.

Entendre el conflicte de la vida, en el sentit d'adonar-se d'un mateix, de l'entorn i de les circumstàncies que li han tocat viure, juntament amb l'aprenentatge honest de no canviar el nom de les coses, s'aconsegueix al llarg del temps i és patrimoni valuós de l'experiència.

Amb altes dosis d'ètica, hom pot fer avinent les paraules de Kant: no tractis mai l'altre com un mitjà o un instrument, sinó com un fi per si mateix... així no serà un servidor, sinó un home lliure...! En el cas de les persones grans hi afegirem: són subjectes, no solament objectes d'una determinada atenció.

En l'essència de determinades professions el que en el fons volem és ajudar les persones a sentir-se i a ser homes i dones lliures, en plenitud de les seves decisions. I si la pedagogia hi té alguna cosa a dir, què no hauríem de fer els metges que tenim cura de l'exquisidesa del substrat?

Com a ciutadans, lluitem pels drets. Com a professionals, lluitem pel dret a viure i per ajudar els altres a viure en plenitud, amb un desenvolupament mi-

llor de nosaltres i de l'entorn que ens envolta. El tòpic que diu que hem de ser considerats perquè ells han viscut més anys es fa difícil de veure si no hem aconseguit millorar el cost existencial de la vida per a tothom. I s'inicia un joc profundament dur, de les desconfiances, amb un sistema que no encara de manera adient la realitat. Tampoc no es vol aprofundir en els mitjans ni en els canvis que hi caldria introduir per donar-hi un tractament adequat com a conseqüència d'un diagnòstic global, meticulós i rigorós.

Per enfrontar-nos a determinades situacions i fenòmens socials, hem de traslladar la medicina dins de quelcom més ampli, que és la sanitat. En aquest context apareixen canvis substancials, per exemple en la relació metge-pacient, que és complementada o modificada per l'aparició del treball en equip multidisciplinari, realitzat interdisciplinàriament, cosa que implica un canvi d'actituds.

A més, davant de l'evolució científica i tècnica que comporta diagnòstics més exactes, amb procediments no invasius i recursos tècnics més complexos, es configura una nova sistemàtica en la tasca professional que requerirà un desenvolupament harmònic de tots els components, amb unes actituds noves i responsables. Les possibilitats actuals d'aprendre la realitat fan molt difícil ignorar-la, encara que sigui una ignorància pretesa o tendencial, i crec que seria pervers fer-ho dependre tot de l'aportació financera.

Per a l'exposició que faré, cal tenir present la conveniència d'harmonitzar les singularitats i així evitar la segmen-

tació de la societat. Una de les conseqüències de l'envelliment és l'augment de les necessitats sanitàries que, a la vegada, són novament incrementades en les èpoques com l'actual, en què existeix una recessió econòmica (caiguda dels ingressos i reducció de la despesa). Es fa absolutament necessari trobar fórmules creatives en les quals la integració dels recursos públics amb els privats, a més de la seva adequada coordinació, permeti oferir determinats serveis, sense minvar-ne la qualitat.

La utilització integral i integrada dels recursos disponibles és la base del nou sistema d'atenció, on els aspectes interpersonals, els científic-tècnics (òptima rendibilització dels coneixements per part dels diferents professionals, amb el desenvolupament progressiu de noves aptituds) i els organitzatius, tant des del punt de vista social (racionalitat del sistema) com econòmic i gerencial (relació cost-efectivitat), han d'avançar simultàniament vers els objectius, amb una alta dosi de convicció, de coherència i de fermesa. Ens caldria, a més, considerar els factors següents.

Factors que cal tenir en compte

L'equitat, com a mecanisme que garanteix a tots els ciutadans la participació en les millores conquerides per la mateixa societat (cal eficàcia per a l'equitat).

La universalització, com una oferta a tots els ciutadans d'allò conquerit en termes de serveis pels drets reconeguts com a persones.

L'apropament dels serveis a la població, com a factor qualitatiu.

La complexificació i la simplificació,

com a elements extrems en un procés de racionalització.

La idoneïtat, pel fet de crear figures assistencials noves que reconeguin situacions noves creades en la nostra societat actual, que són una conseqüència lògica d'un procés d'atenció global, per mitjà de l'adaptació dels serveis a les persones i no a l'inrevés, com a producte normal en una societat de benestar.

La gestió dinàmica, entesa com un repte permanent que permet la interacció de més variables, algunes sota la nomenclatura de socials.

Cal esmentar com a referent el Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana a Perpinyà el setembre del 1976 —els antecedents del qual es troben en un congrés d'AMIEV que va tenir lloc a Bolonya la primavera del 1975—, on es va concretar la definició del concepte de salut de Gol. Al Xè Congrés van participar persones alienes al cercle mèdic tancat.

El fet que la psicologia s'ha d'incloure dins del concepte de salut de l'OMS, que considera la salut com una situació de benestar, i no tan sols com l'absència de malaltia, n'és un exemple. Gol ho completa amb uns conceptes encara molt psicològics: "salut és aquella manera de viure autònoma, solidària i joiosa". Aquesta manera de veure i d'entendre la persona com una globalitat bio-psico-social és la consideració prèvia, absolutament necessària, per poder dissenyar i conceptualitzar un nou model d'atenció integral i integrador, que proposi el tractament idoni, en el lloc i en el moment idonis.

Aquesta actitud diferent de la mane-

ra clàssica de fer de metge era una actitud inclosa, en determinats aspectes moltes vegades ja existents, encara que no objectivats, en el concepte de metge de capçalera —art + tècnica + humanística—, perquè, existint la problemàtica que obligava a un diagnòstic, a un pronòstic i a un tractament, no descurava les diferents maneres de viure les malalties ni els impactes socials o les conseqüències socials que aquestes malalties tenien segons l'entorn i les circumstàncies.

El raonament exposat, el fenomen de la longevitat i les tendències demogràfiques existents van ser els tres pilars que suporten el nou model, amb totes les variables afegides de tipus legal, financer i de gestió. El plantejament era agosarat, perquè s'introduïen modificacions substancials afavorides des de l'Administració i es donava per fet que la societat "era conscient de l'abast del problema que s'anava produint, al mateix temps que les respostes que s'hi donaven eren insuficients".

Voldria remarcar encara un altre factor: l'envelliment, malgrat els estudis fets a casa nostra per Duocastella, Aragó i altres, era considerat un tema menor i allunyat de l'atenció sanitària en general i de la mèdica en particular. Per això, conjuntar el fet sociològic quantitatiu i col·lectiu amb el fet que la nova definició de salut permetria guanys qualitius i personalitzats era un repte a la creativitat, que no podia ser eludit per un plantejament metodològic i rigorós.

Altrament, per aconseguir la idoneïtat de l'atenció es requeria la diversificació de recursos, tant físics com hu-

mans, amb nous perfils professionals o bé els mateixos amb unes altres actituds, amb una convicció social suficient per dignificar el sector i resituar-lo en l'àmbit científic que calgués, sense deixar de banda el llenguatge diari de la subjectivitat decadent en què moltes de les actuacions sanitàries executades en les persones d'edat es trobaven.

Érem conscients que les consideracions que calia fer eren múltiples, perquè, si bé l'envelliment no és una malaltia, sabíem la pèrdua progressiva de capacitats que representava o bé la lentitud en les recuperacions dels esforços, alhora que ens apareixia la pluripatologia com a fet constant que requeria una terapèutica múltiple interactiva. Sortosament, l'increment de les noves tecnologies, del creixement i de la universalització sanitària possibilitaven una incidència sanitària més gran en aquest àmbit i durant més anys, és a dir, no calia donar respostes temporals i precàries, sinó que es demanaven respostes més resolutives, perquè es creia que era probable viure més anys i viure'ls millor, encara que en el moment d'aparèixer la notícia hom fos ja gran.

Una altra consideració era la importància que les persones grans anaven adquirint com a grup social de pressió, d'unes determinades característiques, encara que cada cop més lluny de l'homogeneïtat que el caracteritzava temps enrere. Aquesta complexitat afegida en persones portadores de drets, independentment de la cronologia, demanava respostes eficients i adequades, que incloguessin l'actuació de l'ètica per tal d'establir prioritats davant de necessitats

múltiples i de recursos escassos.

Encara podríem afegir-hi un dels fets sociològics de més transcendència i envergadura: la desintegració de la família funció, no tant de la família estructura, i les conseqüències que això tenia en el canvi del tractament de les persones que en formaven part i la constituïen; és ben diferent la malaltia i la pèrdua de capacitats en la persona gran estimada i *arraulida* en un entorn familiar amorós i comprensiu, que no pas en la persona allunyada i deixada a les seves pròpies possibilitats, fet que també comporta l'inici d'un procés d'irresponsabilitat vers la resta de la societat.

Si bé no preconitzàvem el desplaçament de responsabilitats família-societat com un fet positiu en si mateix, tampoc no volíem negar els drets que tota persona té a rebre l'ajut tècnic i social que la mateixa societat li ofereix. Només calia crear nous tipus d'ajuts adients i compartits amb la intenció de promoure la corresponsabilitat.

És per aquest seguit de raons que, els anys 1985-1986, sorgeix el programa sòcio-sanitari Vida als Anys, que es fa ressò de la 34a sessió del Comitè Regional de la Regió Europea de l'OMS i que proposa els objectius següents: equitat i igualtat en matèria de salut, afegir vida als anys, afegir salut a la vida i afegir anys a la vida; després, els anys 1990-1991, sorgeix el Pla integral de la gent gran.

El primer projecte anava dirigit a les persones grans portadores de malalties cronològicament llargues que requirien una atenció continuada i d'una intensitat determinada. No es tenia en compte la seva especificitat dins del sis-

tema de cobertura, cosa que abocava a una distorsió del mateix sistema sense cap garantia d'eficàcia vers la persona objecte de l'atenció. Això comportava una readequació d'objectius i de recursos per part de les administracions públiques. Alhora, es feia necessari recuperar una consciència de solidaritat i d'unitat intergeneracional. El lema era "per un futur digne i segur" i el concepte sòcio-sanitari era la superposició d'atencions sanitàries i socials que atenien la globalitat de la persona i no la consideraven de forma dividida i seqüenciada.

Aquest plantejament implicava la creació d'un tercer sector, situat entre l'estrictament sanitari i l'estrictament social, amb la intervenció directa de tots dos, absolutament coordinats entre ells, on els recursos físics i els recursos humans tinguessin una determinada especificitat, tant en termes d'internament com en termes ambulatoris. Pel que fa als recursos físics, podien aprofitar-se els ja existents, procedents de la transformació de la reconversió hospitalària total o parcial i d'algunes reconversions de centres socials. Per això es conceptualitzen les noves atencions, prestacions i serveis, es normalitzen i es regulen les funcions dels centres, s'ordena i s'amplia el sector sòcio-sanitari i s'arbitren crèdits i pressupostos específics per a aquest nou sector. En l'aspecte dels recursos humans, es creen equips interdisciplinaris en els quals metges, infermers, fisioterapeutes, psicòlegs i assistents socials adquireixen nous continguts temàtics dins dels seus perfils professionals, per tal de realitzar aquestes atencions de forma integrada. La culminació explicitada de

l'equip interdisciplinari ambulatori, coordinat i que dona suport als equips d'atenció primària, són els anomenats PADES (Programa d'Atenció Domiciliària dels Equips de Suport específics), a les àrees sanitàries del Servei Català de la Salut (n'existeixen 34, distribuïdes per les vuit regions sanitàries).

L'avaluació continuada de les persones objecte de l'atenció, les fórmules de finançament mixt del nou model, la coordinació i la sectorització d'acord amb el Pla de salut són els passos successius que s'han anat fent en el seu desplegament al llarg d'aquests anys en què s'ha anat consolidant i estenent, fins i tot en altres àmbits, tal com estava previst en la definició inicial, com ara les malalties mentals o les persones drogodependents, amb el benentès que el motiu clau del nou plantejament de l'atenció rau en la superposició de problemàtiques socials i sanitàries que, en un tractament parcial i decidit, fa inviable una solució adequada i n'encareix els costos sense cap garantia qualitativa.

L'oportunitat que vam tenir els que hi vam participar ens omple de satisfacció, perquè esdevé quelcom insòlit i encertat: pensar, tenir idees, explicar-les, conceptualitzar-les, normalitzar-les, aplicar-les i desplegar-les i que, en una perspectiva de pocs anys (1986-1993), actualment siguin 4.761 les persones que se'n beneficien —a més de 384 ubicades en hospitals de dia. També és satisfactori haver aconseguit que els professionals que s'hi dediquen trobin un lloc de treball adient, alhora que reconegut i dignificat, en els hospitals d'aguts, per exemple les UFIS (Unitats

Funcionals Interdisciplinàries Sòcio-sanitàries), en nombre de 23, i els ja esmentats PADES, en l'atenció primària.

La utilització de centres pilot, com ara la Residència Albada de Sabadell, la Fundació Cabanelles de Mataró i l'Hospital de Sant Jaume de Manlleu, va contribuir a la incorporació de la idea a la realitat, i va aportar-hi els matisos, els coneixements i l'experiència, amb la sensibilitat i la convicció suficients, per fer-la viable al llarg del temps. Així es va consolidar l'essencial i es va modificar el que impediria avançar en l'eficàcia.

En l'actualitat, l'atenció sòcio-sanitària es considera com a prioritat de la política de serveis, dins del Pla de salut, atesa la tendència existent que preveu que l'any 2000 la proporció de persones més grans de 65 anys serà d'un 17,1 % i atès el fet que la incidència i la prevalença de moltes malalties augmenta en les persones grans i en limita el benestar i l'autonomia.

I citant paràgrafs de l'esmentat Pla de salut, "són diverses les causes, multifactorials i relacionades com a origen d'un important increment de la demanda sanitària i social de la gent gran". En el cas concret de l'atenció sanitària, s'estima que entre el 20 % i el 30 % dels llits hospitalaris de la XHUP està ocupat per persones de més de 65 anys, amb una estada mitjana superior a la dels col·lectius més joves, i que quasi el 18 % dels malalts ingressats en els serveis d'urgències té més de 65 anys. Igualment, una bona part de l'activitat dels professionals de l'atenció primària de la salut està destinada a aquest col·lectiu.

En un altre vessant, els centres geriàtrics socials, concebuts com a substituïtoris de la llar, generen una demanda d'atenció sanitària creixent, com a conseqüència d'una pèrdua d'autonomia física i psíquica dels seus residents. La integració en alguns d'aquests centres del suport sòcio-sanitari bàsic permetrà un desplegament eficaç d'aquest tipus d'atenció amb una gestió millor de fluxos i permeabilitat entre els diferents nivells i recursos assistencials.

El Pla integral de la gent gran és el segon projecte-instrument de què s'ha dotat la Generalitat de Catalunya per aprofundir en el fenomen de la longevitat, fent una anàlisi exhaustiva de la nostra realitat i donant alhora alternatives i propostes d'actuació. El seu abast fa referència a 925.000 persones més grans de 65 anys i a tota la societat. És un document extens i participatiu, del qual no han quedat excloses les mateixes persones grans, que hi han contribuït activament. Plantejat a quatre nivells, en destaquem el que segueix.

El primer nivell, denominat de reptes, n'inclou tres: propulsar el desenvolupament econòmic, social i cultural de les persones grans, en el seu entorn quotidià i habitual, tot respectant-ne les arrels i els estils de vida; potenciar la realització de les persones grans per tal que es projectin a la resta de la societat sense perdre la identitat, i donar-los l'atenció integral necessària, utilitzant els recursos adients.

El segon nivell el situem en els tres objectius següents: justícia social i igualtat per a una qualitat de vida millor; materialització de la solidaritat generacional, mitjançant l'aportació acti-

va de les mateixes persones grans, cosa que esdevé un projecte comú per a tota la societat, i creixement harmonitzat polivalent dels recursos en les comarques d'una manera equilibrada.

El tercer nivell fa referència a les actituds següents: l'actitud de respecte vers la persona gran, l'actitud de suport vers la família i l'actitud de dinamització vers la comunitat.

El quart nivell fa referència a les estratègies d'actuació, que són fonamentalment l'estratègia o dinàmica sectorial o temàtica i l'estratègia o dinàmica territorial, juntament amb la implicació de totes les entitats i institucions nacionals i internacionals que hi estiguin relacionades.

La formulació del Pla és prou interessant, perquè conjuntament l'Administració amb els professionals i amb la població civil, i a banda de ser un instrument útil, garanteix una actuació progressiva en el temps, avaluable amb dades objectives i quantificades. Cinc són els eixos bàsics per a la seva elaboració.

El primer eix va ser comptar amb la col·laboració de vuitanta experts en quinze grups temàtics oberts, coordinats amb professionals de l'Administració, amb l'encàrrec de fer, a més de les aportacions temàtiques, deu recomanacions per grups, que posteriorment serien consensuades per la totalitat. Les temàtiques objecte d'estudi van ser: bioètica i ètica social de la vellesa, demografia econòmico-financera, estudis comparats amb Europa, intervenció social i jurídic-administrativa, organització i gestió, perfils professionals, psicologia, sanitat, sociologia, voluntariat,

minories ètniques i persones grans i terminalisme. En van resultar un total de 114 recomanacions, després del procés d'aglutinació i de consens.

El segon eix va ser, fonamentalment, la realització d'una àmplia enquesta dirigida a 16.400 persones grans de tot el Principat, amb mostres específiques per comarques, per tal de conèixer-ne els trets característics. L'enquesta, degudament estratificada d'acord amb les variables de sexe, edat i ubicació, i amb una estratificació aleatòria amb un total de 287 punts de sondeig, constava de 23 preguntes, tres d'elles obertes, i tenia com a punts clau els següents: valorar subjectivament l'estat de salut; obtenir l'ordre de prioritats de les preocupacions; valorar la convivència, la soledat i la família; diferenciar el fet de voler treballar del fet de tenir capacitat per realitzar activitats, i obtenir informació sobre la vivència de les mancances.

El tercer eix fonamental va consistir en l'organització del Primer Congrés Nacional de les Persones Grans, amb la voluntat expressa de fer-ne de successius (durant el 1993 n'ha tingut lloc el segon). En aquest Primer Congrés, que va tenir una nombrosa participació de persones grans representatives de les comarques, mitjançant la constitució dels consells comarcals de les persones grans, es van debatre tres ponències sobre la família i la persona gran, l'atenció a domicili i l'aportació d'aquest col·lectiu a la construcció del país.

El quart eix fonamental és la incorporació de documents científics específics, com ara la tesi doctoral de la doctora en dret Nicole Delperée, assessora

del Consell d'Europa, relativa al dret de les persones grans i al dret comparat europeu sobre temàtica social.

El cinquè eix consisteix en l'actualització detallada de tots els recursos existents, a més del càlcul de tots els indicadors de necessitats i de les taxes i els índexs d'envelliment, sobreenvelliment, soledat, analfabetisme, etc.

La compilació de tota la base documental i l'elaboració de les propostes d'actuació configuren una obra de dos volums, amb catorze capítols i nou annexos.

Els capítols s'ordenen de la manera següent:

- I. Introducció històrica, on es recull la nostra tradició mutual i d'estalvi i el paper de l'Església i de la beneficència.
- II. Estudi de les necessitats.
- III. Justificació del Pla.
- IV. Aspectes més rellevants de la persona gran a Catalunya.
- V. Aspectes més rellevants de les famílies a Catalunya.
- VI. Comunitat, entorn natural, barri, municipi i comarca.
- VII. Alternatives a la llar. Equipaments i tipologia. Descripció dels existents per comarques.
- VIII. Model català d'atenció integral a les persones grans.
- IX. Gestió del model.
- X. Cost i finançament del model.
- XI. Marc jurídic del Pla.
- XII. Centres i circuits pilots del Pla.
- XIII. Sistemes d'avaluació del model.
- XIV. Proposta de desplegament i d'aplicació del Pla.

Els annexos comprenen:

1. Les quinze àrees temàtiques.
2. Les recomanacions tècniques.
3. Les enquestes.
4. Els recursos.
5. Les conclusions del Primer Congrés Nacional de les Persones Grans.
6. El marc jurídic.
7. La demografia.
8. Els models d'atenció comparats amb Europa.
9. La bibliografia.

En l'actualitat existeixen 682 centres tipificats com a residències socials, amb un total de 26.933 places entre les de titularitat pública i les de titularitat privada, de les quals cal destacar que el 33 % pertany a l'Església.

Finalment, el document d'acció de govern aprovat pel Govern de la Generalitat de Catalunya consta de 64 programes, repartits en sis grups.

El primer grup es refereix als aspectes de protecció i de dinamització de la persona gran. Inclou un total de divuit programes, dels quals tres fan referència a la dona gran, tres a l'habitatge, un a la pre-jubilació, set a l'oci, el turisme, les vacances, les colònies, tres a la seguretat en general, viària, de transports i de comunicació i un a les activitats en general.

El segon grup es refereix a la intervenció social i als aspectes assistencials. Consta de setze programes, dels quals un dona suport a la relació intergeneracional, un tracta de l'habitatge tutelat, un es refereix específicament a l'àmbit rural, quatre a les famílies, dos als perfils professionals, tres a equipaments, un a la descentralització i tres són programes de prevenció i atenció

sanitària.

El tercer grup es refereix als aspectes normatius. Consta de vint programes, entre els quals un fa referència al desplegament progressiu del Pla d'actuació social, un a les excedències laborals, dos a impostos, un al consum, dos a la formació, un a la conducció, cinc a la incapacitació, la tutela, l'acolliment familiar, les conductes penals i els drets, i un a la capacitat laboral.

El quart grup es refereix als aspectes de la informació, divulgació, participació i col·laboració. Consta de vuit programes, entre els quals, dos referents a Europa, un als mecanismes d'informació permanent i un pensat especialment per a les escoles.

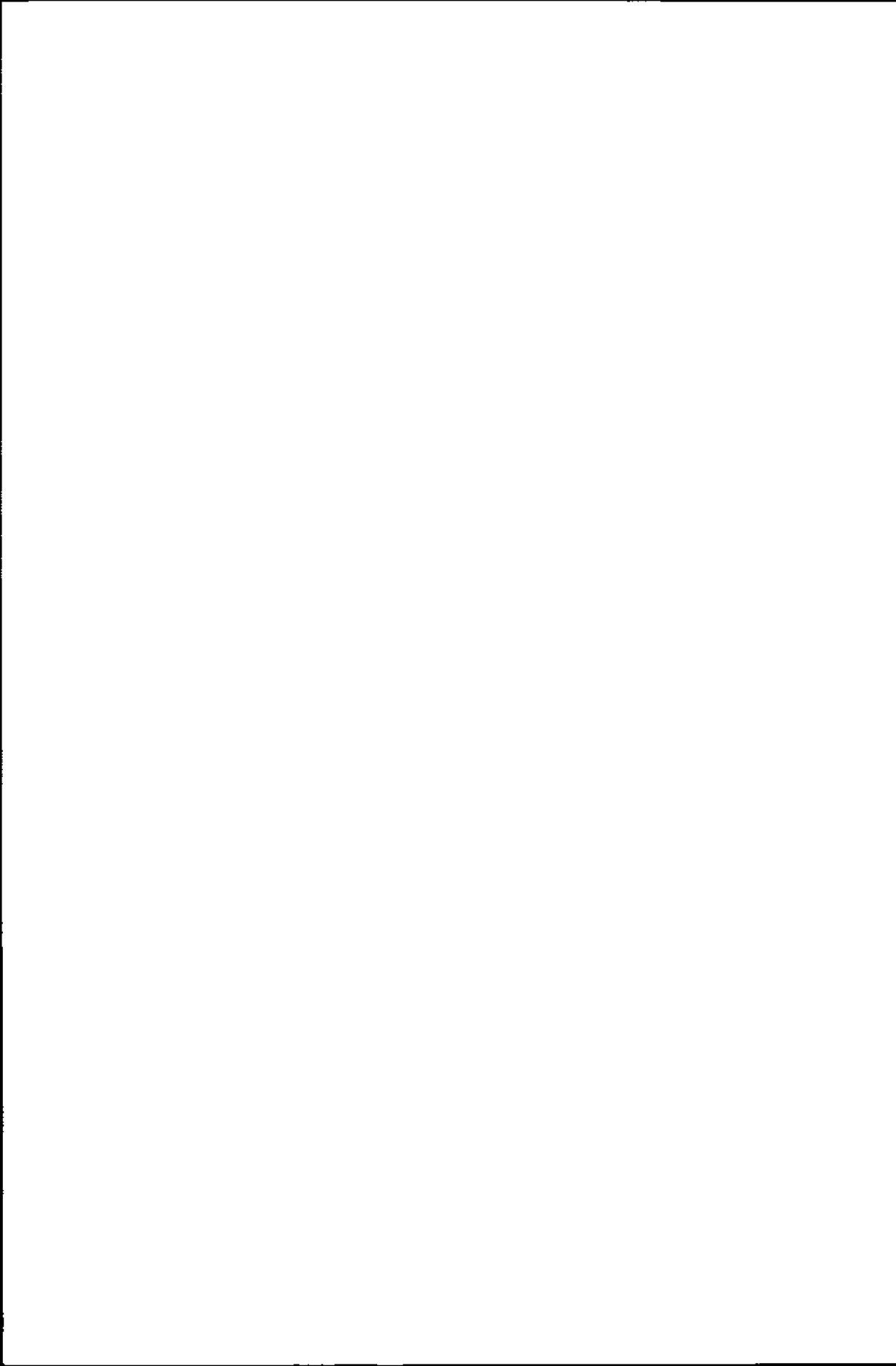
El cinquè grup és un programa específic per efectuar l'avaluació permanent dels costos derivats de la implantació del Pla i del seu finançament amb el Govern central (Plan gerontològic).

El sisè grup fa referència a un programa específic d'actuacions amb l'Església, regulat mitjançant un conveni marc amb els ordes religiosos.

Totes aquestes actuacions es preveuen en un horitzó de deu anys i és possible introduir-hi les modificacions convenients i la incorporació de nous plantejaments, acords i consideracions.

Cloenda

Esperem haver contribuït a normalitzar la utilització d'un llenguatge tècnic diferent al que s'ha fet servir fins ara referit a la gent gran, que les noves generacions ja tindran com a normal. Així, l'envelliment no serà un fet estrany ni menyspreat, sinó digne de la nostra atenció, estudi i dedicació.



LA FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS DAVANT D'AQUEST REPTE

Albert Oriol-Bosch

Presentació del Dr. Albert Oriol-Bosch pel Dr. Josep M. Massons

Heus ací, resumit, el *curriculum vitae* del Dr. Albert Oriol-Bosch:

— doctor en Medicina per la Universitat de Barcelona

— formació postgraduada a Hamburg, Salt Lake City i Boston (1957-1964)

— professor adjunt de Fisiologia a la Universitat de Madrid (1964-1968)

— cap d'estudis de la nova Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona (1968-1971)

— catedràtic d'Endocrinologia Experimental a la Universitat de Madrid (1971-1982)

— degà de la Facultat de Medicina de la Universitat de Madrid (1976-1982)

— director general d'Ordenació i Planificació Sanitària del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya (1982-1986)

— director de l'Institut d'Estudis de la Salut (des del 1982)

— ex-president de l'*Association of Medical Deans in Europe* (AMDE)

— president de l'*Association of Medical Education in Europe* (AMEE)

Finalment, voldria dedicar un record de simpatia a la memòria del seu oncle, el Dr. Antoni Oriol Anguera, un home nascut per a la investigació i l'en-

senyament. Del seu esforç, se'n van aprofitar centres de Cochabamba i de Mèxic, en perjudici de Catalunya, a causa d'unes circumstàncies que hauríem de tenir ben presents per no tornar-hi.

El Dr. Oriol ens parlarà sobre com hauríem de preparar el metge dedicat a pal·liar o a resoldre els problemes patològics, que són la creu de la preciosa moneda d'una llarga vida.

LA FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS DAVANT D'AQUEST REPTE

La longevitat com a fenomen social té com a conseqüència una incidència i una prevalença més gran de malalties, que recauen sobretot en el sector d'edat de més de 75 anys, tot i que la longevitat és justament una conseqüència de les millores sanitàries i socials que s'han produït durant la segona part d'aquest segle.

Aquest fenomen social té, doncs, un interès molt especial per als professionals que s'hi troben directament o indirectament implicats, des de tots els posicionaments possibles, ja que imperceptiblement es modifiquen d'una manera quantitativa i qualitativa les característiques de les persones que són objecte de

l'atenció. Així, el professional es trobarà amb la necessitat de modificar no tant els coneixements, que també haurà d'adaptar-los a les noves situacions, sinó sobretot les actituds vers aquestes persones.

La pluripatologia és un altre dels factors que ens caldrà tenir en compte d'una manera constant, a més de la interacció medicamentosa, la freqüentació de serveis sanitaris i socials i la valoració subjectiva del seu estat de salut.

Les patologies cròniques i degeneratives, els trastorns mentals, les incapacitats i les invalideses tenen, a més, en les persones grans unes característiques diferencials, perquè es produeixen juntament amb problemes de soledat, d'aïllament, de poder adquisitiu baix, etc. Aquests fets configuren un entorn complex que requerirà no solament un tractament sanitari idoni, sinó també una receptivitat i unes respostes suficientment elaborades i coneixedores d'aquestes característiques.

Posem un èmfasi especial en la matriu que als professionals vinculats a l'àmbit de les persones grans els caldria potenciar per tal que la relació que s'establís fos de signe positiu, a banda, com ja hem dit, dels coneixements que requereixen en part una especialització. Ens referim, doncs, a les característiques més personals i difícils de mesurar, ja que van dirigides fonamentalment a la consecució de qualitat de vida, de confort, de satisfacció de necessitats, i que incrementen tant com és possible la capacitat de relació en el tracte humà, la capacitat de captació d'afecte i de confiança. Prenen, així, importància la continuïtat i un desenvolupament de les dotes d'observació, conjuntament

amb un tracte càlid, efectiu i flexible.

Aquesta actitud predisposada a captar les necessitats, els sentiments, els interessos, els desitjos i les emocions de les persones grans requereix, alhora, honestedat, objectivitat, disponibilitat i acceptació de l'altre tal com és.

Pel que fa a l'actuació dels professionals, tenen ple vigor les tres funcions bàsiques següents: preventiva, assistencial i rehabilitadora.

La **funció preventiva** pren una gran transcendència perquè evita o atenua patologies que en les persones grans poden tenir unes conseqüències i unes dimensions superiors que en la resta de la població.

La **funció assistencial** està orientada a mantenir viu el subjecte, protegint-lo dels seus riscos, tenint cura de les seves deficiències, suplint les mancances que no poden ser controlades per ell mateix i afavorint la utilització de les noves tècniques actuals, que permeten que intervencions d'alt risc es converteixin en possibles i factibles, fins i tot en persones d'edat avançada. Així mateix, queda modificada la durada dels tractaments qualitativament parlant, ja que l'increment de l'esperança de vida així ho requereix.

La **funció rehabilitadora** està orientada a afavorir l'autonomia personal, tot recuperant facultats que han disminuït o que han deixat de funcionar. Permet una normalització de la vida en comunitat i un manteniment de les capacitats útils per a un mateix i per a l'entorn habitual.

Pel que fa als professionals, caldria tenir en compte dos aspectes: el que fa referència als perfils professionals clàs-

sics, als quals caldrà una adaptació permanent dels coneixements a aquesta nova situació, i el que fa referència a la conveniència de la creació de nous perfils professionals, incorporats a una dinàmica interdisciplinària amb continguts dissenyats per afrontar aquests nous plantejaments de globalitat.

De tot el conjunt d'atencions i de serveis, en destacarem especialment els de nova creació, com ara l'atenció domiciliària, on al metge generalista o de família li caldrà treballar conjuntament amb equips interdisciplinaris de suport, degudament coordinats amb les xarxes sanitàries, sòcio-sanitàries i socials, per tal que l'efectivitat estigui garantida i es trobi el tractament idoni, en el moment i el lloc idonis.

Per això, cal que la diversificació dels perfils professionals es correspon-

gui amb una diversificació dels centres i serveis que racionalitzin l'assistència d'una manera coordinada.

D'altra banda, també les expectatives i la conscienciació de millora que s'ha produït en les mateixes persones grans, quant a l'atenció sanitària, sòcio-sanitària i social en aquests darrers anys a Catalunya, donen lloc a una exigència per part dels professionals vers una demanda cada cop més responsable i intensa.

Aquesta darrera circumstància farà que aquest debat estigui actualitzat permanentment, ateses les modificacions i variacions previstes en la cobertura de serveis en el nou àmbit europeu del benestar social i enfront de la demanda creixent que obliga a establir polítiques de fixar prioritats i de controlar la despesa.



DISCUSSIÓ DE LES PONÈNCIES

Acabada la dissertació del Dr. Oriol, es va procedir a la discussió de les ponències per part dels assistents. Entre d'altres, destaquen les paraules de l'acadèmic Alfons Gregorich. Són les següents:

Dr. Alfons Gregorich

—El Dr. Oriol diu que veu rostres molt seriosos quan es parla de l'envelliment i ens demana una mica més d'optimisme. Certament, el problema d'envellir ens preocupa. Des del punt de vista individual, perquè inexorablement, per més que aconseguim envellir bé, cada cop serem més vells i les nostres condicions aniran de baixa. I, des del punt de vista de la col·lectivitat, perquè anem cap a una societat més longeva.

Aleshores, cal escometre amb decisió el camí de la millora dels anys d'una humanitat cada cop més longeva. La potenciació de la higiene i de la medi-

cina, en els vessants preventius i de la salut, i una bona planificació de les assegurances són essencials, i em plau veure la competència i la dedicació dels ponents en aquestes finalitats. Però no podem deixar de banda les dificultats que en comportarà la consecució. Una societat longeva és cara, d'una banda, per l'increment dels membres improductius i, de l'altra, perquè les circumstàncies actuals del nostre món occidental —la disminució de la natalitat, els estralls de la SIDA, les guerres i la recessió econòmica, amb poca disponibilitat de llocs de treball— commouen l'equilibri del component social dels joves, l'activitat dels quals és essencial per al suport de les despeses.

El repte és considerable, però els coneixements i els mitjans nodreixen uns plans cada cop més ambiciosos. Tant de bo que n'aconseguim la concreció! Una humanitat longeva i feliç no podrà assolir-se sense pau i prosperitat.

RESUM I CONCLUSIONS

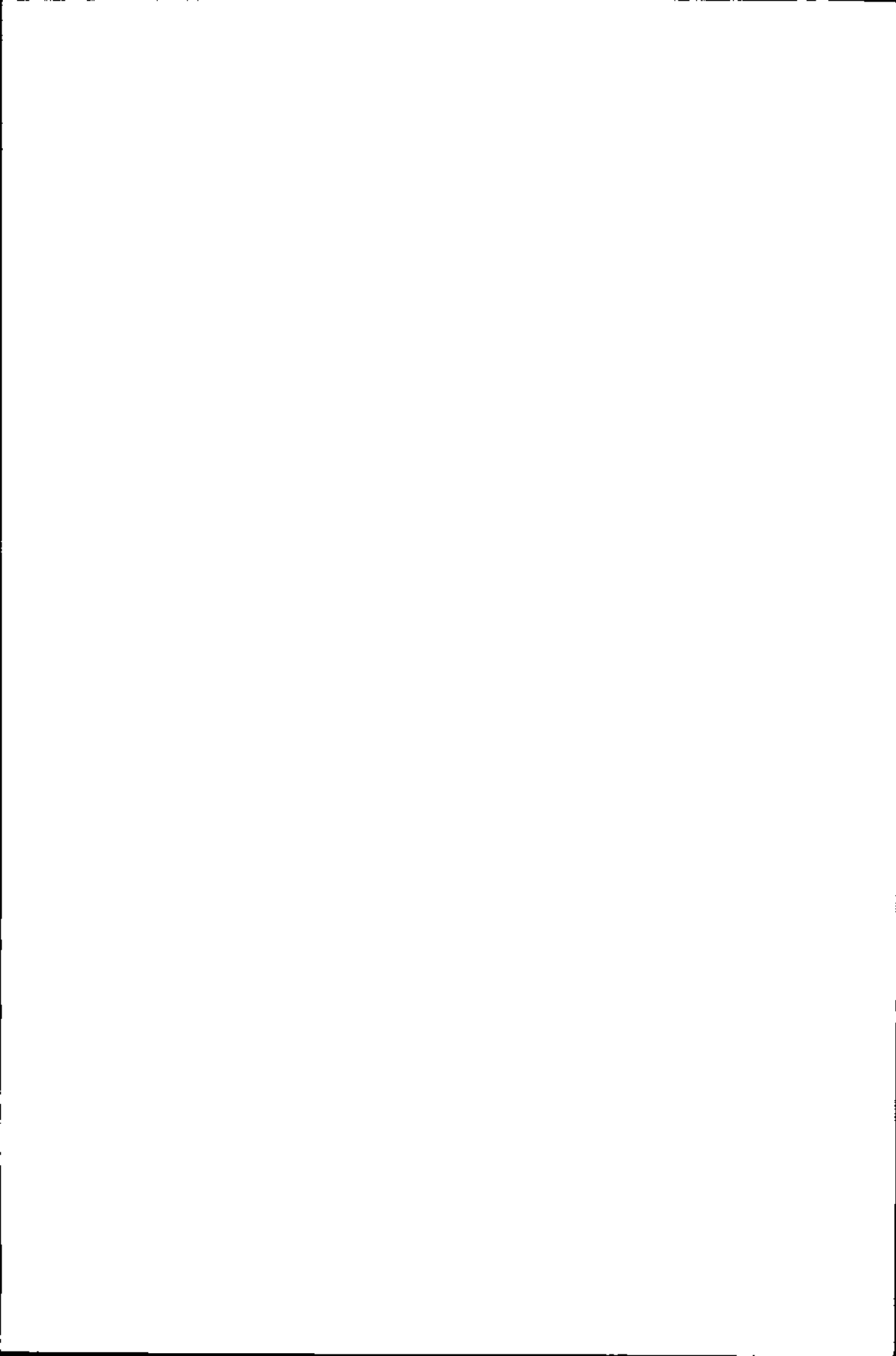
Josep M. Massons

El Dr. Massons va felicitar i va donar les gràcies als ponents i als qui van intervenir en la discussió. Va posar fre als pessimistes. Realment, mai no s'havia pensat tant ni s'havia fet tant en favor de les persones grans. El que passa és que entre les aspiracions —que farien d'aquest món un paradís— i la realitat hi ha una distància, ara com ara, molt gran.

Va expressar la seva esperança en un futur millor en dos aspectes: d'una banda, en el conreu a l'escola primària del respecte a les persones de la tercera edat, cosa que reduirà els lamentables casos d'abandó en hospitals o en parcs públics d'avis en un estat de salut precari; de l'altra, en el fet que cada vegada la nostra societat tindrà més recursos.

El Dr. Massons va expressar l'opinió que cada cop podrem aprofitar més el potencial de treball dels veells, de manera que els menys grans cuidaran dels més grans. Tampoc no és gens menyspreable un previsible augment del nivell cultural, de forma que molts jubilats podran desenvolupar activitats cíviqes o benèfiques. Al cap i a la fi, una jubilació hauria de consistir en un canvi d'activitat joiós perquè no està subjecte a imperatius enutjosos d'horari o de tasca imposada.

Finalment, va manifestar l'esperança que aquests diàlegs en el si de la Reial Acadèmia sobre problemes socials i sanitaris siguin útils als professionals i a les autoritats sanitàries.



ÍNDIX

INTRODUCCIÓ. J. M. Massons	3
LA LONGEVITAT I LES SEVES CONSEQÜÈNCIES EN EL MOMENT ACTUAL. F. X. Altarriba	5
ACTITUDS SANITÀRIES DEVANT DEL FENOMEN DE L'ENVELLIMENT. A. Treserra	21
LA FORMACIÓ DELS PROFESSIONALS DAVANT D'AQUEST REPTE. A. Oriol-Bosch	31
DISCUSSIÓ DE LES PONÈNCIES.	35
RESUM I CONCLUSIONS. J. M. Massons	36