

SALUT I ENVELLIMENT

DRA. ANNA BONAFONT CASTILLO

Universitat de Vic

L'any 1977 el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana donava a conèixer una nova forma d'entendre la salut, considerant-la com «una manera de viure autònoma, solidària i joiosa». Jordi Gol, insigne metge i humanista, impulsor de la reforma de l'atenció primària en el nostre país, deia: «la salut es dona quan hom va assolint la pròpia realització» (J. Gol, 1984:168). Des d'aquesta òptica global, la salut forma part de la condició humana quan s'entén com un procés dinàmic que es desenvolupa al llarg de la vida, partint de les potencialitats individuals en relació a un mateix, l'alteritat i el context sociocultural on viu. No es basa en la dualitat salut/malaltia, sinó en la complexitat de l'ésser humà, en totes les seves dimensions.

Implícitament reconeix que, per a poder valorar la situació de salut d'un individu, cal conèixer també la percepció subjectiva de benestar i quines són les capacitats de les quals disposa per a decidir i menar la pròpia vida.

L'Organització Mundial de la Salut, a finals de la dècada dels noranta, va adoptar la perspectiva de cicle vital com un dels aspectes clau de l'estudi de la salut durant l'envelliment, posant de manifest la perspectiva temporal i social de la salut humana. Riley (1994) defensa que la percepció de l'envelliment individual és el resultat de la interacció entre dues forces o grups de processos que s'influeixen mútuament: a) els processos biofisiològics i psicosocials del desenvolupa-

ment humà, és a dir, l'experiència viscuda per cada subjecte, i els processos socials de canvi estructural i històric que han condicionat la seva trajectòria de vida.

També Bernice Neugarten (1973) parlava de les tres dimensions del temps durant l'envelliment: a) en primer lloc, el *temps de vida*, relacionat amb el temps cronològic, del qual formen part les experiències viscudes; b) segonament, el *temps social*, relacionat amb les representacions socials de l'entorn cultural on es desenvolupa cada subjecte, així com l'estatus i el prestigi que cada cultura atorga a la gent gran; c) i finalment, el *temps històric*, que es caracteritza pels esdeveniments socials, econòmics i polítics que han influït en el recorregut vital de cada individu.

Així, doncs, la perspectiva del cicle vital reconeix que les experiències, passades o presents, estan mediatitzades per l'entorn social, econòmic i cultural. En epidemiologia, aquesta perspectiva s'utilitza per a poder estudiar els riscos físics i socials presents durant la gestació, o fins i tot abans, la infància, l'adolescència, la joventut i l'edat adulta, els quals poden afavorir l'aparició de malalties cròniques en etapes posteriors de la vida. Durant els primers anys de la vida, les principals causes de malaltia o de mort són les malalties transmissibles, les malalties maternes o perinatals i els dèficits nutricionals. Al final de la infantesa, durant l'adolescència i la joventut, les lesions i les malalties no transmissibles assumeixen un paper important en la morbimortalitat, mentre que a la meitat de la vida i en els anys posteriors ho són les malalties cròniques i degeneratives.

L'evidència empírica posa en relleu que els orígens de les malalties cròniques, com és el cas de la diabetis o les malalties cardíques, comencen en la primera infància o fins i tot abans. Segons els experts de l'OMS, l'objectiu de la perspectiva de cicle vital és identificar els processos biològics, comportamentals i psicosocials que modulen la salut per tal d'intervenir de forma preventiva en les etapes primerenques.

Des d'un enfocament psicològic, les teories existents sobre el cicle vital consideren que existeixen períodes crítics associats a determinats moments del procés de desenvolupament humà, en els quals l'exposició a certs riscos ambientals pot ser molt perniciosa per a la salut global i afectar-la a llarg termini. No obstant això, estan mediatitzades per la personalitat de cada subjecte, les actituds, els hàbits i els valors per a afrontar la vida.

Si tenim en compte l'envelliment, la perspectiva de cicle vital deixa constància que l'envelliment és un procés individual i únic, atès que el vell, abans que vell, és un subjecte que ha fet tot un recorregut de vida previ en un context sociohistòric concret. No és el mateix una dona gran que va néixer a Catalunya l'any 1920, que aquella que va néixer en els anys cinquanta. Les oportunitats vitals que ha tingut, el context polític, cultural i econòmic en què va viure la seva infantesa o joventut, no són els mateixos que la generació nascuda l'any 1950.

En la segona Assemblea de les Nacions Unides sobre l'envelliment, la qual es va dur a terme a Madrid, l'any 2002, l'OMS va presentar el document *Envelliment actiu: un marc polític*, el qual havia estat debatut àmpliament per experts de diferents països d'arreu del món, sota la direcció de Peggy Edwards, assessora de Health Canadà.

El document parteix del supòsit que, perquè l'envelliment sigui una experiència positiva i es pugui viure amb plenitud, ha d'anar acompanyat d'oportunitats continuades de protecció de la salut, de participació en l'entorn i de seguretat, quant a accessibilitat a les prestacions, ajuts i serveis. Així, doncs, l'envelliment actiu i satisfactori seria aquell que permet desenvolupar al màxim el potencial físic, social i mental, participant en la societat, d'acord amb les pròpies necessitats, interessos o desitjos, mentre es proporciona protecció, seguretat i cures adequades, en el cas que es requereixi atenció o suport del seu entorn.

Respecte a la societat, un dels pilars que sostenen l'envelliment actiu i satisfactori són els drets humans de la gent gran, dels quals les Nacions Unides (2002) n'anomena cinc: *Independència*, que inclou la satisfacció de les necessitats essencials per a la supervivència: habitatge, alimentació adequada, així com l'accés als serveis, les prestacions i l'educació, entre altres. *Participació*, entesa com el dret a participar activament en la formulació de polítiques que afectin directament el seu benestar, compartir la seva experiència i coneixements amb els altres i formar part de moviments o associacions. El tercer dret fonamental és l'*atenció*, o el dret de rebre cures personals, quan temporalment o definitivament es necessita ajuda de l'entorn, ja sigui a través de la pròpia família o dels serveis socials o sanitaris. L'*autorealització* fa referència a l'oportunitat de continuar gaudint de la vida a través del lleure, la cultura, la formació o altres activitats. Finalment, el cinquè principi és la *dignitat*, que afirma que les persones grans han de viure d'una manera digna i segura, sense veure's sotmeses a maltractaments físics, psicològics o econòmics i ser tractades amb respecte i com a persones adultes, amb capacitats per a decidir sobre la pròpia vida, sempre i quan es conservin les seves capacitats mentals.

Per al grup d'experts que van elaborar el document, els factors que determinen aquest envelliment satisfactori són d'ordre molt divers i intervenen directament en la complexitat de garantir viure la vellesa amb plenitud. Dels resultats empírics que s'han obtingut fins al moment, no és possible atribuir a una causalitat directa cap d'aquests factors determinants. Tanmateix, cada un d'ells o la interacció entre ells actuen com a predictors de les condicions de vida i de salut durant l'envelliment.

Els factors determinants d'un envelliment satisfactori s'agrupen en sis categories: 1) els que estan relacionats amb els sistemes de salut i les polítiques socials; 2) els factors

comportamentals, que tenen a veure amb les formes de viure de cada individu; 3) els factors personals, tant els que guarden relació amb la biologia i la genètica de la persona com els factors psicològics, innats o adquirits; 4) l'entorn ambiental; 5) l'entorn social, i 6) els factors socioeconòmics. Tots aquests factors, a la vegada, estan influïts per factors d'ordre transversal: la cultura on s'inscriu l'individu i el gènere al qual pertany.

Certament, la cultura que ens envolta té una marcada influència en la forma com envellim. Les representacions socials de la vellesa, la forma d'imaginar o interpretar el que significa «ser vell», ja sigui a través de les nostres experiències o dels missatges que ens arriben dels mitjans de comunicació, les arts o la interrelació amb els altres, són percebudes, reinterpretades i introjectades de manera que condicionaran les nostres actituds davant del propi envelliment o el dels altres.

En les societats més desenvolupades econòmicament i tecnològicament, que també són les que tenen una proporció més elevada de gent gran, els valors socials predominants s'organitzen al voltant del treball i la productivitat. En conseqüència, socialment té més valor el que representa la imatge «jove», com a contrapunt del que representa la imatge de «la vellesa». Els fils conductors d'aquestes dues imatges contraposades s'articulen en base a dos eixos: *Productivitat/No productivitat i Acceleració i Alentiment*. Segons Teresa San Román (1989), la valoració social d'un determinat col·lectiu s'expressa mitjançant el prestigi i l'estatus social que ocupa. Segons ens diu ella mateixa en el seu llibre *Vejez y cultura*, les persones d'edat avançada són devaluades progressivament per la societat, cosa que afecta l'autoestima de l'individu i condiciona les oportunitats que se li ofereixen. Aquesta actitud devaluadora i discriminatòria repercuteix severament sobre el tracte que reben i la qualitat d'atenció.

Posem un exemple. L'altre dia, una companya m'explicava que la seva mare, de setanta-dos anys, amb una greu afecció en ambdós genolls, la qual restringia severament la seva mobilitat, pràcticament no podia sortir de casa. Fa uns mesos va anar a trobar un especialista, el qual va indicar la conveniència de posar una pròtesi. Tanmateix hi havia una llista d'espera de dos anys. Certament, per a una persona gran, en aquestes condicions, dos anys és un temps d'espera molt llarg. La despesa sanitària que representa la inserció d'una pròtesi és elevada, però la urgència per a la persona és vital, de la mateixa manera que per a una persona més jove és vital un trasplantament sobretot si està en joc la seva vida.

Pel que fa al sexe, cal dir que tot i que l'esperança de vida de les dones és més elevada que la dels homes, també és cert que en les dues enquestes de salut realitzades a Espanya (1994, 2000), coincideixen les dades que ens mostren que les dones, en general, tenen una pitjor percepció del seu estat de salut que els homes. Ara per ara, les dones són les principals cuidadores d'altres persones grans amb dependència. D'altra banda, les dones d'edats molt avançades són el grup social que presenta un nivell d'analfabetisme més elevat, ja que formen part d'unes cohorts generacionals amb escasses oportunitats socials: la pobresa i la solitud condicionen severament les seves condicions de vida i de salut. Moltes d'aquestes dones han patit els efectes d'una mala alimentació, una salut reproductiva molt precària i unes condicions de treball difícils. El document de l'OMS (1998) *Mujeres, envejecimiento y salud: conservar la salud a lo largo de la vida*, preparat per Ruth Bonita per a la Comissió Mundial de la Salut de la Dona, posa en relleu que el gènere, que determina el valor social de les dones, els condiciona negativament un envelliment satisfactori.

A tall de resum, es pot afirmar que cultura i gènere actuen, doncs, sobre la resta de factors que influeixen en el procés d'envelliment individual.

Pel que fa a les cinc categories de factors que poden influir en la salut, citarem primer els que guarden relació amb l'accessibilitat als serveis socials i sanitaris, així com l'accés a la informació necessària per al manteniment de la salut i la prevenció de la dependència o les malalties. Aquests aspectes són fonamentals, no únicament durant l'etapa del final de la vida, sinó durant tot el cicle vital, i especialment en els períodes crítics, ja sigui per raó de l'aparició de malalties o bé per les crisis maduratives del cicle de vida.

La gran diversitat de situacions i experiències que viuen els individus, així com la complexitat del sistema sanitari i social actual, fan necessari que ambdós sistemes coordinin les seves intervencions per tal de poder garantir l'assignació del servei més idoni, si s'escau, per a cada cas i una atenció continuada.

De manera que la promoció de la salut, la prevenció de la dependència, la detecció de part dels professionals de la població gran fràgil o de risc, així com els serveis preventius, curatius o de suport, són alguns dels elements indispensables per a assegurar que les persones que envelleixen puguin incrementar els anys de vida viscuts amb un màxim de qualitat i seguretat.

El segon grup de factors que influeixen en la salut té a veure amb els comportaments que cada individu ha adoptat en les diferents etapes de la seva vida. És cert que els estils de vida i la relació amb el nostre entorn influeixen en la nostra salut, tant física com mental. Això no obstant, el *quid* de la qüestió rau en com en l'edat adulta podem modificar alguns dels comportaments que estan tan arrelats en les nostres formes de vida. En aquest sentit, l'any 1998 l'OMS va fer públic un document on es considera l'educació terapèutica com el conjunt de pràctiques orientades a facilitar que la persona adquireixi, de forma responsable, competències per tal de poder modificar els hàbits perjudicials i tenir cura de la salut, en col·laboració amb els professionals de la salut.

El document destaca la necessitat d'implantar programes de formació centrats en el subjecte, donant l'oportunitat que adquireixi un saber fer que li garanteixi un cert equilibri en la seva vida quotidiana. Aquest tipus d'educació ha de formar part d'un procés continuat i sistemàtic d'aprenentatge en diferents etapes de la vida i és especialment necessari en el moment que apareix una malaltia crònica. Ha d'incloure accions de sensibilització, d'informació i d'adquisició d'aprenentatges, però també ha de ressaltar el valor de la comunicació i de les relacions amb els altres. Aquesta perspectiva d'intervenció apel·la a la responsabilitat individual, retornant-li el reconeixement de les seves capacitats i compromís per a exercir un cert domini sobre una situació determinada i, en conseqüència, participar activament en el seu propi benestar.

Els determinants de la salut relacionats amb els factors personals reconeixen la influència de la biologia i de la genètica en el procés d'envelliment de cada subjecte. Tot i que el genoma humà té a veure amb la causa de moltes malalties, els factors mediambientals també influeixen en la seva aparició. Existeix un cert consens entre la comunitat científica que la salut i la malaltia són el resultat de la combinació entre la genètica, el medi ambient, l'estil de vida i la nutrició i, en bona mesura, també l'atzar.

Segons els pocs estudis longitudinals que s'han fet respecte al declivi del rendiment cognitiu en les persones d'edat avançada, molts asseguren que pot ser una conseqüència del desús, de la malaltia o de factors psicològics. Entre ells destaquen la pèrdua d'interès en l'entorn, la manca de confiança en un mateix o la pèrdua del desig. La confiança en la pròpia capacitat per a afrontar i adaptar-se als canvis i esdeveniments que afecten la pròpia vida o d'elaborar les pèrdues tant de persones significades com el declivi físic o la pèrdua de rols dins la societat, influeixen en la salut.

La quarta categoria de factors és l'adequació de l'entorn físic. És ben cert que un entorn físic que tingui en compte les

necessitats d'una persona gran pot marcar la diferència entre la independència i la dependència. Tot i no disposar de dades, les informacions de les quals disposem ens diuen que no és gens menyspreable el nombre de persones grans que viuen aïllades socialment i que no poden sortir de casa en funció de tres variables: la restricció de la mobilitat, la manca de suport extern, formal o informal, i el fet de viure en un habitatge sense ascensor.

Un entorn segur i accessible, lliure de barreres arquitectòniques i condicionat per tal d'evitar el risc de caigudes o accidents, és essencial per a garantir que la persona pugui escollir lliurement allà on vol viure.

L'entorn físic es relaciona en bona mesura amb el cinquè grup de factors determinants, l'entorn social. La manca de suport extern (ja sigui personal, material o emocional) s'associa a un major risc de morbiditat i mortalitat, però també amb la percepció subjectiva de benestar o, ans al contrari, amb la davallada de les capacitats, la pèrdua del desig de continuar vivint, l'abandonament personal i l'autoexclusió. La manca de vincles afectius, la soledat o les relacions familiars conflictives són una font d'estrès i de manca d'adaptació, mentre que les relacions significatives i el suport emocional són una font de satisfacció i d'enfortiment de la pròpia identitat.

Finalment, cal considerar també un altre determinant, l'econòmic. Tenint en compte un doble vessant: els ingressos i la protecció social.

Segons l'Observatori de la Gent Gran de l'IMSERSO, el percentatge de persones grans que l'any 2000 vivien per sota del llindar de pobresa a Espanya era aproximadament d'un 21%. La mateixa font diu que entre les persones que tenen més de setanta-nou anys, pràcticament un 29% viuen per sota del llindar de la pobresa. D'aquestes dades es desprèn que moltes persones d'edat avançada no tenen suficients ingressos per a accedir a una nutrició adequada o

a un habitatge en bones condicions. Els més vulnerables són aquells que no disposen de béns propis, a penes tenen estalvis i no disposen d'una xarxa familiar que els doni el suport material indispensable.

La protecció social de les persones grans en situació de vulnerabilitat, d'extrema fragilitat i de dependència és un dels reptes més importants que la nostra societat ha de resoldre de manera immediata i eficaç. Som encara molt lluny d'arribar als nivells de prestacions o de serveis socials que tenen altres països europeus, com és el cas dels països nòrdics. Certament, el nostre país va incorporar molt tard els principis bàsics de l'Estat de Benestar que es van imposar en bona part d'Europa després de la Segona Guerra Mundial. A casa nostra, la protecció social apareix com a dret universal l'any 1982 amb la primera Llei de Serveis Socials. En aquests anys s'ha avançat molt, però el camí per recórrer és encara molt llarg.

Durant el segle xx, a Europa, l'esperança de vida dels homes i dones s'ha allargat fins a uns límits que eren impensables als inicis d'aquest segle. Avui dia, en els països anomenats «desenvolupats» (on, paradoxalment, s'incrementen les bosses de pobresa i d'exclusió social), l'esperança de vida es mou entre 75 anys per als homes i 82 per a les dones. Malgrat que aquestes xifres ens fan palès l'increment de la longevitat d'un grup important de la població, encara són molts els polítics, comunicadors o científics que parlen de l'envelliment com un problema de la societat actual. A propòsit d'aquesta imatge social força negativa de l'envelliment, Gro Harlem Brundtland, de l'OMS, deia l'any 1999: «L'envelliment de la població és, sobretot, la història de l'èxit de les polítiques de salut pública i de les millores que ha suposat el desenvolupament social, tecnològic i econòmic...»

Per bé que són moltes les persones que arriben a edats avançades amb una pèrdua d'autonomia lleu, moderada o severa, també és cert que moltes hi arriben amb un nivell de salut excepcional.

L'envelliment no és, en si mateix, un problema; forma part de la condició humana. Ara bé, significa un gran repte, personal i social: personal, quant a, com a subjectes, el nostre recorregut vital és únic i irrepetible, i també depèn de nosaltres mateixos fer camí per descobrir què és allò que dóna sentit i valor a la nostra vida i actuar en conseqüència. La vellesa és, segons Erikson (1968), el final d'un llarg recorregut, on cal fer balanç d'allò viscut. Una actitud positiva davant el propi envelliment és aquella que reconeix i accepta el cicle de vida propi amb realitat, conscient de les limitacions però també de les oportunitats que un ha viscut, dels fracassos però també dels èxits, apropant els ideals a la realitat viscuda. És aquella actitud serena que fa dir: «Val la pena continuar vivint.» Al contrari, la desesperació és aquella actitud que ens mena a pensar que estem lluny d'haver assolit la nostra satisfacció vital i realització personal, que les circumstàncies en què hem viscut, és a dir, el món extern, ens han impedit de trobar satisfacció en allò que som o allò que fem.

Tal com diu Edgar Morin (2001), cal reconèixer que qualsevol subjecte és potencialment no sols actor, sinó autor, amb capacitat de *Cognició/Tria i decisió*. La societat no està pas lliurada solament, ni tan sols principalment, a determinacions materials; la societat és un joc d'*Enfrontament/Cooperació* entre individus subjectes, entre «nosaltres» i «jos».

Però també l'envelliment satisfactori és un repte polític, el qual significa crear o facilitar les condicions necessàries per què els homes i dones puguin arribar fins a edats avançades, gaudint d'oportunitats de participació en el seu entorn, de salut i de seguretat. Aquests són els pilars bàsics del document *Envelliment actiu: un marc polític*, que ha centrat la meua exposició.

Bibliografia

- BONITA, R. (1998), *Mujeres, envejecimiento y salud: conservar la salud a lo largo de la vida*. Ginebra: OMS.
- ERIKSON, E. (1968, 1993), *El ciclo vital completado*. Mexico: Paidós.
- GOL, J. (1984), «Ideología i actituds predominants en el nostre sistema sanitari. Bases conceptuals per a un canvi», en GOL, J. *Salut, Sanitat i Serveis Socials*. Barcelona: Publicacions de l'Escola de Treball Social.
- Help Age International (2000), *El sello de una sociedad noble: derechos humanos y personas mayores*. Londres: Help Age International.
- MORIN, E. (2001), *Tenir el cap clar: per organitzar els coneixements i aprendre a viure*. Barcelona: La Campana.
- NEUGARTEN, B. (1999), *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Observatorio de las personas mayores. (2002), Datos estadísticos estatales y por CCAA. Informe 2002. Madrid: IMSERSO.
- Organització Mundial de la Salut (2002), «Envejecimiento activo: un marco político», *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. N 37 (S2), pp 74-105.
- OMS (1998), *Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO Working Group*. Copenhagen: WHO.
- RILEY, J. W. (1994), «Más allá del concepto de vejez productiva. Cambios en las vidas y en las estructuras sociales». *Revista de Gerontología*, nº 3, pp. 202-206.
- SAN ROMAN, T. (1990), *Vejez y cultura*. Barcelona: Fundació La Caixa.