

ESTEREOTIPS NEGATIUS RESPECTE
L'ENVELLIMENT I LA VELLESA DEL COL·LECTIU
DE PROFESSIONALS I USUARIS A CENTRES
GERONTOLÒGICS DE LA COMARCA DE LA
SELVA. TRADUCCIÓ I ADAPTACIÓ DEL CENVE

Esperança Vicente Bellas

Per citar o enllaçar aquest document:
Para citar o enlazar este documento:
Use this url to cite or link to this publication:
<http://hdl.handle.net/10803/674213>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-
NoComercial-CompartirIgual

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-
CompartirIgual

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-
ShareAlike licence



TESI DOCTORAL

ESTEREOTIPS NEGATIUS RESPECTE
L'ENVELLIMENT I LA VELLESA DEL COL·LECTIU DE
PROFESSIONALS I USUARIS A CENTRES
GERONTOLÒGICS DE LA COMARCA DE LA SELVA.
TRADUCCIÓ I ADAPTACIÓ DEL CENVE

Esperança Vicente Bellas

2021



TESI DOCTORAL

ESTEREOTIPS NEGATIUS RESPECTE
L'ENVELLIMENT I LA VELLESA DEL COL·LECTIU DE
PROFESSIONALS I USUARIS A CENTRES
GERONTOLÒGICS DE LA COMARCA DE LA SELVA.
TRADUCCIÓ I ADAPTACIÓ DEL CENVE

Esperança Vicente Bellas

2021

PROGRAMA DE DOCTORAT EN PSICOLOGIA, SALUT I QUALITAT DE
VIDA

Dirigida i tutoritzada per: Dra. Maria Aymerich Andreu

Memòria presentada per optar al títol de doctora per la Universitat de Girona

A tots aquells que han patit durant l'any 2020, esperem que tot millori!

A la meva família per aguantar els meus nervis, en especial a tu, carinyo...

Agraïments

No podia començar d'una altra manera.... Agraint molt sincerament a la Maria, el Pere, la Pepeta, la Carme, el Josep, el Marc, la Sara, la Marta, la Lluïsa, el Pau, la Joaquina, la Jaiza... (no puc recordar tots els vostres noms però si les vostres paraules), a tots aquells avis i treballadors que m'heu ajudat, amb molta amabilitat i generositat, amb aquest estudi; No em puc imaginar com heu estat aquest any... només espero que amb aquesta recerca ajudem a que millori la vida als centres, ni que sigui una mica... Als equips directius per ser tant propers, presentar-me a tothom i facilitar-me un espai tranquil a casa vostra, sé que no ha estat fàcil però sabeu que la qualitat comença pel coneixement i això diu molt de la vostra feina.

A la Dra. Maria Aymerich Andreu agrair-li la seva dedicació, no sé si sap el que m'ha ajudat; He après tant, que no sé ni per on començar... a més les seves paraules de motivació m'han fet seguir avançant tot i les dificultats. Gràcies per tanta paciència, tants coneixements i tanta implicació.

Aquells que abans ja han fet el primer pas en aspectes com la dignitat, el respecte, la solidaritat, el reconeixement, els valors, etc. envers la gent gran es mereixen un agraïment especial, tots i cada un de vosaltres heu posat un granet de sorra perquè jo estigui escrivint aquestes línies i intentem que el futur de la gent gran sigui cada vegada millor. Especialment vull agrair a la Dra. Concepción Sánchez Palacios el seu temps i reconèixer-li el mèrit de la realització del CENVE, ha estat un exemple a seguir per mi. Gracias doctora Sánchez Palacios.

Al Dr. Salvador Altimir Losada, la Dra. Sonia Jiménez Panés, la Dra. María Esperanza Dudet Calvo, el Dr. Juan Antonio Amador Campos, el Dr. Francesc Martínez Olmos, el Dr. Juan Carlos Suárez Falcon, la Dra. Alicia Guidonet Riera, la Dra. Marta Cano Català, el Dr. Arnau Amat Vinyoles, el Josep Arnau Besora Cunillera i tots aquells experts que m'han ajudat però volen mantenir l'anonimat; La vostra ajuda, d'una manera o una altra, ha establert les bases per

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

aquesta investigació, sou tots uns grans professionals i ens ajudeu a d'altres a seguir avançant, gràcies, de debò.

Finalment donar mil gràcies a la meva família, sou la millor família que podia tenir... en especial a la Laura, és fàcil fer algunes coses quan et donen un cop de mà amb tanta alegria! Al meu pare per fer-me com soc, la teva saviesa ha fet que sigui lluitadora, treballadora i sobretot respectuosa amb els altres, Gracias por la vida papa! I a tu, Jordi, el meu company, el meu amic, el meu amor, tu m'ajudes cada dia a seguir el camí, tots dos, junts per sempre, creixem plegats perquè l'un a l'altre ens fem costat i només així els problemes del dia a dia es poden superar. Gràcies per ser-hi sempre!

Novembre de 2021,
Esperanza Vicente Bellas

Índex General

Agraïments	I
Índex General	III
Índex de Figures	VII
Índex de Taules	XI
Llistat de Sigles.....	XV
Resum	XIX
Resumen	XX
Abstract.....	XXII
Introducció	2
MARC TEÒRIC.....	6
1. Estereotips. Conceptualització i Fonaments	8
1.1. Aproximació Teòrica	8
1.2. Formació d'Estereotips	11
1.3. La Profecia que s'Autocompleix o l'Efecte Pigmalión Negatiu.....	13
1.4. Estratègies Transformadores d'Estereotips	13
2. Envelliment i Vellesa.....	18
2.1. Conceptualització	18
2.2. Teories de l'Envelliment.....	29

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

2.3. Sòcio-demografia de l'Envelliment.....	35
2.4. Envelliment, Discapacitat i Dependència	45
2.5. Envelliment Actiu i Satisfactori.....	48
3. Percepció Social de l'Envelliment i la Vellesa	51
3.1. Evolució Històrica	51
3.2. Edatisme (Ageism)	58
3.3. Mites i Realitats envers l'Envelliment.....	61
3.4. Conseqüències de l'Edatisme.....	63
3.5. Variables Relacionades	65
3.6. Mesura d'Actituds i Estereotips envers l'Envelliment i la Vellesa	73
4. Centres Gerontològics	76
4.1. Legislació.....	76
4.2. Conceptes i Tipologia	91
4.3. Valoració Geriàtrica Integral	93
4.4. Sòcio-Demografia.....	101
4.5. Estereotips als Establiments Gerontològics	103
4.6. L'Atenció Centrada en la Persona com a Estratègia Transformadora d'Estereotips Institucionalitzats	104
5. Situació durant la Pandèmia de COVID-19.....	106
5.1. Morbi-Mortalitat del Virus SARS-CoV-2	106
5.2. Actituds Edatistes durant la Pandèmia de COVID-19	111

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

MARC EMPÍRIC	114
1. Introducció	116
2. Fase 1 de l'Estudi: Traducció i Adaptació del CENVE al Català	118
2.1. Introducció	118
2.2. Objectius	119
2.3. Metodologia	120
2.4. Resultats	126
2.5. Discussió	151
3. Fase 2 de l'Estudi: Anàlisi dels Estereotips Negatius envers l'Envelliment i la Vellesa dels Professionals i els Usuaris de Centres Gerontològics de la Selva i Relació amb Altres Variables.....	155
3.1. Introducció	155
3.2. Objectius	156
3.3. Metodologia	156
3.4. Resultats	174
3.5. Discussió	268
Conclusions	278
Bibliografia	280
Annexos	302
Annex A. Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems de Muñiz et al. (2013).....	304

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

Annex B. CENVE	306
Annex C. Missatges electrònics per autenticar i legalitzar el test traduït.....	307
Annex D. CENVE-CAT.....	308
Annex E. Centres gerontològics de La Selva	309
Annex F. MEC de Lobo.....	310
Annex G. MEC de Lobo en català.....	312
Annex H. Cuestionario ad hoc.....	314
Annex I. Qüestionari ad hoc.....	316
Annex J. Índice de Barthel (IB).....	318
Annex K. Índex de Barthel (IB) en català.....	319
Annex L. Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS)	320
Annex M. Escala de Satisfacció amb la Vida (SWLS)	321
Annex N. Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)	322
Annex O. Escala d'Autoestima de Rosenberg (EAR)	323
Annex P. Consentiment Institucional.....	324
Annex Q. Consentimiento informado participantes.....	326
Annex R. Consentiment informat participants	328

Índex de Figures

Figura 1. Model de formació i canvi dels estereotips de Bar-Tal.....	12
Figura 2. Piràmides poblacionals Catalunya 2018-2060.....	36
Figura 3. Esperança de vida en néixer Catalunya, Espanya i Europa. 2004-2018.....	37
Figura 4. Taxa de natalitat mundial en percentatge. 2019.....	38
Figura 5. Piràmide poblacional La Selva. 2019.....	41
Figura 6. Evolució del creixement poblacional segons el sexe de La Selva. 1998-2019....	42
Figura 7. Procés de dependència.....	47
Figura 8. Comparació percentatges d'acord dels 13 estereotips 1991-2006-2011.....	60
Figura 9. Variabilitat en condicions bio-psico-socials del projecte EXCELSA-P per grups d'edat.....	62
Figura 10. Relació entre estereotips i malalties cardiovasculars.....	64
Figura 11. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020.....	90
Figura 12. Elements de la Valoració Geriàtrica Integral.....	94
Figura 13. Recursos socio-sanitaris. Catalunya, 2018.....	102
Figura 14. Principis i Criteris de l'ACP.....	105
Figura 15. Comparativa de casos confirmats COVID-19 per regions.....	106
Figura 16. Comparativa del nombre de morts diaris amb SARS-CoV-2 per regions.....	107
Figura 17. Taxa de mortalitat per SARS-CoV-2 per edats a diferents països.....	108
Figura 18. Evolució de l'epidèmia COVID-19 a Catalunya. Població total.....	109
Figura 19. Evolució de l'epidèmia COVID-19 a Catalunya. Població residencial.....	110
Figura 20. Nombre de defuncions per COVID-19 i per edats a Catalunya. Població total..	111
Figura 21. Procés d'adaptació de tests.....	122
Figura 22. Definició variable "Estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa".....	159

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

Figura 23. Definició variable "Institució".....	161
Figura 24. Definició variable "Participació en activitats".....	163
Figura 25. Relació entre els instruments i les variables d'estudi.....	164
Figura 26. Histograma Puntuació CENVE mostra total.....	175
Figura 27. Histograma Puntuació agrupada CENVE mostra total.....	176
Figura 28. Gràfica Q-Q normal Puntuació CENVE mostra total.....	178
Figura 29. Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació CENVE mostra total.....	179
Figura 30. Gràfica de caixa i bigotis Puntuació CENVE mostra total.....	180
Figura 31. Gràfica de tija i fulles Puntuació CENVE mostra total.....	181
Figura 32. Histograma comparatiu Puntuació CENVE ambdues mostres.....	182
Figura 33. Histogrames agrupats comparatius Puntuació CENVE ambdues mostres.....	184
Figura 34. Gràfiques Q-Q Puntuació CENVE ambdues mostres.....	187
Figura 35. Gràfiques Q-Q sense tendència Puntuació CENVE ambdues mostres.....	187
Figura 36. Gràfica comparativa Caixa i bigotis Puntuació CENVE ambdues mostres.....	188
Figura 37. Gràfica de barres Gènere ambdues mostres.....	199
Figura 38. Gràfica de sectors Convivència amb ancians mostra total.....	201
Figura 39. Gràfica de barres Convivència amb ancians ambdues mostres.....	201
Figura 40. Gràfica de sectors Estudis relacionats amb la salut mostra total.....	203
Figura 41. Gràfica de tija i fulles Puntuació EAR mostra total.....	208
Figura 42. Histograma EAR mostra total.....	209
Figura 43. Gràfica Q-Q normal Puntuació EAR mostra total.....	211
Figura 44. Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació EAR mostra total.....	211
Figura 45. Gràfica de Caixa i bigotis Puntuació EAR mostra total.....	212
Figura 46. Histograma Puntuació EAR usuaris.....	213

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

Figura 47. Histograma Puntuació EAR professionals.....	213
Figura 48. Gràfica Q-Q normal Puntuació EAR usuaris.....	217
Figura 49. Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació EAR usuaris.....	217
Figura 50. Gràfica Q-Q normal Puntuació EAR professionals.....	218
Figura 51. Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació EAR professionals.....	218
Figura 52. Gràfica comparativa Caixa i bigotis Puntuació EAR ambdues mostres.....	219
Figura 53. Histograma Puntuació SWLS mostra total.....	220
Figura 54. Histograma Puntuació agrupada SWLS mostra total.....	221
Figura 55. Gràfica Q-Q normal Puntuació SWLS mostra total.....	223
Figura 56. Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació SWLS mostra total.....	223
Figura 57. Gràfica de Caixa i bigotis Puntuació SWLS mostra total.....	224
Figura 58. Histograma Puntuació SWLS mostra usuaris.....	226
Figura 59. Histograma Puntuació SWLS mostra professionals.....	226
Figura 60. Gràfica Q-Q normal Puntuació SWLS mostra d'usuaris.....	229
Figura 61. Gràfica Q-Q normal Puntuació SWLS mostra professionals.....	229
Figura 62. Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació SWLS mostra usuaris.....	230
Figura 63. Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació SWLS mostra professionals...	230
Figura 64. Gràfica de Caixa i bigotis Puntuació SWLS ambdues mostres.....	231
Figura 65. Gràfica de sectors Capacitat funcional mostra usuaris.....	232
Figura 66. Gràfica de sectors Participació en activitats socials mostra usuaris.....	235
Figura 67. Gràfica de sectors Participació en activitats de psicoestimulació mostra usuaris.....	235
Figura 68. Gràfica de sectors Participació en activitats físiques mostra usuaris.....	236
Figura 69. Perfils amb major i menor nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa. Mostra total.....	267

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

Figura 70. Perfils amb major i menor nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa.

Mostra d'usuaris 268

Figura 71. Perfils amb major i menor nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa.

Mostra de professionals 268

Índex de Taules

Taula 1. Evolució de la natalitat segons diferents escenaris. 2006-2040.....	39
Taula 2. Creixement migratori dels àmbits del Pla Territorial i Catalunya. Escenari mitjà. 2010-2025.....	40
Taula 3. Dades econòmiques per sectors. La Selva i Catalunya. 2017/2020.....	42
Taula 4. Dades sociodemogràfiques de La Selva i Catalunya. 2018/2019.....	43
Taula 5. Mites i realitats sobre les persones grans.....	59
Taula 6. Traduccions al català del CENVE.....	127
Taula 7. Retro-traducció al castellà de les traduccions del CENVE.....	130
Taula 8. Revisió per la Comissió d'Experts dels ítems del pre-test.....	134
Taula 9. Descripció de la mostra catalana de la prova pilot.....	138
Taula 10. Descripció de la mostra castellana de la prova pilot.....	138
Taula 11. Estadístics total-ítem i ítems del pre-test a la prova pilot.....	140
Taula 12. Estadístics total-ítem i ítems del CENVE a la prova pilot parla castellana.....	141
Taula 13. Pesos factorials dels ítems del CENVE i del pre-test a la mostra de l'estudi original, la mostra de la prova pilot castellana i la catalana.....	143
Taula 14. Estadístics total-ítem i ítems puntuacions CENVE mostra total.....	148
Taula 15. Estadístics total-ítem i ítems puntuacions CENVE-CAT mostra total.....	149
Taula 16. Pesos factorials dels ítems del CENVE i del CENVE-CAT a la mostra total de parla castellana i la catalana.....	150
Taula 17. Descripció de les variables d'estudi sociodemogràfiques.....	160
Taula 18. Descripció de les variables psicològiques.....	162
Taula 19. Relació dels centres amb el tipus de participant.....	174
Taula 20. Estadístics descriptius puntuació CENVE mostra total.....	177

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

Taula 21. Estimadors-M puntuació CENVE mostra total.....	177
Taula 22. Proves de normalitat puntuació CENVE mostra total.....	178
Taula 23. Taula de Percentils Puntuació CENVE mostra total.....	180
Taula 24. Estadístics descriptius puntuació CENVE ambdues mostres.....	185
Taula 25. Estimadors-M puntuació CENVE ambdues mostres.....	186
Taula 26. Proves de normalitat puntuació CENVE ambdues mostres.....	186
Taula 27. Taula de contingència Ítems CENVE i puntuacions. Professional i Usuari.....	189
Taula 28. Taula de freqüències per tipus de participant mostra total.....	197
Taula 29. Freqüències per edat mostra total.....	198
Taula 30. Freqüències per edat ambdues mostres.....	198
Taula 31. Freqüències per gènere mostra total.....	199
Taula 32. Taula de contingència per estat civil segons mostres.....	200
Taula 33. Taula de contingència per nivell d'estudis mostra total i ambdues mostres.....	202
Taula 34. Taula de contingència per estudis en l'àmbit de la salut mostra total i ambdues mostres.....	204
Taula 35. Taula de contingència per grup professional mostra total i ambdues mostres....	205
Taula 36. Taula de contingència per salut subjectiva mostra total i ambdues mostres.....	207
Taula 37. Estadístics descriptius puntuació EAR mostra total.....	209
Taula 38. Estimadors-M per Nivell d'autoestima mostra total.....	210
Taula 39. Proves de normalitat puntuació EAR mostra total.....	210
Taula 40. Descriptius per puntuació EAR ambdues mostres.....	214
Taula 41. Estimadors-M per Nivell d'autoestima ambdues mostres.....	216
Taula 42. Proves de normalitat puntuació EAR ambdues mostres.....	216
Taula 43. Estimadors-M per Satisfacció amb la vida mostra total.....	221
Taula 44. Descriptius per puntuació SWLS mostra total.....	222

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

Taula 45. Proves de normalitat puntuació SWLS mostra total.....	222
Taula 46. Descriptius per puntuació SWLS ambdues mostres.....	227
Taula 47. Estimadors-M puntuació SWLS ambdues mostres.....	228
Taula 48. Proves de normalitat puntuació SWLS ambdues mostres.....	228
Taula 49. Freqüències per Capacitat funcional mostra usuaris.....	232
Taula 50. Freqüències per Participació en activitats mostra usuaris.....	234
Taula 51. Descriptius puntuació CENVE segons el tipus de participant. Mostra total.....	237
Taula 52. Prova Post hoc Dunn CENVE-Tipus de participant. Mostra total.....	238
Taula 53. Descriptius puntuació CENVE segons l'idioma. Mostra total.....	239
Taula 54. Descriptius puntuació CENVE segons l'edat. Mostra total.....	240
Taula 55. Prova Post hoc Dunn CENVE-Edat. Mostra total.....	240
Taula 56. Descriptius puntuació CENVE segons el gènere. Mostra total.....	243
Taula 57. Descriptius puntuació CENVE segons l'estat civil. Mostra total.....	243
Taula 58. Prova Post hoc Dunn CENVE-Estat civil. Mostra total.....	244
Taula 59. Descriptius puntuació CENVE segons convivència amb ancians. Mostra total...	245
Taula 60. Descriptius puntuació CENVE segons nivell d'estudis. Mostra total.....	246
Taula 61. Prova Post hoc Dunn CENVE-Nivell d'estudis. Mostra total.....	247
Taula 62. Descriptius puntuació CENVE segons els estudis relacionats amb la salut. Mostra total.....	249
Taula 63. Prova Post hoc Dunn CENVE-Estudis relacionats amb la salut. Mostra total.....	249
Taula 64. Descriptius puntuació CENVE segons la professió. Mostra total.....	250
Taula 65. Prova Post hoc Dunn CENVE-Grup professional. Mostra total.....	251
Taula 66. Descriptius puntuació CENVE segons el Centre. Mostra total.....	252
Taula 67. Prova Post hoc Dunn CENVE-Centre. Mostra d'usuaris.....	254

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

Taula 68. Descriptius puntuació CENVE segons el Tipus de centre. Mostra total.....	255
Taula 69. Descriptius puntuació CENVE segons la Titularitat del centre. Mostra total.....	256
Taula 70. Descriptius puntuació CENVE segons la Salut subjectiva. Mostra total.....	257
Taula 71. Prova Post hoc Dunn CENVE-Salut subjectiva. Mostra d'usuaris.....	258
Taula 72. Descriptius puntuació CENVE segons la Capacitat funcional. Mostra d'usuaris.	260
Taula 73. Prova Post hoc Dunn CENVE-Capacitat funcional. Mostra d'usuaris.....	261
Taula 74. Descriptius puntuació CENVE segons la participació en activitats socials. Mostra d'usuaris.....	262
Taula 75. Prova Post Dunn CENVE-Participació en activitats socials. Mostra d'usuaris.....	263
Taula 76. Descriptius puntuació CENVE segons la participació en psicoestimulació. Mostra d'usuaris.....	264
Taula 77. Descriptius puntuació CENVE segons la participació en activitats físiques. Mostra d'usuaris.....	265

Llistat de Sigles

ABVD	Activitats bàsiques de la vida diària
ACP	Atenció centrada en la persona
ADN	Àcid desoxiribonucleic
AE	Test: <i>Cuestionario Actitudes hacia el envejecimiento</i>
AFC	Anàlisi factorial confirmatòria
AIVD	Activitats instrumentals de la vida diària
ANCOVA	Anàlisi de la covariància
ANOVA	Anàlisi de la variància
AN-PP	Test: <i>Cuestionario de Atributos negativos y potencial positivo de la vejez</i>
APA	Associació Americana de Psicologia (<i>American Psychological Association</i>)
AVD	Activitats de la vida diària
CC	Centre concertat
CD	Centre de dia
CENVE	Test: <i>Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez</i>
CENVE-CAT	Qüestionari d'avaluació d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa (adaptació al català del CENVE)
CFI	Índex d'ajustament comparatiu
CLLR	Centre Llar Residència
COL	Centre col·laborador
COVID-19	Coronavirus disease 2019

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

CRC	Capacitat de Reserva Cerebral
CRCD	Centre amb Residència i Centre de dia
CSS	Centre Sociosanitari
DOGC	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
DSE	Test: <i>Diferencial semántico del envejecimiento</i>
DSM-V	Manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals cinquena edició
EAIA	Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència
EAR	Escala d'Autoestima de Rosenberg
EUROSTAT	Oficina Europea d'Estadística
EXCELSA-P	Estudi Europeu Longitudinal sobre Envel·liment-Pilot
F	Factor
FAQ	Test: <i>Facts on Aging Quiz</i>
FAQMH	Test: <i>Cuestionario de conocimientos sobre el envejecimiento</i>
FIV	Factors d'inflació de la variància
FP	Formació professional
HD	Hospital de dia
HDRS	L'Escala de valoració de Hamilton per l'avaluació de la depressió
IB	Test: Índex de Barthel
IDESCAT	(Idescat) Institut d'Estadística de Catalunya
IK	Test: Índex de Katz
ITC	<i>International Test Commission</i>

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

JASP	<i>Software: Jeffrey's Amazing Statistics Program</i>
KAOP	Test: <i>Escala de Actitudes hacia el adulto mayor de Kogan</i>
LLE	Llarga estada
ME	Mitja estada
MEC	Test: <i>Mini-examen cognoscitivo</i>
MMSE	Test: <i>Mini-Mental State Examination</i>
MNA	Test: <i>Mini Nutritional Assessment</i>
MPOC	Malaltia pulmonar obstructiva crònica
NNFI	Índex d'ajustament no normalitzat
OARS	Escala de recursos socials
OMS	Organització Mundial de la Salut
ONU	Organització de Nacions Unides
PADESS	Programa d'atenció domiciliària - Equip de suport
PEV	Centre privat
RL	Radicals lliures
SARS-CoV-2	<i>Severe acute respiratory syndrome Coronavirus</i>
RMSEA	Arrel quadrada de la mitjana de l'error d'aproximació
SPMSQ	Test: <i>Short Portable Mental Status de Pfeiffer</i>
SPSS	<i>Software: Statistical Package for the Social Sciences</i>
SRMR	Arrel quadrada mitjana residual estandarditzada
SWLS	Escala de Satisfacció amb la Vida

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

TDR	Test del Rellotge
TV	Televisió
UFISS	Unitats funcionals interdisciplinàries socio sanitàries
ULS	Mètode d'extracció de mínims quadrats no ponderats
UNED	Universidad Nacional de educación a distancia
UVic	Universitat de Vic
VAB	Valor afegit brut
VD	Variable dependent
VGI	Valoració geriàtrica integral
WC	Vàter
WHO	World Health Organization

Resum

La situació de pandèmia viscuda per la COVID-19 ha fet visible les actituds discriminatòries envers la gent gran, en especial en els centres gerontològics. Conèixer quins són els estereotips envers l'envelliment i la vellesa en els centres del nostre context és el primer pas per poder realitzar intervencions efectives encaminades a disminuir-los. Al present treball es planteja com a objectiu, en una primera fase, la traducció i adaptació del CENVE al català (CENVE-CAT) seguint les etapes establertes per la International Test Commission (ITC). Participen un total de 79 subjectes, 48 de parla catalana (60.8%) i 31 castellana (39.2%), de tres institucions de La Selva seleccionades per conveniència. Els resultats mostren equivalència entre les versions catalana i castellana del CENVE en tots els aspectes estudiats i unes bones garanties de fiabilitat i validesa. En una segona fase, a l'estudi es planteja com a objectiu la identificació dels estereotips envers l'envelliment i la vellesa dels professionals i els usuaris de centres gerontològics de la Selva i la seva relació amb variables sociodemogràfiques, psicològiques, institucionals i de participació en activitats. Els participants són 146 subjectes de cinc institucions gerontològiques, seleccionades per conveniència, el 58.2% usuaris (n1= 85) i el 41.8% professionals (n2= 61). Els participants responen al CENVE i el CENVE-CAT segons la seva preferència. Els resultats mostren que els usuaris presenten majors nivells d'estereotips que els professionals. El perfil d'usuari amb més estereotips és una dona, amb menors nivells de salut subjectiva, autoestima i satisfacció amb la vida, dependència moderada o total i que no participa en activitats socials. El perfil de professional amb més estereotips és el d'un/a auxiliar de parla castellana. Aquests resultats evidencien la necessitat d'implementar mesures diferenciades d'intervenció per disminuir o eradicar els estereotips, segons vagin dirigides al col·lectiu de professionals o d'usuaris.

Paraules clau: Estereotips, envelliment, vellesa, edatisme, centres gerontològics, usuaris, professionals, test, psicometria.

Resumen

Estereotipos negativos frente al envejecimiento y la vejez del colectivo de profesionales y usuarios en centros gerontológicos de la comarca de La Selva. Traducción y adaptación del CENVE

La situación de pandemia vivida por la COVID-19 ha hecho visible las actitudes discriminatorias hacia las personas mayores, especialmente en los centros gerontológicos. Conocer cuáles son los estereotipos frente al envejecimiento y la vejez en los centros de nuestro contexto es el primer paso para poder realizar intervenciones efectivas encaminadas a disminuirlos. En el presente trabajo se plantea como objetivo, en una primera fase, la traducción y adaptación del CENVE al catalán (CENVE-CAT) siguiendo las etapas establecidas por la International Test Commission (ITC). Participan un total de 79 sujetos, 48 de habla catalana (60.8%) y 31 castellana (39.2%), de tres instituciones de La Selva seleccionadas por conveniencia. Los resultados muestran equivalencia entre las versiones catalana y castellana del CENVE en todos los aspectos estudiados y buenas garantías de fiabilidad y validez. En una segunda fase, en el estudio se plantea como objetivo la identificación de los estereotipos hacia el envejecimiento y la vejez de los profesionales y usuarios de centros gerontológicos de la Selva y su relación con variables sociodemográficas, psicológicas, institucionales y de participación en actividades. Los participantes son 146 sujetos de cinco instituciones gerontológicas, seleccionadas por conveniencia, el 58.2% usuarios (n1=85) y el 41.8% profesionales (n2=61). Los participantes responden al CENVE y el CENVE-CAT según su preferencia. Los resultados muestran que los usuarios presentan mayores niveles de estereotipos que los profesionales. El perfil de usuario con más estereotipos es una mujer con menores niveles de salud subjetiva, autoestima y satisfacción con la vida, dependencia moderada o total y que no participa en actividades sociales. El perfil profesional con más estereotipos es el de un/a auxiliar de habla castellana. Estos resultados evidencian la

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

necesidad de implementar medidas diferenciadas de intervención para disminuir o erradicar los estereotipos, según vayan dirigidas al colectivo de profesionales o usuarios.

Palabras clave: Estereotipos, envejecimiento, vejez, edadismo, centros gerontológicos, usuarios, profesionales, test, psicometría.

Abstract

Negative stereotypes against aging and old age of professionals and users in gerontological centers in La Selva region. Translation and adaptation of CENVE

The pandemic situation experienced by COVID-19 has made discriminatory attitudes towards older people visible, especially in gerontological centers. Knowing which are the stereotypes regarding aging and old age in the centers of our context is the first step to be able to carry out effective interventions aimed at reducing them. The objective of this work is, in a first phase, the translation and adaptation of CENVE into Catalan (CENVE-CAT) following the stages established by the International Test Commission (ITC). A total of 79 subjects participated, 48 Catalan-speaking (60.8%) and 31 Spanish-speaking (39.2%), from three La Selva institutions selected for convenience. The results show equivalence between the Catalan and Spanish versions of the CENVE in all the aspects studied and good guarantees of reliability and validity. In a second phase, the objective of the study is to identify stereotypes towards aging and old age of professionals and users of gerontological centers in La Selva and their relationship with social demographic, psychological, institutional and participation in activities variables. The participants are 146 subjects from five gerontological institutions, selected for convenience, 58.2% users ($n_1 = 85$) and 41.8% professionals ($n_2 = 61$). Participants respond to CENVE and CENVE-CAT according to their preference. The results show that users present higher levels of stereotypes than professionals. The user profile with the most stereotypes is a woman with lower levels of subjective health, self-esteem and satisfaction with life, moderate or total dependence, and who does not participate in social activities. The professional profile with the most stereotypes is that of a Spanish-speaking assistant. These results show the need to implement differentiated intervention measures to reduce or eradicate stereotypes, depending on whether they are aimed at the group of professionals or users.

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

Keywords: Stereotypes, aging, old age, ageism, gerontological centers, users, professionals, test, psychometrics.

Estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE.

***“L'ancià som nosaltres: d'aquí a poc, d'aquí a molt, inevitablement de totes maneres,
encara que no ho pensem. I si nosaltres no aprenem a tractar bé a la gent gran,
així ens tractaran a nosaltres.”***

Papa Francisco, 4 de març del 2015

Introducció

Les projeccions de població oficials preveuen que a Catalunya: “ El 2060 la població major de 65 anys haurà augmentat en més d'un milió de persones i representarà el 29,8% de la població” (Idescat, 2019). Això es considera un èxit de la societat actual, amb una millora en les condicions de vida i sanitàries de la població que han comportat que vivim més anys. El repte ara és dotar de millor qualitat de vida a aquests anys de més, per això s'han implementat, als últims 10 anys, polítiques que assegurin el dret de la ciutadania a viure dignament durant totes les etapes de la vida mitjançant la transformació de les creences edatistes que comporten la discriminació del grup de persones grans per l'únic fet de l'edat, sobretot en els àmbits sanitaris i socio-sanitaris. De fet, tot i que als últims anys s'han invertit esforços per part dels experts per disminuir en la societat els estereotips i les actituds edatistes, durant la pandèmia de COVID-19 s'ha fet més palès que mai que segueixen existint, tant a la societat com a les organitzacions, el que ha donat com a resultat un patiment innecessari de les persones grans (Ayalon et al., 2020; Banerjee et al., 2020).

D'altra banda, ha estat àmpliament demostrat que els estereotips edatistes comporten actituds infantilitzadores o menys tenedores per part dels professionals amb una pèrdua de l'autonomia de les persones grans, sobretot als centres assistencials, que implica una disminució en el seu benestar i qualitat de vida a l'assumir aquestes falses creences com a verdares i comportar-se com s'espera que ho facin (Martínez, 2011 i 2013). D'aquí la importància d'investigacions que estudiïn els estereotips envers l'envelliment i la vellesa als centres socio-sanitaris, tant dels propis usuaris com dels professionals en quant es preveu que hi estiguin relacionats.

En conseqüència, i recordant que al mesurar els estereotips s'analitza la part cognitiva de les actituds i, per tant, mentre les actituds solen analitzar-se amb tècniques qualitatives, l'avaluació dels estereotips es realitza mitjançant tècniques psicomètriques (Barbero, 2007; Summers, et al., 1984); La Dra. Sánchez (2004) creà el CENVE, el “Cuestionario de

estereotipos negativos frente al envejecimiento y la vejez”, per l'estudi dels estereotips més comuns respecte l'envelliment i la vellesa. Aquest qüestionari consta de 15 afirmacions edatistes amb les que els participants han d'establir el seu nivell d'acord, els quals han estat extrets de dos dels qüestionaris de mesura d'estereotips edatistes més utilitzats fins aleshores: El qüestionari de Montorio i Izal, 1991 (publicat a Fernández-Ballesteros, 1992) i la versió traduïda i adaptada a la població espanyola del FAQ (Facts on Aging Quiz) (Villar i Triadó, 2000). Actualment el CENVE és el qüestionari que analitza els estereotips envers les persones grans més utilitzat als països de parla hispana i ha estat validat en diversos cohorts i contextos, sobretot en persones grans vivint en comunitat (Arias, 2014; Blanca et al., 2005; Lasagni et al., 2013; Sanhueza, 2014), però també estudiants de diferents disciplines (Aristizábal-Vallejo et al., 2006; Borrella, 2013; Lasagni et al., 2013) i professionals sanitaris (Franco et al., 2010). Amb tot, no s'ha pogut trobar cap estudi dels estereotips en l'àmbit institucional a Catalunya, ni amb el CENVE ni amb cap altre instrument, per la qual cosa, en aquesta investigació es pretén adaptar i traduir el qüestionari CENVE al català i realitzar-ne l'estudi psicomètric, així com avaluar els estereotips negatius en una mostra representativa del col·lectiu d'usuaris i professionals dels centres gerontològics de la comarca de La Selva i relacionar-los amb algunes variables que ja hi han estat relacionades als estudis anteriors: sociodemogràfiques, psicològiques, funcionals i participatives.

L'estudi que es presenta a continuació s'estructura en tres capítols ben diferenciats. El primer capítol tracta el marc teòric del tema a tractar, començant per la conceptualització i fonamentació dels estereotips en general, on es realitza de forma argumentada una aproximació teòrica d'aquests, com es formen, les repercussions que poden implicar per les persones estereotipades, així com les estratègies per transformar-los i com mesurar-los. Aquest primer capítol segueix amb una conceptualització dels termes envelliment i vellesa, des dels canvis que solen produir-se a aquesta etapa vital, passant per les teories més estudiades sobre l'envelliment, així com la sòcio-demografia actual en aquest aspecte, per acabar per

definir alguns conceptes relacionats, com ara la diferència entre envelliment, discapacitat i dependència, a més del nou paradigma d'envelliment actiu i satisfactori. Seguidament es relacionen els dos primers apartats del primer capítol amb l'argumentació teòrica sobre la percepció social de l'envelliment i la vellesa, iniciant el tema amb l'evolució històrica d'aquest concepte, definint el terme edatisme després, per explicar els mites i realitats respecte l'envelliment, les conseqüències de l'edatisme, algunes variables relacionades i com es mesuren les actituds i els estereotips envers l'envelliment i la vellesa. El quart apartat del primer capítol tracta el tema dels centres gerontològics, des de la legislació relacionada, els conceptes i tipologia d'aquests centres, la valoració geriàtrica integral que s'hi du a terme, els estudis sobre estereotips en els centres i l'atenció centrada en la persona com a estratègia transformadora dels estereotips en ells. Per finalitzar el capítol de fonamentació teòrica es descriu la situació durant la pandèmia per comprovar com s'ha fet visible l'edatisme en aquests moments de crisi sanitària, social i econòmica, així com les repercussions que això ha tingut.

Al capítol 2, el Marc Empíric, es presenta la planificació de la investigació i els resultats d'aquesta. S'inicia amb el plantejament del problema a tractar i l'explicació dels objectius a aconseguir, fent-se visible que l'estudi persegueix dos objectius principals; Per una banda la traducció i adaptació del CENVE al català, i per l'altra descriure el nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa de professionals i usuaris de centres gerontològics de La Selva i relacionar-lo amb altres variables. Així doncs, s'estructura en dos apartats diferenciats per les dues fases de l'estudi separatament, amb una anàlisi del problema per cada una de les fases, els objectius a assolir en cada una, així com la metodologia i els resultats de cada fase i la discussió i conclusions principals que es desprenen dels resultats.

El capítol de conclusions, el capítol 3, s'exposa la consecució dels objectius plantejats segons els resultats i es conclou amb la importància de l'estudi a l'actualitat.

Finalment s'indica la bibliografia utilitzada, seguint la normativa de l'American Psychological Association (APA), i s'inclouen els annexos amb els documents i instruments utilitzats, tant per la recollida de dades com per l'anàlisi dels resultats, així com el CENVE-CAT.

MARC TEÒRIC

1. Estereotips. Conceptualització i Fonaments

1.1. Aproximació Teòrica

L'Institut d'Estudis Catalans, a la seva web, defineix el terme estereotip, emmarcat dins la sociologia, com el "conjunt d'idees que un grup o una societat obté a partir de les normes o dels patrons culturals prèviament establerts" (Institut d'Estudis Catalans, 2015). L'any 1922 Lippmann (a Giménez i Malgesini, 2000, p. 147; Onana, 2006, p. 149) els defineix científicament per primera vegada com esquemes culturals preexistents mitjançant els quals cadascú filtra la realitat del seu entorn, són representacions fetes a priori que permeten categoritzar la realitat i actuar conforme a aquestes categoritzacions. Mentre que per Lippmann els estereotips tenen una connotació positiva per comprendre la realitat social, altres psicòlegs socials del s. XX (A Haro, et al., 2008, p. 54) els defineixen com imatges simplificades, normalment pejoratives quan s'apliquen a exogrups, i que se solen originar en diferències clarament visibles entre els grups. D'altra banda Barthes (1975, a Onana, 2006. p. 150) indica que l'estereotip procedeix d'un pensament de superioritat que s'experimenta cap a un ésser humà o cap a la seva actuació davant certes experiències o proves, el que suposa la relació i la percepció d'un home envers un altre.

A més alguns autors, com Bondenhausen el 1993 i Echebarría i González l'any 1995 (A Puertas, 2004), introdueixen un concepte bidimensional per explicar l'estructura dels estereotips: la dimensió valorativa que implica característiques carregades de valor (com a qualitat) i la dimensió descriptiva (sense la càrrega valorativa).

Per Haro et al. (2008) els diferents estudis realitzats sobre aquest tema, com els de Brigham (1971), Katz i Braly (1933) i Tajfel (1978), entre altres, aporten una sèrie de conclusions:

- Una fàcil propensió de la gent a caracteritzar a grups humans grans en termes d'uns atributs comuns bastant rudimentaris.

- Els estereotips canvien lentament i quan ho fan solen respondre a canvis socials, polítics o econòmics més amplis.

- Alguns autors defensen que els estereotips s'adquireixen a una edat primerenca, normalment abans que el nen tingui coneixements sobre els grups estereotipats, però altres autors, com ara Rutland (1999), indicà que els estereotips es cristal·litzen als 10 anys aproximadament.

- Els estereotips es tornen més profunds i hostils quan sorgeixen tensions socials i conflictes entre grups, essent després molt difícil de modificar.

- No són inexactes ni erronis, sinó que serveixen per comprendre relacions intergrupals particulars.

Segons Díaz-Aguado (2003, pp. 72-73) les funcions dels estereotips són:

- Serveixen per l'economia cognitiva, guien la nostra interpretació de la realitat i creen una memòria selectiva.

- Ajuden a formar la identitat social.

- Contribueixen a la creació i el manteniment de les ideologies de grup.

- Justifiquen les accions socials contra grups externs, ajudant a explicar la conducta de l'endogrup.

- Contribueixen a establir relacions de causa-efecte entre fenòmens que tenen lloc simultàniament.

D'això es dedueix que els estereotips poden tenir una funció individual i una funció social, la qual cosa comportarà que parlem de dos tipus d'estereotips, els socials i els individuals. D'altra banda, l'autor Aguilar-Morales (2011, p. 3) també indica que els estereotips poden ser negatius o positius.

Seguint les definicions dels anteriors autors podem dir que els estereotips es refereixen al component cognitiu, els pensaments o representacions socials, que comporten actituds o prejudicis, discriminació o estigma; Conceptes explicats per diferents estudiosos del tema:

- La relació entre estereotips i prejudicis per alguns autors, com ara Guil (1991) i Huici i Moya (1994) (A Morales i Yubero, 1996, p. 104), depèn del concepte d'actitud que adoptem: si es tracta d'una actitud prejudicial i la definim com constituïda de tres components (cognitiu, afectiu i conductual), l'estereotip seria el component cognitiu, el prejudici el component afectiu i la discriminació el component conductual.

- Per Giménez i Malgesini (2000, p. 149) els termes actitud i prejudici es poden equiparar, assenyalant que l'estereotip pot ser considerat com a pas previ del prejudici, al qual li segueix la discriminació. Indiquen una seqüència: de la imatge estereotipada (estereotip), a l'actitud (prejudici o judici previ) i a la conducta discriminatòria (comportament). Destaquen, a més, que no sempre els estereotips es converteixen en prejudicis, doncs aquests últims tenen una connotació negativa, mentre els primers poden ser negatius o positius.

- Giménez i Malgesini (2000, p. 150) indiquen la relació entre estigma i estereotip: Un estereotip negatiu està conformat per una sèrie d'estigmes (atributs socials negatius) que desacrediten a l'individu i que justifiquen les actituds.

- Moscovici (A Soto i Vasco, 2008) diferencia entre estereotip, considerat per ell com una categoria d'atributs específics i rígids assignats a un grup, i representacions socials, definides com una de les activitats psíquiques per les quals els homes fan intel·ligibles la realitat física i social. Així per aquest autor els estereotips formen part de les representacions socials i, mentre aquests són rígids, aquestes últimes són dinàmiques.

Fins aquí una aproximació teòrica del concepte estereotip i aquells altres relacionats, s'analitzen seguidament l'origen i la formació aquests.

1.2. Formació d'Estereotips

Al procés de formació d'estereotips, o estereotípia, i basant-nos en els autors abans esmentats, el podem definir com el procés de categorització de la realitat que realitzen els individus sobre altres individus o grups socials (Haro et al., 2008, p. 55). Aquest procés ha estat explicat pels diferents estudiosos del tema segons diverses teories centrades en factors socioculturals o individuals.

Entre les teories que fan referència als factors socioculturals es destaquen (A Bar-Tal, 1994; Puertas, 2004):

- Teories del conflicte: per Campbell (1965) l'origen del conflicte entre els grups és al conflicte d'interessos o les amenaces que suposa l'exogrup, amb la formació d'estereotips negatius. Per Sherif (1966) és el conflicte entre els grups, quan es competeix per metes o recursos incompatibles, el que comporta el deteriorament de les imatges mútues.

- Teoria de l'Aprenentatge social: Bandura (1977) indica que els estereotips procedeixen de la percepció de diferències reals o a partir de la influència de nombrosos agents socials, com: les diferències ocupacionals, de la vida urbana i rural, models d'educació dels rols familiars, etc.

- Teoria de la Identitat social: per Tajfel (1978) no és necessari el conflicte d'interessos perquè es produeixi una asimetria en l'avaluació entre els grups quan la persona forma part d'un grup, afavorint a l'endogrup i a la discriminació de l'exogrup. Introdueix tres fases en la formació dels estereotips: la comparació, la categorització social i la identificació.

- Teoria de la Categorització del Jo: Turner (1982) emfatitza en la idea de la teoria anterior donant importància a la racionalització del procés d'estereotípia per formar part d'un grup, on tota percepció implica categoritzar.

- Teoria de l'Enjudiciament social: proposada per Leyens et al. (1992). Aporta la necessitat de considerar l'estereotípia com a resposta a les regles socials, compartides per un determinat context social.

- Model de Bar-Tal (1994): defensa que en la formació dels estereotips hi són presents tres tipus de factors: variables macro socials (factors històrics, sociopolítics, econòmics, de relacions intergrupals, etc.), mecanismes de transmissió (família, el contacte amb el grup estereotipat i els canals socials) i variables mediadores pròpies (actituds, valors, personalitat, coneixement previ).

Les teories que fan referència als factors individuals poden classificar-se segons l'orientació (A Bar-Tal, 1994; Puertas, 2004):

- Les teories orientades a la personalitat basen l'origen dels estereotips en els trets de personalitat propis dels individus que, a la vegada poden estar influenciats per l'educació. Entre elles la Teoria del "Cap de Turc" (Ashmore, 1970) suggereix una relació entre la durícia de la disciplina familiar i el grau d'estereotips i prejudicis dels nens. Adorno i altres autors, l'any 1950, van explicar la Teoria de la Personalitat Autoritària amb una associació entre els estereotips i una educació amb pares autoritaris o centres amb normes autoritàries.

- Les teories amb orientació cognitiva: Schroder et al. (1967), Hamilton (1981) i Wilder (1981), entre d'altres. Són les teories més defensades actualment. En elles els estereotips es consideren des de l'òptica del processament de la informació, fent èmfasi en la interacció de la informació rebuda i els errors que es produeixen com a conseqüència de les limitacions funcionals normals del funcionament cognitiu.

Així doncs, sigui quina sigui la teoria explicativa de l'origen de l'estereotípia, es pot resumir com el procés de percepció i esquematització de la realitat que ens permet formar part d'un grup social, destacant que aquesta percepció de la realitat serà més receptiva a les creences que tenim assumides i comporta la tendència del grup a la discriminació dels altres

grups i a comportar-se de la manera com els perceben els altres, provocant el que es coneix com “la profecia que s’autocompleix” o “l’efecte Pigmalión” (Astudillo i Velásquez, 2011, pp. 22-30).

1.3. La Profecia que s’Autocompleix o l’Efecte Pigmalión Negatiu

Haro i altres (2008, p. 374) defineixen el terme “profecia autoacomplerta” com quan el conjunt d’expectatives i presumpcions envers una persona influeixen en la nostra interacció amb ella i finalment canvien la seva conducta d’acord amb les nostres expectatives. En psicologia s’anomena “efecte Pigmalión” a un estudi de profecia autoacomplerta portat a terme per Robert Rosenthal i Leonore Jacobson, primer amb estudiosos de la conducta dels ratolins i després amb professors de la Oak School (Califòrnia) i publicat l’any 1968 (A Ballestín, 2010; Ibáñez et al., 1997, pp. 82-84), on van demostrar que una prèvia bona opinió sobre un grup o sobre un individu és capaç de millorar el rendiment d’aquests. S’ha assenyalat que els estereotips negatius tenen més efectes en les persones que els positius, aquests provoquen el que anomenem “efecte Pigmalión negatiu”, és a dir, la mala opinió sobre els individus o grups provoca el pitjor rendiment (Ibáñez et al., 1997, pp. 85-86).

En gerontologia, diversos estudis (Levy, 2003 i 2009; Montorio et al., 2002) donen suport a la idea que si es creu que el deteriorament és inevitable, es redueixen les possibilitats de fer esforços per enfrontar-s’hi. La profecia que s’autocompleix es considera un dels principals mecanismes pels quals té lloc l’augment d’incapacitat en la gent gran, per la qual cosa cal conèixer les estratègies per canviar els estereotips per l’edat (Losada, 2004).

1.4. Estratègies Transformadores d’Estereotips

Si ens basem en el Model de formació i canvi dels estereotips de Bar-Tal (1994), resumida a la Figura 1, és clar que les estratègies pel canvi en els estereotips que un grup o individu manté sobre un altre s’han d’organitzar segons les variables implicades en la formació dels estereotips. Els autors han descrit estratègies politicsocials, socioeducatives i psicossocials.

Estratègies Políticossocials. Tajfel (1981, a Haro et al., 2008, p. 56) confirma que per entendre la formació dels estereotips (i, per tant, el canvi) s'ha de considerar el concepte sociohistòric més ampli de les relacions grupals; en aquest sentit Haslam, Oakes i Turner (1994, a Haro et al., 2008, p. 56) han investigat la importància del canvi en el context social en l'origen i manteniment dels estereotips. D'altra banda, alguns investigadors (Camarero et al., 2002, pp. 24-26) donen als estereotips una connotació política, en quan serveixen d'estratègia política per mantenir el poder fent que els ciutadans integrin la seva ideologia i l'adoptin com a seva. Per Nancy Fraser (1997, a Teimil, 2012) algunes estratègies en aquest àmbit podrien ser:

- Els programes d'assistència pública de l'estat de benestar han d'anar més enllà de concedir ajudes econòmiques als pobres, s'hauria d'intervenir en les estructures profundes que generen la pobresa per evitar l'estigma social cap aquestes persones.

- Plantejar legislacions que permetin un "status quo" més igualitari i cooperatiu.

- Implicar els agents socials i les institucions públiques per reformar les concepcions errònies envers alguns col·lectius. En aquest sentit l'Ajuntament de Barcelona, entre altres, porta a terme una campanya de sensibilització amb l'ajut dels anomenats agents antirumors (A Astudillo et al., 2011).

- Dissoldre les dicotomies institucionalitzades i reestructuració de les condicions de treball.

- Reducció de les desigualtats formulant els drets de tots els ciutadans en termes universalistes.

- Afavorir una visió normalitzadora de la diferència per part dels poders polítics.

Estratègies Socioeducatives. Les estratègies en aquest àmbit són les que han estat més estudiades, en concret se li ha donat molta importància al contacte directe entre els membres de l'endogrup i de l'exogrup per la reducció dels estereotips, aportant una informació contra l'estereotípic. Allport als anys 50 (A Teimil, 2012) fa un recull de requisits perquè aquest contacte grupal canviï els estereotips de forma positiva:

- Els membres de l'endogrup i de l'exogrup han de tenir un estatus semblant.
- Les característiques dels membres de l'exogrup han de ser clarament diferents de les que conformen els estereotips.
- La situació de contacte ha d'exigir o facilitar la cooperació entre els dos grups.
- La situació ha de permetre que els individus es coneguin de forma personal i perdurable en el temps.

Posteriorment Pettigrew (1998, a Smith, 2006) va incloure un altre requisit perquè el contacte intergrupals tingui èxit en el canvi d'estereotips: el potencial d'amistat, amb el qual es facilita que els membres dels dos grups puguin assolir una relació d'amistat mútua que permeti la revaluació dels antics estereotips.

Tanmateix, ha estat molt estudiada l'educació, tant institucionalitzada com a la pròpia família, per la reducció dels estereotips negatius. Respecte a la pròpia família, com ja hem apuntat, els estereotips es comencen a formar ja a la infantesa, sovint copiant els estereotips paternals, així és clar que la modificació d'aquests s'hauria d'iniciar a la família, tant en la comunicació i formació dels pares i germans com en el comportament envers el grup estereotipat (Bar-Tal, 1994). Respecte a l'educació institucionalitzada en l'àmbit dels estereotips, s'ha fet palesa la importància en l'assignatura "Educació per la Ciutadania i els Drets Humans" introduïda al "Real Decreto 1190/2012, de 3 de agosto" (Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, 2012) per l'últim cicle d'Educació Primària, en la qual s'inclouen: "contenidos específicos relativos a la convivencia, la participación, al conocimiento de la diversidad y de las situaciones de discriminación e injusticia, que deben permitir consolidar las habilidades sociales y los hábitos cívicos necesarios para una sociedad democrática", insistint en la importància del canvi dels valors i estereotips negatius per la convivència en la societat contemporània respectant la igualtat i els drets humans.

Estratègies Psicosocials. Aquest grup d'estratègies estan molt lligades a les anteriors en quant a que es basen en la informació com a base pel canvi, informació donada normalment

per la família i les institucions tant socials com educatives. Amb això, cal destacar que Crocker i Weber (1983), des de l'orientació cognitiva, recullen quatre models de canvi existents a la literatura, explicant la importància de la presentació de la informació que contradiu els estereotips interioritzats:

- Model de conversió de Rothbart (1981). Prediu el canvi dels estereotips quan la informació desconfirmatòria es concentra en pocs individus que contradiuen dramàticament l'estereotip.

- Model de comptabilitat de Rothbart (1981). El més important és la quantitat d'informació desconfirmatòria, de manera que el canvi es produiria quan es presenti una mostra àmplia d'individus desconfirmatoris.

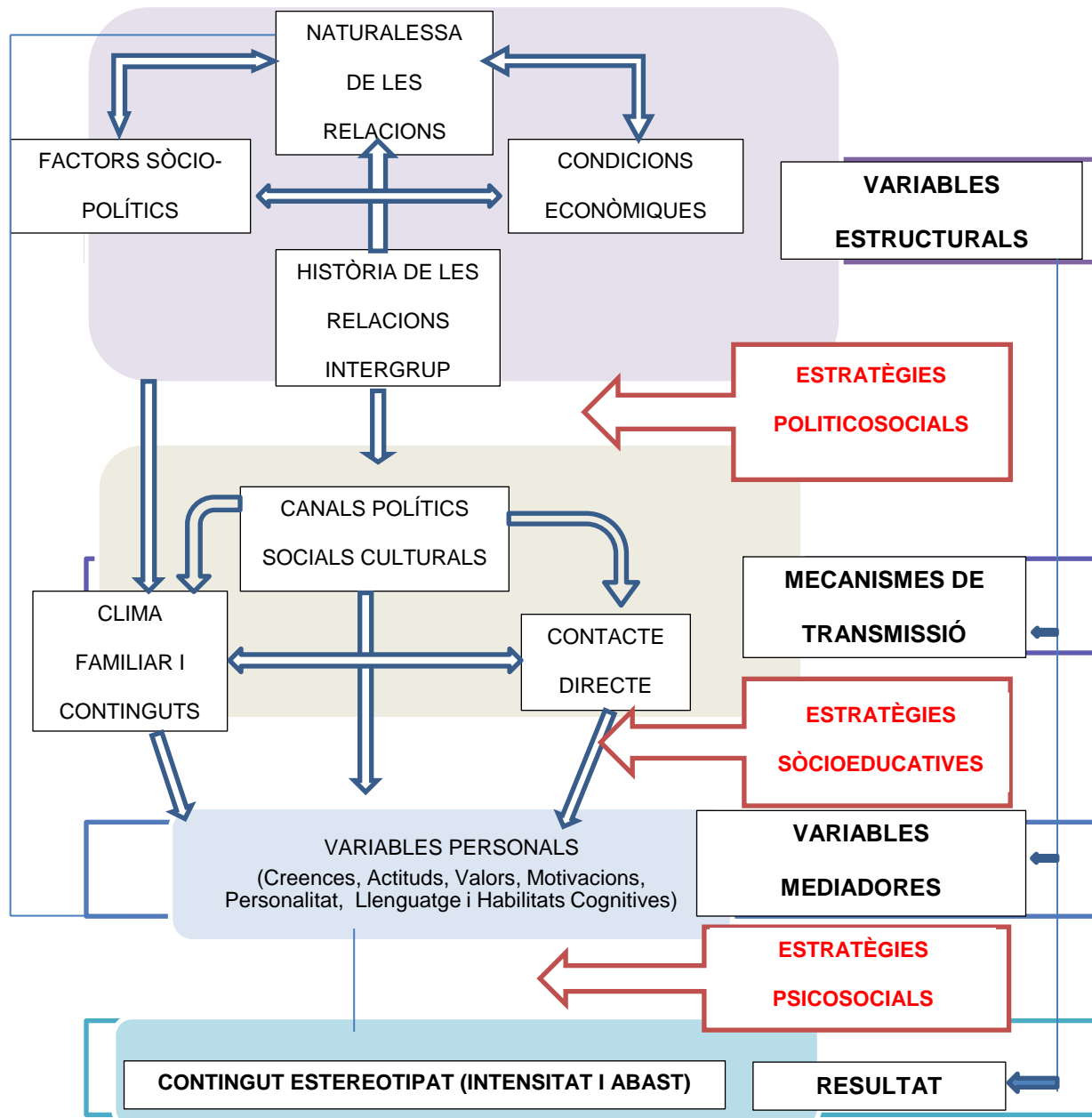
- Model dels subtipus d'Ashmore i Del Boca (1981). El més eficaç és presentar la informació desconfirmatòria dispersa en diversos individus que contradiuen l'estereotip. El que és important és la proporció d'individus que contradiuen l'estereotip i el patró de la informació desconfirmatòria.

- Model del prototip de Rothbart i John (1983). La informació desconfirmatòria ha de ser presentada per individus prototípics de la categoria i que existeixi un bon ajustament entre la categoria i l'exemplar desconfirmatori.

D'aquesta manera, cal posar atenció a la manera de presentar la informació que contradiu els estereotips per facilitar el canvi cognitiu d'aquests.

Figura 1.

Model de formació i canvi dels estereotips de Bar-Tal



Nota. Adaptat de Bar-Tal (1994). S'introdueixen les estratègies de transformació a cada nivell

2. Envel·liment i Vellesa

2.1. Conceptualització

El Gran Diccionari de la llengua catalana (Enciclopedia.cat) defineix vell com a “persona de molta edat” i vellesa com a “l’estat de l’ésser humà al qual condueix el progressiu deteriorament dels òrgans i de les seves funcions pel pas dels anys. (...) el grau de vellesa real no depèn exclusivament dels anys viscuts: en igualtat d’anys d’edat, uns individus són més vells que uns altres, en funció de les seves peculiaritats genètiques i dels factors externs que han actuat al llarg de la seva vida”, distingint entre diferents tipus de vellesa.

Des d’aquest punt de vista Spirduso (1995) presenta una classificació de les persones grans segons la seva edat en: adults de mitjana edat (45-64 anys), vells joves (65-74 anys), vells (75-84 anys), vells vells (85-99 anys) i vells més vells (més de 100 anys).

Relacionat amb l’anterior, doncs, podríem establir la definició d’edat segons Alvarado i Salazar (2014):

- Edat cronològica: és el nombre d’anys transcorreguts des del naixement de la persona.
- Edat biològica: determinada pel grau de deteriorament dels òrgans.
- Edat psicològica: representa el funcionament de l’individu respecte a la seva competència conductual i d’adaptació.
- Edat social: el paper que l’individu representa per la societat a la qual pertany.

Des de diferents perspectives, els autors (a Ramos et al., 2009) han preferit definir el terme envelliment, en lloc de vellesa, per referir-se a un procés que comença a edats primerenques, al final de la joventut, i que al llarg de la vida adulta es combina amb processos de maduració i desenvolupament. Entendre l’envelliment com un procés implica l’adaptació de la persona als canvis que esdevenen a mesura que augmenta la seva edat, canvis o sub-

processos que succeeixen a diferents dimensions: biològica, psicològica i social (Prieto et al., 2009, pp. 44-48). Als següents punts s'analitzen els canvis que solen ocórrer normalment durant l'envelliment però cal aclarir que no tots els individus envelleixen al mateix ritme ni tots els òrgans i sistemes del mateix individu ho fan al mateix temps.

Canvis Biològics. Als sistemes i òrgans que constitueixen el cos humà s'observen, pel fet del pas del temps, una sèrie de modificacions, a les quals, en condicions normals, l'individu és capaç d'adaptar-s'hi. Aquests canvis són de caràcter anatòmic, fisiològic i funcional (Quintanilla, 2006, p. 58). En general els autors (García et al., 2009, pp. 72-73) resumeixen els canvis que es produeixen en dues característiques essencials:

- Tendència a l'atrofia: s'observa una disminució del pes i el volum dels òrgans, pèrdua d'aigua en el seu contingut i reducció de la vascularització.

- Disminució de l'eficàcia funcional: A nivell cel·lular, hi ha un descens en el nombre total de cèl·lules, i un augment de la mida de les cèl·lules restants per tal d'equilibrar les pèrdues. En l'àmbit dels teixits se substitueixen les cèl·lules perdudes augmentant el teixit connectiu, que passarà a ocupar espais que ara no són funcionals.

Els canvis del sistema múscul-esquelètic més significatius són (Quintanilla, 2006, pp. 63-65):

- Disminució de la massa òssia, pèrdua de minerals, aprimament de les trabècules i augment d'esponjositat en les zones de l'os compacte. El que provoca augment de la prevalença d'osteoporosi, més freqüent en les dones.

- Hi ha una modificació de la silueta i una disminució de la mida: canvis en l'encorbament de la columna; modificació del triangle de sustentació corporal (malucs, genolls, peus), que comporta que els genolls es dobleguin i els peus s'inclinin sobre el seu arc extern, això és sovint causa de callositats i desequilibri a la marxa; el cap s'inclina cap endavant i el centre de gravetat passa a la sínfisi púbica.

- Es produeix una pèrdua gradual de força muscular i el temps de contracció i relaxació es perllonga. La tensió muscular també es veu disminuïda.

- Les articulacions dels membres superiors no estan tan modificades. Però les dels membres inferiors esdevenen més fràgils i per tant amb més risc de fractures.

Respecte als canvis del sistema càrdio-vascular, els més remarcables són (Quintanilla, 2006, pp. 65-66):

- Apareix una hipertròfia miocardiàica, amb àrees de fibrosi i augment de contingut de col·lagen endocardiàic. Reducció de fibres miocardiàiques i lleugera hipertròfia de les restants, engrossiment i rigidesa de les vàlvules cardíques amb disminució del nombre de cèl·lules del sistema de conducció. Les parets arterials són més rígides i hi ha un increment de la relació col·lagen/elastina de l'aorta i els grans vasos. S'observa també una disminució en l'elasticitat de les fibres col·làgenes.

- Disminueix la freqüència cardíaca en resposta a l'estrès o l'exercici per una disminució de resposta del sistema simpàtic.

- S'aprecia una disminució del flux sanguini coronari.

- Augmenta la duració de la contracció ventricular i el to vasomotor disminueix.

- Disminueix la quantitat d'elastina i de múscul llis en les parets arterials, amb augment de la seva rigidesa.

- Pot aparèixer un augment de la pressió arterial (més alta la sistòlica) i un augment en la velocitat de l'onada del pols.

Els canvis hematològics i del sistema immunitari més observats són (Quintanilla, 2006, pp. 72-73):

- El volum sanguini no es veu modificat, però l'anèmia és freqüent.

- La funció immunitària es veu molt influenciada per factors individuals que provoquen disminució en la resposta a la infecció i/o augment de la resposta autoimmune.

Les modificacions del sistema respiratori observades són (Quintanilla, 2006, p. 66):

- La dificultat d'expandir el tòrax a causa dels canvis ossis disminueix la possibilitat de contraure la musculatura costal, es redueix la capacitat d'adaptació de la paret toràcica i el pulmó es torna més rígid.
- El nombre total d'alvèols es redueix i apareix una atròfia de les parets alveolars.
- No canvia la capacitat pulmonar total però disminueix la capacitat respiratòria màxima i la pressió parcial d'oxigen disminueix entre un 10 i un 15%.

Els canvis del sistema gastrointestinal més significatius són (Quintanilla, 2006, pp. 66-67):

- A la boca disminueix la producció de saliva, l'esmalt de les dents i la dentina s'erosionen i les genives es retrauen.
- A l'esòfag les fibres musculars disminueixen.
- La mucosa gàstrica s'atrofia.
- A l'intestí hi ha un augment del teixit connectiu i una atròfia mucosa.
- El fetge disminueix de mida i la fel pateix una pèrdua de teixit funcional i un augment del teixit gras.
- Especialment transcendent és la pèrdua de to muscular intestinal que fa que les persones grans relatin freqüentment dificultats en la digestió dels aliments. Les modificacions de la funció digestiva són també causa de problemes en la metabolització dels aliments.

Les modificacions del sistema genitourinari són (Quintanilla, 2006, pp. 71-72):

- S'observa una pèrdua de nefrones i els ronyons són més petits en pes i volum. La capacitat de filtració glomerular sol estar disminuïda.
- Apareix una disminució de la reabsorció de la glucosa màxima quasi en un 43%, donant lloc a l'aparició de glucosúria i una menor capacitat de reabsorció de sodi.
- Disminució de la capacitat de concentració de l'orina.

Els canvis neurològics i sensorials habituals són (Quintanilla, 2006, pp. 60-63):

- Certa tendència a l'atròfia cortical, a la dilatació ventricular i una reducció del flux sanguini cerebral.
- Lesions anatòmiques que poden relacionar-se amb l'inici de les demències senils, com ara les plaques senils i els cúmuls neurofibril·lars.
- Les alteracions dendrítiques són també importants, la informació a les neurones està modificada. La velocitat de conducció és menor, disminueix entre els 50 i 80 anys en un 15%.
- A la vista apareix una pèrdua d'elasticitat de la musculatura orbital que produeix disminució de la mobilitat ocular, l'agudesia visual està disminuïda, apareix una disminució de la capacitat d'acomodació del cristal·lí i un dipòsit de lípids al voltant de l'iris.
- A l'oïda s'observa pèrdua auditiva a la major part de la gent gran i les orelles augmenten de mida.
- Al gust i l'olfacte se sol observar una disminució de papil·les i es perd la capacitat de detectar sabors, especialment els salats. També hi ha una disminució de la capacitat per identificar les olors.
- Reducció de l'agudesia del tacte, perdent també sensibilitat vibratòria i reconeixement tàctil.

Els canvis dels sistemes endocrí i sexual més significatius són (Quintanilla, 2006, pp. 67-71):

- Reducció progressiva per al manteniment de l'homeòstasi davant l'estrès ambiental. Tot i que la resposta inicial als estímuls és adequada, apareix major probabilitat que es vagi perdent aquesta capacitat.
- Als homes: disminució de testosterona i de la mida dels testicles, així com disminució del volum i la viscositat del líquid seminal, hipertròfia de la pròstata que és la causa de diversos problemes en la micció. La capacitat reproductora encara és present.

- A les dones: La disminució d'estrògens a la menopausa fa que sigui evident la pèrdua de la capacitat reproductora, la vagina i l'úter s'atrofien i perden la capacitat d'autolubricació.

El teixit epitelial presenta les següents modificacions (Quintanilla, 2006, pp. 58-60):

- La pell s'aprima i les cèl·lules es reproduïxen més lentament. Els melanòcits disminueixen en nombre així que la funció fotoprotectora es deteriora. La fragilitat vascular es modifica, el nombre de capil·lars està disminuït, la qual cosa comporta que la pell sigui més pàl·lida i la cicatrització més lenta i difícil.

- L'elastina perd les seves característiques, el col·lagen és més rígid, fent aparèixer les arrugues i flaccidesa de la pell. El greix subcutani s'aprima i els plecs cutanis són menys gruixuts.

- Les glàndules sudoríparaes són menys en nombre i la seva mida disminueix, contribuint d'una banda a la sequedat de la pell i d'altra a la disminució de la termoregulació.

- El cabell pateix un alentiment en la velocitat de creixement i una pèrdua de la seva coloració, això comporta l'aparició dels cabells blancs.

- Les ungles perden la seva vascularització la qual cosa comporta que es tornin mates, sense brillantor, es trenquen amb més facilitat i apareixen estries longitudinals. A més, la velocitat de creixement es redueix.

Canvis Psicològics. L'envelliment psíquic, en condicions de normalitat, no comporta símptomes de patologia, tot i que moltes malalties psíquiques, més incidents entre la població gran, s'inicien amb manifestacions que solen associar-se al procés d'envelliment. A més, els autors (a Carnevali and Patrick, 2001, pp. 249-252) no poden establir uns límits cronològics en els quals identificar l'inici de la declinació de les funcions intel·lectuals, tot i que els estudis microscòpics mostren una pèrdua progressiva de neurones que comença als 20 anys. A més, els estudis actuals demostren que aquests canvis afecten la mida de les neurones, no a la seva

pèrdua, i tenen lloc sobretot en àrees cerebrals que intervenen en (Gramunt, 2010, pp. 67-132; Quintanilla, 2006, pp. 73-78):

- **Habilitats psicomotrius:** Els estudis que han analitzat l'afectació en la psicomotricitat, tant la marxa com l'habilitat manual, es relacionen més íntimament amb els canvis múscul-esquelètics que amb canvis en el cervell.
- **Atenció:** Alguns estudis experimentals han demostrat que tant l'atenció selectiva com la focalitzada es mantenen inalterades o poc alterades en envellir i l'atenció sostinguda es veu alterada però per la influència de les exigències de la tasca. Per la seva part, l'atenció dividida i alternada es veu afectada segons l'experiència que es tingui en les diferents tasques a desenvolupar i la complexitat d'aquestes.
- **Processos automàtics:** Les activitats de la vida quotidiana, com ara llegir o escriure, quan s'han adquirit a edats primerenques, es mantenen intactes a edats avançades.
- **Llenguatge:** Les habilitats lingüístiques no semblen disminuir en condicions normals d'envelliment. El vocabulari es manté o millora, tot i que la quantitat de paraules que s'emeten per unitat de temps pot disminuir lleugerament. En alguns casos s'observa una lleugera dificultat en la comprensió d'estructures gramaticals complexes, especialment si necessiten un esforç considerable. Destaquem novament que les anomalies en el llenguatge sol estar relacionada amb el nivell educatiu i l'experiència de la persona.
- **Memòria:** La memòria més sensible a l'envelliment és l'episòdica (l'encarregada de recordar encàrrecs o llistes), tant pel fet de deficiències pel que fa al registre de la informació (dèficits sensorials) o a l'evocació. D'altra banda, la memòria a curt termini sol estar afectada a l'envelliment normal a causa de la disminució en la velocitat del processament de la informació, mentre la memòria remota està ben conservada fins a edats ben avançades. També es conserva la memòria procedimental (referent als procediments habituals) i la memòria semàntica (vocabulari).

- Funcions executives: es pot observar un alentiment en el procés d'informació, presa de decisions i planificació. Tot i això, els estudis són contradictoris en aquest aspecte.

- Intel·ligència: Diferents estudis realitzats per determinar les modificacions degudes a l'envelliment en les capacitats intel·lectuals conclouen que el dèficit intel·lectual se sol relacionar amb l'estat de salut, sobretot amb patologies cerebrovasculars que causen una alteració del cervell per emmagatzemar la informació, i no amb l'envelliment en si mateix. D'aquesta manera, els canvis en l'envelliment estarien relacionats amb la rapidesa per resoldre problemes nous, la capacitat de concentració i amb tot el que es relaciona amb el raonament inductiu (la Intel·ligència fluida). Tanmateix, les habilitats mentals primàries, que tenen a veure amb factors culturals, educatius i de socialització (la Intel·ligència cristal·litzada) es mantenen al llarg de la vida, la qual cosa implica diferents envelliments a nivell intel·lectual relacionats amb el transcurs de la vida.

- Aprenentatge: La capacitat d'aprenentatge no es veu alterada en l'envelliment normal, tot i que els estudis demostren que augmenta el temps de reacció, el que fa que les persones grans requereixin més temps per aprendre un concepte nou.

- Percepció: Els canvis relacionats amb els òrgans dels sentits es relacionen amb canvis en la percepció de l'entorn, tot i això, pel fet que aquests canvis es desenvolupen al llarg del temps, l'individu sol adaptar-se a aquests dèficits i no afecten d'una manera important a la percepció externa. Pel que fa a l'autopercepció, està molt relacionada amb processos patològics i canvis en l'entorn físic i social i sol establir-se una disminució de l'autoestima a mesura que es pateixen pèrdues bio-psico-socials.

D'altra banda, remarcarem aquí tres conceptes importants relacionats amb aquests canvis i l'heterogeneïtat en els processos d'adaptació als canvis de l'envelliment dels individus:

- Reserva cerebral o neuronal: tant la intel·ligència com les experiències vitals proporcionen una reserva en forma d'habilitats cognitives que permeten a alguns individus

tolerar millor que d'altres canvis patològics del cervell. La Capacitat de Reserva Cerebral (CRC) es relaciona amb la conducta adaptativa de la persona a dèficits sensorials i cerebrals (Díaz-Orueta et al., 2010; Rodríguez i Sánchez, 2004).

- **Plasticitat:** la capacitat de minimitzar els efectes de les pèrdues i guanys mitjançant processos de reajustament, que capacita el cervell per enregistrar de manera duradora la informació, donant lloc a que les experiències viscudes per cada individu deixin petjada en els circuits neuronals. Aquesta funció té lloc a les sinapsis, creant-ne de noves, reforçant-les o amplificant-les. En conseqüència, la plasticitat permet que es produeixin canvis en la manera de percebre o significar els esdeveniments (Baltes i Baltes, 1993, pp. 9-15; Coderch, 2012).

- **Resiliència:** capacitat dels individus per continuar projectant-se cap al futur malgrat els esdeveniments que el desestabilitzen o amenacen, com poden ser les condicions de vida difícils o els fets traumàtics, és a dir, la capacitat de recuperar-se davant d'esdeveniments negatius (Becoña, 2006; Bonafont, 2013).

Canvis Socioculturals. Alhora que l'individu pateix els canvis psicològics i biològics de l'envelliment, es produeixen canvis significatius a l'entorn que solen estar relacionats amb la jubilació pròpia o de la parella i pèrdues de relacions socials importants. Diversos estudis han demostrat que la manera de viure aquestes pèrdues afecta al desenvolupament psicològic i biològic de l'individu (Fité, 2010, p. 12; Garcia, 1995; Soler et al, 2011, p. 316). Un dels canvis socials que repercuteixen més a la salut dels individus, sobretot psicològica, és la jubilació. El model d'Atchley (1982, a Aymerich et al., 2010) introdueix diverses fases per les quals pot passar un individu relacionades amb la jubilació:

- **Prejubilació:** en la que l'individu presenta fantasies anticiparies de predicció de la seva vida durant la jubilació.

- Jubilació: és l'etapa en què l'individu inicia la jubilació i que pot experimentar-se com: un període d'eufòria i alliberació (lluna de mel), una continuïtat de les activitats d'oci prèvies o com un període de relaxació i descans.

- Desencant: l'individu es desenganya del que s'havia imaginat de com seria la jubilació i disminueix l'entusiasme previ.

- Reorientació: etapa en la qual es construeix una visió i actitud més realista del que és la jubilació en relació a les possibilitats i limitacions reals socials i econòmiques de la jubilació.

- Estabilitat: en la que el rol de jubilat ja s'ha assimilat i l'individu ja s'hi ha acomodat, estabilitzant les seves emocions i rutines diàries a la vida de jubilat.

A l'estudi d'Aymerich et al. (2010) s'analitzaren els discursos de persones recentment jubilades del Gironès i l'Alt Empordà als que se'ls convidà a fer una anàlisi retrospectiva de la seva experiència d'adaptació a la jubilació, i els resultats indiquen que en els participants:

- Tot i que no tots experimenten totes les etapes descrites per Atchley (1982), sí que es constata la seva presència.

- S'observa una fluctuació en el nivell de satisfacció dels individus al llarg de les diverses etapes del procés adaptatiu, restablint-se normalment al final del procés fins a assolir nivells similars als indicats al final de la vida laboralment activa.

- Existeixen importants diferències en el temps de duració del procés d'adaptació entre els participants: de sis mesos en la majoria, a més d'un any i mig en alguns casos.

D'altra banda, l'estudi de Prieto et al. (2009), amb persones grans de diversos contextos d'Espanya (entre ells la ciutat de Barcelona), destaca la influència de diferents variables socioculturals en el procés d'envelliment, les més rellevants són el gènere, l'hàbitat i el capital cultural. En relació amb els canvis en l'envelliment, aquest estudi inclou una sèrie de conclusions a destacar:

- El procés d'envelliment es defineix com un procés d'adaptació emocional a la pèrdua marcat per les condicions de salut i el grau de vinculació que les persones siguin capaces d'establir amb els seus contextos vitals, el benestar en aquest procés passa per la capacitat d'adaptació emocional de l'individu, per la seva capacitat per vincular-se. Així doncs, en el declivi de la salut es troba la primera causa de la percepció constatable de l'envelliment pels qui ho experimenten, els vincles apareixen com l'element que defineix l'estat subjectiu de les persones i l'activitat es mostra com la mediatra entre ambdues.

- El temps com una variable estructurada des de l'experiència, i no com una escala cronològica, representa un factor determinant en el procés de l'envelliment. És a dir, el temps repercuteix en el procés d'envelliment en relació a la manera que s'ha viscut durant la vida, s'envelleix com s'ha viscut.

- Respecte a la variable gènere de les cohorts estudiades, homes i dones viuen el procés d'envelliment de diferent manera: Si per les dones els canvis principals es desenvolupen a la llar, els homes destaquen la influència dels canvis laborals en relació a la seva identitat.

- L'hàbitat influeix en l'adaptació a l'envelliment relacionant el sentit de la vida amb les responsabilitats quotidianes: a l'àmbit rural la persona manté una activitat manual després de la jubilació que els defineix com a subjectes actius per a ell mateix i pel grup de pertinença, mentre a la ciutat la jubilació representa la desubicació de l'individu pel fet que aquest es desvincula de la vida activa i, normalment, del grup de pertinença.

- El capital cultural de les persones influeix d'una manera molt important en l'adaptació al procés d'envelliment determinat pels estils de vida dels individus: les classes mitjanes i altes disposen de més recursos culturals i econòmics per afrontar els canvis en la vida laboral i en la configuració de l'entorn quotidià.

La importància que s'atorga a cada un dels canvis que poden influir en l'envelliment ve determinada per la teoria de l'envelliment que considerem, per la qual cosa les analitzem a continuació.

2.2. Teories de l'Envelliment

Segons la revisió realitzada per Medvedev (1990, a Miquel, 2006) existeixen més de 300 teories gerontològiques que tracten d'explicar, normalment de manera parcial, el procés d'envelliment des de diverses perspectives que estan íntimament relacionades amb les diferents dimensions en les quals tenen lloc els canvis normals del procés d'envelliment: biològica, psicològica i socialment. A més, en consonància a les noves investigacions i perspectives gerontològiques, han aparegut recentment diverses teories integradores de l'envelliment. S'analitzen seguidament les teories més acceptades actualment.

Teories Biològiques de l'Envelliment. S'han proposat moltes teories biològiques per explicar el procés d'envelliment, però cap d'elles sembla ser reconeguda per la totalitat dels estudiosos. Les teories tradicionals sostenen que l'envelliment no és una adaptació i no està programat genèticament (simplement el cos segueix unes etapes pel seu deteriorament si no succeeix un accident extern), per contra, les teories biològiques de l'envelliment modernes es divideixen en dues categories principals (Jin, 2010):

- Les teories programades impliquen que l'envelliment segueix un calendari biològic, una continuació del que regula el creixement i el desenvolupament de la infància. Aquesta regulació dependria dels canvis en l'expressió de gens que afecten els sistemes responsables de les respostes de manteniment, reparació i defensa. Aquesta categoria, a la vegada, es divideix en tres subcategories: Les teories de la longevitat programada defensen que l'envelliment és el resultat d'una commutació seqüencial dins i fora de certs gens, i la senescència es defineix com el moment en què es manifesten els dèficits associats a l'edat; Les teories endocrines convenen que els rellotges biològics actuen a través d'hormones per controlar el ritme de l'envelliment. Estudis recents (Van Heemst, 2010) confirmen que

l'envelliment està regulat per hormones com els estrògens, la testosterona i l'hormona del creixement; Les teories immunològiques defensen que el sistema immune està programat per disminuir amb el temps, el que condueix a una major vulnerabilitat a malalties infeccioses i, per tant, a l'envelliment i la mort, està ben documentat que l'eficàcia del sistema immune és màxima en la pubertat i disminueix gradualment a partir de llavors amb l'avanç de l'edat, de fet la resposta immune mal regulada s'ha relacionat (tan directa com indirectament) amb la malaltia cardiovascular, la inflamació, la malaltia d'Alzheimer i el càncer.

- Les teories dels danys o errors emfatitzen que les agressions ambientals als organismes indueixen un dany acumulatiu a diversos nivells. Aquesta categoria inclou: Les teories del desgast es basen en què tots els organismes tenen parts incanviables i l'acumulació de dany a les seves parts vitals porta la mort cel·lular de teixits, òrgans i, finalment, de l'organisme; La teoria de l'encreuament va ser proposada per Johan Bjorksten l'any 1942 manifesta que una acumulació de proteïnes reticulades danya les cèl·lules i teixits, el que frena els processos corporals resultants en l'envelliment, estudis recents mostren que les reaccions de reticulació estan involucrades en algunes de les patologies relacionades amb l'edat però no n'explica d'altres; La teoria dels radicals lliures va ser introduïda pel Dr. Gerschman el 1954, però va ser desenvolupada pel Dr. Denham Harman, proposa que l'envelliment seria el resultat d'una insuficient protecció contra el mal produït pels radicals lliures (RL) als teixits, les macromolècules com ara els àcids nucleics, els lípids, els sucres i les proteïnes, són susceptibles a l'atac de radicals lliures però el cos està proveït d'alguns antioxidants naturals en forma d'enzims, que ajuden a frenar la perillosa acumulació d'aquests radicals lliures, sense la qual les taxes de mort cel·lular augmentarien i les expectatives de vida posteriors disminuirien. Aquesta teoria ha estat reforçada per experiments en els quals els rosegadors alimentats amb antioxidants aconseguen major longevitat mitjana, no obstant això, actualment hi ha alguns resultats experimentals que no estan d'acord amb aquesta proposta; La teoria del dany a l'ADN somàtic defensa que els danys a l'ADN es produeixen contínuament en les cèl·lules dels

organismes vius, si bé la majoria d'aquests danys es reparen, alguns s'acumulen, ja que les polimerases d'ADN i altres mecanismes de reparació dels defectes no es poden corregir tan ràpidament com es van produir, en particular hi ha evidència de l'acumulació de dany de l'ADN en les cèl·lules de mamífers que no es divideixen, les mutacions genètiques ocorren i s'acumulen amb l'edat, provoca que les cèl·lules es deteriorin i el seu mal funcionament, per tant l'envelliment resulta del dany a la integritat genètica de les cèl·lules del cos.

Amb tot, moltes de les teories proposades interactuen entre si d'una manera complexa, la qual cosa comporta que, amb noves investigacions, sorgeixin noves teories biològiques sobre l'envelliment per proposar maneres diferents d'actuar contra el procés.

Teories Psicològiques de l'Envelliment. Si es comparen amb altres teories de les etapes del cicle vital, les teories psicològiques de l'envelliment són escasses. A més, la classificació d'aquestes no està consensuada, però tractarem d'exposar-les segons les dimensions d'estudi més utilitzades (González, 2010; Schaie, 2001):

- Les Teories Cognitives donen explicacions, normalment parcials, dels factors que influeixen en el deteriorament del rendiment cognitiu produït en el procés d'envelliment. Les més acceptades en l'actualitat són (Véliz et al., 2010): Les teories més estudiades en relació a l'envelliment cognitiu són les teories sobre l'alentiment en el processament de la informació, que postulen que el deteriorament cognitiu relacionat amb l'edat es produeix per un alentiment de la velocitat de transmissió neuronal, el grau d'influència de l'alentiment en el rendiment cognitiu varia considerablement segons les tasques cognitives avaluades; La teoria del dèficit en la inhibició proposa que l'envelliment debilita els processos inhibitoris que regulen l'atenció i el contingut de la memòria de treball, per la qual cosa s'afecta el rendiment en diversos processos cognitius quan existeixen factors distractors; Les teories de la disminució de la capacitat de la memòria operativa postulen que a conseqüència de l'envelliment, la memòria operativa -o de treball- es veu disminuïda, afectant tant a les funcions d'emmagatzematge com del processament de la informació; La teoria del dèficit a la transmissió proposa que molts dels

canvis cognitius associats a l'envelliment es deuen al debilitament de les connexions entre les representacions a la memòria i soles associar-se amb els canvis neurobiològics a l'envelliment; La teoria del dèficit sensori-perceptiu -o del senyal degradat- (Baltes i Lindenberger, 1997) suggereix que una gran part dels mecanismes que condueixen a les diferències negatives sensorials que es produeixen amb l'edat, comporten un input incomplet o erroni que afecta el rendiment cognitiu complex.

- Les teories de la personalitat es classifiquen en tres grups, que tracten d'explicar les causes de les diferències de personalitat entre els ancians i els joves (González, 2010): Les teories psicodinàmiques es basen en l'existència de determinants inconscients i històrics de la personalitat i expliquen la gran quantitat de material inconscient residual que posseeix la gent gran; Per les teories conductistes la personalitat és el resultat de les condicions de l'aprenentatge i l'entorn i expliquen les diferències entre generacions i les visions estereotipades que existeixen entre elles; Les teories humanistes proposen que la personalitat es crea segons els objectius de l'individu i, com que els objectius són diferents per cada generació, la personalitat canvia amb l'edat i les perspectives de futur.

- Les teories del desenvolupament de la personalitat expliquen com els individus adquireixen la personalitat durant el cicle vital i es classifiquen en (González, 2010): Les teories que consideren la vellesa com una etapa més del cicle vital es basen en les aportacions d'Erik Eriksson, que explica el desenvolupament com una recerca de la identitat personal des de la infància, buscant la integritat personal, és a dir, l'acceptació de la vida fins al present, trobant un sentit de realització personal; Les teories que consideren la vellesa com a part d'un procés vital consisteixen a reconèixer el dinamisme existent entre el medi ambient, la situació i les reaccions de l'individu pel desenvolupament de la seva personalitat.

- Les teories de la competència diària tracten d'explicar com un individu pot funcionar eficaçment en les tasques de les situacions plantejades per l'experiència quotidiana. Aquestes teories incorporen l'explicació de processos subjacents, com ara la mecànica i la pragmàtica

del funcionament cognitiu, així com els contextos físics i socials que limiten la capacitat de l'individu per a funcionar eficaçment. Es classifiquen segons tres enfocaments (Schaie, 2001): La primera perspectiva destaca la competència diària com una manifestació dels constructes latents que poden estar relacionats amb els models de cognició bàsica; El segon enfocament conceptualitza la competència quotidiana com la participació de les bases de coneixement de domini específic; En el tercer enfocament, l'enfocament teòric està sobre la congruència entre la competència cognitiva de l'individu i les exigències ambientals que enfronta.

D'altres teories psicològiques es consideren psico-socials per alguns autors però per d'altres són considerades socials, per la qual cosa les inclourem a l'apartat següent.

Teories Sociològiques de l'Envelliment. Des de les ciències socials s'ha tractat d'explicar el procés d'envelliment basant-se en les relacions que les persones grans estableixen amb el context social, aclarint, novament, que la majoria d'elles són teories parcials d'aquest procés. D'altra banda, la classificació que aquí exposem és una de les moltes acceptades (Hidalgo, 2001, pp. 72-117):

- Teoria de la desvinculació, desacoblament o retraïment. Aquesta teoria, postulada inicialment per Cumming i Henry l'any 1961 i més tard per Schaie i Neugarten, defensa que l'individu, a mesura que envelleix, es va apartant de les seves relacions socials, redueix els seus rols actius i se centra a la seva vida interior a la vegada que la societat li nega la participació i l'allibera de les seves obligacions i rols socials. Aquesta teoria ha estat àmpliament criticada i revisada.

- Teoria de l'activitat; formulada originalment per Havighurst et al. (1968); defensa que un bon envelliment ha d'estar acompanyat de noves activitats o feines (remunerades i útils per altres persones) que substitueixin a les que tenien abans de la jubilació. Aquesta teoria és la base pels qui defensen l'envelliment actiu i satisfactori, que s'explica en el capítol corresponent.

- Teoria dels rols, formulada per Burgués l'any 1960, proposa que durant l'envelliment hi ha una pèrdua de rols, per la qual cosa la persona que envelleix experimenta una disminució de normes i expectatives, convertint-se progressivament en una persona inútil.

- Teoria de l'estratificació per edats. Proposada per Riley a principis dels setanta, i, posteriorment, per Foner, està molt relacionada amb el marc conceptual de la teoria dels rols. Defensa la idea que a cada grup d'edat se li assignen determinats rols socials, el que es relaciona amb l'autoestima de l'individu en quant aquesta estarà condicionada a la valoració que en l'àmbit social se li apliqui als rols que desenvolupa.

- Teoria de la continuïtat. Defensada per Atchley, entre d'altres, a finals dels anys vuitanta, proposen que l'envelliment és una prolongació de les etapes anteriors de la vida, així que es mantenen els elements principals de la personalitat de la persona, que adapta a les noves situacions els seus gustos i hàbits. D'aquesta manera, segons aquesta teoria, la millor manera de saber com la persona viurà els reptes d'aquest procés és considerant la seva conducta al llarg de la vida.

- Teoria del medi social o socioambiental, plantejada per Gubrium a principis dels setanta, proposa que l'envelliment és el resultat de la interacció entre la persona i el seu entorn i defensa que en el nivell d'activitat d'una persona gran hi ha tres factors que incideixen fonamentalment: la salut, els diners i la xarxa social.

- Teoria de la subcultura. Postulada per Rose l'any 1965, aquesta teoria defensa que les característiques que són comunes a les persones grans fa que s'aïllin i formin un grup social propi, la qual cosa facilita una autoestima positiva per part dels ancians, a la vegada que els ajuda a mantenir la seva identitat, ja que es comparen amb altres persones en situacions similars.

- Teoria del grup minoritari, defensada per Streib (1965), postula que els ancians se senten obligats a formar un grup minoritari a causa de les actituds negatives que la societat

manté envers ells, atribuint-los característiques de d'altres grups similars, com ara: la pobresa, la segregació, la falta de mobilitat, la baixa autoestima i la impotència.

- Teoria del conflicte, proposada per Estes (1979), relacionada amb el problema de l'envelliment de la població, la política social i la crisi de l'estat de benestar. Aquesta teoria defensa que existeix un conflicte d'edats basat en un element econòmic. Així doncs, postula que els joves i la població activa s'oposen a la gent gran per les despeses que requereixen.

Aquestes teories han estat criticades per donar una explicació parcial a l'envelliment, per això actualment hi ha una gran acceptació per la Teoria de Selecció, Optimització i Compensació (SOC) de Baltes i Baltes, de l'any 1990 (Baltes i Baltes, 1993), que inclou tres mecanismes adaptatius responsables de que la persona envelleixi satisfactòriament:

- Selecció com les diferents tries que fan les persones a mida que envelleixen segons les seves facultats, la seva salut i l'entorn.

- Optimització en referència al manteniment d'un nivell màxim al realitzar les activitats.
- Compensació com a suplència de la persona dels seus dèficits per realitzar les activitats.

L'estudi de les teories sociològiques de l'envelliment ens proporciona el punt de partida del següent punt, puix que la investigació en aquest camp ve determinada per l'augment de la població d'edat avançada i el que això representa per la societat.

2.3. Sòcio-demografia de l'Envelliment

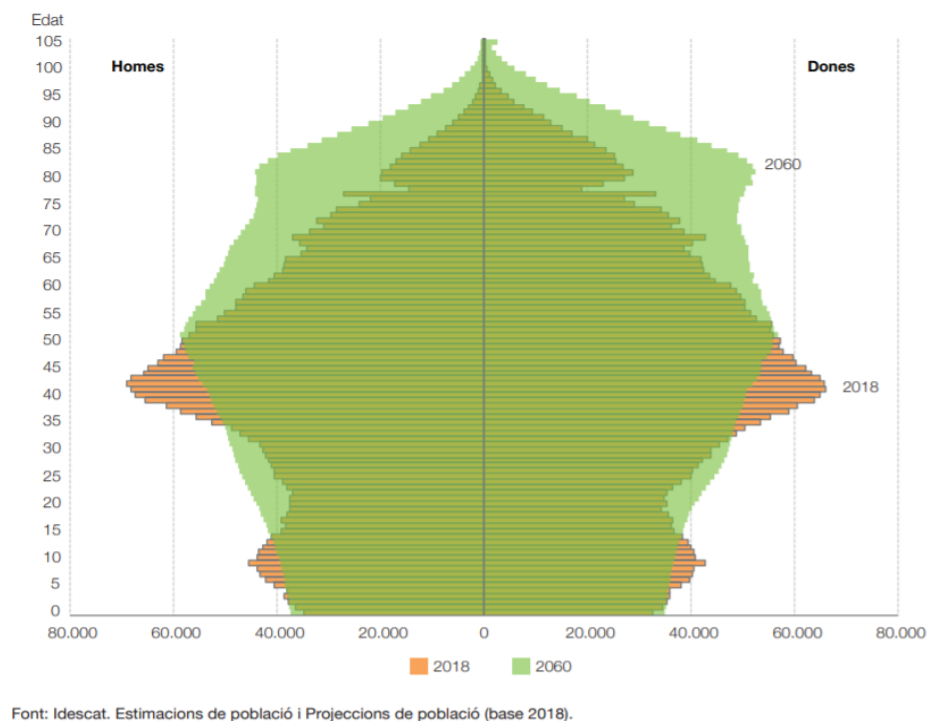
L'Oficina Europea d'Estadística (EUROSTAT, 2019) preveu que l'edat mitjana de la població de les regions europees l'any 2100 sigui de 48,7 anys, mentre que el 2018 va ser de 43,3 anys. De la mateixa manera, l'any 2100, s'espera que la proporció de la població de 65 anys o més sigui del 31,3%, mentre l'any 2018 va ser el 19,8%. Per la seva banda, les projeccions de població oficials de la Generalitat de Catalunya (a la web de l'Institut d'Estadística de Catalunya [Idescat]) preveu que a Catalunya, amb base al 2018:

El trànsit cap a edats madures i velles de les generacions plenes, que actualment estan en la franja d'edat al voltant dels 40 anys, provocarà canvis importants en l'estructura demogràfica. Actualment la població major de 65 anys representa el 18,8% de la població, aproximadament un de cada sis habitants. El 2060 la població major de 65 anys haurà augmentat en més d'un milió de persones i representarà el 29,8% de la població. L'envelliment serà especialment visible per l'augment del nombre de majors de 85 anys, que passarà dels 236.000 habitants el 2018 als 704.000 el 2060, el triple del valor actual. (Idescat, 2019)

A la Figura 2 observem aquest envelliment demogràfic en les piràmides poblacionals del 2018 i la previsió per l'any 2060.

Figura 2.

Piràmides poblacionals Catalunya 2018-2060



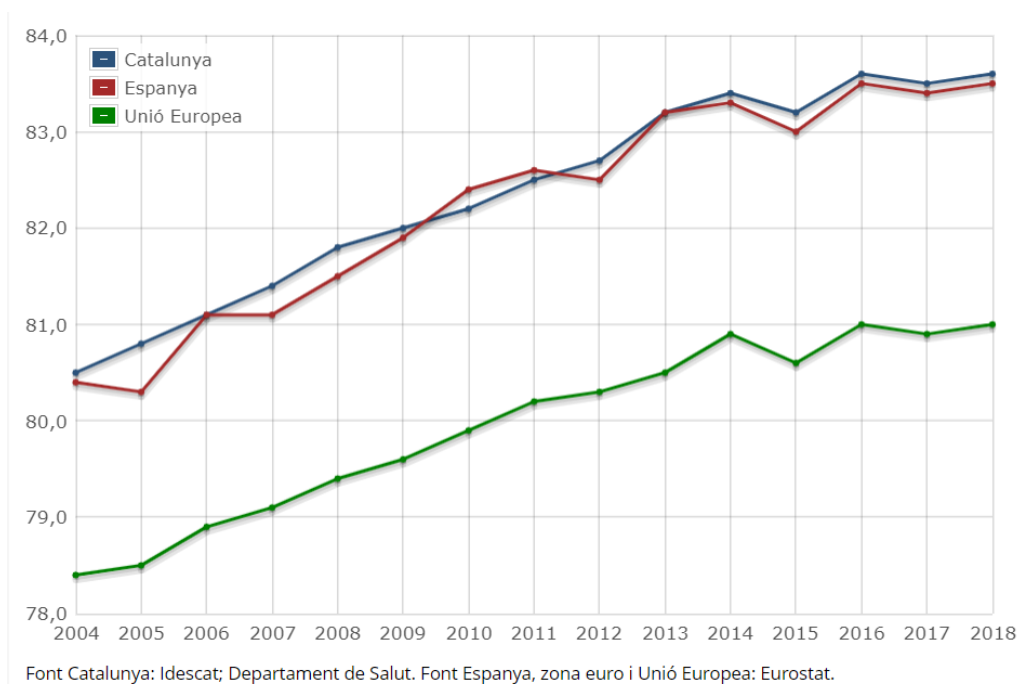
Si considerem que els demògrafs defineixen una població envellida quan la població de persones de 65 anys o més representen a partir del 10% de la població total (García et al.,

2003), és clar que es presenta un repte social. Insistint però, que l'envelliment demogràfic no ve determinat únicament per l'augment de l'esperança de vida sinó per altres factors com la baixa natalitat i les migracions, factors que analitzarem detingudament al nostre context.

L'Augment de l'Esperança de Vida. L'augment de l'esperança de vida és un èxit de la nostra societat, des de sempre l'ésser humà ha volgut viure més anys, ara és possible gràcies als avenços mèdics i socials. A la Figura 3 es pot observar l'evolució de l'esperança de vida total a Catalunya i la comparació amb Espanya i Europa entre els anys 2004 i 2018 (Idescat, 2020), en ella podem observar com l'esperança de vida en néixer a Catalunya ha esdevingut en creixement continu, a més de ser més alta que a Espanya i molt més que a Europa.

Figura 3.

Esperança de vida en néixer Catalunya, Espanya i Europa. 2004-2018



Les projeccions de població 2018-2060 de l'Institut d'Estadística de Catalunya preveu, en la seva hipòtesi mitjana, que:

En l'horitzó del 2030 l'esperança de vida podria situar-se en 83,2 anys per als homes i en 88 anys per a les dones. Al final del període de projecció, el 2060, els homes podrien

tenir una esperança de vida de 87 anys i les dones, de 91 anys, cosa que suposa un guany mitjà d'esperança de vida d'1,5 anys per dècada en els homes i 1,1 anys per dècada en les dones. (Idescat, 2019)

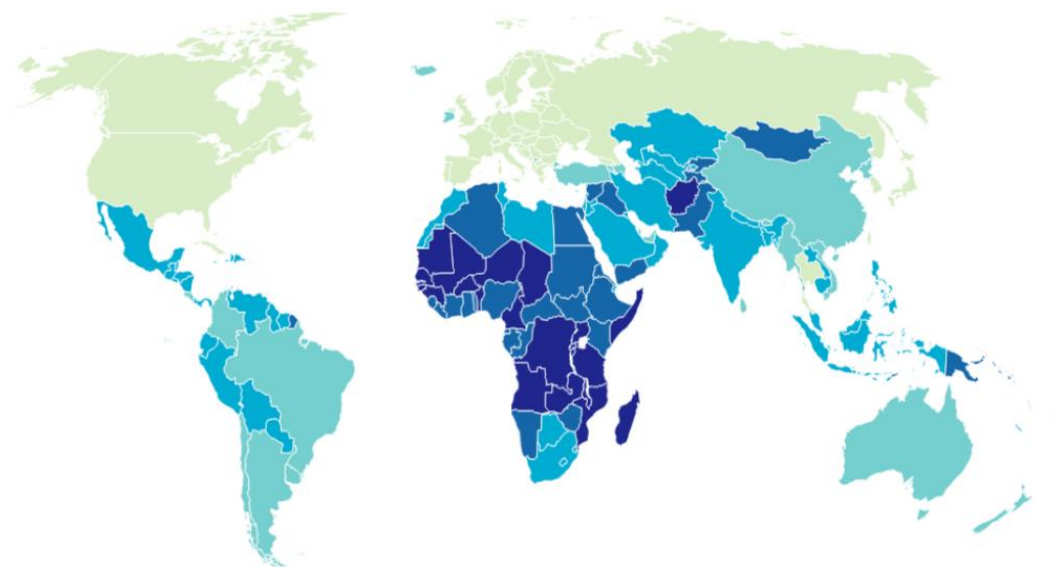
Així doncs, a Catalunya es preveu que l'esperança de vida continuï augmentant de forma progressiva en les properes dècades, cosa que afavoreix l'envelliment de la població, també de forma progressiva.

La Disminució de la Natalitat. La taxa de natalitat (nombre de nascuts vius durant un any per cada mil habitants d'una població) de Catalunya és en l'actualitat una de les més baixes del món, com es pot comprovar a la Figura 4, extreta del mapa interactiu de la web Population Reference Bureau (2020), on la llegenda indica la taxa de natalitat, en percentatge, de cada país l'any 2019.

Figura 4.

Taxa de natalitat mundial en percentatge. 2019

■ -0.7% - 0.3% ■ 0.4% - 1.0% ■ 1.1% - 1.8% ■ 1.9% - 2.6% ■ 2.7% - 3.8%



Nota. Font: Web Population Reference Bureau (2020)

D'altra banda, l'Idescat (2019) indica que a Catalunya, en l'horitzó del 2060, l'evolució de la taxa de natalitat disminuirà, segons els tres escenaris previstos, fins més enllà del 2030, i la futura recuperació del nombre de naixements difícilment assolirà els valors del 2008. A la Taula 1 es pot observar l'evolució i projecció de la natalitat a Catalunya des del 2006 al 2040 (Idescat, 2009). Cal destacar que la disminució de la natalitat és causada per la disminució del nombre de dones en edat fèrtil i la baixa fecunditat, factors que es preveu continuïn decreixent.

Taula 1.

Evolució de la natalitat segons diferents escenaris. 2006-2040

Any	Milers de naixements			Taxa per mil		
	baix	mitjà	alt	baix	mitjà	alt
2006*		82,1			11,7	
2007*		83,7			11,7	
2008	85,0	89,9	90,6	11,7	12,3	12,4
2009	84,0	89,5	91,1	11,4	12,1	12,2
2010	82,1	88,2	90,9	11,1	11,8	12,0
2011	80,5	86,4	90,3	10,9	11,5	11,8
2012	78,5	84,4	89,1	10,6	11,2	11,5
2013	76,2	82,8	88,3	10,2	10,9	11,2
2014	73,8	80,9	87,1	9,9	10,5	11,0
2015	71,3	78,9	85,9	9,5	10,2	10,7
2016	68,9	77,1	84,8	9,2	9,9	10,5
2017	66,7	75,4	83,8	8,8	9,6	10,2
2018	64,6	73,8	82,9	8,5	9,4	10,0
2019	62,7	72,5	82,3	8,3	9,1	9,9
2020	61,1	71,4	81,9	8,0	8,9	9,7
2025	56,9	70,2	85,1	7,5	8,6	9,7
2030	59,7	77,2	97,7	7,8	9,2	10,6
2035	66,3	88,9	112,7	8,7	10,3	11,6
2040	68,7	94,0	118,9	8,9	10,6	11,7

Notes. * Valors registrats. Font: Idescat (2009)

L'Idescat, a la seva web, confirma la disminució de la taxa de natalitat en la mateixa proporció a les comarques gironines que a la resta del territori català; Així, si l'any 2008 era de 12,8 al 2014 la taxa havia disminuït a 10,0.

Els Canvis Migratoris. Considerant que el saldo migratori des del 2011 al 2017 és negatiu, resultat de les emigracions de retorn dels immigrants estrangers i de la resta d'Espanya, l'Idescat (2019) afirma: "En el conjunt del període 2018-2030 el saldo migratori seria de 62.000 migrants nets de mitjana anual. L'escenari baix preveu en el mateix període 2030-2060 un saldo migratori net de 58.000 persones de mitjana anual". Les comarques gironines, junt amb el territori de Barcelona i el Barcelonès, són els territoris catalans on major serà el creixement migratori, tot i que segueixen la tendència de la resta de Catalunya (Taula 2).

Taula 2.

Creixement migratori dels àmbits del Pla Territorial i Catalunya. Escenari mitjà. 2010-2025

	Registrat			Escenari mitjà			
	2010	2011	2012	2013	2015	2020	2025
Metropolità	6.478	-3.563	-32.971	-36.375	-20.807	14.511	20.503
Barcelona ciutat	-1.913	1.984	-10.876	-10.990	-4.309	9.877	11.937
resta Barcelonès	153	-4.758	-9.783	-7.650	-4.232	2.069	2.955
resta Metropolità	8.238	-789	-12.312	-17.735	-12.266	2.565	5.611
Comarques Gironines	1.678	-1.058	-4.480	-8.018	-5.074	1.489	2.541
Camp de Tarragona	727	343	-3.272	-4.999	-3.194	807	1.532
Terres de l'Ebre	96	-691	-1.840	-1.607	-1.020	299	611
Ponent	1.919	-513	-1.634	-1.438	-737	1.255	1.697
Comarques Centrals	435	-786	-2.829	-1.915	-1.217	631	1.065
Alt Pirineu i Aran	841	-772	-1.096	-658	-423	111	258
Penedès	2.689	-690	-2.640	-991	-526	1.398	1.794
Catalunya	14.863	-7.730	-50.762	-56.000	-33.000	20.500	30.000

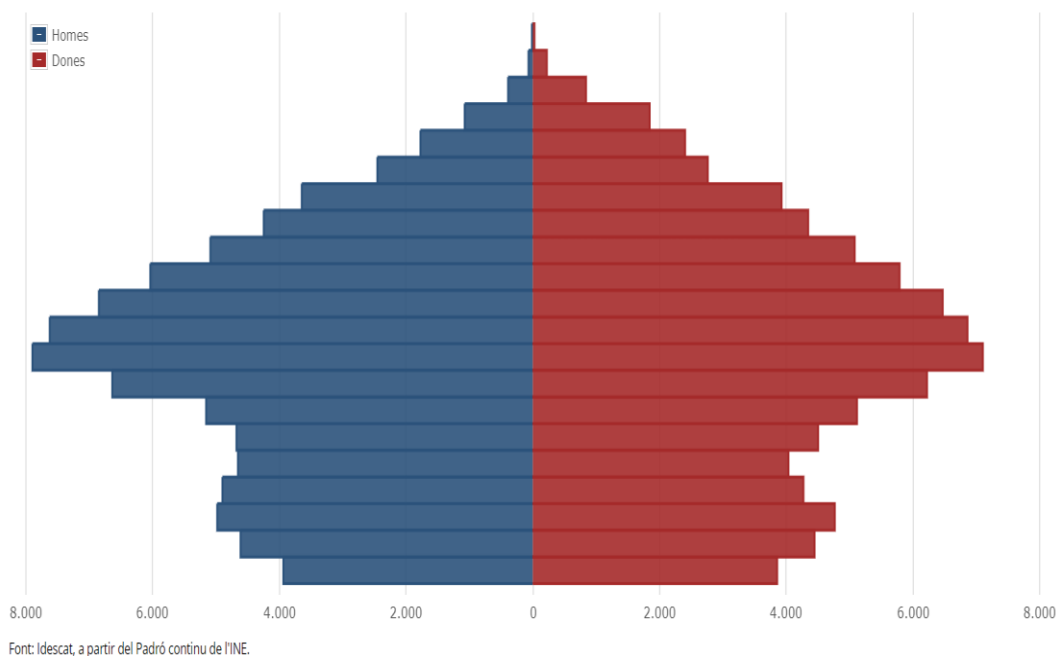
Nota. Font Idescat (2014)

Sòcio-demografia a la Selva. Segons dades de la web de l'Idescat (dades poblacionals de l'any 2019 obtingudes el novembre de 2020 de la web de l'Idescat), La Selva és la segona comarca més poblada de l'àmbit gironí, per darrere del Gironès, i l'onzena de Catalunya. Concentra el 22,19% de la població total de les comarques gironines i el 2,06% del total de

Catalunya. La piràmide poblacional del 2019 (Figura 5) te una forma molt similar a la ja mostrada anteriorment de l'any 2018 de la població a Catalunya.

Figura 5.

Piràmide poblacional La Selva. 2019

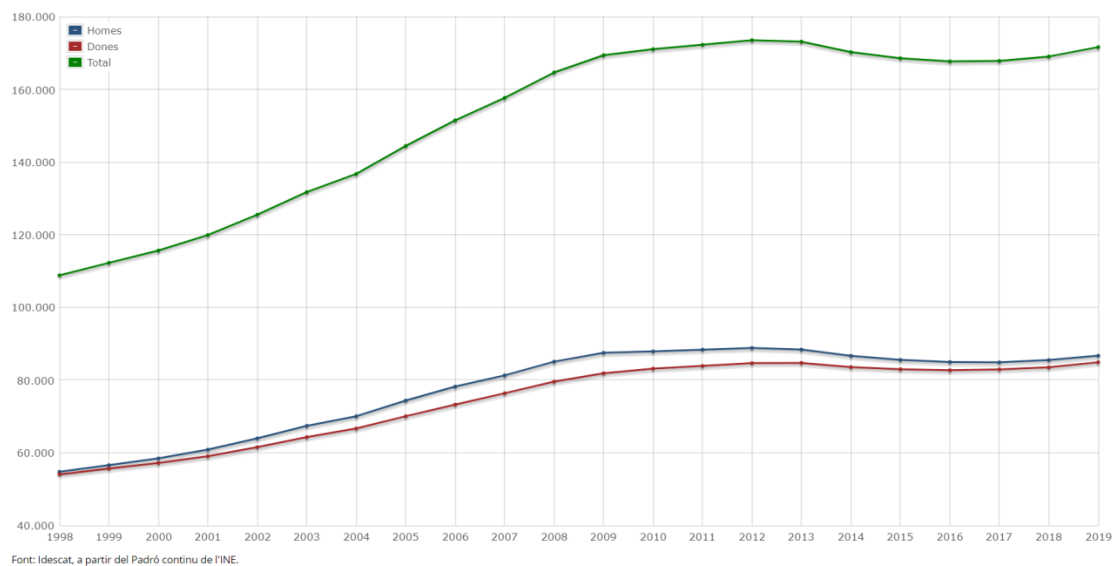


Tal i com es pot veure a la gràfica d'evolució del creixement de població de la Selva (Figura 6), el creixement poblacional ha tornat a dades del 2013 i te tendència a augmentar.

Pel que fa al vessant econòmic (Taula 3), segons el que es publica a la web de l'Idescat, el sector prevalent a la Selva pel que fa al VAB (Valor afegit brut, representa la riquesa generada en l'economia durant el període considerat) és el sector serveis, seguit per la indústria, la construcció i l'agricultura; El que és similar a Catalunya en la seva totalitat. D'altra banda, en l'ordre d'importància dels sectors econòmics, si el que s'analiza són les dades d'afiliacions a la Seguretat Social, es manté idèntic a l'anterior: Serveis, indústria, construcció i agricultura. Cal destacar com l'agricultura representa te un pes molt poc important a l'economia, tant de Catalunya, com de la Selva, així com la gran importància que te el sector serveis.

Figura 6.

Evolució del creixement poblacional segons el sexe de La Selva. 1998-2019

**Taula 3.**

Dades econòmiques per sectors. La Selva i Catalunya. 2017/2020

Macromagnituds i impostos	Selva	Catalunya
Valor afegit brut (base 2010). Per sectors. Milions d'euros. 2017		
Agricultura	68,1	2.318,7
Indústria	1.229,0	45.202,1
Construcció	253,4	11.162,9
Serveis	2.380,2	156.544,8
Total	3.930,6	215.228,5
Treball	Selva	Catalunya
Afiliacions al règim general de la S.S. segons ubicació del compte de cotització. Per sectors. 09/2020		
Agricultura	288	9.667
Indústria	15.686	436.451
Construcció	3.320	138.164
Serveis	27.074	2.119.734
Total	46.368	2.704.016

Nota. Font: web Idescat (<https://www.idescat.cat/emex/?id=34#h40008000000>)

A diferència de la resta de Catalunya, el factor més important per l'envelliment de la població a la Selva han estat els moviments migratoris, a la Taula 4 es mostren les principals

dades sociodemogràfiques relacionades amb l'envelliment de la població de la comarca que analitzem seguidament comparant-les amb la resta de Catalunya.

Taula 4.

Dades sociodemogràfiques de La Selva i Catalunya. 2018/2019

Població	Selva	Catalunya
Densitat de població. 2019 ↑ ↓ ×		
Superfície (km2)	995,04	32.108,00
Densitat (hab./km2)	172,5	239,0
Població. Per sexe. 2019 ↑ ↓ ×		
Homes	86.712	3.770.123
Dones	84.905	3.905.094
Total	171.617	7.675.217
Població. Per grups d'edat. 2019 ↑ ↓ ×		
De 0 a 14 anys	26.603	1.172.116
De 15 a 64 anys	114.981	5.060.347
De 65 a 84 anys	25.557	1.199.987
De 85 anys i més	4.476	242.767
Total	171.617	7.675.217
Creixement de la població. Taxa bruta per 1.000 habitants ↑ ↓ ×		
Taxa bruta de natalitat. 2019	7,97	7,94
Taxa bruta de mortalitat. 2018	8,29	8,78
Creixement natural. 2018	-0,07	:
Creixement migratori. 2018	13,13	:
Creixement total. 2018	13,05	14,01

Nota. Font web Idescat (<http://www.idescat.cat/emex/?id=34#hc001c>)

Si analitzem la Taula 4, es comprova que La Selva l'any 2019 presenta un índex d'envelliment (quocient entre el nombre de persones de 65 anys i més i el de joves menors de 15 anys) molt elevat (112%) i un índex de sobre envelliment (quocient entre el nombre de persones de 85 anys i més respecte al de persones de 65 anys i més) aproximat al 18%, representant la població de 65 anys i més el 17,5% de la població total de la Selva. Mentre Catalunya l'any 2019 presenta un índex d'envelliment aproximat al 120% i un índex de sobre envelliment aproximat al 21%, representant la població de 65 anys i més el 18,4% de la

població total. El que representa que a La Selva l'any 2019, tot i que observem un envelliment de la població, l'envelliment poblacional és inferior que a la resta de Catalunya. Aquesta diferència està explicada sobretot pel creixement migratori, com ja hem avançat anteriorment, ja que, s'observa un creixement migratori elevat a la Selva (13,13), dades de l'any 2018 que per Catalunya no estan disponibles. D'altra banda, les taxes de mortalitat i natalitat són similars a ambdós territoris.

D'aquesta manera, val a dir que a la Selva, com a la resta de Catalunya, l'envelliment de la població presenta uns reptes socials futurs que analitzarem a continuació.

Els Reptes Socials de l'Envelliment Poblacional. Amb el que hem analitzat en el punt anterior és evident que l'envelliment de la població és un procés que es mantindrà en un futur i això representarà un canvi en la dinàmica social. La pregunta ara és: Com s'ha d'adaptar la societat a aquests canvis per mantenir l'estat de benestar? Exposem, seguidament, algunes propostes des de diferents perspectives:

- Pérez (2011) ens aporta una visió positiva d'aquest envelliment poblacional introduint la perspectiva ocupacional de la gent gran, com a persones que no han de ser dependents i, de fet, no ho són en la seva majoria (fixem-nos en els avis que cuiden dels nets). D'aquesta manera proposa exposar el problema de la dependència no des de la perspectiva d'edat sinó d'ocupació, de proporció d'aturats i ocupats, facilitant l'ocupació de les persones en edat de treballar i noves formes de feina per a les persones grans, aprofitant la seva experiència vital.

- Engler i Peláez (2002) proposen adaptar-se a aquests canvis socials aprofitant el potencial productiu de les persones des de la joventut, maduresa i vellesa. Introdueixen el concepte "*más valen por viejos*" per insistir, de manera similar a l'autor anterior, en l'aprofitament de l'experiència de la gent gran per crear microempreses dirigides per aquestes persones que aportin feina per altres grups de població i beneficis econòmics a sectors de gent gran en situació d'exclusió social i pobresa (els antics treballadors manuals).

- Bazo (2005) manifesta la importància que tenen les persones grans en alguns sectors, com ara el turístic (important a la Selva, com ja hem observat), ja que mantenen aquests sectors econòmics quan els altres grups poblacionals no en fan ús. En un document posterior publicat per la mateixa autora (Bazo, 2008), argumenta l'aportació de la solidaritat intergeneracional com a part rellevant dels canvis socials, pel que fa a la labor dels avis amb els nets i l'ajuda als descendents (com les famílies que, durant la crisi, subsisteixen amb la pensió de l'avi), així com la necessitat d'una implicació cada vegada més necessària dels fills en les cures als pares dependents.

- Duran (2007) apel·la a l'apoderament de la gent gran com a perspectiva per l'adaptació de la societat a l'envelliment de la població i planteja la hipòtesi:

Creemos que el empoderamiento de las personas mayores puede ser rentable desde el punto de vista económico, esto es, una forma (vía prevención) de reducir los costes médicos y sociosanitarios a que se obliga el Estado social de Derecho y que incrementa en términos tanto absolutos como relativos el hecho demográfico del envejecimiento de la población. (Duran, 2007)

Totes aquestes propostes d'adaptació als canvis poblacionals tenen un nexa en comú: aquest canvi va acompanyat, inexorablement, d'un canvi social i, totes elles, insisteixen en la idea que han d'anar acompanyats d'una visió distintiva i realista de la discapacitat, la dependència i l'envelliment.

2.4. Envel·liment, Discapacitat i Dependència

Com a introducció fonamental definirem alguns conceptes claus segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2002) i el Ministerio de Sanidad y Consumo (2007):

- Autonomia: La capacitat de controlar, afrontar i prendre decisions personals sobre com viure la vida d'acord amb les normes i preferències pròpies.

- **Dependència:** El resultat d'un procés que s'inicia amb un dèficit al funcionament corporal com a conseqüència d'una malaltia o accident i comporta una limitació en l'activitat. Quan aquesta limitació no pot compensar-se mitjançant l'adaptació, provoca una restricció a la participació que es concreta en la necessitat d'ajuda d'altres persones per realitzar les activitats de la vida diària (AVD).

- **Independència:** Seguint l'exposat abans, és la capacitat de portar a terme les funcions relacionades amb la vida diària, és a dir, viure en la comunitat reben poca ajuda, o cap, dels altres.

- **Discapacitat:** El conjunt de problemes que apareixen relacionats amb el funcionament de les persones i dificulten la realització de les AVD.

- **Deficiències:** anormalitat o pèrdua d'una estructura corporal o d'una funció fisiològica. El mal funcionament dels òrgans a causa de malalties o accidents té una gran influència en l'aparició de dificultats en la realització de les AVD.

- **Limitacions en l'activitat:** les dificultats a l'hora de fer determinades tasques o activitats.

- **Restriccions en la participació:** problemes que pot presentar un individu quan s'involucra en situacions de la vida.

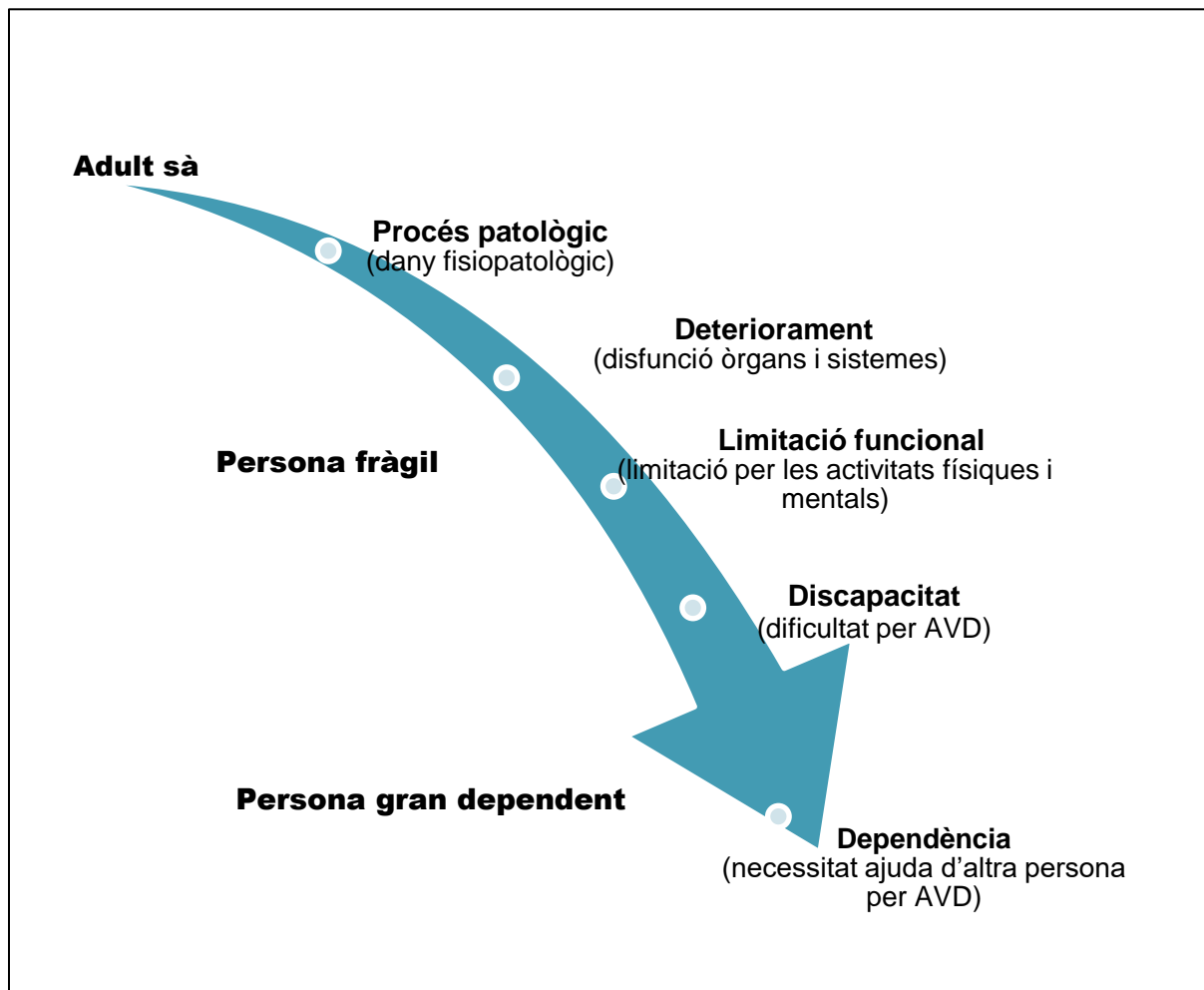
- **Fragilitat:** Risc que presenta una persona en un moment donat de la seva vida de desenvolupar o augmentar les seves limitacions funcionals o algunes incapacitats, pels efectes combinats de deficiències i factors moduladors.

Analitzant aquestes definicions cal considerar que ni la dependència, ni la incapacitat, ni la pèrdua d'autonomia són provocades per l'envelliment, sinó per una malaltia o accident. A més, no s'ha de confondre els termes autonomia i dependència, el primer es refereix a una capacitat de decisió i el segon a una capacitat funcional. De manera esquemàtica representem el procés de dependència a la Figura 7 per remarcar la diferència entre l'adult sa, l'edat i com

aquesta no te res a veure amb el procés pel que la persona presenta dependència, essent l'aspecte més important per aquest procés el dany fisiopatològic i no l'edat cronològica en sí mateixa.

Figura 7.

Procés de dependència



Nota. Adaptat de Baztán et al. (2000)

D'aquesta manera, per afavorir un envelliment satisfactori cal prevenir els processos patològics, el deteriorament, les limitacions i la discapacitat; així com augmentar l'autonomia i la independència. Aquests aspectes els analitzem més detalladament al punt següent.

2.5. Envel·liment Actiu i Satisfactori

El concepte d'envelliment actiu i satisfactori ha estat promogut per l'Organització de Nacions Unides (ONU) amb la formulació del II Pla Internacional d'Acció sobre Envel·liment l'any 2002 (ONU, 2002) i substitueix el terme envelliment saludable fins llavors emprat. S'entén com el procés d'optimització de les oportunitats de participació, salut i seguretat de totes les persones a mesura que avança el cicle de vida. Davant d'una concepció encara avui molt arrelada segons la qual envellir implica passivitat i dependència, el nou paradigma posa l'accent en la vinculació relacional, l'autonomia i els drets socials de la gent gran. Així el terme envelliment actiu compren un concepte multidimensional, holístic i heterogeni dels adults majors (Fernández-Ballesteros et al., 2010). Multidimensional en referència als nivells d'atenció, per a un envelliment actiu i satisfactori s'implicaran professionals de diversos nivells assistencials. Holístic des d'una visió general de la persona, l'individu com un tot, com un ésser bio-psico-social. Heterogeni per la variabilitat existent entre les persones grans de la població que envellaix, cada persona envellaix d'una manera diferent segons la seva història de vida.

Participació i Vinculació Relacional. El paradigma d'envelliment actiu permet a les persones realitzar el seu potencial de benestar físic, social i mental al llarg de tot el seu cicle vital i participar en la societat d'acord amb les seves necessitats, desitjos i capacitats, mentre se'ls proporciona protecció, seguretat, autonomia i cures adequades quan necessiten assistència (ONU, 2002). A més recolza la seva responsabilitat per exercir la participació en els processos polítics i d'altres aspectes de la vida comunitària. Així doncs, envelliment actiu i satisfactori no es refereix només a la participació activa al mercat de treball de les persones grans o a una vida físicament activa, sinó a la seva contribució activa a la societat mitjançant el voluntariat, unes cures més familiars i la possibilitat de viure de manera independent, gràcies a l'adaptació de les infraestructures i els canvis de percepció dels adults majors (Causapié, 2011; Pérez, 2010).

Salut i Autonomia. Envellir de forma activa i satisfactòria comprèn el terme salut, entesa aquesta des de la perspectiva de l'OMS (1946) que la definia com: Un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència de malalties. Això significa gaudir d'autonomia, és a dir, tenir control sobre un mateix i capacitat de definir les pròpies necessitats i d'actuar d'acord amb aquesta concepció. Implica, no només fer les coses per un mateix, sinó tenir el control sobre com es fan, el que requereix disposar de la informació per decidir (Causapié et al., 2011; Duran, 2007; Pérez, 2010; Rodríguez, 2011). En relació amb això, diversos estudis realitzats amb persones d'edat avançada a Espanya (Chamizo, 2003; Etxebarria et al., 2009; Garcia, 1995; Generalitat de Catalunya, 2002) demostren que aquestes persones grans conceben com a vital per a un envelliment actiu rebre informació adequada per administrar la seva vida i atendre les seves necessitats tal com les perceben.

Seguretat i Drets Socials. L'OMS declara que l'envelliment actiu i satisfactori també es basa en el reconeixement dels drets humans de la gent gran i substitueix la planificació estratègica des d'un plantejament basat en les necessitats (que contempla a les persones grans com a objectes passius) a un altre basat en els drets, que reconeix els drets de les persones grans en la igualtat d'oportunitats i de tracte en tots els aspectes a mesura que envellim (OMS, 2002). Així el concepte d'envelliment actiu i satisfactori s'aplica tant als individus com als grups de població (Rizo, 2007; Rodríguez, 2011). Pel que fa a l'individu, es promouen polítiques per una educació en prevenció al llarg de la vida. I pel que fa a la població, es treballa en polítiques per assegurar els drets socials de les persones grans.

De manera globalitzada es duen a terme iniciatives per promoure un envelliment actiu, l'any 2010 la Comissió Europea per un Envelliment Actiu va proposar declarar l'any 2012 Any Europeu de l'Envelliment Actiu amb l'objectiu d'assistir als Estats Membres als seus esforços per ajudar a les persones d'edat avançada a romandre al mercat laboral i compartir la seva experiència, així com a seguir realitzant un paper actiu a la societat com a ciutadans que viuen

una vida el més saludable, autònoma, independent i satisfactòria possible (Artacoz et al., 2009; Causapié et al., 2011; Rodríguez, 2011).

En conclusió, l'envelliment és un procés que es va desenvolupant durant la vida de la persona i perquè sigui actiu i satisfactori influeixen diversos factors que podem dividir per nivells d'influència, basant-nos en el gràfic de Fernández-Ballesteros "Multidimensional-multilevel life course model for active aging"¹ (Fernández-Ballesteros, 2002, p. 43):

✚ Nivell micro: La persona

➤ Factors de la història de vida: prenatals, genètics, sexuals, biològics, nutricionals i conductes habituals.

➤ Factors actuals: reserva cognitiva i plasticitat, regulació emocional, autoeficàcia i autocontrol, habilitats d'afrontament, estils de vida, visió de l'envelliment i capacitat de relació social.

✚ Nivell Meso: L'entorn.

➤ Factors de la història de vida: educació familiar, escolarització, xarxa social, fets estressants i entorn físic.

➤ Factors actuals: entorn físic, xarxa social i familiar, economia, habilitats d'aprenentatge, fets estressants, caràcter, disponibilitat els serveis socials i de salut i amistats.

✚ Nivell Macro:

➤ Polítiques socials

➤ Sistemes d'educació, salut i socials

➤ Cultura, valors, estereotips, etc.

Aquests factors conformen la vida passada i actual de la persona i influeixen en el seu benestar físic, mental i social, per tant, en un envelliment actiu i satisfactori.

¹ "Model de cicle de vida multidimensional-multinivell per a l'envelliment actiu" on l'autora esquematitza que la història de vida (com s'ha viscut durant tota la vida) afecta en la manera d'envellir de les persones i defensa la prevenció des de la infància per un envelliment actiu i satisfactori (Fernández-Ballesteros, 2002, p. 43).

3. Percepció Social de l'Envel·liment i la Vellesa

Els corrents socioculturals conjuntament amb els avenços científics i tecnològics predominants en la societat contemporània han configurat un imaginari col·lectiu sobre el significat de l'envel·liment i la vellesa, que comporta la categorització col·lectiva del grup de gent gran. Tot i que el nou paradigma de l'envel·liment actiu i satisfactori promou iniciatives pel reconeixement social i la visió realista de la gent gran, la visió negativa respecte a l'envel·liment encara és molt present a la nostra societat; això pot ser degut, com ja hem analitzat anteriorment, a què els esquemes mentals dels grups socials estan molt interioritzats i formats a partir del context social i històric. D'aquesta manera, per analitzar la percepció social actual de l'envel·liment i la vellesa, cal estudiar com han estat percebuts aquests conceptes al llarg de la història.

3.1. *Evolució Històrica*

La consideració de la vellesa ha estat diferent en les diverses cultures al llarg del temps, normalment a partir del paper que els ancians representaven en la seva societat. A tall d'introducció, podem dir que les societats més favorables a la vellesa són les basades en les tradicions i costums mentre les que rendeixen culte a la bellesa i la força física la deprecien (Carbajo, 2009; De la Serna, 2003, p. 1; Polo i Martínez, 2001). Així doncs, analitzarem l'evolució històrica de la percepció social de la vellesa juntament amb el paper que els vells representen en cada etapa segons el context social.

Societats Prehistòriques. Si analitzem com representen els pobles primitius als seus deus ens adonem que ho feien com persones velles, vigoroses i sabies; això ve donat pel fet que no se solia sobrepassar els 30 anys i, aquells que arribaven als 50 anys eren considerats vells en la col·lectivitat, amb poders sobrenaturals els que superaven aquesta edat. A més tenien importància en la transmissió oral de les tradicions, ja que no existien els documents escrits. Tot i això, la supervivència i respecte als ancians en aquesta època depèn de la forma

de vida o, dit d'una altra manera, de la facilitat d'aconseguir aliment (Carbajo, 2009; Dabove et al., 2006, p. 27; De la Serna, 2003, p. 2; Garcia, 1995; Polo i Martínez, 2001):

- Societats caçadores i recol·lectores: En aquestes societats, normalment nòmades, la supervivència del grup està per sobre de la individual, així, en períodes d'insuficiència alimentària es requeria el genocidi actiu o passiu dels menys productius, entre ells les persones amb discapacitats i els ancians.

- Societats agrícoles i ramaderes: Són societats sedentàries en les quals l'aliment està gairebé assegurat, el que afavoreix la garantia de subsistència de tots els grups socials. La gent gran realitza normalment feines adaptades a la seva força física i experiència, com ara: la cura dels ramats, als horts, cuinar, etc. Ajudant a la supervivència del grup. A més, quan els ramats i les terres passen a ser de propietat privada, els ancians prenen possessió d'ells assegurant-se un estatus dominant que, juntament amb l'experiència adquirida i que han de transmetre, els confereix un control en tots els àmbits socials.

Societats Antigues. El text més antic que es coneix que menciona el que representa ser vell pertany a aquesta època, està escrit per Ptah-Hotep, visir del faraó Izezi, i data aproximadament del 2450 aC (Garcia, 1995; Polo i Martínez, 2001; Rizo, 2007):

¡Qué penoso es el fin de un viejo! Se va debilitando cada día; su vista disminuye, sus oídos se vuelven sordos; su fuerza declina; su corazón ya no descansa; su boca se vuelve silenciosa y no habla. Sus facultades intelectuales disminuyen y le resulta imposible acordarse hoy de lo que sucedió ayer. Todos sus huesos están doloridos. Las ocupaciones a las que se abandonaba no las hace con mucho placer, solo las realiza con dificultad, y el sentido del gusto desaparece. La vejez es la peor de las desgracias que puede afligir a un hombre. (Ptah-Hotep)

Tot i aquest escrit, es creu que els ancians eren venerats i tractats amb dignitat, sobretot perquè la societat egípcia no tenia problemes amb els aliments i per l'absència de documents satírics cap als vells, que si s'han trobat a d'altres èpoques. A més, un papir (Papir

Ebers) del segle XVI aC., a l'explicar com el cor és la causa de l'envelliment, aporta als estudiosos (Polo i Martínez, 2001) proves de la preocupació envers l'envelliment biològic que tenia la societat egípcia.

Durant la mateixa època, al Pròxim Orient, a la vellesa se li confereix explicacions sagrades, diversos escrits reflecteixen com els pobles s'enorgulleixen de la longevitat dels seus reis o herois, que atorguen major poder a la longevitat que a les possessions materials o als èxits militars. Tot i que eren escoltats i tractats amb dignitat no es pot deixar de banda l'existència de baralles mitològiques entre els déus joves i els vells, donant la victòria als primers, representant el poder de la força física sobre l'experiència. No obstant això, tal com succeeix amb la societat egípcia, tampoc es conserven textos satírics envers la vellesa que sí que es conserven de d'altres èpoques. A més cal afegir que la paraula àrab "*shaikh*" tant es fa servir per designar al vell com al cap del poblat (Polo i Martínez, 2001).

Als llibres de l'Antic Testament (a De la Serna, 2003, p. 4; Garcia, 1995; Polo i Martínez, 2001) s'observa la degradació progressiva que pateixen els vells al món hebreu: Els escrits més antics contenen múltiples alabances envers els vells, són els caps naturals del poble, amb poders religiosos i judicials, formant un consell de savis al voltant del patriarca; El Llibre dels Reis relata com, a partir de l'any 935 aC., hi ha un canvi en la imatge social de l'ancià per les discrepàncies del consell d'ancians amb el Rei; a més la consolidació de les institucions i el creixement de l'escriptura fan que els vells perdin importància com a transmissors del coneixement, provocant la intensificació d'escrits amb al·lusions als límits físics i debilitats de la vellesa. Als escrits posteriors a l'exili a Babilònia s'observa com el terme ancià ja no fa referència al savi pel fet de ser vell, els savis poden ser també persones joves. D'altra banda, al Nou Testament els vells són insignificants i, sovint, depreciats.

A les cultures antigues de l'Orient Mitjà el concepte envelliment s'explica de manera filosòfica (Polo i Martínez, 2001). A l'Índia el text "*Sushruta Samhita*" inclou en un grup de malalties l'envelliment, degudes al trencament de l'harmonia de les substàncies elementals del

cos i suggereix una de les teories modernes de l'envelliment, la Teoria genètica. Tot i que la civilització xinesa atorga als vells, tant homes com dones, la màxima autoritat, sobretot a la família, manifesten que l'envelliment és conseqüència del desequilibri dels dos principis universals i oposats, el Yin i el Yan.

Les dues posicions filosòfiques contraposades de Plató i Aristòtil reflecteixen la visió que la Grècia Antiga tenia dels vells (Dabove et al., 2006, p. 28; Garcia, 1995; Polo i Martínez, 2001; Rizo, 2007; Rodríguez, 1989, p. 14). Per una banda Plató defensa la gerontocràcia, idealitzant la vellesa, ja que l'home vell ja no es deixa anar pels plaers; igual que l'art grec clàssic que no mostra mai la part negativa de la vellesa, idealitzant-la, i la literatura que representa un model irreal de saviesa dels vells aristocràtics. D'altra banda, Aristòtil confereix als vells tot els defectes, doncs la disminució física comporta l'espiritual, presentant una visió més objectiva dels prejudicis de l'època, els quals es manifesten en l'escultura hel·lenística, que representa als vells tal com són físicament, i en la literatura còmica, que utilitza als vells per ridiculitzar els vicis i les passions humanes. Paral·lelament, el gran nombre de lleis que van ser promulgades durant aquesta època per protegir la gent gran, donen una visió de com la població jove no els respectava, a excepció de la ciutat d'Esparta, on els homes grans ocuparen un lloc privilegiat a la política.

A "De Senectute de Ciceró", el primer gran tractat clàssic sobre la vellesa, es pot analitzar com tractaven i veien a l'Antiga Roma la vellesa (a Dabove et al., 2006, p. 28; De la Serna, 2003, p. 5; Garcia, 1995; Polo i Martínez, 2001; Rizo, 2007; Rodríguez, 1989, p. 15): Ciceró descriu per primera vegada la vellesa com una etapa de la vida en què, si l'individu ha exercitat la ment, pot realitzar feines mentals millor que els joves; En aquesta visió de la vellesa podem observar la descripció d'un envelliment que és diferent a cada individu i pot ser actiu. D'altra banda, la figura del "Pater familias" (pare de família) atorga drets al pare sobre els fills i l'esposa, fins i tot la potestat sobre la vida i la mort. Però això dóna lloc a la visió de l'home vell com a autoritari, al qual témer i, a causa dels abusos del pare de família, aquesta figura política

desapareix conjuntament amb aquesta visió dels vells, però és el físic el que passa a ser objecte de burles. Cal afegir, que els romans són els precursors dels primers asils per ancians, ja que algunes famílies no se n'ocupaven, la qual cosa implica que la justícia intentava establir normes que protegien els més desfavorits.

Edat Mitjana. A l'Alta Edat Mitjana, del s. V al s. X, anomenada també "Edat Fosca", els territoris imperials van ser envaïts per onades successives de confederacions barbàriques, predominant la llei del més fort, el que provoca que als ancians se'ls exclouï de la vida pública, essent, en alguns casos assassinats. Les dones ancianes eren considerades malèfiques. Tot i això, alguns pobles, com els germans i els merovingis, respectaven als seus ancians, ja que eren els que cuidaven dels fills i les dones quan els homes joves anaven al camp de batalla (De la Serna, 2003, p. 6; Garcia, 1995; Martínez et al., 2002). Quan són cristianitzats, els ancians formaven part del grup dels desvalguts, essent els rics acollits en monestirs mentre les persones grans pobres restaven en la persistent misèria. Arribaven a vells, ja que vivien resguardats als monestirs i, per tant, tenien un nivell de vida superior al de la resta d'individus. D'aquesta manera, els autors cristians, representen una doble imatge de la vellesa: per una banda l'associen a la decrepitud i el pecat, i d'altra banda, a la saviesa (De la Serna, 2003, p. 7; Garcia, 1995; Martínez et al., 2002).

A la Baixa Edat Mitjana, segles XI a XIV, com s'observa a l'obra de Sant Tomàs d'Aquino, reapareix l'estereotip aristotèlic de la vellesa, com a període decadent física i moralment, amb comportaments rígids, egoistes i solitaris (Rodríguez, 1989, p. 16). D'altra banda, els lluitadors i soldats, així com els comerciants rics, són respectats, però els camperols depenen de la família i són depreciats (De la Serna, 2003, p. 8; Martínez et al., 2002).

Edat Moderna. Durant el Renaixement (segles XIV, XV i XVI), per l'admiració exagerada per l'antiguitat hel·lenica i romana amb la seva exaltació de la bellesa física, els vells són ridiculitzats i refusats, essent pitjor per les dones velles, ja que quan eren joves presentaven la màxima bellesa (Garcia, 1995; Martínez et al., 2002; Rodríguez, 1989, pp. 16-18). El gran

nombre d'obres sobre l'origen i tractament de la vellesa només ha estat superada a l'actualitat. A l'obra "Elogio a la locura" d'Erasme de Rotterdam fa una cita despietada de la vellesa, aconsellant als joves que trenquin amb la saviesa i visquin en la bogeria per no fer-se vells (Martínez et al., 2002; Rodríguez, 1989, p. 17). Francis Bacon i el seu llibre "History Of Life And Death" comporta l'inici de la investigació científica sobre l'envelliment pròpiament dit (Rodríguez, 1989, p. 17). Observem algunes obres amb opinions excepcionalment favorables a la vellesa: Luis Vives, a "*Introducción a la sabiduría*", i Tomás Moro, a "*La utopía*" (Rodríguez, 1989, p. 17).

Al context Barroc (finals del segle XVI al XVII) apareix a Espanya una mentalitat i una cultura popular marcades per motivacions ètiques i religioses transcendents que inspiren una concepció de l'home i el seu comportament, adquirint la màxima actualitat els temes de control dels vicis i passions, sobretot durant la vellesa, i amb un gran interès pel tema de la mort (Rodríguez, 1989, p. 22). D'aquesta manera, les actituds cap als ancians són similars a les de la baixa Edat Mitjana, les classes privilegiades es retiren als monestirs i són respectats per la societat, mentre els camperols i artesans vells segueixen sota la cura familiar i no són respectats socialment. Els asils pertanyen a l'Església però en aquesta època són insuficients (Martínez et al., 2002).

Durant el s. XVIII la Il·lustració va buscar una explicació racional i científica de la natura i l'univers, sobretot fent èmfasi en l'educació dels infants, el que provocà novament la poca importància de l'estudi de la vellesa. Així doncs, perviuen els estereotips i actituds tradicionals envers els vells i la vellesa (Rodríguez, 1989, p. 25). A més en aquesta etapa es dona importància a dos conceptes clau: la racionalitat i la feina, el que fa que la gent gran esdevinguin doblement estranys, d'una banda anormals i d'altra marginals (Dabove et al., 2006, p. 29). Tot i això, els canvis socials iniciats amb una primerenca revolució industrial facilita que els vells puguin treballar fins més grans i la misèria d'alguns ancians es mitiga per l'augment de

la beneficència, el que fa que, juntament amb l'aparició dels burgesos ancians, s'iniciï una valorització de la gent gran (Martínez et al., 2002).

Edat Contemporània. La revolució demogràfica iniciada al segle XVIII s'acompanya durant el XIX de tres fenòmens de gran rellevància que van transformar la societat europea: la revolució industrial, l'èxode rural i l'aparició del proletariat. Aquests canvis provocaren la mort precoç del proletariat o, en el seu cas, la misèria dels vells d'aquesta nova classe social per l'absència de recursos una vegada ja no podien treballar. A més, la Revolució Industrial va donar lloc a que se substituís el capitalisme familiar, que era representat pels avis de la família, per societats anònimes que solien estar encapçalades per joves audaçs. Tot això comportà un desprestigi de la vellesa durant aquest segle (Martínez et al., 2002).

Durant els segles XVIII i XIX es realitzen diverses investigacions sobre les modificacions degudes al procés d'envelliment i les manifestacions patològiques específiques als vells, tot i que fou Nascher el primer a aprofundir en la importància de l'aspecte mèdic-social i va introduir, l'any 1909, el concepte "geriatria" (geriatrics), essent considerat el pare de la investigació mèdica de la vellesa. Així doncs, durant aquests segles la investigació es basava en la part biològica de l'envelliment, augmentant els estereotips negatius sobre aquest (Carbajo, 2008).

Als s. XX i XXI apareix el que s'anomena "ancianitat aïllada" (Carbajo, 2009), ja que la gent gran viu en solitari al propi domicili mentre pot auto cuidar-se i, quan ja no és així, se l'interneja en centres perquè en tinguin cura, això és degut a la manca de temps de les famílies treballadores per fer-se'n càrrec.

Tot això comporta que les interpretacions negatives i pejoratives sobre la vellesa a l'actualitat siguin les més comunes, classificant els estereotips des de diverses perspectives (Rodríguez, 1989, pp. 30-31):

- Estereotip cronològic, basat en criteris normatius segons l'edat. Produint, d'aquesta manera, una discriminació únicament per l'edat de l'individu.

- Estereotip biològic, consideració únicament mèdica que concep la vellesa com involució. Equipara la vellesa a malalties i trastorns psicofisiològics i, relacionat amb això, necessitats permanentment d'assistència mèdica a hospitals i residències.
- Estereotip psicològic, que accentua el concepte de declivi dels recursos psicològics (sensorials, d'atenció, memorístics, cognoscitius, actitudinals, de personalitat i de caràcter). El que potencia el mite de la vellesa com una etapa d'escassa o nul·la creativitat, aïllament, ansietat i depressions, comportaments rígids i canvis d'humor injustificats.
- Estereotip sociològic, molt relacionat amb la jubilació, incideix en les connotacions d'inutilitat, aïllament, desvinculació i improductivitat de la persona gran.

Tot i això, al segle XX s'inicien tota una sèrie d'investigacions que destaquen per tenir com a objectius tant la comparació dels mites i realitats de l'envelliment, com els estereotips envers la vellesa en les diferents etapes vitals i en diferents contextos. Investigacions que analitzem al següent punt.

3.2. Edatisme (Ageism)

Als anys seixanta, les teories de Butler (1969; A Achenbaum, 2013, p. 84), psiquiatre i gerontòleg expert, sobre l'existència d'estereotips o prejudicis envers una persona, únicament pel fet de ser gran, el van portar a adoptar un nou terme: edatisme o discriminació per l'edat. De manera que el terme edatisme es pot definir com el conjunt d'actituds negatives, socialment estereotipades, i prejudicis mantinguts per la població en contra de la vellesa i l'envelliment com un cicle de vida associat a la malaltia, el patiment i la soledat. L'edatisme s'ha considerat la tercera gran forma de discriminació social, després del racisme i el sexisme, fins i tot en una proporció més gran al món occidental, i pot influir en la manera de tractar la gent gran, tant en contextos privats i familiars com socials i professionals (Fernández-Ballesteros, 1992, pp. 13-17; Garcia, 1995; Losada, 2004; Montoro, 1998; Moreno, 2010).

L'edatisme s'alimenta, entre altres coses, de la creença generalitzada de molts mites sobre la gent gran, com els que compara i contraresta amb la realitat l'Associació Americana de

Psicologia (APA, 1998), esquematitzats a la Taula 5. A la taula es pot comprovar com cap els mites definits per l'edatisme tenen base real, essent considerats estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa.

Taula 5.

Mites i realitats sobre les persones grans

Mite	Realitat
Són un grup homogeni	Són un grup heterogeni
Solen ser solitàries	Solen mantenir un contacte proper amb la família
Estan malaltes, són fràgils i són dependents	Prefereixen viure independentment i, si mantenen un estil de vida saludable, són capaços de superar malalties igual que els joves.
Tenen alteracions cognitives	Encara que algunes capacitats cognitives es poden veure minvades, el fet no és prou greu per causar problemes a la vida quotidiana
Estan deprimides	Les que viuen en comunitat tenen una taxa de depressió més petita que alguns adults més joves
Es tornen més rígides i de tracte difícil	Tenen una personalitat relativament estable durant tota la vida
Amb prou feina poden suportar les davallades inevitables associades a l'envelliment	Se solen adaptar amb èxit als reptes de l'envelliment

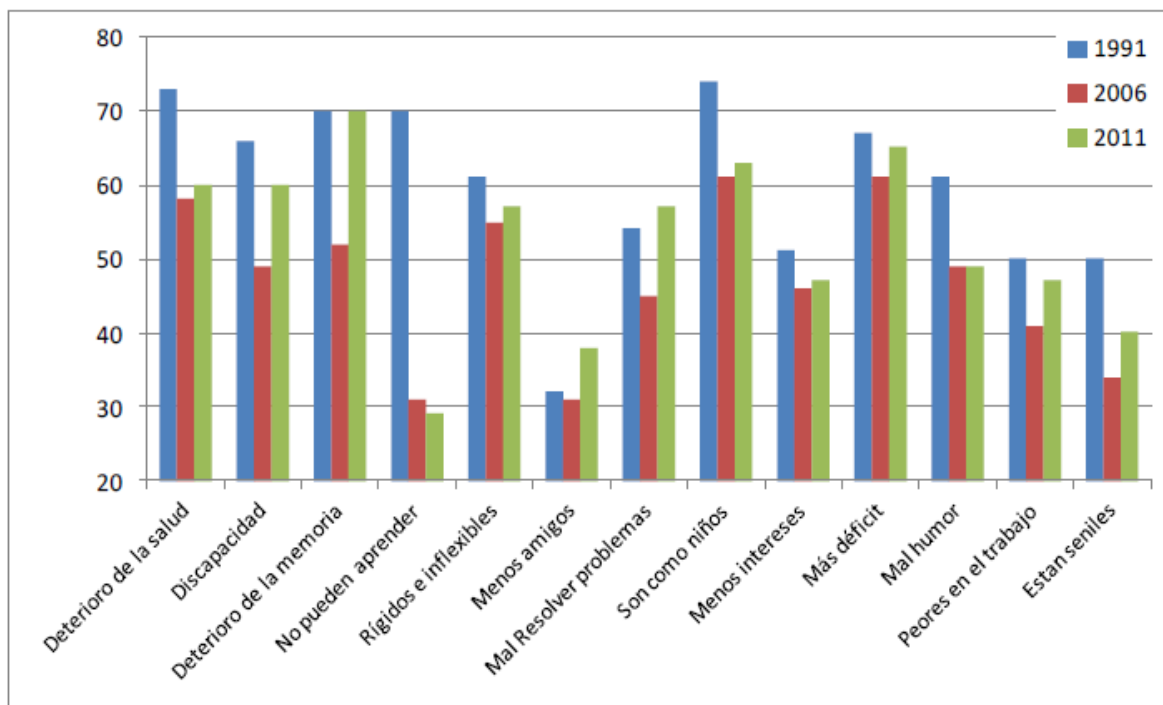
Nota. Adaptat de APA, 1998

D'altra banda, cal destacar que Palmore (1999, pp. 19-40), va establir un tipus d'edatisme positiu que comporta idees preconcebudes de les persones grans com a amables, riques, formals i amb poder polític. Així Palmore conclou que ambdós tipus d'estereotips són mites que poden portar a conductes discriminatòries envers la vellesa i l'envelliment en tractar a aquest grup d'una manera homogènia, la qual cosa, com ja hem explicat anteriorment, no s'adapta a la realitat.

Tot i això, un estudi comparatiu realitzat per Fernández-Ballesteros sobre el percentatge d'acord amb alguns estereotips envers l'envelliment (1991, 2006 i 2011) i presentat per la mateixa autora en el marc del Màster Envelliment Actiu i Satisfactori de la UVic (l'any 2012), conclou que gairebé tots els estereotips han disminuït en percentatge d'acord, excepte dos d'ells (Figura 8).

Figura 8.

Comparació percentatges d'acord dels 13 estereotips 1991-2006-2011



Nota. Font: Presentació Fernández-Ballesteros, R. Envelliment Actiu i Satisfactori, UVic.

Observant la Figura 8, es comprova que el percentatge de tots els estereotips analitzats disminueixen de l'any 1991 a l'any 2006 però torna a augmentar l'any 2011, tot i que només superen el percentatge els estereotips: "Tienen menos amigos" i " Resuelven mal los problemas". Alguns d'aquests mites s'analitzen a continuació seguint els estudis realitzats al respecte.

3.3. Mites i Realitats envers l'Envel·liment

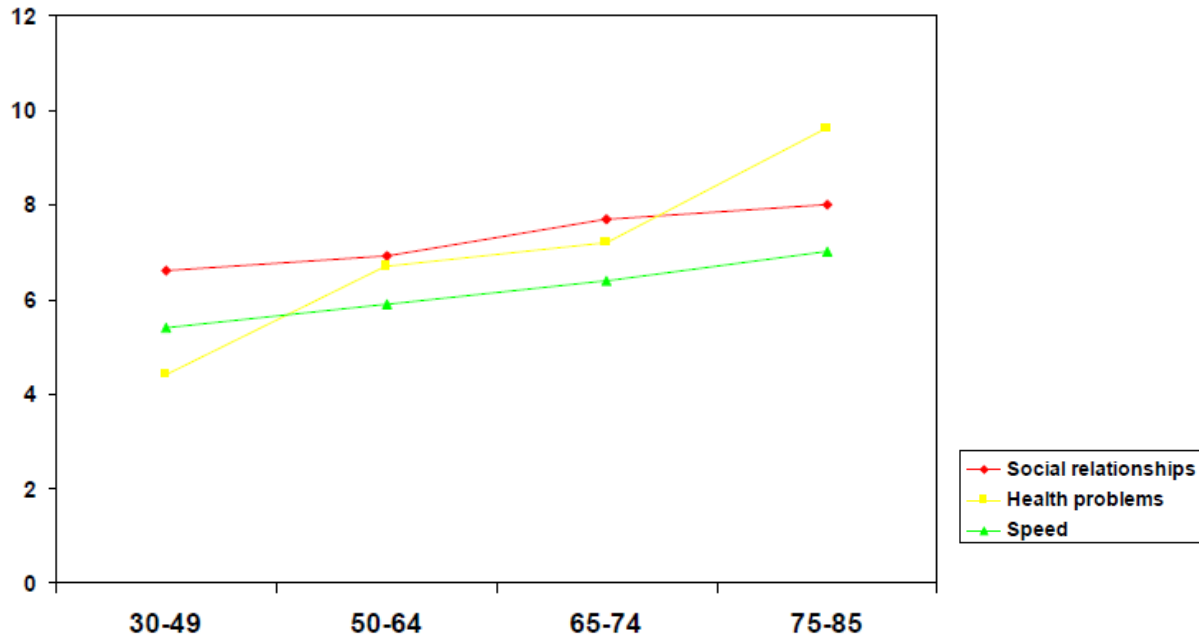
Hi ha diversos estudis que demostren la falsedat d'alguns dels mites que la societat presenta envers l'envelliment, la vellesa i els vells. En aquest punt, basant-nos en aquests estudis, desmitificarem aquestes creences:

- Heterogeneïtat versus homogeneïtat: Diferents estudis (APA, 1998; Carbajo, 2009; Fernández-Ballesteros, 2008, pp 11-12; Garcia, 1995; Losada, 2004; Palmore, 1999; Viguera, 1997) conclouen que, degut a les molt variades històries de vida, les diferències bio-psico-socials individuals són més evidents en la gent gran que en els grups de població més joves; la qual cosa es pot observar a la Figura 9, resultat de l'estudi EXCELSA-P, que representa la variabilitat (Variància, a l'eix Y) entre els factors de salut, psicològics i socials en tres grups de població d'edats diferents representats a l'Eix X (Fernández-Ballesteros, 2008, pp. 11-12). A l'estudi EXCELSA-P es comprovava com el grup de més edat era el que tenia una major variància en els tres aspectes estudiats. En paraules de la Dra. Garcia (1995): "La població de gent gran és una població heterogènia, haurien de ser heterogènies les imatges que tenim d'ells i, per tant, el tracte que han de rebre".

Cal afegir que amb aquesta primera idea les restants ja queden desmitificades, doncs no es pot establir creences generalitzades en un grup tan variable com el de la gent gran.

Figura 9.

Variabilitat en condicions bio-psico-socials del projecte EXCELSA-P per grups d'edat



Nota. Adaptat de Fernández-Ballesteros, 2008, p. 12

- Socialment actius versus solitaris: Tot i que els estudis mantenen la tendència a la disminució en les relacions socials degut principalment a la jubilació, també conclouen que les relacions familiars i amb la xarxa social més propera es mantenen o augmenten amb l'edat essent més lleials i satisfactòries (APA, 1998; Carbajo, 2009; Fernández-Ballesteros, 1992; Prieto et al., 2009).

- Salut, independència i resistència versus malaltia, dependència i fragilitat: Com ja hem vist, aquests tres parells de conceptes estan molt relacionats entre si, en quant la pèrdua de la salut incrementa la fragilitat de la persona i, si no actua en conseqüència, comporta la dependència. Però cal insistir en la idea "d'actuar en conseqüència", ja que s'ha analitzat a l'apartat corresponen que amb uns hàbits de vida saludable (nutrició adequada, cures apropiades, disminuir els vicis perjudicials, l'activitat física i mental) augmenten els nivells de salut i es prevenen la fragilitat i la dependència; això ha estat comprovat per diferents estudis que, relacionant l'envelliment actiu amb la salut i la dependència, demostren que les tendències

actuals comporten la disminució de la dependència i fragilitat fins a edats cada vegada més avançades, augmentant l'esperança de vida lliure de discapacitat (Baltes i Baltes, 1993, pp. 43-44; Fernández-Ballesteros, 2008; Otero et al., 2004; Salvà i Rivero, 2007).

- Reserva cognitiva versus alteracions: De la mateixa manera que el punt anterior, els estudis han demostrat que els estils de vida saludables modifiquen favorablement la funcionalitat i el rendiment cognitiu, augmentant la reserva cognitiva que protegeix de les patologies cerebrals (Baltes i Baltes, 1993, pp. 9-15; Fernández-Ballesteros, 2008; Gramunt et al., 2010).

- Alegres versus depressius: Tot i que la depressió és el trastorn afectiu prevalent a les persones d'edats avançades, cal remarcar que les emocions són el resultat de factors ambientals i genètics i no pas de l'edat, això ha estat amplament estudiat ((Baltes i Baltes, 1993, pp. 211; Fernández-Ballesteros, 2008; Garzón i Roy, 2012; Gramunt et al., 2010).

- Personalitat estable versus rigidesa de caràcter: Des de la perspectiva dels trets de personalitat, els estudis reflecteixen que aquesta roman estable al llarg del cicle vital i de manera diferent segons els individus (Baltes i Baltes, 1993, pp. 101-105; Triadó i Tur, 2001, pp. 210-214). Així doncs, si una persona té un caràcter rígid en envellir, probablement ja el tenia durant la seva joventut.

- Adaptació versus davallada inevitable: Tot el que s'ha comentat anteriorment indica que durant el procés d'envelliment és possible i, de fet estem preparats biològicament, podem adaptar-nos als canvis bio-psico-socials per mantenir una vellesa saludable en el sentit ampli del concepte. Tot i que, com ja s'ha comentat, la davallada inevitable actualment es constata a edats més tardanes, la senectut sol estar present al final de la vida de l'individu.

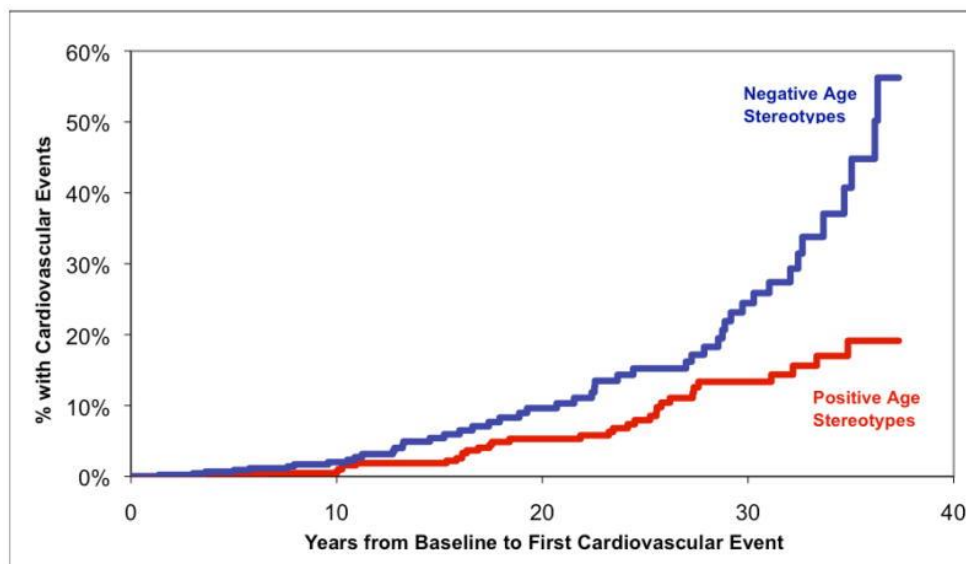
3.4. Conseqüències de l'Edatisme

A conseqüència de l'edatisme, algunes persones grans tendeixen a adoptar una imatge negativa d'elles mateixes i a comportar-se d'acord amb aquesta imatge. La infraestimació de

les capacitats físiques i mentals pot afavorir una pèrdua prematura d'independència, una major discapacitat, índexs més alts de depressió i una mortalitat anticipada en persones que, en altres condicions, mantindrien una vida productiva satisfactòria i saludable (Fernández-Ballesteros, 1992, pp. 5-9; Garcia, 1995). Aquesta situació s'ha descrit amb la idea de la profecia que s'autoacompleix, com ja hem vist anteriorment, si es creu que el deteriorament és inevitable, es redueixen les possibilitats de fer esforços per enfrontar-s'hi. Diversos estudis (Bauzà, 2011; Levy, 2003; Levy et al., 2009; Montorio et al., 2002) donen suport a aquesta idea, considerada un dels principals mecanismes pels quals té lloc l'augment d'incapacitat, i actualment és considerat un dels mecanismes més importants pels quals es produeix un excessiu nivell d'incapacitat (Losada, 2004); Com es mostra a la Figura 10, extreta de l'estudi de Levy et al. (2009), on es destaca la relació entre els estereotips negatius (negative age stereotypes) establerts i les malalties cardiovasculars en comparació amb els estereotips positius (positive age stereotypes); a l'eix X es representen els anys des de l'inici fins al primer esdeveniment cardiovascular (years from baseline to first cardiovascular event) i a l'eix Y el percentatge de persones amb esdeveniments cardiovasculars (%with cardiovascular events).

Figura 10.

Relació entre estereotips i malalties cardiovasculars



3.5. *Variables Relacionades*

Si analitzem alguns estudis realitzats en el nostre entorn² sobre les representacions socials de la vellesa i l'envelliment, es comprova que la majoria de recerques inclouen la relació existent entre aquestes percepcions socials i diverses variables.

Variables Sociodemogràfiques. Als estudis analitzats hi ha discrepàncies entre els resultats respecte a la relació de les variables sociodemogràfiques i els estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa:

- **Edat:** Mentre alguns estudis conclouen que no hi ha diferències significatives en comparar els grups d'edat en relació amb l'edatisme (Gómez, 2003; Sampén et al., 2012); altres investigacions relacionen les creences estereotipades amb l'edat dels participants en diferents sentits, les que associen l'augment d'estereotips negatius amb els grups de menor edat (Fernández-Ballesteros, 1992; García, 1995; Molina, 2000; Villar, 1997; Villar i Triadó, 2000) i d'altres que indiquen major predomini d'estereotips a l'augmentar l'edat dels participants (Arias, 2014; Gázquez et al., 2009; Sánchez, 2004). Cal destacar que no s'observen diferències dels resultats en aquestes relacions segons la mostra analitzada, ja que alguns d'aquests estudis estan únicament realitzats amb una població de gent gran (Gómez, 2003; Sánchez, 2004) i d'altres comparen grups de diferents poblacions d'edat (Arias, 2014; García, 1995; Gázquez et al., 2009; Molina, 2000; Sampén et al., 2012; Villar, 1997; Villar i Triadó, 2000).
- **Gènere:** Predominen les investigacions amb resultats sense diferències significatives entre els grups per gènere (Gómez, 2003; Lasagni et al., 2013; Melero, 2006; Sampén et al., 2012; Sánchez, 2004; Villar, 1997; Villar i Triadó, 2000) tot i que alguns dels estudis que analitzen aquesta relació conclouen que el sexe femení manté més estereotips negatius envers l'envelliment (Castellano i De Miguel, 2010; Sanhueza, 2014).

² Es realitza una metanàlisi dels estudis sobre el tema tractat a països de parla hispana i Catalunya des de la última dècada del s. XX a l'actualitat.

- **Estat civil:** Dels estudis analitzats són pocs els que realitzen la comparació per estat civil, però els que ho fan no troben relació significativa entre aquesta variable i els estereotips negatius envers l'envelliment (Arias, 2014; Gómez, 2003; Castellano i De Miguel, 2010; Sánchez, 2004).
- **Estudis:** Les investigacions que analitzen el nivell d'estudis i els estereotips negatius envers la vellesa estableixen una relació negativa, és a dir, com major és el nivell d'estudis, menor és el nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment (Fernández-Ballesteros, 1992; Sánchez, 2004; Sanhueza, 2014). Aquesta associació és més significativa quan es relaciona l'edatisme amb la formació en gerontologia (Arias, 2014; Aristizábal-Vallejo et al., 2006; Gázquez et al., 2009; Melero, 2006; Melero i Buz, 2002). Uns altres estudis que van analitzar aquesta relació no va trobar diferències significatives entre els grups segons els estudis realitzats (Franco et al., 2010; Gómez, 2003).
- **Professió:** S'estableixen, en una investigació, diferències significatives en quant els professionals de la salut o amb major nivell d'estudis manifesten menor nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa (Domínguez, 2011), tot i això, a l'estudi de Sampén et al. (2012) es conclou que el personal de salut no professional tenen actituds més positives envers l'envelliment que els professionals titulats; Uns altres estudis que van analitzar aquesta relació no van trobar diferències significatives entre els grups segons la professió (Gómez, 2003; Lasagni et al., 2013).
- **Convivència amb ancians:** La literatura mostra resultats contradictoris en la relació entre la convivència dels participants amb ancians i la manifestació d'estereotips negatius envers la vellesa; Alguns autors (Melero i Buz, 2002; Montorio et al., 2002; Sanhueza, 2014; Villar, 1997) confirmen una relació estadísticament significativa en quant les persones que conviuen amb persones grans presenten major nivell d'estereotips negatius, mentre aquesta

relació no es manté en altres estudis (Arias, 2014; Gómez, 2003; Sánchez, 2004; Sanhueza, 2014; Villar i Triadó, 2000).

- Lloc de naixement: Un estudi (Gómez, 2003) investiga si les migracions entre poblacions (per nombre d'habitants) intervenen en la manifestació d'estereotips negatius envers l'envelliment, i destaca la relació quan les migracions es produeixen d'entorn rural a urbà, en quant que els participants que experimenten aquest tipus de migració tenen menys estereotips que la resta de grups.

- Lloc de domicili: La recerca de Gómez (2003) realitza una agrupació dels participants per nombre d'habitants del lloc de domicili actual, l'anàlisi de la relació entre aquesta variable i els estereotips envers l'envelliment conclou que els participants que viuen en poblacions més petites presenten major nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa.

Institucionalització. La documentació de caràcter teòric al nostre entorn respecte a l'edatisme institucionalitzat i aspectes relacionats (Caballero i Remolar, 2000; Losada, 2004; Pinazo-Hernandis, 2013) atorguen a l'edatisme institucionalitzat la funció de factor predictor de maltractament als centres d'atenció, sobretot pel que fa a: la infantilització, l'omissió, la falta de respecte a les opinions o intimitat i l'abús de poder; és a dir, al maltractament psicològic. Entenent com a maltractament a les institucions la definició que adopta La «Guia local per fer front als maltractaments de les persones grans» elaborada per l'Àrea d'Atenció a les Persones de la Diputació de Barcelona (Tabueña i Muñoz, 2012): "Tota acció o ommissió relativa a una persona resident en una institució, que causa perjudici a la mateixa persona o que la priva, injustament, de la seva independència". Tot i que aquests documents afirmen que l'edatisme a les institucions és una realitat actualment, també confirmen que les investigacions empíriques al nostre entorn que relacionen edatisme i institucionalització són escasses, com són escassos en general els estudis realitzats en institucions i, la majoria investiguen la satisfacció i qualitat de vida que refereixen les persones institucionalitzades.

Una recerca característica en l'àmbit institucionalitzat a Barcelona que analitza com canvia el comportament de les persones grans en ser institucionalitzades és l'estudi encarregat per l'Àrea de Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona, elaborat per Altarriba (1992, pp. 102-108), que, partint de la base que quan es vinculen a una institució els ancians s'han d'adaptar a un nou entorn, tendeixen a comportar-se com uns "models-tipus": Actiu, passiu (de base o responent), rebel, resignat, anul·lat o d'ubicació parcial. Aquesta recerca implica que l'individu vell que ingressa en un centre canvia el seu patró normal de comportament per adaptar-se al nou entorn, però no es van estudiar empíricament les possibles causes d'aquest canvi de comportament.

D'altra banda, l'estudi de Rivas i López (1996), a la província de Màlaga, analitza les respostes a un qüestionari d'una mostra d'usuaris i professionals de centres gerontològics amb l'objectiu, entre d'altres, de conèixer el que les autores anomenen "el clima social", bàsicament es tracta d'analitzar com perceben els usuaris i professionals dels centres les interaccions amb els altres a les residències. Els resultats de l'estudi mostren que, en general, els residents indiquen que la interacció amb els professionals que els atenen és pobre, no podent influir en la manera com són cuidats i no podent expressar opinions sobre l'organització dels centres; Els professionals, generalment, perceben que el clima social dels centres estan molt mediatitzats per la mateixa organització del centre. Cal afegir que hi ha diferències entre centres segons la titularitat del centre. Relacionat amb això, la recerca de Franco et al. (2010) tenia l'objectiu d'avaluar la prevalença d'estereotips negatius envers l'envelliment entre el personal sanitari al personal de salut de l'Hospital de Querétaro (Mèxic), en la que es conclou que el personal analitzat presenta un nivell elevat d'estereotips negatius, incloent-hi els que tenen relació amb la salut. Similar a aquest estudi, l'any 2011 Domínguez realitza una investigació per comprovar si un grup de cuidadors formals amb experiència professional i en actiu (treballadors del Servei d'ajuda a domicili i de Residències), i un grup d'aspirants a treballar en aquest tipus de centre, presenten estereotips edatistes; conclouent, d'acord amb els resultats, que el personal gerocultor

i els alumnes que participen en accions formatives relacionades amb el sector, mantenen falses creences relacionades amb la vellesa i l'envelliment.

Castellano i de Miguel (2011) realitzen una recerca en una mostra de 117 persones majors de 52 anys a Tenerife, usuaris de Centres de dia, que pretenia analitzar si els participants perceben conductes discriminatòries associades a l'edat, tant negatives com positives, per part de la família i/o la societat, incloent-hi als professionals dels centres; conclouent que, en general, els resultats demostren que els participants a l'estudi no perceben actituds edatistes.

L'estudi més actual relacionat amb el tema és el de Sampén et al. (2012) realitzat amb l'objectiu de determinar si els professionals de primer nivell assistencial de Tumbes (Perú) presenten actituds positives envers la gent gran. L'estudi conclou:

Si bien es cierto que un 59 % de la población estudiada tiene actitudes positivas hacia el adulto mayor, existe aún una proporción importante de personal de salud que no tiene actitudes positivas, hallazgo que puede derivar en una inadecuada atención del Adulto Mayor que contrastaría con el marco legal vigente. (Sampén et al., 2012)

Variables Psicològiques. De manera similar a les variables sociodemogràfiques, les recerques sobre la relació entre els estereotips i actituds envers l'envelliment i les variables psicològiques aporten resultats molt diversos. Una de les similituds al respecte, però, és el fet que tots els estudis analitzats es realitzen o a persones joves o a persones grans cognitivament competents, fent servir un test d'estat mental. Seguidament analitzem els resultats de les recerques que analitzen les variables psicològiques relacionant-les amb els estereotips i actituds envers l'envelliment i la vellesa:

- Autopercepció: Quan s'analitza l'autopercepció relacionant-la amb la percepció que els vells tenen dels altres vells, els estudis mostren diferències significatives en quant els participants se solen auto percebre millor del que ho fan sobre la resta de persones grans (Arias, 2014; Gómez, 2003).

- Salut subjectiva: Quan el que s'analitza és la percepció de la pròpia salut i la seva relació amb els estereotips negatius envers la vellesa, les investigacions conclouen que es tracta d'una relació estadísticament significativa inversa, és a dir, els participants que auto perceben millor la seva salut tenen menys estereotips (Lasagni et al., 2013; Nieto et al., 2006; Sánchez, 2004; Villar, 1997). Tot i això, diferents estudis conclouen que no existeix relació estadísticament significativa entre les dues variables a les mostres analitzades (Gómez, 2003; Villar i Triadó, 2000).

- Actitud envers el propi envelliment: L'estudi de Sánchez (2004) analitza l'actitud que els ancians tenien del propi envelliment i ho relacionà amb els estereotips negatius envers l'envelliment, conclouent que a la mostra analitzada hi ha una relació significativa inversa (els participants amb una actitud més positiva envers el propi envelliment tenien menys estereotips negatius), això ja havia estat demostrat per Villar (1997) i per Villar i Triadó (2000).

- Optimisme: Els resultats de les investigacions que analitzen la relació de l'optimisme amb les representacions socials de l'envelliment destaquen la relació estadísticament significativa entre les dues variables de manera que com més optimistes són els participants menor nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment (Nieto et al., 2006; Sánchez, 2004)

- Autoestima: A les investigacions que han relacionat aquesta variable amb els estereotips negatius s'observa una correlació significativa, com en les anteriors variables, inversa (Gómez, 2003; Sánchez, 2004).

- Satisfacció amb la vida: Tot i que algun estudi no ha trobat correlacions significatives entre aquesta variable i els estereotips negatius envers l'envelliment (Gómez, 2003), d'altres conclouen que els participants que presenten més satisfacció amb la vida tenen un nivell d'estereotips i/o actituds negatius menor (Castellano, 2014; Nieto et al., 2006).

D'altra banda, l'estudi de Montorio et al. (2002) demostra que els estereotips negatius envers l'envelliment dels cuidadors informals de les persones grans de la mostra analitzada es

relaciona amb la satisfacció amb la vida i l'autoeficàcia de les persones grans. A més, els estudis que relacionen algunes de les variables psicològiques entre si confirmen que existeix una correlació estadísticament significativa entre elles (Arias, 2014; Castellano, 2014; Gómez, 2003; Sánchez, 2004).

Capacitat Funcional. La capacitat funcional és una de les variables que menys es relaciona amb els estereotips i les actituds negatius envers l'envelliment als estudis, pot ser degut al fet que, com passava amb la variable capacitat cognitiva del punt anterior, la majoria de les recerques recullen aquesta variable com a variable d'exclusió en el mostreig. L'anàlisi generalment es realitza mitjançant l'estudi de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD) i les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD); Com ara Montorio et al. (2002) que, com ja hem comentat anteriorment, relaciona la capacitat funcional dels participants majors amb les actituds envers l'envelliment dels cuidadors informals d'aquestes persones. D'altra banda, l'estudi d'Arias (2014) va establir que els joves participants que conviuen amb persones grans amb un grau de dependència més elevat mantenien nivells d'estereotips negatius majors que els que conviuen amb persones grans independents o menys dependents.

Participació en Activitats. Les recerques que analitzen la relació entre la participació en activitats i els estereotips envers la vellesa i l'envelliment ho fan des de diverses perspectives:

- Sánchez (2004) divideix les activitats en tres grups: participació en activitats socials comunitàries, participació religiosa i activitat física mantinguda. Trobant diferències estadísticament significatives en el nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment quan l'agrupació dels participants es realitza mitjançant les variables participació en activitats socials comunitàries i activitat física mantinguda però no quan l'agrupació es realitza amb la variable participació religiosa. Els individus que participen més en activitats socials comunitàries tenen un nivell d'estereotips significativament menor, a l'igual que els que mantenen una activitat física major.

- Gómez (2003) realitza un estudi de la relació entre la participació en activitats amb els d'estereotips envers l'envelliment. L'autora divideix la variable participació en activitats en quatre: Participació masculí (activitats predominantment masculines a la mostra analitzada - exercici físic, sortida amb amics, assistència a centres de la tercera edat i practicar jocs de taula-), participació femení (activitats predominantment a la mostra analitzada –feines de la llar, activitats religioses, aficions i manualitats-), activitats culturals (escoltar la radio, llegir el diari, assistir a espectacles i viatjar fora de la ciutat) i veure la Televisió –TV- (una de les activitats més realitzada pels participants a l'estudi). Els resultats mostren la relació negativa significativa entre la participació masculí amb els estereotips negatius, és a dir, quan més participació en aquestes activitats menor nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment. D'altra banda, mostren una relació positiva significativa entre els estereotips socials i generals envers l'envelliment (ambdós tipus d'estereotips que diferencia l'autora) amb la participació en activitats femení, és a dir, com major és la participació en les activitats que l'autora classifica com a femenines, major són els estereotips de caràcter social i general envers l'envelliment. Les activitats culturals no presenten relació significativa amb els estereotips a la mostra analitzada. I l'activitat veure la TV presenta una relació estadísticament significativa i positiva amb els estereotips negatius.

- Sanhueza (2014) conclou en el seu estudi que les persones que perceben majors recursos econòmics tenen un nivell d'estereotips menor pel fet que solen participar més en activitats socials i diu: "es posible inferir que las imágenes se alejan del polo positivo en la medida que se perciben menores recursos para generarse oportunidades de participación social, convirtiéndose este proceso en un círculo vicioso que es preciso romper".

Finalment cal destacar que aquestes recerques es realitzen mitjançant procediments de recollida de dades molt diferents, sobretot pel que fa a la variable estereotips o percepció social de l'envelliment.

3.6. Mesura d'Actituds i Estereotips envers l'Envelliment i la Vellea

Des que Butler (1969) va definir el terme ageism o edatisme, va haver-hi un augment en la construcció d'instruments de mesura dels estereotips i actituds envers l'envelliment i la vellea en diferents cohorts i contexts. Val a dir, que, tot i que actualment es realitzen diverses investigacions amb metodologia qualitativa (anàlisi dels discursos i observació participant sobretot), únicament analitzarem en aquest punt els instruments de mesura quantitativus³. La traducció i construcció d'aquests instruments a l'espanyol tenen el seu origen a la dècada dels noranta, no hem pogut trobar cap d'aquests instruments adaptat al català.

“Cuestionario de Estereotipos sobre la Vejez de Montorio e Izal”. Aquest qüestionari, elaborat l'any 1991 (publicat a Fernández-Ballesteros, 1992), consta de 20 enunciats sobre característiques negatives de les persones grans que contenen estereotips sobre sis variables: Salut, competència intel·lectual, caràcter i personalitat, relacions interpersonals, funcionament motriu i treball i jubilació. No s'han analitzat les característiques psicomètriques de l'instrument.

“Diferencial Semántico del Envejecimiento” (DSE). El DSE, elaborat per Villar (1997), està compost per 18 ítems basats en la tècnica del diferencial semàntic. A l'estudi d'elaboració, a partir d'una mostra de 166 persones de diverses edats, es va trobar un coeficient de fiabilitat estimat mitjançant l'estadístic alfa de Cronbach (α) amb un valor de 0,91, i una correlació dels ítems des d'un límit inferior de 0,43 (parell Pessimista-Optimista) fins a un límit superior de 0,77 (par Intolerant-Tolerant), amb una mitjana de 0,62.

“Cuestionario de Conocimientos sobre el Envejecimiento” (FAQMH). És la versió traduïda i adaptada a la població espanyola del FAQ (Facts on Aging Quiz) per Villar i Triadó (2000), consta de 25 ítems amb format de resposta: Verdader/Fals/No sap no contesta.

S'analitzà en una mostra de 139 persones de diverses edats, trobant un nivell de fiabilitat

³ Es realitza anàlisis dels estudis de construcció i/o adaptació dels instruments de mesura a l'espanyol, exposant les característiques psicomètriques i de fiabilitat i validesa dels instruments a les mostres analitzades.

$\alpha=0,50$ i una mitjana de 0,28 a les correlacions entre cada un dels ítems i la puntuació global del qüestionari.

“Cuestionario Atributos Negativos y Potencial Positivo de la Vejez” (AN-PP). L'AN-PP va ser traduït per De Miguel (2006) i actualitzat per Castellano i De Miguel (2010) de la versió original realitzada l'any 1976 per Morgan i Bengtson. Consta de 14 afirmacions originals sobre les quals s'ha d'expressar el grau d'acord amb escales tipus Likert, amb rang de resposta de 0 a 3 punts. A l'estudi, realitzat amb una mostra de 112 persones grans, les autores conclouen que apareixen els dos aspectes de l'edatisme (4 ítems pel factor negatiu i 10 ítems pel factor positiu) amb moderada consistència interna ($\alpha=0,70$ el positiu i $\alpha=0,57$ el negatiu) però amb baixos percentatges de variància explicats (el 21,31% el positiu i el 13,65% el negatiu).

“Cuestionario de Actitudes hacia el Envejecimiento” (AE). Als mateixos estudis que el qüestionari anterior, l'AE va ser traduït per De Miguel (2006) i actualitzat per Castellano i De Miguel (2010) de la versió anglesa de Kilty i Feld de l'any 1976. La versió actualitzada (Castellano i De Miguel, 2010) consta de 42 ítems (3 ítems de la versió original s'han eliminat) d'opinió socio-psicològica, amb una escala de resposta tipus Likert amb un rang de resposta de 0 a 3 punts. Amb la mateixa mostra que l'anterior (112 persones grans), l'anàlisi psicomètrica dels resultats mostra tres factors (13 ítems pel negatiu, 15 ítems pel positiu i 14 ítems pel positiu fantasiós) amb moderada consistència interna ($\alpha=0,74$ el positiu, $\alpha=0,63$ el negatiu i $\alpha=0,70$ el positiu fantasiós) però amb baixos percentatges de variància explicats (el 13,75% el positiu, el 6,84% el negatiu i el 5,59% el positiu fantasiós).

“Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan” (KAOP). El KAOP va ser traduït per Sampén et al. (2012) de la versió original (Kogan's Attitudes towards Older People) de 34 enunciats relacionats amb les persones grans, 17 positius i 17 negatius. L'escala està dissenyada basant-se en un qüestionari tipus Likert amb sis categories de resposta, des de “molt en desacord” a “molt d'acord”, amb una puntuació total de 34 a 204; Com més alta és la puntuació major és l'actitud positiva de l'individu. La validació idiomàtica es realitza en un estudi

pilot amb una mostra de 30 treballadors de primer nivell assistencial de Lambayeque (Perú), en el que l'instrument obté una confiabilitat $\alpha=0,82$ i en la validació per experts una coincidència del 84% per determinar les actituds envers l'adult gran.

“Cuestionario de Evaluación de Estereotipos Negativos hacia la Vejez” (CENVE). El CENVE (Sánchez, 2004) està format per 15 ítems, 13 d'ells adaptats del “*Cuestionario de Estereotipos sobre la Vejez de Montorio e Izal*” (A Fernández-Ballesteros, 1992) i els altres 2 del FAQ (Villar i Triadó, 2000). Té un format de resposta tipus Likert de 4 punts (molt en desacord, en desacord, d'acord i molt d'acord), la puntuació total té un rang de 15 a 60, com major és la puntuació major és el nivell d'estereotips negatius envers la vellesa. S'avaluen tres dimensions: Salut (ítems 1, 4, 7, 10 i 13), Motivació-Social (ítems 2, 5, 8, 11 i 14) i Caràcter-Personalitat (ítems 3, 6, 9, 12 i 15); Cada una amb una puntuació mínima de 5 i màxima de 20. Per l'anàlisi de les qualitats psicomètriques s'analitzà les respostes d'una mostra de 757 persones majors de 65 anys vivint a la comunitat, amb uns resultats (Blanca et al., 2005): Adequada consistència interna ($\alpha=0,76$) i validesa convergent ($\alpha=0,67$ pel factor Salut, $\alpha=0,64$ pel Motivació-Social i $\alpha=0,66$ pel Caràcter-Personalitat), correlacions ítems-test que superen el 0,30 en tots els casos excepte en un ítem (“*El deterioro cognitivo es parte inevitable de la vejez*” que és de 0,279) i l'anàlisi factorial atorga uns percentatges de variància explicada alts (el 20,04% al factor Salut, el 17,68% al Motivació-Social i el 19,24% al Caràcter-Personalitat).

Amb tot això, la recerca en l'àmbit de percepcions envers l'envelliment, tot i que molt àmplia en alguns contextos i cohorts (estudiants i gent gran a la comunitat), encara resulta escassa en d'altres, com ara els professionals dels centres gerontològics i els usuaris d'aquests centres i dels centres sanitaris.

4. Centres Gerontològics

Els canvis socials i demogràfics que s'han experimentat en les darreres dècades han provocat, com ja hem analitzat, transformacions en els hàbits familiars que, juntament amb la promoció de l'envelliment actiu i satisfactori, incideixen a les polítiques de promoció de l'autonomia, prevenció de la discapacitat i atenció a la dependència.

4.1. Legislació

Per protegir els drets de la població de persones grans, tant a nivell estatal com autonòmic, s'ha legislat des de diferents àmbits. Per emmarcar les lleis estatals es realitza amb caràcter general i sociosanitari, acabant amb una anàlisi de la situació a Catalunya.

Legislació Estatal amb Caràcter General. La Constitució espanyola (Tribunal Constitucional, 2016) conté diversos articles per la protecció dels drets dels ciutadans, entre ells la gent gran, destacant en aquest aspecte:

Article 9.2: Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social. (Tribunal Constitucional, 2016)

Emfatitzant el fet que correspon als òrgans públics vetllar per la igualtat i llibertat de tots els individus facilitant la integració en els grups i la participació d'aquests.

Article 10.2 del "TÍTULO I. De los derechos y deberes fundamentales":

Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España. (Tribunal Constitucional, 2016)

Dona rellevància als drets humans per tots els ciutadans, els quals queden determinats més específicament al "CAPÍTULO SEGUNDO. Derechos y libertades", dels que són més

importants en l'àmbit d'estudi: No discriminació (article 14), dret a la vida i a la integritat física i moral (article 15), dret a la llibertat i a la seguretat (article 17), dret a l'honor i a la intimitat (article 18), dret a triar lliurement la seva residència (article 19), dret a participar en els assumptes públics (article 23), dret a la defensa judicial (article 24), dret a l'educació (article 27) i dret a la propietat privada i a l'herència (article 33).

L'article 41 del "*CAPÍTULO TERCERO. De los principios rectores de la política social y económica*" del "*TÍTULO I*" conté el dret la prestació social: "Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres". (Tribunal Constitucional, 2016)

L'article 43 del "*CAPÍTULO TERCERO*" del "*TÍTULO I*" conté el dret la salut pública:
1 Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2 Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3 Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo facilitarán la adecuada utilización del ocio.
(Tribunal Constitucional, 2016)

L'article 47 del "*CAPÍTULO TERCERO*" del "*TÍTULO I*" conté el dret a l'habitatge digne: "Todos los españoles tienen derecho a disfrutar de una vivienda digna y adecuada (...)"
(Tribunal Constitucional, 2016).

L'article 49 del "*CAPÍTULO TERCERO*" del "*TÍTULO I*" emfatitza en els drets de les persones amb alguna discapacitat, tot i que cal remarcar el fet que encara utilitza la paraula disminuïts:

Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán

la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos. (Tribunal Constitucional, 2016)

Especialment important és l'article 50 del "*CAPÍTULO TERCERO*" del "*TÍTULO I*" que especifica els drets de les persones grans:

Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio. (Tribunal Constitucional, 2016)

Relacionat amb això, a l'última modificació del Código Civil (2015) observem diversos articles en els quals es protegeix la persona gran des de diferents perspectives:

- El "*TÍTULO VI. De los alimentos entre parientes*" (articles del 142 al 153) legisla sobre el deure dels familiars, sobretot ascendents i descendents, de facilitar ajuda obligada en matèria d'alimentació, domicili, vestit i assistència mèdica.

- El "*TÍTULO IX. De la incapacitación*" (articles del 199 al 201, amb derogació dels articles del 202 al 214) convé que la incapacitació legal només pot venir donada per sentència judicial per causes de deficiències persistents físiques o psíquiques que impedeixin a la persona governar-se.

- El "*TÍTULO X. De la tutela, de la curatela y de la guarda de los menores o incapacitados*" (articles del 215 al 313, amb derogació dels articles del 294 al 296 i el 298. Els articles del 307 a 313 i el 305 no tenen contingut en aquesta actualització). Aquest títol legisla sobre la guarda i protecció dels menors i incapacitats mitjançant:

La tutela: A destacar l'article 223:

Asimismo, cualquier persona con la capacidad de obrar suficiente, en previsión de ser incapacitada judicialmente en el futuro, podrá en documento público notarial adoptar cualquier disposición relativa a su propia persona o bienes, incluida la designación de tutor. (Código Civil, 2015)

I la primera part de l'article 271: "El tutor necesita autorización judicial: 1.º Para internar al tutelado en un establecimiento de salud mental o de educación o formación especial. (...)" (Código Civil, 2015).

La curatutela: Definit alguns casos a l'article 287:

Igualmente procede la curatela para las personas a quienes la sentencia de incapacitación o, en su caso, la resolución judicial que la modifique coloquen bajo esta forma de protección en atención a su grado de discernimiento." I l'objecte de l'assistència a l'article 289: "La curatela de los incapacitados tendrá por objeto la asistencia del curador para aquellos actos que expresamente imponga la sentencia que la haya establecido. (Código Civil, 2015)

El guarda de fet: Definit a l'article 303:

Cuando la autoridad judicial tenga conocimiento de la existencia de un guardador de hecho podrá requerirle para que informe de la situación de la persona y los bienes del menor, o de la persona que pudiera precisar de una institución de protección y apoyo, y de su actuación en relación con los mismos, pudiendo establecer asimismo las medidas de control y vigilancia que considere oportunas. Cautelarmente, mientras se mantenga la situación de guarda de hecho y hasta que se constituya la medida de protección adecuada, si procediera, se podrán otorgar judicialmente facultades tutelares a los guardadores. (...) (Código Civil, 2015)

D'altra banda, el Código Penal (2015) defineix les penes per aquelles persones que atemptin contra els drets dels altres i les exempcions de responsabilitats, entre aquestes hi ha algunes per protegir les persones grans i/o discapacitats:

- L'article 20 eximeix a les persones amb les capacitats psíquiques disminuïdes de responsabilitat criminal: "Están exentos de responsabilidad criminal: 1.º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión (...)".

- A l'article 21 es defineixen les circumstàncies agreujants de delictes, entre elles algunes que protegeixen específicament a les persones indefenses i disminuïdes:

(...) 2ª Ejecutar el hecho mediante disfraz, con abuso de superioridad o aprovechando las circunstancias de lugar, tiempo o auxilio de otras personas que debiliten la defensa del ofendido o faciliten la impunidad del delincuente. (...) 4ª Cometer el delito por motivos racistas, antisemitas u otra clase de discriminación referente a la ideología, religión o creencias de la víctima, la etnia, raza o nación a la que pertenezca, su sexo, orientación o identidad sexual, razones de género, la enfermedad que padezca o su discapacidad. 5ª Aumentar deliberada e inhumanamente el sufrimiento de la víctima, causando a ésta padecimientos innecesarios para la ejecución del delito. 6ª Obrar con abuso de confianza. (Código Penal, 2015)

- L'article 23 especifica que les situacions de parentesc entre víctima i criminal pot atenuar o gravar la pena:

Es circunstancia que puede atenuar o agravar la responsabilidad, según la naturaleza, los motivos y los efectos del delito, ser o haber sido el agraviado cónyuge o persona que esté o haya estado ligada de forma estable por análoga relación de afectividad, o ser ascendiente, descendiente o hermano por naturaleza o adopción del ofensor o de su cónyuge o conviviente. (Código Penal, 2015)

- A l'article 25 es defineix el que s'entén per persona discapacitada:

A los efectos de este Código se entiende por discapacidad aquella situación en que se encuentra una persona con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales

de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras, puedan limitar o impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Asimismo a los efectos de este Código, se entenderá por persona con discapacidad necesitada de especial protección a aquella persona con discapacidad que, tenga o no judicialmente modificada su capacidad de obrar, requiera de asistencia o apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica y para la toma de decisiones respecto de su persona, de sus derechos o intereses a causa de sus deficiencias intelectuales o mentales de carácter permanente. (Código Penal, 2015)

- L'article 91 informa de la suspensió de l'execució de la pena de les persones en complir 70 anys quan compleixin d'altres condicions afegides:

(...) 1 No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, los penados que hubieran cumplido la edad de setenta años, o la cumplan durante la extinción de la condena, y reúnan los requisitos exigidos en el artículo anterior, excepto el de haber extinguido las tres cuartas partes de aquélla, las dos terceras partes o, en su caso, la mitad de la condena, podrán obtener la suspensión de la ejecución del resto de la pena y la concesión de la libertad condicional. El mismo criterio se aplicará cuando se trate de enfermos muy graves con padecimientos incurables, y así quede acreditado tras la práctica de los informes médicos que, a criterio del juez de vigilancia penitenciaria, se estimen necesarios. 2 Constando a la Administración penitenciaria que el interno se halla en cualquiera de los casos previstos en los párrafos anteriores, elevará el expediente de libertad condicional, con la urgencia que el caso requiera, al juez de vigilancia penitenciaria, quien, a la hora de resolverlo, valorará junto a las circunstancias personales la dificultad para delinquir y la escasa peligrosidad del sujeto. 3 Si el peligro para la vida del interno, a causa de su enfermedad o de su avanzada edad, fuera patente, por estar así acreditado por el dictamen del médico forense y de los servicios médicos del establecimiento penitenciario, el juez o tribunal podrá, sin necesidad de que

se acredite el cumplimiento de ningún otro requisito y valorada la falta de peligrosidad relevante del penado, acordar la suspensión de la ejecución del resto de la pena y concederle la libertad condicional sin más trámite que requerir al centro penitenciario el informe de pronóstico final al objeto de poder hacer la valoración a que se refiere el apartado anterior (...). (Código Penal, 2015)

- L'article 101 indica les penes pels individus sense responsabilitat criminal:

1 Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo (...). (Código Penal, 2015)

- A l'article 118.1 s'explica que les persones amb les capacitats psíquiques disminuïdes no estan exemptes de penes civils:

1 La exención de la responsabilidad criminal declarada en los números 1.º, (...) del artículo 20, no comprende la de la responsabilidad civil, que se hará efectiva conforme a las reglas siguientes: 1ª En los casos de los números 1º y 3º, son también responsables por los hechos que ejecuten los declarados exentos de responsabilidad penal quienes los tengan bajo su potestad o guarda legal o de hecho, siempre que haya mediado culpa o negligencia por su parte y sin perjuicio de la responsabilidad civil directa que pudiera corresponder a los imputables. (...). (Código Penal, 2015)

- Els Títols del "*LIBRO II*": "TÍTULO III. De las lesiones", "TÍTULO VI. Delitos contra la libertad", "*TÍTULO VII. De las torturas y otros delitos contra la integridad moral*" i "*TÍTULO VIII.*

Delitos contra la libertad e indemnidad sexuales” inclouen, a pràcticament tots els articles, apartats sobre les penes i sancions per maltractament, tant comunitari com professional.

- Respecte a la confidencialitat de les dades, sobretot pel que fa a institucions, l'article 197.2 exposa:

Las mismas penas se impondrán al que, sin estar autorizado, se apodere, utilice o modifique, en perjuicio de tercero, datos reservados de carácter personal o familiar de otro que se hallen registrados en ficheros o soportes informáticos, electrónicos o telemáticos, o en cualquier otro tipo de archivo o registro público o privado. Iguales penas se impondrán a quien, sin estar autorizado, acceda por cualquier medio a los mismos y a quien los altere o utilice en perjuicio del titular de los datos o de un tercero. Les penes a que fa referència aquest article es troben al primer apartat del mateix. (Código Penal, 2015)

- Relacionat amb l'anterior, l'article 199 conté les penes pels professionals:

1 El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses. 2 El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años. (Código Penal, 2015)

- L'article 121 afegix que si la víctima no pot denunciar per estar desvalguda o incapacitada ho podrà fer el Ministeri Fiscal.

- El articles 223, 224 i 225 del “*TÍTULO XII. Delitos contra las relaciones familiares*” inclouen les penes als responsables de persones discapacitades, entre altres, quan no compleixen amb la seva responsabilitat. Les penes per abandonament d'aquestes persones estan establertes de l'article 226 al 233.

- Respecte a les llibertats i drets fonamentals relacionats amb les persones grans,

l'article 510 exposa algunes penes pels qui els vulneri:

1. Serán castigados con una pena de prisión de uno a cuatro años y multa de seis a doce meses: a) Quienes públicamente fomenten, promuevan o inciten directa o indirectamente al odio, hostilidad, discriminación o violencia contra un grupo, una parte del mismo o contra una persona determinada por razón de su pertenencia a aquél, (...) por razones de género, enfermedad o discapacidad.

2. Serán castigados con la pena de prisión de seis meses a dos años y multa de seis a doce meses: a) Quienes lesionen la dignidad de las personas mediante acciones que entrañen humillación, menosprecio o descrédito de alguno de los grupos a que se refiere el apartado anterior. (Código Penal, 2015)

Tot i aquest resum dels articles més importants en defensa dels drets de les persones grans amb caràcter general i d'àmbit estatal, cal afegir que a la majoria d'articles d'aquests codis poden estar inclosos, en un moment o altre, aquests individus; Hem insistit en aquells que poden, pels canvis bio-psico-socials habituals en la vellesa, influir en la vida de les persones grans més habitualment.

Legislació Estatal amb Caràcter Sociosanitari. Tot i que d'acord amb l'article 149 de la Constitució espanyola (Tribunal Constitucional, 2016) les competències en matèria de serveis socials correspon a les comunitats autònomes regulant-les per mitjà dels Estatuts d'Autonomia, les competències en matèria d'igualtat dels espanyols recauen en l'estat, així com la coordinació general sanitària i el règim general de la Seguretat Social.

La Ley General de Sanidad (2015), en la seva última modificació, conté les mesures que facin efectius els drets establerts a l'article 43 de la Constitució espanyola (Tribunal Constitucional, 2016) referents a la salut pública. Alguns articles que poden afectar especialment a les persones grans són:

- A l'article 3 s'inclou el principi d'igualtat en matèria de salut:

(...) 2 La asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española. El acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva. 3 La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales (...). (Ley General de Sanidad, 2015)

- L'orientació de les actuacions estan incloses a l'article 6, entre elles:

(...) 1 A la promoción de la salud. 2 A promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población. 3 A garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la prevención de las enfermedades y no sólo a la curación de las mismas. 4 A garantizar la asistencia sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud. 5 A promover las acciones necesarias para la rehabilitación funcional y reinserción social del paciente (...). (Ley General de Sanidad, 2015)

- Alguns dels drets que tenen els usuaris dels serveis públics de salut s'estableixen a l'article 10:

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1 Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias: Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por su origen racial o étnico, por razón de género y orientación sexual, de discapacidad o de cualquier otra circunstancia personal o social.

2 A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder y sobre los requisitos necesarios para su uso. La información deberá efectuarse en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio de diseño para todos, de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad.

3 A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público.

4 A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que, en ningún caso, podrá comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario. (...). (Ley General de Sanidad, 2015)

- L'article 18.5 inclou les actuacions de les Administracions Públiques per alguns grups de població de risc en matèria de salut: "5. Los programas de atención a grupos de población de mayor riesgo y programas específicos de protección frente a factores de riesgo, así como los programas de prevención de las deficiencias, tanto congénitas como adquiridas" (Ley General de Sanidad, 2015).

- L'article 20 d'atenció a la salut mental, en el seu primer punt inclou una menció a la psicogeriatría: "Se considerarán de modo especial aquellos problemas referentes a la psiquiatría infantil y psicogeriatría". (Ley General de Sanidad, 2015)

- El control sanitari dels centres residencials és responsabilitat dels Ajuntaments, establert per l'article 42.3.

- A l'article 46 es torna a insistir en l'atenció sanitària igualitària i integral:

Son características fundamentales del Sistema Nacional de Salud: a) La extensión de sus servicios a toda la población. b) La organización adecuada para prestar una atención integral a la salud, comprensiva tanto de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación (...). (Ley General de Sanidad, 2015)

- Les Comunitats Autònomes s'encarregaran de realitzar plans de salut integrals

segons l'article 54:

Cada Comunidad Autónoma elaborará un Plan de Salud que comprenderá todas las acciones sanitarias necesarias para cumplir los objetivos de sus Servicios de Salud. El Plan de Salud de cada Comunidad Autónoma, que se ajustará a los criterios generales de coordinación aprobados por el Gobierno, deberá englobar el conjunto de planes de las diferentes Áreas de Salud. (Ley General de Sanidad, 2015)

- Tot i això es poden desenvolupar plans de salut des de l'estat com s'expressa a

l'article 71:

1 El Estado y las Comunidades Autónomas podrán establecer planes de salud conjuntos. Cuando estos planes conjuntos impliquen a todas las Comunidades Autónomas, se formularán en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. 2 Los planes conjuntos, una vez formulados, se tramitarán por el Departamento de Sanidad de la Administración del Estado y por el órgano competente de las Comunidades Autónomas, a los efectos de obtener su aprobación por los órganos legislativos correspondientes, de acuerdo con lo establecido en el artículo 18 de la Ley orgánica para la Financiación de las Comunidades Autónomas. (Ley General de Sanidad, 2015)

D'altra banda, la Ley General de la Seguridad Social (2015) estableix el dret de tots els espanyols a la seguretat social (article 1) fonamentant-se en els principis d'universalitat, igualtat, unitat i solidaritat (article 2.1). A més, pel que fa a les persones grans, inclou al "CAPÍTULO IV. Acción protectora." Del "TÍTULO 1" les prestacions en cas de jubilació; El que s'especifica més detalladament al "CAPÍTULO VII. Jubilación" Del "TÍTULO 2", sobretot la nova normativa en quant a l'edat de jubilació:

1. Tendrán derecho a la pensión de jubilación, en su modalidad contributiva, las personas incluidas en este Régimen General que, además de la general exigida en el

apartado 1 del artículo 124, reúnan las siguientes condiciones: a) Haber cumplido 67 años de edad, o 65 años cuando se acrediten 38 años y 6 meses de cotización, sin que se tenga en cuenta la parte proporcional correspondiente a las pagas extraordinarias.

(Ley General de la Seguridad Social, 2015, artículo 161)

A més, amb l'objectiu de protegir a les persones en situació d'especial vulnerabilitat, el 14 de desembre de 2006 neix a nivell estatal la ley 39/2006 de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (2006) amb l'aprovació de la Administración General del Estado, les Comunitats autònomes i representants del Consejo estatal de Personas mayores, y el Consejo Nacional de la Discapacidad. A la llei, després de definir els conceptes claus (article 2) i els seus principis (article 3), s'estableix el sistema de prestacions d'atenció a la dependència i els serveis de promoció de l'autonomia personal i d'atenció i cura, tot recordant que:

Los Convenios que se suscriban entre la Administración General del Estado y cada una de las administraciones de las Comunidades Autónomas determinarán las obligaciones asumidas por cada una de las partes para la financiación de los servicios y prestaciones del Sistema. Dichos Convenios, que podrán ser anuales o plurianuales, recogerán criterios de reparto teniendo en cuenta la población dependiente, la dispersión geográfica, la insularidad, emigrantes retornados y otros factores, y podrán ser revisados por las partes. (article 32.3)

D'aquesta manera s'estableixen les bases per la protecció de tots els espanyols en situació de dependència, creant un marc de referència comú en quant a prestacions i serveis.

Un resum de l'aplicació d'aquesta normativa estatal el trobem al Catálogo de Referencia de Servicios Sociales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) que designa, a la seva introducció, la raó de ser del mateix:

El presente documento responde a la necesidad de alcanzar un Pacto o Acuerdo

Comunidades Autónomas-Estado en materia de servicios sociales que se traduzca en la

definición de un Catálogo de Referencia de Servicios Sociales, que incluya unos criterios comunes de calidad y de buen uso -solidario y responsable- de los servicios. Ello permitirá, por una parte, tener unos servicios sociales no sólo de calidad, sino también sostenibles, lo cual es un objetivo de todas las Administraciones Públicas; por otra, configurar el Sistema de Servicios Sociales como un elemento fundamental de cohesión social y apoyo a las personas; finalmente, sirve de marco de referencia para todas las Entidades que forman parte del Sistema de Servicios Sociales de nuestro país.

A més, classifica les prestacions segons si són econòmiques o de serveis, proposant uns criteris de qualitat comuns i els drets i deures dels usuaris i els professionals.

Legislació a Catalunya amb Caràcter Sociosanitari. Catalunya va ser capdavantera pel que fa a la legislació en matèria de protecció a les persones d'edat avançada. L'any 1986 es creà el Programa Vida als anys, reestructurat l'any 1988 (DOGC, 1988), amb l'objectiu d'adaptar els seus serveis a les necessitats assistencials de la població envellida. Aquest programa va ser la base per regular l'atenció sociosanitària a Catalunya amb el Decret 201/1987, de 20 de maig, i les Ordres de 4 d'agost i de 17 de setembre de 1987. A més, l'any 1988 es crea el Departament de Benestar Social, el que comportà que l'àmbit d'actuació del programa passa a ser interdepartamental. D'aquesta manera s'inicià el procés normatiu amb caràcter sociosanitari a Catalunya.

D'altra banda, la normativa que regula l'atenció sociosanitària a Catalunya s'inicia l'any 1996 amb la publicació del decret de regulació del Sistema Català de Serveis Socials, l'any 2002 amb el decret pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i se'n fixen les normes d'autorització, i l'ordre per la que es regulen els estàndards de qualitat que han de complir els centres i serveis sociosanitaris d'utilització pública (Salvà et al., 2004). El que culminà amb l'aprovació de la Llei 12/2007 de serveis socials (Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials) que assegura el dret de la ciutadania a

viure dignament durant totes les etapes de la vida mitjançant la transformació dels serveis socials i l'enfortiment del quart pilar bàsic de l'estat del benestar, regulant l'organització territorial dels serveis i les competències de les administracions públiques en l'àmbit sociosanitari.

Per finalitzar cal destacar la importància del Pla de Salut de Catalunya (DOGC, 2012), regulat per la Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya, que integra les polítiques de salut i serveis sanitaris, sociosanitaris i de salut pública. Al Pla de salut de Catalunya 2016-2020 (Generalitat de Catalunya, 2016) s'incideix en l'orientació de l'atenció a la persona gran fràgil per donar resposta als reptes de l'envelliment de la població, amb especial atenció a la cronicitat i un sistema centrat en la persona, públic, universal i just; tal com s'observa a la Figura 11, on s'esquemmatitza el Pla.

Figura 11.

Pla de Salut de Catalunya 2016-2020



Nota. Font: Pla de salut de Catalunya 2016-2020 (Generalitat de Catalunya, 2016).

4.2. Conceptes i Tipologia

Al Catálogo de Referencia de Servicios Sociales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) s'estableix una classificació dels serveis socials diferenciant-los entre serveis i prestacions però no entre usuaris. Es realitza aquí la conceptualització i la classificació dels centres gerontològics en:

- Serveis de centres d'atenció a la gent gran: basant-nos en el decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials (DOGC, 1996) i la Cartera de Serveis Socials 2010-2011 (DOGC, 2010).
- Serveis de centres sociosanitaris d'atenció a persones grans: basant-nos en el decret 92/2002, de 5 de març, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i se'n fixen les normes d'autorització (DOGC, 2002) i la Cartera de Serveis Socials 2010-2011 (DOGC, 2010).

Serveis de Centres d'Atenció a la Gent Gran. Són serveis d'atenció a la gent gran en general, que no pateixen una malaltia aguda o crònica aguditzada que requereixi el seu internament en centres especials. Es classifiquen en:

- Serveis de centres de dia per a gent gran: són serveis d'acolliment diürn i atenció personal a les activitats de la vida diària per a persones grans amb dependències. Poden prestar-se en establiments específics o com a servei integrat en els espais assistencials generals.
- Serveis de centres residencials per a gent gran: són serveis d'acolliment residencial de caràcter permanent o temporal per a persones grans amb l'objectiu de facilitar un entorn substitutori de la llar. N'hi ha de dos tipus: Servei de Llar residència: per a persones grans amb un grau d'independència suficient per realitzar les activitats de la vida diària, que requereixen determinat nivell d'organització i suport personal; Servei de residència assistida: proporcionen assistència integral a les activitats de la vida diària per a persones grans amb dependències.

- Habitatges tutelats per a gent gran: són un conjunt d'habitatges amb estances d'ús comú i sense barreres arquitectòniques per a persones grans autònomes, les circumstàncies sociofamiliars de les quals no els permeten romandre a la pròpia llar. Els residents comparteixen tasques i despeses i poden viure amb els cònjuges o parelles i amb les persones que en depenguin.

Serveis de Centres Sociosanitaris d'Atenció a Persones Grans. Són serveis d'atenció a la gent gran malalta o que presenten processos crònics que requereixen una atenció especialitzada. Es classifiquen en:

- Serveis d'atenció de dia sociosanitària: són serveis d'acolliment diürn que presten assistència a persones grans malaltes, malalts crònics o malalts terminals que requereixen mesures integrals de suport, rehabilitació, tractament, o diagnòstic i seguiment especialitzat.

- Serveis d'internament sociosanitaris: són serveis d'acolliment sociosanitari de caràcter permanent o temporal per a persones grans malaltes, malalts crònics o malalts terminals que requereixen mesures integrals de suport, rehabilitació, tractament, o diagnòstic i seguiment especialitzat. N'hi ha de dos tipus: Els de llarga durada són serveis destinats a l'atenció continuada de persones amb malalties o processos crònics i diferents nivells de dependència i graus de complexitat clínica, que no poden ser atesos en el seu domicili, que poden incloure unitats específiques per a l'atenció de col·lectius amb trastorns cognitius i de la conducta, grans discapacitats com estats vegetatius permanents i altres, i destinar places a ingrés temporal per descans familiar; Els de Mitja estada són serveis destinats a l'atenció temporal de persones amb malalties o processos crònics aguditzats i graus de complexitat clínica, que no poden ser atesos en el seu domicili, i que, segons les persones a les que van destinats, poden ser de convalsència (persones amb malalties –tant físiques com mentals- que es trobin en fase de recuperació d'un procés agut i amb pèrdua d'autonomia potencialment recuperable), cures pal·liatives (pacients amb una malaltia en situació avançada o terminal) i mitja estada polivalent (atenció de convalsència i cures pal·liatives en unitats conjuntes).

Una de les característiques comunes a tots aquests centres és la realització d'una valoració geriàtrica integral per part dels professionals implicats per garantir la correcta assistència i avaluació del procés d'atenció integral.

4.3. Valoració Geriàtrica Integral

Per una correcta atenció als centres gerontològics es realitza una avaluació integral i multidisciplinària dels usuaris, tant a l'ingrés com periòdicament. La valoració geriàtrica integral (VGI) és un procés diagnòstic interdisciplinari i multidimensional per identificar, descriure i quantificar els problemes bio-psico-sòcio-funcionals que pot presentar l'ancià. La VGI permet realitzar un pla de cures global per garantir el seguiment individualitzat (Quintanilla, 2006, pp. 101-102). Diversos estudis demostren l'eficàcia d'aquesta eina diagnòstica per la millora de l'estat de l'ancià en diferents esferes (Fernández i Estévez, 2013).

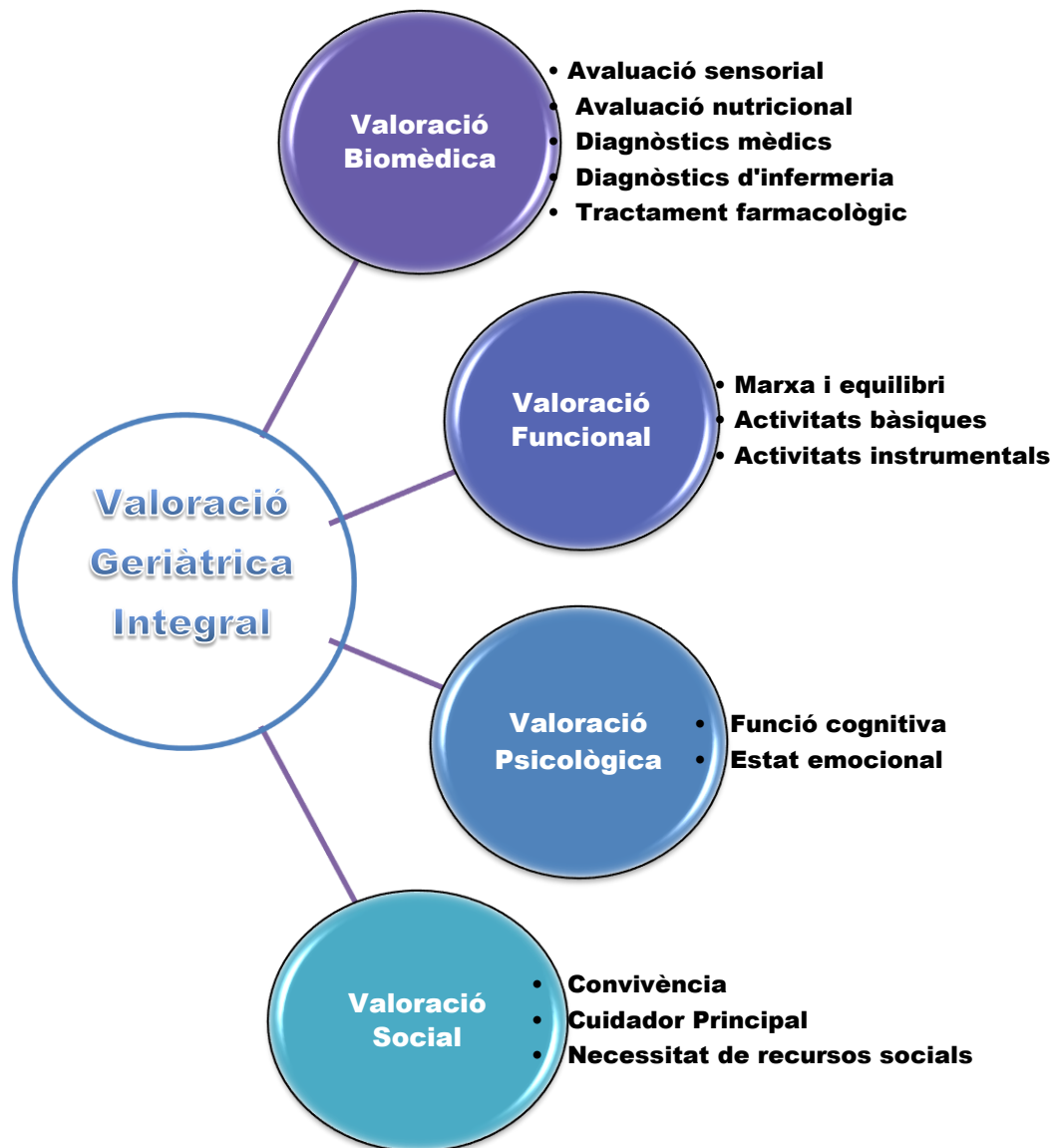
El concepte original de VGI va ser iniciat l'any 1930 per la infermera britànica Marjorie Warren, que proposà aquest procés d'avaluació de l'estat dels pacients ancians hospitalitzats per millorar la seva recuperació a les sales de malalts crònics. Així, basant-se en els estudis de Warren, el National Health Service del Regne Unit va incorporar la VGI l'any 1948 com a element fonamental en l'atenció a l'ancià, implementant-se a partir dels anys setanta a la resta de països (Fernández i Estévez, 2013).

Es pot observar, a la Figura 12, un resum esquemàtic dels elements que conformen la VGI i que analitzarem detalladament en els punts següents, tot definint específicament cada una de les parts.

Valoració Biomèdica. La valoració biomèdica, clínica o física (nomenclatura emprada indiferentment pels autors) pretén valorar (Arriola et al., 2001, pp. 18-23): Diagnòstics mèdics actuals i passats, la història farmacològica, els hàbits de vida, la història nutricional, la presència de síndromes geriàtriques (incontinència, constipació, desnutrició, dolor, nafres, insomni, immobilitat, caigudes, deteriorament cognitiu, depressió i polifarmàcia), la funció perceptiva (auditiva i visual), l'autopercepció de salut i les activitats preventives.

Figura 12.

Elements de la Valoració Geriàtrica Integral



Nota. Adaptat de Roqueta, 2014

Els models habituals de valoració biomèdica en la VGI inclouen (Sanjoaquín et al., 2006):

- Anamnesi, realitzada mitjançant l'entrevista clínica. Conté:
 - Antecedents personals, on s'avaluen els diagnòstics mèdics actuals i passats, ingressos en centres sanitaris o socials, les intervencions quirúrgiques i altres dades mèdiques.

Així com les possibles repercussions d'aquestes dades en les esferes mentals i funcionals.

- Informació sobre les patologies actuals.
- Revisió per aparells i sistemes, per detectar les possibles síndromes geriàtriques.
- Història farmacològica complerta, és a dir, el tractament farmacològic rebut en l'últim

any per detectar signes i símptomes d'efectes secundaris.

- Història nutricional, valorant la dieta habitual, el nombre d'àpats diaris, dietes prescrites, nombre d'aliments a cada àpat; així com els problemes patològics, mentals, socials o funcionals que repercuteixin en la forma d'alimentar-se. A més es realitza el Mini Nutritional Assessment (MNA) que recull: índexs antropomètrics, paràmetres dietètics, avaluació global i valoració subjectiva; amb una puntuació màxima de 30 punts, si és menor de 17 indica mal estat nutricional, entre 17 i 23,5 indica risc de malnutrició i major de 24 indica un bon estat nutricional.

- Exploració física: en primer lloc es realitza una exploració general (aspecte, neteja i col·laboració), seguida per la determinació de les constants vitals (temperatura, pressió arterial, freqüència cardíaca i freqüència respiratòria), acabant amb l'exploració física seguint un ordre topogràfic (cap, coll, tòrax, abdomen, pelvis, extremitats, estat neurològic i pell).

- Exploracions complementàries, que, segons l'estat de la persona inclourà diferents proves de les quals l'analítica clínica, l'electrocardiograma i les radiografies solen ser les més comunes.

Valoració Funcional. L'esfera funcional en la VGI s'avalua mitjançant escales estandarditzades amb l'objectiu de valorar la capacitat de la persona gran per realitzar les activitats de la vida diària de manera independent i avaluar els riscos secundaris a les capacitats funcionals (Trigás-Ferrín et al., 2011). La valoració funcional inclou:

- Valoració de l'equilibri, la marxa i el risc de caigudes (Arriola et al., 2001, p. 24; Cegri et al., 2004, pp. 28-31):

- El Test de Tinetti consta de dues escales que valoren l'equilibri i la marxa per separat i la puntuació total és la suma de la puntuació de les dues subescales, amb un barem: < 20 punts risc de caiguda molt alt, de 20 a 23 punts risc de caiguda alt, de 24 a 27 punts risc de caiguda poc elevat i 28 punts marxa i equilibri normals.

- El *Timed up and go* test mesura la mobilitat física de les persones fràgils, avalua el temps que tarda la persona a aixecar-se de la cadira, caminar i seure novament. Es considera un barem: <10 segons normal, 10-19 segons molt poc alterat, 20-29 segons moderadament alterat i >30 segons severament alterat.

- Valoració de les activitats bàsiques de la vida diària (ABVD), on s'avalua la capacitat de la persona per realitzar les activitats essencials per l'autocura mitjançant escales, les més habituals al nostre entorn són (Trigás-Ferrín et al., 2011):

- L'Índex de Barthel (IB), la versió espanyola de Baztán et al de 1993 (a Cabañero-Martínez et al., 2008) avalua la independència de la persona per la realització de 10 ABVD: menjar, vestir-se, arreglar-se, rentar-se, deposició, micció, anar al WC, trasllat cadira-llit, deambulació, baixar i pujar escales. La puntuació oscil·la de 0 a 100, on: 100 punts, independència total; de 60 a 95, dependència lleu; de 40 a 55, dependència moderada; de 35 a 20, dependència greu i menor de 20, dependència total.

- L'Índex de Katz (IK), a la versió espanyola de Álvarez-Solar et al. del 1992 (a Cabañero-Martínez et al., 2008), s'avalua el grau d'independència per sis ABVD, que aquí s'anomenen funcions: bany, vestit, ús de l'WC, mobilitat, continència i alimentació. En aquesta escala el concepte d'independència es considera quan la persona no utilitza ajuda o fa servir ajudes mecàniques i dependència quan la persona necessita ajuda d'una altra persona, encara que només sigui la supervisió de l'activitat. L'avaluació de l'escala es fa mitjançant lletres: A independent per totes les funcions, B independent per totes les funcions menys per una, C independent per totes excepte el bany i una altra més, D independent per totes excepte el bany, el vestit i una altra més, E independent per totes excepte el bany, el vestit, l'ús de l'WC i

una altra més, F independent per totes excepte el bany, el vestit, l'ús de l'WC, mobilització i una altra més i G dependent a les sis funcions.

- L'Escala funcional de la Creu Roja avalua la incapacitat física segons sis graus: 0 (No es val totalment per si mateix, camina amb normalitat), 1 (Realitza suficientment els actes de la vida diària. Deambula amb alguna dificultat. Continència total), 2 (Te alguna dificultat als actes diaris per la qual cosa a vegades necessita ajuda. Deambula amb ajuda de bastó o similar. Continència total o rara incontinència), 3 (Greu dificultat per als actes de la vida diària. Deambula amb extrema dificultat ajudat per una persona. Incontinència ocasional), 4 (Necessita ajuda per a quasi tots els actes. Deambula ajudat amb extrema dificultat per dues persones. Incontinència habitual) i 5 (Immobilitzat al llit o la butaca. Incontinència total. Necessita cures contínues d'infermeria).

• Les Valoració de les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD) es realitza habitualment mitjançant l'Escala de Lawton i Brody en l'adaptació espanyola per Kane i Kane (1993, pp. 39-67). Aquesta escala consta de 8 ítems: capacitat per utilitzar el telèfon, comprar, preparar el menjar, realitzar les feines de la llar, rentat de la roba, fer ús dels mitjans de transport, responsabilitat de la seva medicació i administració de l'economia. A cada ítem se li assigna un valor numèric: 1 (independent) o 0 (dependent). La puntuació final és la suma del valor de totes les respostes i oscil·la entre 0 (màxima dependència) i 8 (independència total).

Valoració Psicològica. La valoració psicològica en la VGI sol valorar dues esferes diferenciades (Sanjoaquín et al., 2006):

• Funció cognitiva: A més dels antecedents familiars i personals psiquiàtrics, així com problemes d'orientació i trastorns de conducta, es realitzen diversos tests que valoren aquesta esfera. Alguns dels tests més utilitzats són:

- La versió espanyola del Short Portable Mental Status de Pfeiffer (SPMSQ) (Martínez et al., 2001) explora l'orientació temporo-espacial, la memòria recent i remota, la informació sobre fets recents, la capacitat de concentració i la de càlcul. Es puntua les errades en les

preguntes i la puntuació és: de 0 a 2 errades significa no deteriorament, de 3 a 4 errades deteriorament lleu, de 5 a 7 errades deteriorament moderat i de 8 a 10 errades deteriorament greu. D'altra banda, s'accepta una errada més en ancians que no han rebut educació primària i una errada menys en els que han realitzat estudis superiors.

- El MEC de Lobo, l'última versió espanyola del Mini-Mental State Examination -MMSE o Mini-Mental- de Folstein et al. (Lobo et al., 2002), és útil pel cribratge de deteriorament cognitiu moderat. Agrupa les preguntes en diferents categories d'aspectes rellevants de la funció intel·lectual: orientació temporo-espacial, memòria recent i de fixació, atenció, càlcul, capacitat d'abstracció, llenguatge i praxi. Els autors van considerar deteriorament cognitiu si la puntuació és menor de 23 punts, tot i que s'ha de tenir en compte l'escolaritat i edat.

- El Test del Rellotge (TDR) valora el funcionament cognitiu global, principalment l'apràxia constructiva, l'execució motora, l'atenció, la comprensió i el coneixement numèric, mitjançant l'ordre de dibuixar un rellotge (un cercle amb les 12 hores del rellotge) i marcar una hora concreta.

- El Test dels set minuts, adaptat al castellà pels doctors Del Ser i Muñoz, consta de quatre proves: la primera avalua l'orientació temporo-espacial amb preguntes sobre el dia de la setmana, l'any o el mes; la segona s'analitza la memòria, presentant al subjecte imatges fàcils de recordar posteriorment, així com una clau semàntica; les dues últimes valoren la fluïdesa del llenguatge i la praxi constructiva.

Els resultats dels tests i les preguntes inicials poden aportar dades que orientin al diagnòstic de demència que s'hauran de comprovar mitjançant els criteris del DSM-V.

• Estat emocional: de la mateixa manera que la funció cognitiva, l'avaluació d'aquesta esfera s'inicia amb preguntes de caràcter personal, com els possibles trastorns del son o de la gana, l'estat anímic i altres possibles símptomes emocionals. D'altra banda, es fan servir escales de valoració, com ara:

- L'Escala de depressió de Yesavage, en la versió espanyola reduïda (Martínez et al., 2002), inclou 15 preguntes amb l'objectiu de monitoritzar l'estat depressiu i estadiar-lo. Una puntuació de 0 a 5 punts indica normalitat, entre 6 i 9 punts indica depressió probable, i una puntuació igual o superior a 10 depressió establerta.

- L'Escala de valoració de Hamilton per l'avaluació de la depressió (HDRS) es fa servir en ancians prèviament diagnosticats de depressió per avaluar quantitativament la gravetat dels símptomes i valorar els canvis. Va ser validada i adaptada al castellà per Ramos-Brieva i Cordero-Villafafila (1988) amb 17 ítems. Cada ítem té entre tres i cinc possibles respostes, amb una puntuació de 0-2 o 0-4 respectivament. La puntuació total oscil·la de 0 a 52. Els autors recomanen els següents punts de tall: no deprimit 0-7, depressió lleu/menor entre 8-13, depressió moderada entre 14-18 depressió severa entre 19-22 i depressió molt severa superior a 23.

- L'Escala de Cornell validada al castellà (Pujol-Domènech et al., 2001) es realitza amb l'objectiu de valorar els signes de depressió en ancians diagnosticats de demència. Està formada per 19 ítems que valoren cinc dimensions de la depressió: alteracions de l'humor, trastorns de conducta, signes físics, ritmes circadians i alteracions del pensament. Cada ítem es puntua en una escala de quatre puntuacions (A: no avaluat; 0: no apareix; 1: suau o intermitent; 2: important o freqüent). Puntuacions iguals o superiors a 10 suggereixen probable episodi depressiu important, i puntuacions superiors a 18, depressió major definida.

- D'altres aspectes emocionals -com ara la satisfacció amb la vida, l'autoestima o la salut subjectiva- no es valoren directament mitjançant escales i se sol fer o amb preguntes directes en l'entrevista (com en el cas de la salut subjectiva) o relacionant-lo amb altres escales (com l'autoestima i satisfacció amb la vida relacionant-les amb les escales de depressió). Per avaluar conjuntament aquestes dimensions de l'esfera emocional de la persona als centres, es crea l'Escala GENCAT, que mesura la qualitat de vida de la persona institucionalitzada amb l'estudi de vuit dimensions: benestar emocional, relacions interpersonals, benestar material,

desenvolupament personal, benestar físic, autodeterminació, inclusió social, i drets (Verdugo et al., 2013).

Valoració Social. L'escala GENCAT, esmentada a l'apartat anterior, també reflecteix algunes de les dimensions socials, com les relacions interpersonals, la inclusió social i els drets (Verdugo et al., 2013). Tot i això, a la VGI s'inclouen altres dades socials (Sanjoaquin et al., 2006):

- Les dades personals de domicili, convivència, fills, estat civil, situació econòmica i necessitats d'ajuda així com si les té cobertes.
- Es fan servir alguns instruments de mesura, com ara:
 - L'Escala OARS de recursos socials, en la versió espanyola (Grau, Eiroa i Cayuela, 1996), valora cinc àrees: estructura familiar i recursos socials, recursos econòmics, salut mental, salut física i capacitats per la realització de les AVD. Segons les respostes s'avaluen els recursos socials de l'individu en una escala de sis punts, que van des d'excel·lents recursos socials fins a relacions socials totalment deteriorades.
 - L'Escala de valoració sociofamiliar de Gijón (Cabrera et al., 1999) avalua cinc àrees de risc social: situació familiar, domicili, relacions i contactes socials, suport de la xarxa social i situació econòmica. La puntuació oscil·la entre 0 i 20, amb un punt de tall major o igual a 16 per indicar risc social.
 - La versió espanyola d'Escala de Zarit (Martín et al., 1996) és la més utilitzada per valorar la sobrecàrrega dels cuidadors de persones amb demència. Consta de 22 ítems, organitzats en diferents subescales: integració social (5 ítems), ocupació i orientació (5 ítems), independència física (16 ítems) i mobilitat (3 ítems). Cada ítem e puntua d'1 (mai) a 5 (quasi sempre). La puntuació mínima és de 22 i la màxima de 110, els punts de tall són: entre 22 i 46 indica no sobrecàrrega; de 47 a 55, sobrecàrrega lleu, i de 56 a 110, sobrecàrrega intensa.

Cal indicar que cap de les escales esmentades en la VGI (a excepció de la GENCAT) estan adaptades i validades al català, tot i que, tant a nivell assistencial com docent i en

recerca, s'han utilitzat diverses versions no validades, però àmpliament acceptades (Cegri et al., 2004).

4.4. Sòcio-Demografia

Per analitzar les dades de l'Idescat respecte als centres gerontològics a Catalunya, Girona i particularment a la Selva, les places socials per la gent gran les dividirem segons la titularitat (Gómez, 2000, p. 70):

- Titularitat pública: són els serveis i establiments socials que poden ser de patrimoni de l'administració autonòmica o de patrimoni de l'administració local.
- Titularitat privada: són els serveis i establiments per gent gran que poden ser d'iniciativa social (com les fundacions) o d'iniciativa mercantil (amb afany de lucre).
- Centres concertats: són establiments privats que ofereixen un nombre determinat de places cedides a la xarxa pública.
- Centres col·laboradors: són establiments privats que ofereixen un nombre determinat de places de col·laboració, que no són de titularitat pública.

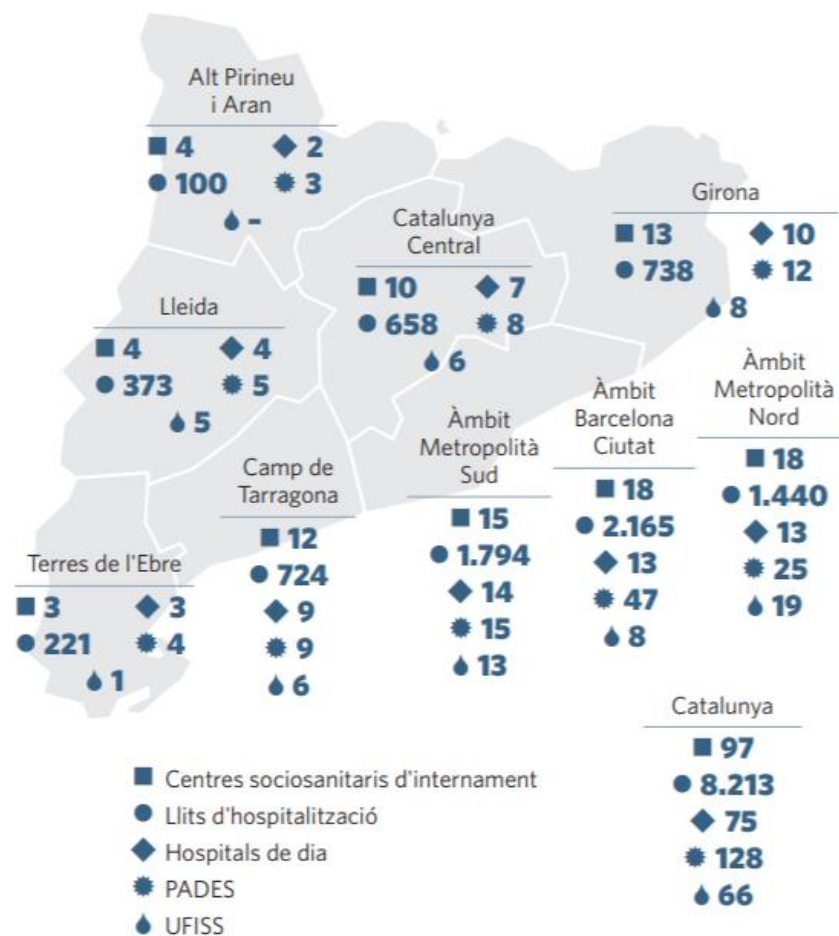
Segons les dades d'establiments per la gent gran l'any 2018 de la web de l'Idescat:

- A Catalunya:
 - Les places de residències eren de 59.888, de les quals 10.298 de titularitat pública i 49590 de titularitat privada (14.073 d'iniciativa social i 35.517 d'iniciativa mercantil).
 - Les places de Centre de dia eren de 18.858, de les quals 5.157 de titularitat pública i 13701 de titularitat privada (3.906 d'iniciativa social i 9.795 d'iniciativa mercantil).
- A la província de Girona:
 - Les places de residències eren de 5.280, de les quals 1.447 de titularitat pública i 3833 de titularitat privada (1.590 d'iniciativa social i 2.243 d'iniciativa mercantil).
 - Les places de Centre de dia eren de 1.633, de les quals 539 de titularitat pública i 1094 de titularitat privada (321 d'iniciativa social i 773 d'iniciativa mercantil).

- A la comarca de La Selva:
- Les places de residències eren de 863, de les quals 252 de titularitat pública i 611 de titularitat privada (128 d'iniciativa social i 483 d'iniciativa mercantil).
- Les places de Centre de dia eren de 291, de les quals 94 de titularitat pública i 197 de titularitat privada (16 d'iniciativa social i 181 d'iniciativa mercantil).

Figura 13.

Recursos socio-sanitaris. Catalunya, 2018



Nota. Font: CatSalut Memòria 2018

Respecte a les places hospitalàries socio-sanitàries a Catalunya i la província de Girona es pot contemplar a la Figura 13, on es detallen les places segons si són de Llits d'hospitalització, Hospitals de dia, PADES (Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport)

o UFISS (Unitat Funcional Interdisciplinària Sociosanitària). D'altra banda, les places sociosanitàries a La Selva l'any 2018, segons dades de l'Idescat (2018), eren 133, les quals estaven distribuïdes en dos centres: l'Hospital Sociosanitari Sant Jaume de Blanes i l'Hospital Sociosanitari de Lloret de Mar.

4.5. Estereotips als Establiments Gerontològics

Palmore (1999, p. 44) ja va establir un tipus d'edatisme institucional que comporta la interiorització de les normes estereotipades de les institucions, que ell anomena gerontocràcia. Això concorda amb l'estudi d'Altarriba (1992, pp. 102-108) el qual va demostrar que els individus han d'adaptar-se a les normes de la institució i, si aquestes són secundàries a estereotips, adoptarà conductes autoestereotipades.

D'altra banda, La «Guia local per fer front als maltractaments de les persones grans» (Tabueña i Muñoz, 2012) incideix en el fet que una persona gran que ingressa en un centre gerontològic contra la seva voluntat ja està patint un tipus d'estereotip on manca l'autonomia de l'individu, la qual cosa pot repetir-se quan no es respecten els seus desitjos i preferències pel que fa al menjar, els horaris de son, l'ús de contencions (físiques, químiques o psicològiques), les creences religioses, l'ús de bolquers o altres conductes inapropiades i no pactades amb l'usuari del centre. Per Pinazo-Hernandis (2013) la forma més comuna de conducta estereotipada als centres és la infantilització, que relacionat amb l'anteriorment comentat, desproveeix a la persona usuària dels centres de l'autonomia per decidir i la compromet a acceptar l'elderspeak, un llenguatge basat en els estereotips negatius dels professionals respecte que les persones grans tenen més dificultat per entendre o escoltar. Aquest tipus de comunicació especial envers les persones grans institucionalitzades també l'inclou Losada (2004) al seu estudi, el que provoca paternalització i una discriminació en les pautes mèdiques, les quals, indica l'autor, solen ser inferiors per a les persones grans.

4.6. L'Atenció Centrada en la Persona com a Estratègia Transformadora d'Estereotips

Institucionalitzats

L'OMS, l'any 2008, va definir l'atenció centrada en la persona (ACP) com:

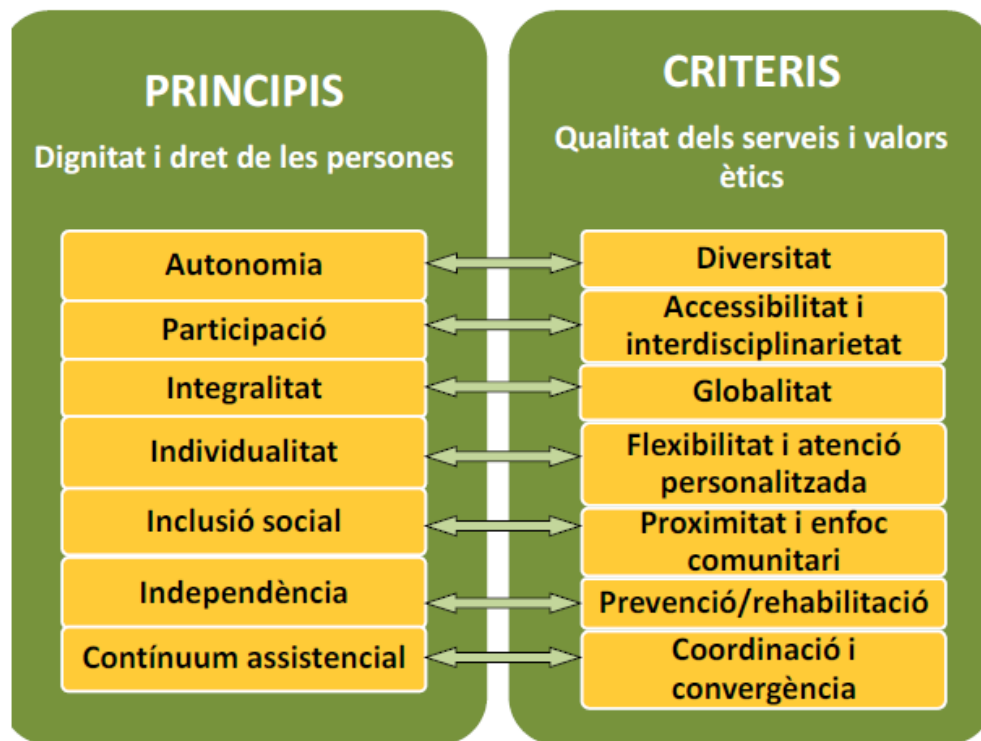
Aquella atenció que s'aconsegueix quan es posa a la persona en l'eix on interactuen la resta de dimensions relacionades amb: la intervenció basada en l'evidència científica, organització del servei, equip, interdisciplinarietat i ambient. (Generalitat de Catalunya, 2016)

L'ACP suposa, a més d'un nou model d'organitzar la intervenció professional apoderant a les persones grans en la presa de les seves decisions, l'establiment d'una relació personalitzada per afavorir als usuaris dels centres viure experiències valuoses i significatives que els ajudin a viure en consonància al seu concepte de qualitat de vida, fent que puguin identificar el centre com la casa pròpia (Martínez, 2011 i 2013).

Els criteris per integrar el model als centres es basen en els principis bàsics de l'ACP, els quals s'implementen per la prevenció de les conductes discriminatòries envers les persones grans institucionalitzades, la relació entre els principis i els criteris es troben a la Figura 14.

Així doncs, la visió dels professionals en relació als estereotips en el model d'ACP és molt important; evitar qualsevol menyspreu a la dignitat, l'estigmatització, la discriminació i la despersonalització. No etiquetar, que pot fer-se servir rutinàriament en els contextos assistencials, és un dels principis bàsics del model ACP.

Com diu Martínez (2011) sobre l'ACP: "merece la pena porque (...) éste es un enfoque que trabaja desde los valores humanos, desde la defensa del ejercicio de los derechos de las personas, de personas que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad y eso (...) nos humaniza y nos engrandece".

Figura 14.*Principis i Criteris de l'ACP*

Nota. Font: Generalitat de Catalunya, 2016

5. Situació durant la Pandèmia de COVID-19

El dia 11 de març del 2020, l'OMS declara la pandèmia mundial de COVID-19. A la seva pàgina web (WHO, 2020), informa, a l'article titulat "*Health care considerations for older people during COVID-19 pandemic*", sobre el tracte discriminatori que ha patit la gent gran durant la pandèmia, sobretot els residents als centres gerontològics, i avisa que no es pot repetir aquesta dificultat en l'accés als serveis de salut per part d'aquestes persones, essent també les més afectades a nivell de morbi-mortalitat pel virus SARS-CoV-2, tal com analitzem seguidament.

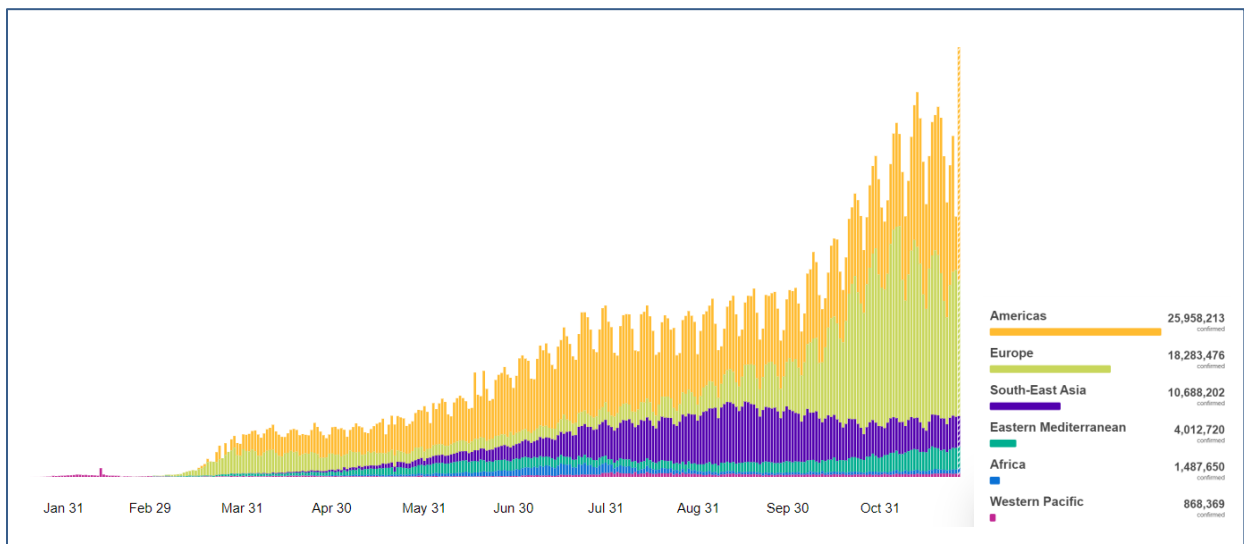
5.1. Morbi-Mortalitat del Virus SARS-CoV-2

A data 28 de Novembre de 2020 l'OMS (WHO, 2020) reporta que hi ha hagut 61299371 casos confirmats de COVID-19 al món, incloent 1439784 morts; A Europa són 18283476 de casos confirmats, amb 407968 morts.

La Figura 15 mostra una comparativa del nombre de casos confirmats de COVID-19 a diferents regions mundials, destacant Europa com la segona regió amb més casos confirmats fins a la data, després d'Amèrica.

Figura 15.

Comparativa de casos confirmats COVID-19 per regions

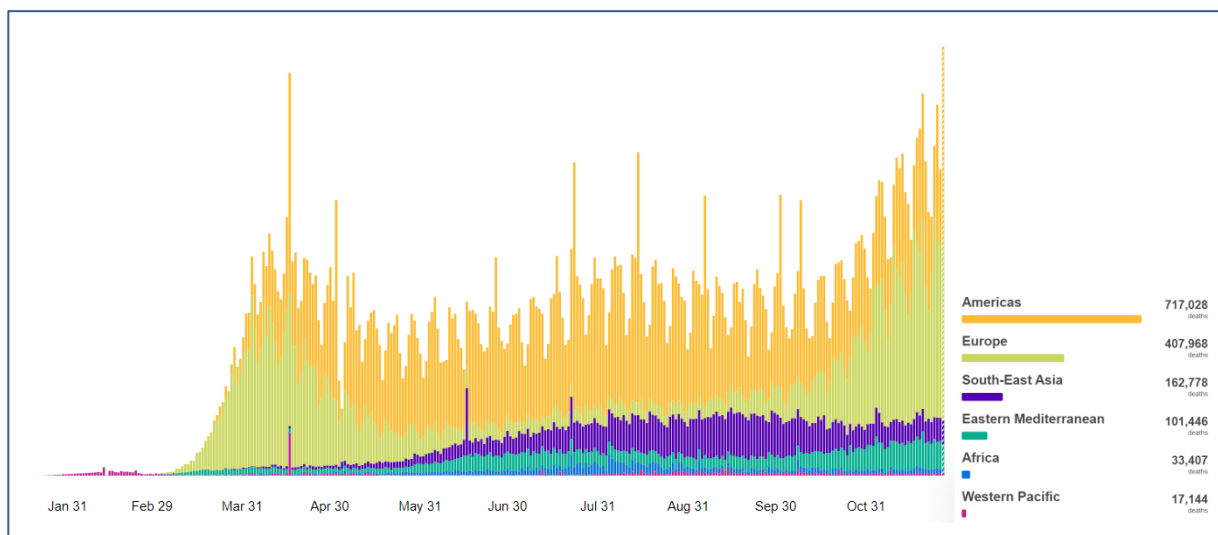


Nota. Adaptat de <https://covid19.who.int/>

La Figura 16 mostra una comparativa del nombre de morts diaris amb el virus SARS-COV-2 a les diferents regions mundials. Destaca, de nou, el gran nombre de defuncions per COVID-19 a Europa en comparació a d'altres regions considerades, en principi, amb més risc sanitari.

Figura 16.

Comparativa del nombre de morts diaris amb SARS-CoV-2 per regions



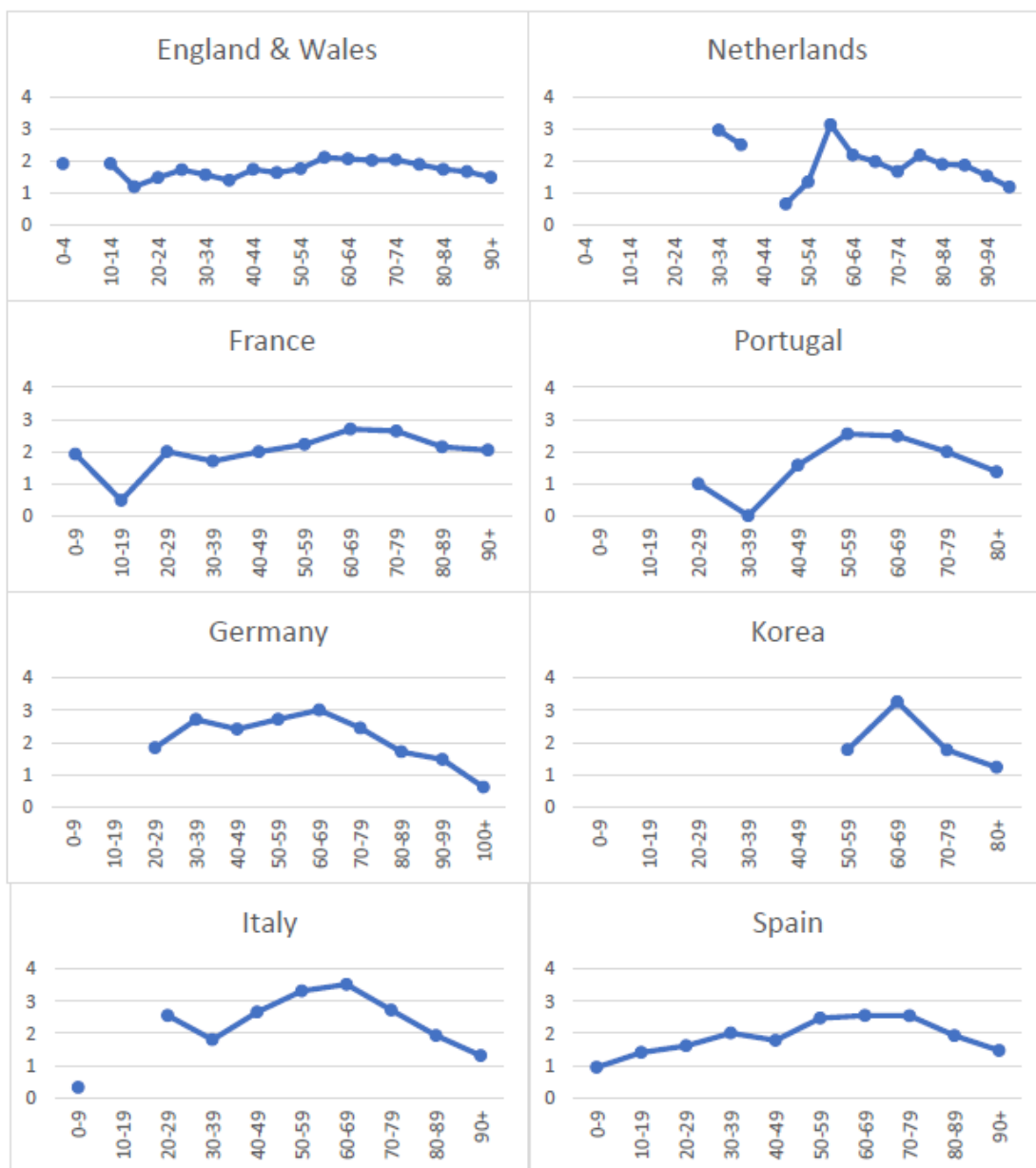
Nota. Adaptat de <https://covid19.who.int/>

Aquesta alta prevalença de la mortalitat a Europa pot explicar-se amb l'últim informe de les autoritats sanitàries espanyoles (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2020), que actualitza les dades de la pandèmia i analitza els estudis preliminars sobre els factors de risc de gravetat i mortalitat, concloent que els grups de persones amb major risc de patir una malaltia greu per COVID-19 són persones amb: edat avançada, malalties cardíco-vasculars, hipertensió arterial, malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC), càncer, immunosupressió, embaràs, altres malalties cròniques, obesitat i/o fumadores; grups, d'altra banda, amb major nombre de persones al continent europeu. Així doncs, la relació entre mortalitat i morbiditat per SARS-CoV-2 i l'edat ha estat amplament estudiada des de l'inici de la pandèmia a Europa. A la Figura 17 s'observa la taxa de mortalitat per 100000 habitants relacionada amb l'edat a diferents països, que va augmentant fins als 69 anys, tot i que

s'observa que disminueix novament a partir d'aquesta edat. Actualment s'està estudiant si aquesta relació entre l'edat i la morbi-mortalitat per SARS-CoV-2 pot estar explicada per factors relacionats amb l'edat i no amb l'edat cronològica en sí, com ara diferències d'ocupació, estil de vida (incloent fumar i beure alcohol), o ús de certs medicaments (Bhopal i Bhopal, 2020).

Figura 17.

Taxa de mortalitat per SARS-CoV-2 per edats a diferents països

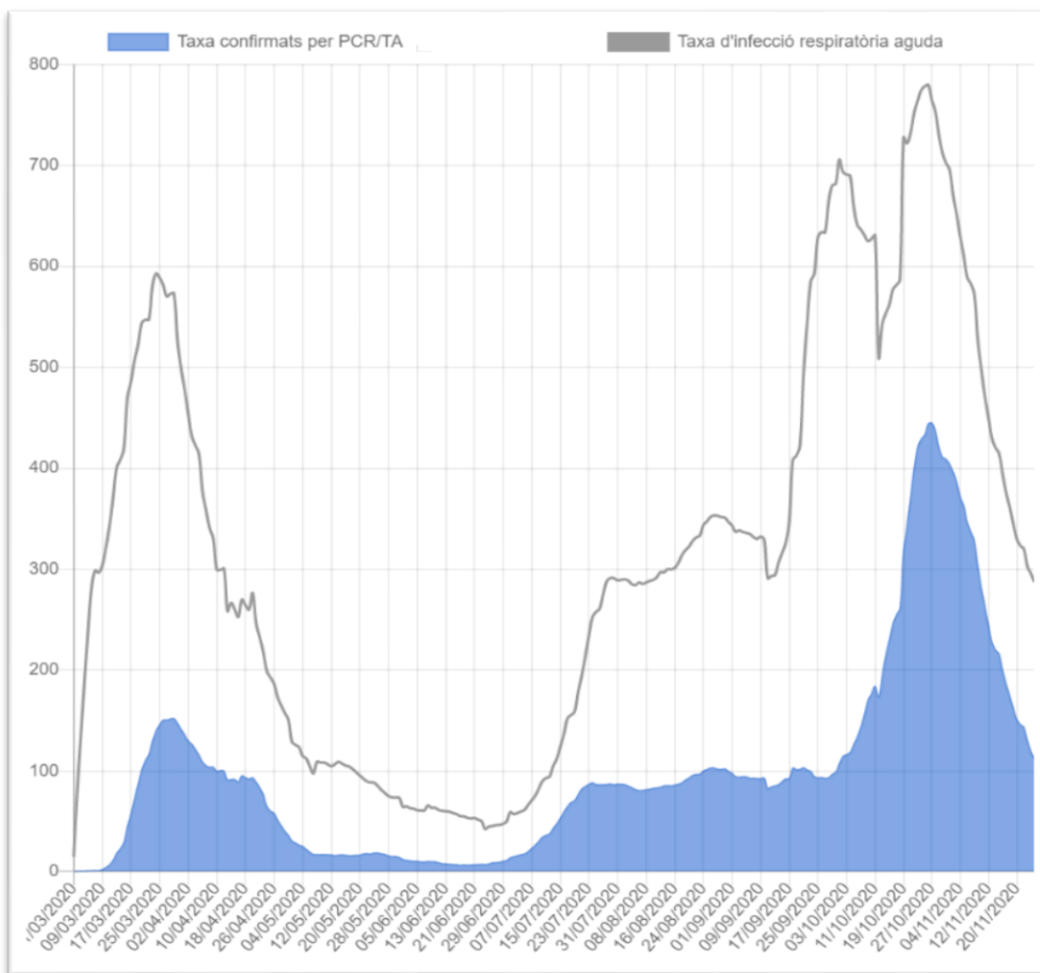


Nota. Font: Bhopal i Bhopal (2020)

A Catalunya a 28/11/2020 hi ha 340.339 casos acumulats confirmats de COVID-19, amb 15.830 defuncions per COVID-19 confirmades (dadescovid.cat). La taxa de casos confirmats de COVID-19 durant la pandèmia (fins a més de 400 per 100000) es pot comprovar a la Figura 18, on també es pot veure la taxa d'infecció respiratòria aguda (fins a gairebé 800 per 100000).

Figura 18.

Evolució de l'epidèmia COVID-19 a Catalunya. Població total



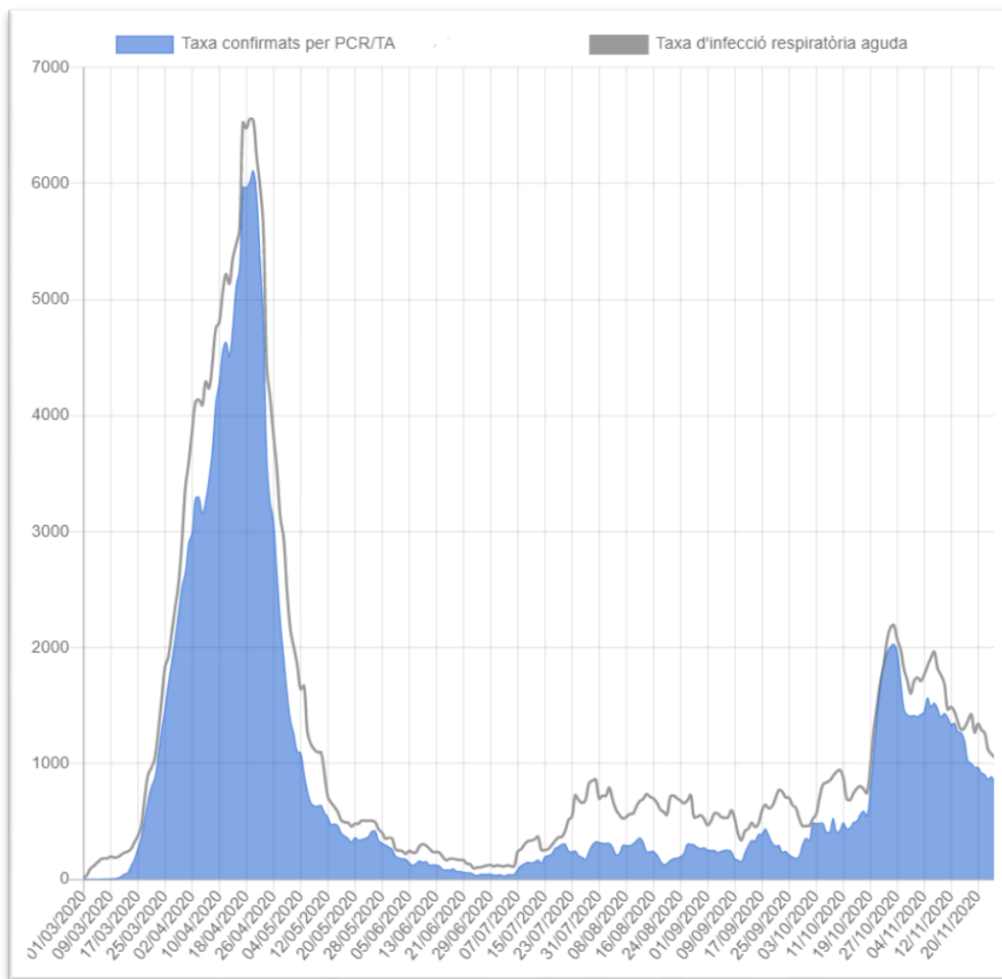
Nota. Font: Idescat.

Si es comparen amb les dades d'evolució de la pandèmia a les residències gerontològiques (Figura 19), comprovem com la taxa d'infecció per SARS-Cov-2 ha estat molt

més elevada a les residències (fins a més de 6000 per 100000 habitants) que en la comunitat, així com la taxa d'infecció respiratòria aguda (fins a més de 6500 per 100000 habitants).

Figura 19.

Evolució de l'epidèmia COVID-19 a Catalunya. Població residencial



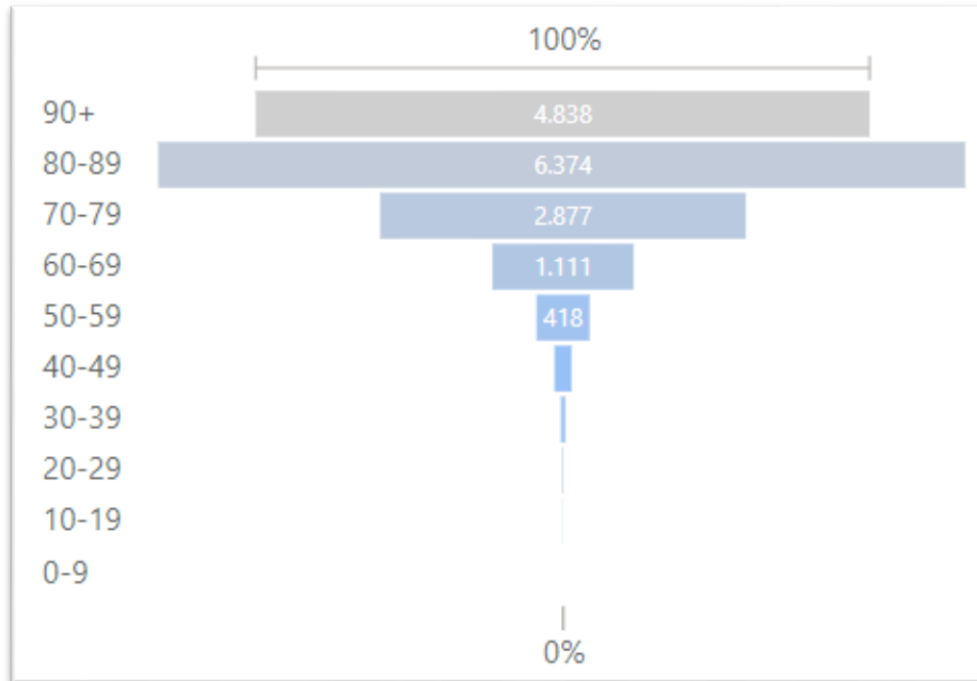
Nota. Font: Idescat.

Pel que fa a les defuncions per edats a Catalunya, la Figura 20 mostra la gran diferència de defuncions quan l'edat va augmentant, s'aprecia que el nombre de defuncions augmenta fins els 89 anys per després disminuir novament a partir dels 90 anys, sent les persones de 80 a 89 anys els qui han representat un nombre més gran de defuncions per COVID-19 a Catalunya (6374), seguides de les que tenien més de 90 anys (4838). Destaca, a més, que

només hi ha hagut una defunció per COVID-19 a Catalunya en nens fins a 9 anys i únicament 3 el grup d'edat de 10 a 19 anys.

Figura 20.

Nombre de defuncions per COVID-19 i per edats a Catalunya. Població total



Nota. Font: Idescat.

Les dades de Salut/Dades COVID del 01/03/2020 al 28/11/2020 indiquen que a les residències gerontològiques hi ha hagut un total de 22957 casos confirmats de COVID-19, amb una taxa total de casos confirmats per cada 100000 habitants de 35560,82 i un total de defuncions de 7326 persones. A la comarca de La Selva les dades confirmades de l'afectació del COVID-19 del 01/03/2020 al 28/11/2020 són una mica més discretes: 287 casos confirmats de COVID-19, amb una taxa total de casos confirmats per cada 100000 habitants de 26019,95 i un total de defuncions de 87 persones.

5.2. Actituds Edatistes durant la Pandèmia de COVID-19

Tot i que, com em vist al punt anterior, les persones grans han estat les més afectades per la mortalitat relacionada amb la COVID-19, poques polítiques s'han enfocat a aquesta

població. Això es deu en part a la discriminació dels adults grans basat en l'edat, que ha estat predominant en la investigació, les polítiques i els mitjans de comunicació (Soto-Perez-de-Celis, 2020). Diversos autors (Ayalon et al., 2020; Banerjee et al., 2020), al realitzar recerques relacionades amb la visualització dels estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa així com les actituds edatistes observades durant la pandèmia, insisteixen en la necessitat d'un canvi respecte el tracte que reben les persones d'edat avançada. Algunes de les conclusions que aquests autors aporten les resumim seguidament:

- Tot i que als últims anys s'han invertit esforços per part dels experts per disminuir en la societat els estereotips i les actituds edatistes, sobretot en els àmbits sanitaris i socio-sanitaris, durant la pandèmia s'ha fet més palès que mai que segueixen existint, tant en la societat com en les organitzacions, el que ha donat com a resultat un patiment innecessari de les persones grans.

- La vulnerabilitat de la gent gran enfront del virus s'ha vist agreujada pel tracte rebut per les administracions sanitàries de la majoria dels Estats mundials, on s'han establert protocols d'emergència per prioritzar l'atenció sanitària amb criteris d'edat enlloc d'únicament factors predictors de supervivència.

- La conclusió anterior pot indicar que les administracions segueixen mantenint estereotips negatius de caràcter patològic enfront la gent gran pel sol fet de l'edat cronològica.

- El confinament comporta una tendència a la soledat de les persones, sobretot aquelles que viuen soles i que esperen la visita de la família per socialitzar. Són les persones d'edat molt avançada, residents als centres gerontològics i que no han pogut rebre la visita dels seus familiars, els qui necessiten l'ajuda de les organitzacions, les que han vist malmès el seu dret a l'assistència sanitària adequada.

- No es pot oblidar la situació de precarietat que han patit els professionals dels centres gerontològics enfront la pandèmia. Si en un primer moment no disposaven dels equips de

protecció necessaris, després es van veure afectats per la negació dels serveis sanitaris a oferir l'ajuda necessària.

Aquestes afirmacions posen de manifest la necessitat d'estratègies politico-socials, socio-educatives i psico-socials per què, com a societat, evitem la repetició d'aquests comportaments en futures situacions en les que cal, més que mai, una bona actitud enfront tots els membres de la comunitat, sense establir diferències discriminatòries que fan més vulnerables a un grup d'individus pel fet de l'edat.

D'altra banda, a més del que hem observat a Catalunya respecte la diferència de les taxes de la pandèmia a la comunitat i les residències, un estudi realitzat a Suècia i publicat l'octubre del 2020 (Brandén et al., 2020) demostra que viure en una residència gerontològica s'associa amb un augment de la mortalitat per SARS-CoV-2, potencialment a través de l'exposició a visitants i treballadors, però també a causa de la mala salut subjacent a la residència, la qual cosa fa necessari desenvolupar estratègies per millorar les condicions dels centres i protegir la salut d'aquestes persones. L'experiència sueca demostra que la mortalitat per COVID-19 continuarà afectant majorment a les persones grans, tret que s'implementi una estratègia integral de salut pública en el futur (Roxby i Gure, 2020).

Actualment ja hi ha autors que aporten com a solució per evitar les conductes discriminatòries promoure la inclusió de les persones grans a les xarxes socials i fer sentir la seva veu, ja que augmentar la seva participació pot incrementar la implicació en interaccions socials i representa una manera de proporcionar i rebre suport social durant la pandèmia, sense oblidar la responsabilitat de les organitzacions i els mitjans de comunicació de transmetre informació fiable i rellevant per a les persones grans, evitant estigmatitzar-les amb estereotips edatistes (Soto-Perez-de-Celis, 2020).

MARC EMPÍRIC

1. Introducció

Com ja hem analitzat al capítol anterior, l'augment de l'esperança de vida és un èxit de la societat contemporània, però a l'actualitat el repte és viure aquests anys amb qualitat de vida (ONU, 2002). Així, totes les fonts consultades evidencien la necessitat de cures professionals i humanitzades en un context de sobreenvelliment de la població per aconseguir un envelliment actiu i satisfactori, en tant que els enfocaments edatistes -com ara que el grup de la gent gran és un grup homogeni, fràgil i solitari- afecten negativament a les persones grans (Aristizábal-Vallejo, 2006; Fernández-Ballesteros et al, 2010). D'aquí la importància de conèixer, en els centres gerontològics, el nivell d'estereotips negatius enfront l'envelliment i la vellesa dels professionals i usuaris i si aquests es relacionen amb diverses variables, com ara la satisfacció amb la vida i l'autoestima.

D'altra banda, els autors Palmore (1992) i Thornton (2002) coincideixen en la idea que el caràcter cognitiu dels estereotips implica l'aplicació d'instruments de mesura psicomètrics pel seu estudi en grups i contextos concrets. Conscients de la importància d'analitzar els estereotips negatius envers l'envelliment a la societat mitjançant instruments de mesura, es construeix el "Cuestionario de estereotipos negativos hacia la vejez" (CENVE) (Blanca et al., 2005). Aquest test determina el nivell d'estereotips en tres factors: salut, motivacional-social i caràcter-personalitat, les puntuacions a cada factor poden fluctuar entre cinc i vint. Puntuacions altes indiquen un elevat grau de creença en els estereotips negatius de la vellesa per aquest factor, puntuacions baixes indiquen poc nivell de creença en tals estereotips negatius (Blanca et al, 2005). Després d'analitzar els estudis psicomètrics realitzats amb els tests més habitualment utilitzats per l'anàlisi dels estereotips i les actituds envers l'envelliment i la vellesa en l'àmbit institucional, es troba que el CENVE presenta millors propietats psicomètriques per estudiar a la població de professionals i usuaris de centres gerontològics.

En tant que a Catalunya no s'ha pogut trobar cap investigació específica en l'estudi dels estereotips en l'àmbit residencial ni amb el CENVE ni cap altre test d'anàlisi dels estereotips

envers l'envelliment en català, en aquesta part empírica es presenten dues fases diferenciades d'estudi. A la primera fase es pretén adaptar i traduir al català el qüestionari CENVE i realitzar-ne l'estudi psicomètric. D'altra banda, a la segona fase de l'estudi l'objectiu és avaluar els estereotips negatius en una mostra representativa dels centres gerontològics de la comarca de La Selva i relacionar-los amb diverses variables sociodemogràfiques, institucionals, psicològiques i de participació en activitats.

2. Fase 1 de l'Estudi: Traducció i Adaptació del CENVE al Català

2.1. Introducció

Seguint amb el que s'ha indicat anteriorment, el CENVE és el qüestionari que analitza els estereotips edatistes més utilitzat als països de parla hispana i ha estat validat en diversos cohorts i contexts. En persones grans, sobretot vivint a la comunitat, hi ha diversos estudis que confirmen les característiques psicomètriques de l'estudi d'elaboració del CENVE (Arias, 2014; Blanca et al., 2005; Lasagni et al., 2013; Sanhueza, 2014). D'altra banda existeixen investigacions on s'analitzen les característiques psicomètriques del CENVE en les respostes de cohorts d'estudiants en diferents contexts, confirmant les de l'estudi de construcció (Aristizábal-Vallejo et al., 2006; Borrella, 2013; Lasagni et al., 2013). Únicament s'ha trobat una investigació relacionada amb l'aplicació del CENVE a professionals sanitaris (Franco et al., 2010), amb l'objectiu d'avaluar la prevalença d'estereotips negatius envers la vellesa entre el personal d'atenció de l'Hospital de Querétaro (Mèxic); I, tot i que no es realitza una anàlisi psicomètrica exhaustiva dels ítems de l'instrument, la dimensionalitat en 3 factors manté la proporció de l'estudi de construcció del CENVE (Blanca et al., 2005).

D'altra banda, com s'indica a Abad et al (2011, p. 468): "(...) en nuestro país, el tema de la adaptación de tests a las especificidades de las comunidades autónomas bilingües tiene un significado especial" i afegixen que no s'hauria de promoure l'ús d'instruments que no segueixin un procés d'adaptació adequat. Per realitzar aquest procés de traducció i adaptació de tests adequadament la International Test Commission (ITC) recomana seguir vint directrius agrupades en sis apartats: directrius prèvies, desenvolupament del test, confirmació, aplicació, puntuació i interpretació i documentació (Muñiz et al, 2013).

A més, per aportar l'autenticitat i legalitat dels tests traduïts s'han de seguir el que recomanen els autors: "Comprobar sobre quién recae el derecho de la propiedad intelectual del instrumento y en su caso obtener los permisos legales permitirán garantizar la autenticidad del

producto final y proteger el trabajo de adaptaciones no autorizadas” (ITC, 2012; Muñiz et al., 2013).

Abans de l'anàlisi psicomètrica del test traduït cal realitzar un estudi de l'equiparació de la mètrica de les puntuacions del test en una prova pilot amb dos grups monolingües, aplicant la versió original i l'adaptada a cada un dels grups segons l'idioma matern (Abad et al., 2011, p. 471) per validar-lo, finalment, en una mostra representativa de la població .

2.2. Objectius

Tal com es desprèn de l'apartat anterior, l'objectiu general de la Fase 1 del present estudi és traduir i analitzar al nostre entorn, és a dir al català, el CENVE seguint les indicacions de la International Test Commission, que aconsella: “evaluar el grado o nivel de solapamiento entre el constructo en la población origen y en la población diana como único medio para delimitar y definir el nivel de equivalencia deseado” (ITC, 2012; Muñiz et al., 2013). En aquest cas, l'adaptació es realitza a la mateixa població espanyola i la traducció es du a terme a una llengua de la mateixa cultura, així que les característiques del constructe són equivalents en ambdues poblacions. Tot i això, la familiaritat i la dificultat del llenguatge emprat, el format i l'estructura gramatical dels ítems en les dues versions, s'hauran d'analitzar per experts seguint el “Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems” de Muñiz et al. (2013), que podem observar a l'Annex A.

Per aconseguir aquest objectiu general s'estableixen els següents objectius específics:

- Concretar el constructe de mesura del CENVE per les mostres originals i diana.
- Dotar d'autenticitat i legalitat la traducció al català del CENVE.
- Valorar l'adaptació del test a la població diana amb una prova pilot.
- Avaluar les propietats psicomètriques de l'instrument de mesura traduït en una mostra representativa de la població per validar el test en català.

2.3. Metodologia

Criteris per la Selecció del CENVE. Per la correcta selecció d'instruments psicomètrics en recerca s'han de seguir uns criteris, que s'apliquen, segons les recomanacions de Carretero-Dios i Pérez (2007):

- Definició conceptual del constructe a avaluar (validesa de contingut): A l'informe de construcció del CENVE l'autora defineix el constructe com (Sánchez, 2004, p. 126): “los estereotipos de la vejez van a ser entendidos, siguiendo a Fernández-Ballesteros (1992) como las falsas creencias de signo negativo y, generalmente, despectivo, que actúan en un grupo cultural determinado”. Coincidint amb el que s'ha definit al Marc Teòric com “mites que la societat presenta envers l'envelliment, la vellesa i els vells”, en aquest cas de signe negatiu. D'altra banda, ja s'ha analitzat la definició sintàctica del constructe (relació amb altres constructes) al Marc Teòric (Taula 5) i, a l'observar la taula, es podrien dividir els estereotips en 3 constructes relacionats però diferenciats: la salut, el caràcter i l'estat social; la qual cosa es correspon amb als tres factors del test original: salut, motivacional-social i caràcter-personalitat.

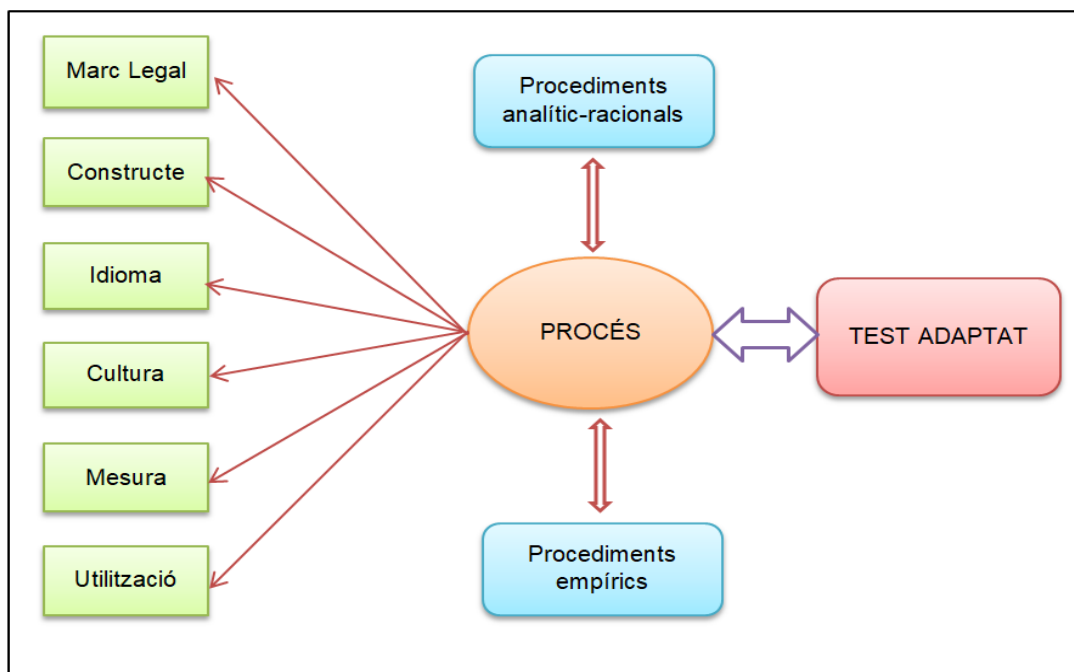
- Informació sobre la construcció dels ítems i avaluació qualitativa: L'estudi de Sánchez (2004, pp. 130-140) indica que el qüestionari es compon de 15 ítems, 13 d'ells presos del “Cuestionario de Estereotipos hacia la Vejez de Montorio e Izal” i 2 traduïts del FAQMH (el test final es mostra a l'Annex B). S'avaluen tres dimensions: dimensió salut (ítems 1, 4, 7, 10 i 13), dimensió motivació-social (ítems 2, 5, 8, 11 i 14) i dimensió caràcter-personalitat (ítems 3, 6, 9, 12 i 15). A més, a l'estudi s'inclou el procediment d'elaboració i les anàlisis realitzades per l'elecció dels ítems. D'altra banda, i com ja s'ha analitzat anteriorment, tot i que l'estudi d'elaboració del test només incloïa persones majors de 65 anys de la comunitat (Blanca et al, 2005), posteriorment s'ha analitzat a altres poblacions de persones grans (Arias, 2014; Blanca et al., 2005; Lasagni et al., 2013; Sanhueza, 2014) i persones joves (Aristizábal-Vallejo et al., 2006; Borrella, 2013; Franco et al., 2010; Lasagni et al., 2013), confirmant els constructes.

- Resultats de les anàlisis estadístiques dels ítems i la dimensionalitat: Per les anàlisis de les qualitats psicomètriques a l'estudi d'elaboració del test es van avaluar les respostes d'una mostra composta per 757 persones majors de 65 anys, i els resultats mostren: Els tres factors (salut, motivacional-social i caràcter-personalitat) expliquen el 20,04%, el 17,68% i el 19,24% de la variància, respectivament; Les correlacions entre els factors són positius i moderats, superant el 0,30 (Sánchez, 2005, pp. 132-134). En relació amb els estereotips referits a la salut, es troba una mitjana de 12,6 punts i una desviació típica de 3,12; els estereotips del factor motivacional-social, la mitjana és de 12,7 punts i la desviació típica de 3,17; finalment, els estereotips referits al factor caràcter-personalitat, la mitjana és de 13,4 punts i una desviació típica de 3,05. A més, la Correlació ítem-total és superior a 0,30 a tots els ítems, indicatiu de validesa de constructe (Blanca et al., 2005).

- Resultats de l'estimació de la fiabilitat (consistència interna): El test presenta adequada consistència interna (alfa de Cronbach 0,76) i validesa convergent; Alfas de Cronbach de 0,67, 0,64 i 0,66 pels factors de salut, motivacional-social i caràcter-personalitat, respectivament; Les correlacions entre els ítems i el respectiu total dels factors superen el 0,30 en tots els casos, excepte en un ítem (*El deterioro cognitivo es parte inevitable de la vejez* que obté: 0,279) (Sánchez, 2004, pp. 134-135), indicatiu d'adequada consistència interna.

Així doncs, en comparar aquestes dades amb les dels resultats d'altres tests avaluats al capítol anterior, se selecciona el CENVE per presentar similitud en el constructe i constructes relacionats, termes culturals molt similars, validació a diverses cohorts i contextos i adequats resultats en les anàlisis factorials, de fiabilitat i dels ítems.

Etapas de la Traducció i Adaptació. Per traduir i validar el CENVE al català se segueixen les normes de la International Test Commission (ITC, 2012. Muñiz et al, 2013). Aquestes normes impliquen un procés que es resumeix a la Figura 21.

Figura 21.*Procés d'adaptació de tests*

Nota. Adaptat de Muñiz et al, 2013

D'aquesta manera se segueixen les següents etapes per realitzar el procés de traducció-adaptació:

- Permís legal i garantia d'autenticitat de la traducció: Comprovar sobre qui recau el dret de la propietat intel·lectual de l'instrument i obtenir els permisos legals per garantir l'autenticitat del test traduït final i així protegir-ho d'adaptacions no autoritzades. Això es realitza mitjançant correu electrònic a l'autora (Annex C).
- Estudi de les característiques del constructe i la cultura d'aquest en la població diana: Aquest estudi s'ha realitzat al Capítol de Marc Teòric i al subapartat anterior.
- Traducció: Es realitza una traducció individual per 3 experts en diverses especialitats bilingües que no es coneixen entre ells i la retro-traducció per altres 3 experts psicogerontòlegs bilingües.

- **Avaluació de les traduccions per experts bilingües:** L'autora i dos experts, un en llengua i cultura catalana, l'altre psicòleg expert en geriatria i instruments d'avaluació, es reuneixen per avaluar cada ítem i les instruccions de les traduccions. D'aquesta manera s'analitzen els tests traduïts mitjançant el llistat de l'Annex A per portar a terme la correcció lingüística i l'adaptació pràctica i cultural, així com realitzar la versió adaptada (pre-test).

- **Prova pilot:** l'avaluació dels resultats de la prova en l'aplicació del CENVE traduït (pre-test) en tres centres gerontològics de la zona permet, com expressen:

Las pruebas piloto permiten, entre otras cosas: a) recoger "in situ" las reacciones de las personas que realizan la prueba; b) asegurarse de que los ítems e instrucciones son correctamente comprendidos; c) registrar el tiempo necesario para la ejecución del cuestionario; d) recoger información sobre posibles errores de contenido o formato que se pueden corregir antes de pasar a la fase operacional; y e) obtener datos que permitirán llevar a cabo un primer análisis de ítems que indiquen la dirección y sentido de los índices psicométricos más relevantes. (Muñiz et al., 2013)

S'aplica el pre-test a una mostra de 3 centres per avaluar el pre-test.

- S'analitzen els resultats del pre-test en la prova pilot i es decideix el CENVE en català definitiu, CENVE-CAT (Annex D).

- Per la validació del test a la població d'estudi, posteriorment s'aplica el CENVE-CAT a una mostra representativa de tota la població d'estudi, s'analitzen els resultats i es comparen amb la mostra de la prova pilot i amb l'estudi d'elaboració del CENVE.

Participants. La població de la prova pilot correspon al col·lectiu de professionals i usuaris de 3 centres de la comarca de La Selva triats a l'atzar per assegurar que el nombre de participants és, com a mínim, el doble que el nombre d'ítems del test (Moreno, 2007, pp. 18-22). Els criteris d'exclusió de la mostra són els mateixos que per la segona fase de l'estudi:

- Per als usuaris l'únic criteri d'exclusió és una puntuació inferior a 23 en el MEC de Lobo (Lobo et al., 2002), que detallarem a l'apartat d'instruments i ja em analitzat al capítol anterior. A més de la negació a participar.

- Per als professionals dels centres l'únic criteri d'exclusió és pertànyer als serveis de cuina, administració i gerència, neteja i manteniment. A més de negar la seva participació en l'estudi.

La població de la prova pilot és N= 295 de 3 centres, dels quals 216 són usuaris (206 de residència i 10 de Centre de dia) i 79 són professionals dels centres. La mostra de la prova pilot està formada per un total de n= 79 (32 professionals i 47 usuaris), 48 participants catalans i 31 castellans.

Per la validació del test a la població total, es realitza de la mateixa manera que a la prova pilot mitjançant mostreig aleatori simple la tria dels conglomerats, que són els centres que permeten la participació a l'estudi, i es fa la recollida de dades fins aconseguir la mostra mínima calculada de cada col·lectiu.

Finalment, participen 5 centres i la mostra de la validació del test en català està formada per 146 persones (n= 146), de les quals 85 són persones usuàries dels centres (n1= 85) i 61 formen part del col·lectiu de professionals (n2= 61). La majoria són dones, el 80,1% (117), en contraposició al 19,9% d'homes (29).

Procediment. Es sol·licita a la direcció del centre la participació en l'estudi, aportant el consentiment informant i la informació sobre els objectius de la investigació. A la mostra del col·lectiu d'usuaris i de professionals se'ls informa dels objectius de l'estudi i es facilita el consentiment informat. A més d'aplicar el pre-test o el CENVE, a la mostra de l'estudi pilot s'apliquen els altres qüestionaris, ja que formaran part de la mostra de la població total. D'altra banda, la recollida de dades es realitza en col·laboració amb els psicòlegs i els directors dels centres, els quals faciliten els qüestionaris als professionals.

Es demana als participants quina és la seva llengua materna per realitzar procediment de recollida de dades en dos grups monolingües. A més, es registra el temps necessari per administrar tot el qüestionari i es fan preguntes als participants en aquesta prova pilot per avaluar l'escala traduïda (seguint les indicacions de Elosua et al., 2014):

- Hi ha alguna pregunta que li hagi sigut difícil d'entendre?
- La manera de respondre les preguntes li ha semblat difícil?
- Hi ha alguna pregunta que li hagi resultat ofensiva?
- Les instruccions donades li han semblat entenedores?
- Afegiria alguna instrucció més o canviaria la manera de donar-les?

Mètode d'Anàlisi de Dades. Per validar el pre-test analitzem i comparem amb l'estudi de Blanca et al (2005), mitjançant els programes informàtics SPSS⁴ i JASP⁵ (per l'anàlisi factorial):

- L'anàlisi de la qualitat dels ítems es realitza mitjançant la comparació dels estadístics de les puntuacions obtingudes en cada ítem del test per cada un dels grups monolingües i amb l'estudi original: Les variàncies i les mitjanes de l'escala si s'elimina l'ítem, correlació ítem-test corregida (índex de discriminació), Alfa De Cronbach de l'escala si s'elimina l'ítem, mitjana de l'ítem i desviació típica de l'ítem (Abad et al., 2011, pp. 39-119).

- Per explorar la validesa de constructe s'analitza i compara entre la versió original i l'adaptada (i entre les dues mostres monolingües) la dimensionalitat d'ambdues versions mitjançant una anàlisi factorial confirmatòria (AFC) amb el mètode d'extracció de mínims quadrats no ponderats (ULS) (el qüestionari té 4 categories de resposta); Utilitzant els índexs de bondat d'ajustament: L'arrel quadrada de la mitjana de l'error d'aproximació (RMSEA, si és inferior o igual a 0,06 el model s'ajusta), l'arrel quadrada mitjana residual estandarditzada (SRMR, si és inferior o igual a 0,08 el model s'ajusta), l'Índex d'ajustament no normalitzat

⁴ Statistical Package for Social Science, versió 21. IBM, 2013.

⁵ JASP Team (2020). JASP (Versió 0.14).

(NNFI, si és més gran o igual a 0,96 el model s'ajusta) i l'Índex d'ajustament comparatiu (CFI, si és més gran o igual a 0,95 el model s'ajusta). Així com les saturacions de cada ítem en el seu factor corresponent, que han de ser superiors o iguals a 0,30 indicatives de adequada validesa de constructe a tots els ítems (Abad et al., 2011, pp. 339-373).

- La consistència interna s'analitza mitjançant l'Alfa de Cronbach de l'escala i la validesa convergent les Alfes de Cronbach de cada factor, valors pròxims a 1 indiquen adequada consistència interna (Abad et al., 2011, pp. 98-106).

D'altra banda, s'analitzen les respostes a les preguntes de valoració del pre-test dels participants i el temps necessari per la seva aplicació. En una reunió d'experts s'avaluen totes aquestes dades i es re avaluja el pre-test per decidir el CENVE-CAT definitiu. Posteriorment es realitzen les mateixes anàlisis amb les puntuacions al CENVE i CENVE-CAT de la mostra representativa de la població total.

2.4. Resultats

Traducció i Retro-Traducció. Per la traducció del CENVE al català es contacta amb tres doctors experts bilingües que no es coneixen entre ells i desconeixen quins altres realitzen les traduccions: Un Doctor en Tecnologia Educativa, un Doctor en medicina geriàtrica i un Doctor en Psicologia.

A la Taula 6 es mostra cada una de les 3 traduccions dels 15 ítems del CENVE i de les instruccions del mateix.

Tanmateix, tres experts psicogerontòlegs bilingües realitzen la retro-traducció de cada una de les traduccions al castellà, les quals es poden observar a la Taula 7.

Taula 6.*Traduccions al català del CENVE*

Original	Traducció 1	Traducció 2	Traducció 3
<p>INSTRUCCIONES: El cuestionario debe realizarse en privado y en el idioma materno del sujeto. Leer las afirmaciones en voz alta y de forma clara, preguntar al sujeto su grado de acuerdo con la afirmación y marcar la opción que corresponda según la ESCALA: Muy en desacuerdo, Algo en desacuerdo, Algo de acuerdo, Muy de acuerdo</p>	<p>Instruccions: El qüestionari s'ha de realitzar en privat i en la llengua materna de la persona. Llegiu les afirmacions en veu alta i de forma clara, demaneu a la persona el seu grau d'acord amb l'afirmació i marqueu l'opció que correspongui a l'escala: Molt en desacord, Una mica en desacord, Una mica d'acord, Molt d'acord</p>	<p>INSTRUCCIONES: El qüestionari s'ha de realitzar en privat i en el idioma matern de la persona. Com entrevistador cal llegir les afirmacions en veu alta i de forma clara, preguntar al subjecte el seu grau d'acord o desacord amb l'afirmació de cada pregunta i marcar l'opció que correspongui dins l'ESCALA CENVE: Totalment en desacord, En desacord, D'acord , Totalment d'acord</p>	<p>INSTRUCCIONES: El qüestionari s'ha de realitzar en privat i en l'idioma matern de la persona. Llegir les afirmacions en veu alta i de manera clara, demanar a la persona el seu grau d'acord amb l'afirmació de cada pregunta i marcar l'opció que correspongui segons l'ESCALA: Molt en desacord, En desacord, D'acord, Molt d'acord</p>
<p>1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria</p>	<p>1. La majoria de persones, quan arriben aproximadament als 65 anys, comencen a tenir un deteriorament considerable de la memòria</p>	<p>1. La majoria de les persones, quan arriben aproximadament als 65 anys, comencen a tenir un deteriorament considerable de la memòria</p>	<p>1. La majoria de les persones, quan arriben als 65 anys, aproximadament, comencen a tenir un considerable deteriorament de la memòria</p>
<p>2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo</p>	<p>2. Les persones grans tenen menys interès pel sexe</p>	<p>2. Les persones grans tenen menys interès pel sexe</p>	<p>2. Les persones grans tenen menys interès pel sexe</p>

3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son “cascarrabias”	3. Les persones grans s'enfaden amb facilitat i són rondinaires.	3. Las personas grans s'irriten amb facilitat i són uns “rondinaires”	3. Las personas grans s'irriten amb facilitat i són “rondinaires”
4. La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales	4. La majoria de gent de 65 anys tenen alguna malaltia mental prou greu com per deteriorar les seves capacitats	4. La majoria de les persones, quant arriben aproximadament als 65 anys, tenen alguna enfermetat mental suficientment greu com per deteriorar les seves capacitats normals	4. La majoria de les persones majors de 65 anys tenen alguna malaltia mental prou greu com per deteriorar les seves capacitats normals
5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes	5. Les persones grans tenen menys amics que les joves	5. Las personas grans tenen menys amics que les més joves	5. Las personas grans tenen menys amics que els joves
6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles	6. A mesura que les persones grans es fa més grans, es tornen més rígides i inflexibles	6. A mesura que les persones grans es fan més velles, es tornen més rígides i inflexibles	6. A mida que les persones grans es fan més grans, es tornen més rígides i inflexibles
7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud	7. La majoria dels adults mantenen un nivell de salut acceptable fins aproximadament als 65 anys, llavors es produeix un fort deteriorament de la salut	7. La majoria dels adults mantenen un nivell acceptable de salut aproximadament fins els 65 anys, on es produeix en aquest moment, un fort deteriorament de la salut	7. La majoria dels adults mantenen un nivell de salut acceptable fins als 65 anys, aproximadament, quan es produeix un fort deteriorament de la salut
8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas	8. A mesura que ens fem grans perdem l'interès per a les coses	8. A mesura que ens fem grans perdem l'interès per les coses	8. A mida que ens fem grans perdem l'interès per les coses

9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños	9. La gent gran són, en moltes ocasions, com la canalla	9. Les persones grans, en moltes ocasions són com nens	9. Les persones grans són, en moltes ocasions, com nens
10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás	10. La majoria de la gent majors de 65 anys tenen una sèrie d'incapacitats que els fan dependre dels altres	10. La majoria de les persones, quant arriben aproximadament als 65 anys, tenen una sèrie d'incapacitats que els fan dependre dels demés	10. La major part de les persones majors de 65 anys tenen una sèrie d'incapacitats que les fan dependre dels altres
11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos	11. A mesura que ens fem grans perdem la capacitat de resoldre els problemes als que ens enfrontem	11. A mesura que les persones grans es fan més velles perden la capacitat de resoldre problemes	11. A mesura que ens fem grans perdem la capacitat de resoldre els problemes als que ens enfrontem
12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad	12. Els defectes de la gent gran empitjoren amb l'edat	12. Els defectes de la gent s'aguditzen amb l'edat	12. Els defectes de la gent s'aguditzen amb l'edat
13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez	13. El deteriorament cognitiu (pèrdua de memòria, desorientació o confusió) és una part inevitable de la vellesa	13. El deteriorament cognitiu (pèrdua de memòria, desorientació o confusió) és una part inevitable del procés d'envelliment	13. El deteriorament cognitiu (pèrdua de memòria, desorientació o confusió) és una part inevitable de l'envellir
14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven	14. Gairebé ningú major de 65 anys realitza una feina tan bé com la faria una persona més jove	14. Casi cap persona de més de 65 anys realitza un treball tan bé com ho faria una persona més jove	14. Gairebé cap persona major de 65 anys realitza una feina tan bé com la faria una persona més jove
15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años “chochean”	15. Una gran part de les persones majors de 65 anys repapiegen	15. Una gran part de les persones de més de 65 anys “repapiegen”	15. Una gran part de les persones majors de 65 anys “repapiegen”

Taula 7.*Retro-traducció al castellà de les traduccions del CENVE*

Retro-traducció 1	Retro-traducció 2	Retro-traducció 3
<p>INSTRUCCIONES: El cuestionario debe realizarse en privado y en la lengua materna de la persona. Leer las afirmaciones en voz alta y de forma clara, preguntar a la persona su grado de acuerdo con la afirmación y marcar la opción que corresponda en la ESCALA: Muy en desacuerdo, Un poco en desacuerdo, Un poco de acuerdo, Muy de acuerdo</p>	<p>INSTRUCCIONES: El cuestionario se tiene que realizar en privado y en el idioma materno de la persona. Como entrevistador debe leer las afirmaciones en voz alta y de forma clara, preguntar al sujeto su grado de acuerdo o desacuerdo con la afirmación de cada pregunta y marcar la opción que corresponda dentro la ESCALA CENVE: Totalmente en desacuerdo, En desacuerdo, De acuerdo, Totalmente de acuerdo</p>	<p>INSTRUCCIONES: El cuestionario se tiene que realizar en privado y en el idioma materno de la persona. Leer las afirmaciones en voz alta y de forma clara, preguntar a la persona su grado de acuerdo con la afirmación y marcar la opción que corresponda según la ESCALA: Muy en desacuerdo, Un poco en desacuerdo, Un poco de acuerdo, Muy de acuerdo</p>
<p>1. La mayoría de personas, cuando llegan aproximadamente a los 65 años, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria</p>	<p>1. La mayoría de personas, cuando llegan aproximadamente a los 65 años, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria considerable</p>	<p>1. La mayoría de personas, cuando llegan a los 65 años, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria</p>
<p>2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo</p>	<p>2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo</p>	<p>2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo</p>
<p>3. Las personas mayores se enfadan con facilidad y son cascarrabias</p>	<p>3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son unos "cascarrabias"</p>	<p>3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"</p>

4. La mayoría de gente de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales

5. Las personas mayores tienen menos amigos que las jóvenes

6. A medida que las personas mayores se hacen más mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles

7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta aproximadamente los 65 años, entonces se produce un fuerte deterioro de la salud

8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas

9. La gente mayor son, en muchas ocasiones, como los niños

4. La mayoría de las personas, cuando llegan aproximadamente a los 65 años, tienen alguna enfermedad mental suficientemente grave como para deteriorar sus capacidades normales

5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes

6. A medida que las personas mayores se hacen más viejas, se vuelven más rígidas e inflexibles

7. La mayoría de los adultos mantienen un nivel aceptable de salud aproximadamente hasta los 65 años, donde se produce en este momento, un fuerte deterioro de la salud

8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas

9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones como niños

4. La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales

5. Las personas mayores tienen menos amigos que los jóvenes

6. A medida que las personas mayores se hacen más mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles

7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años, aproximadamente, cuando se produce un fuerte deterioro de la salud

8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas

9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños

10. La mayoría de la gente mayor de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás

11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos

12. Los defectos de la gente mayor empeoran con la edad

13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez

14. Casi nadie mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría una persona más joven

15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años chocan

10. La mayoría de las personas, cuando llegan aproximadamente a los 65 años, tienen una serie de incapacidades que las hacen depender de los demás

11. A medida que las personas mayores se hacen más viejas pierden la capacidad de resolver problemas

12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad

13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable del proceso de envejecimiento

14. Casi ninguna persona de más de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría una persona más joven

15. Una gran parte de las personas de más de 65 años “chocan”

10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que las hacen depender de los demás

11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos

12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad

13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de envejecer

14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría una persona más joven

15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años “chocan”

Avaluació de les Traduccions per Experts Bilingües. Una comissió formada per l'autora de la recerca, un Doctor en Llengua i Cultura Catalanes i un Doctor en Psicologia expert en geriatria i instruments d'avaluació realitzen la revisió dels ítems de cada una de les traduccions i les respectives retro-traduccions seguint el "Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems" de Muñiz, Elosua i Hambleton (2013) (Annex A), per portar a terme la correcció lingüística i l'adaptació pràctica i cultural i consensuar la versió adaptada (pre-test). Destacant que l'estructura del test original es manté en la versió adaptada, com també la puntuació dels ítems en una escala tipus Likert de 4 punts. Les Instruccions queden de la següent manera en el pre-test:

Instruccions

El qüestionari s'ha de realitzar en privat i en l'idioma matern de la persona. Llegir les afirmacions en veu alta i de manera clara, demanar a la persona el seu grau d'acord amb cada afirmació i marcar l'opció que correspongui segons l'escala:

Molt en desacord	En desacord	D'acord	Molt d'acord
1	2	3	4

A la Taula 8 es presenten els 15 ítems del pre-test amb la revisió per la Comissió d'experts segons el "*Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems*" de Muñiz, Elosua i Hambleton (2013) (Annex A).

Es pot observar que l'únic ítem que presenta una expressió col·loquial que podria crear problemes és l'ítem 15 ("Una gran parte de las personas de más de 65 años choclean") per la qual cosa es posa especial atenció a aquest ítem en l'aplicació d'ambdues versions a la prova pilot, que s'analitza seguidament.

Taula 8.

Revisió per la Comissió d'Experts del ítems del pre-test

Ítems	Revisió*
<p>1. La majoria de les persones, quan arriben als 65 anys d'edat, aproximadament, comencen a tenir un considerable deteriorament de la memòria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La familiaritat i la dificultat del llenguatge emprat, el format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions - No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions
<p>2. Les persones grans tenen menys interès pel sexe</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La familiaritat i la dificultat del llenguatge emprat, el format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions - No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions - Cal destacar que la paraula "sexe" es refereix aquí a "l'amor per una altra persona", cosa que s'haurà de considerar a l'administrar el test en les dues versions.
<p>3. Les persones grans s'irriten amb facilitat i són "rondinaires"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions - No s'observen paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions - L'expressió col·loquial "cascarrabias" de la versió original és més familiar i sembla tenir una connotació més negativa que l'expressió "rondinaires", cosa que s'haurà de considerar novament segons els resultats de la prova pilot

4. La majoria de les persones majors de 65 anys tenen alguna malaltia mental prou greu com per deteriorar les seves capacitats normals

- La familiaritat i la dificultat del llenguatge emprat, el format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions

- No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

5. Les persones grans tenen menys amics que les més joves

- La familiaritat i la dificultat del llenguatge emprat, el format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions

- No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

6. A mesura que les persones grans es fan més grans, es tornen més rígides i inflexibles

- S'afegeix la paraula "més" en la versió traduïda que fa l'ítem més familiar i més fàcil, s'haurà de revisar amb els resultats de la prova pilot

- No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, referències al gènere, paraules amb més d'un significat ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

7. La majoria dels adults mantenen un nivell de salut acceptable fins als 65 anys, aproximadament, quan es produeix un fort deteriorament de la salut

- El format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions

- No s'observen paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

- L'expressió col·loquial "en donde" es tradueix amb la paraula "quan" per referir-se "en el moment en que", la qual cosa podria variar la dificultat en les dues versions, això s'haurà de considerar novament amb els resultats de la prova pilot

8. A mesura que ens fem grans perdem l'interès per les coses

- La familiaritat i la dificultat del llenguatge emprat, el format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions

- No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

9. Les persones grans són, en moltes ocasions, com nens

- La familiaritat i la dificultat del llenguatge emprat, el format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions

- No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

10. La major part de les persones majors de 65 anys tenen una sèrie d'incapacitats que les fan dependre dels altres

- La familiaritat i la dificultat del llenguatge emprat, el format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions

- No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

11. A mesura que ens fem grans perdem la capacitat de resoldre els problemes als que ens enfrontem

- La familiaritat i la dificultat del llenguatge emprat, el format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions

- No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

12. Els defectes de la gent s'aguditzen amb l'edat

- La familiaritat i la dificultat del llenguatge emprat, el format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions

- No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

13. El deteriorament cognitiu (pèrdua de memòria, desorientació o confusió) és una part inevitable de la vellesa

- La familiaritat i la dificultat del llenguatge emprat, el format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions

- No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

14. Gairebé cap persona major de 65 anys realitza una feina tan bé com la faria una persona més jove

- No s'observen metàfores, girs, expressions col·loquials, paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

-Es canvia la paraula "otra" (per referir-se a persona) per "una persona" per mantenir la familiaritat i dificultat de l'ítem, caldrà revisar aquest ítem amb els resultats de la prova pilot.

15. Una gran part de les persones de més de 65 anys "repapiegen"

- El format i l'estructura gramatical de l'ítem són iguals en les dues versions

- No s'observen paraules destacades, estructures gramaticals, referències al gènere, paraules amb més d'un significat, omissions ni canvis en la puntuació en cap de les dues versions

- L'expressió col·loquial "chochean" de la versió original és més familiar i sembla tenir una connotació més negativa que l'expressió "repapiegen", cosa que s'haurà de considerar novament segons els resultats de la prova pilot

Prova Pilot. La prova pilot es realitza en la població del col·lectiu d'usuaris i professionals dels tres primers centres en què es realitza la recollida de dades. La població de la prova pilot és N= 295, dels quals 216 són usuaris (206 de residència i 10 de Centre de dia) i 79 són professionals dels centres. La mostra està formada per un total de n= 79 (32 professionals i 47 usuaris), 48 participants catalans i 31 castellans. A la Taula 9 i la Taula 10 es descriuen cada un dels grups monolingües de la prova pilot segons el centre i el col·lectiu.

Taula 9.

Descripció de la mostra catalana de la prova pilot

	Frequència	Percentatge
Centre 1	11	22,9
Centre 2	26	54,2
Centre 3	11	22,9
Usuari de centre de dia	1	2,1
Usuari de residència	29	60,4
Professional	18	37,5

Taula 10.

Descripció de la mostra castellana de la prova pilot

	Frequència	Percentatge
Centre 1	0	0
Centre 2	10	32,3
Centre 3	21	67,7
Usuari de centre de dia	0	0
Usuari de residència	17	54,8
Professional	14	45,2

Qualitat dels Ítems. El coeficient Alfa de Cronbach del pre-test per a la mostra és 0,919; El que indica una alta fiabilitat de l'escala en les puntuacions de la mostra analitzada. A la Taula 11 es mostren la mitjana, la variància i l'Alfa de Cronbach per a l'escala si s'elimina cadascun dels ítems, així com la correlació entre l'ítem i el test corregida (índex de discriminació), la mitjana i la desviació típica dels ítems per a la mostra de parla catalana de la prova pilot. Observant la taula podem afirmar que per a la mostra tant la mitjana, com la variància i l'Alfa de Cronbach de les puntuacions del pre-test si s'eliminen cadascun dels ítems no varien significativament. En quant a l'índex de discriminació (homogeneïtat o correlació ítem test corregida) comprovem que l'ítem 12 és el que menys discriminació presenta (correlació ítem test corregida: 0,47), tot i que tots presenten un índex de discriminació elevat (major a 0,20), a més de ser, en general, més elevats que en l'estudi de construcció del CENVE (Sánchez, 2004). Per comprovar la dificultat dels ítems ens basem en la mitjana de cada un d'ells, en el nostre cas valors de mitjanes propers a 1 indiquen facilitat extrema i propers a 4 dificultat extrema, s'observa que les puntuacions dels ítems tenen mitjanes entre 2,23 i 2,77 sense diferències significatives entre ells ni pel que fa a les mitjanes ni a les desviacions típiques.

Pel que fa a les puntuacions obtingudes en el CENVE per la mostra de parla castellana de la prova pilot, l'anàlisi reporta un coeficient Alfa de Cronbach de 0,933; indicant una major fiabilitat de l'escala en les puntuacions de la mostra analitzada que la del pre-test, tot i que no significativa. A la Taula 12 es mostren els estadístics total-ítem i ítems de les puntuacions del CENVE en la prova pilot de la mostra de parla castellana.

Observant i comparant els estadístics de les dues mostres de la prova pilot (Taula 11 i Taula 12) podem afirmar:

- La mitjana, la variància i l'Alfa de Cronbach de les puntuacions del test en la mostra de parla castellana si s'elimina cadascun dels ítems no varien significativament i són més altes que les de la mostra del pre-test.

• De la mateixa manera que en la mostra del pre-test, l'ítem 12 és el que menys discriminació presenta (correlació ítem test corregida: 0,425) i tots els índexs de discriminació són superiors a 0,20 (indicatiu de poca discriminació).

• Pel que fa a la dificultat dels ítems, els resultats són similars en les dues mostres de la prova pilot, tot i que en la mostra de parla castellana els ítems presenten més dificultat, la diferència no és significativa: mitjanes entre 2,35 i 3,13. Novament no s'observen diferències significatives entre les puntuacions dels ítems de la mostra de parla castellana de la prova pilot, ni pel que fa a les mitjanes ni a les desviacions típiques.

Taula 11.

Estadístics total-ítem i ítems del pre-test a la prova pilot

ÍTEMS	Mitjana de l'escala si s'elimina l'ítem	Variància de l'escala si s'elimina l'ítem	Correlació ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si s'elimina l'ítem	Mitjana	Desviació típica
1	34,73	100,542	0,642	0,914	2,33	1,155
2	34,65	103,723	0,558	0,916	2,42	1,048
3	34,60	105,095	0,526	0,917	2,46	0,988
4	34,75	99,426	0,724	0,911	2,31	1,114
5	34,83	103,376	0,570	0,916	2,23	1,057
6	34,29	106,381	0,511	0,918	2,77	0,905
7	34,67	99,035	0,734	0,911	2,40	1,125
8	34,60	102,202	0,647	0,914	2,46	1,031
9	34,46	103,147	0,588	0,915	2,60	1,047
10	34,52	98,680	0,779	0,909	2,54	1,091
11	34,60	101,904	0,678	0,913	2,46	1,010
12	34,35	106,191	0,470	0,919	2,71	0,988
13	34,29	103,062	0,628	0,914	2,77	0,994

14	34,81	101,688	0,650	0,913	2,25	1,062
15	34,71	99,743	0,704	0,912	2,35	1,120

Taula 12.

Estadístics total-ítem i ítems del CENVE a la prova pilot parla castellana

ÍTEMS	Mitjana de l'escala si s'elimina l'ítem	Variància de l'escala si s'elimina l'ítem	Correlació ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si s'elimina l'ítem	Mitjana	Desviació típica
1	38,68	120,026	0,553	0,933	2,81	1,167
2	38,35	119,303	0,678	0,929	3,13	1,024
3	39,00	120,667	0,634	0,930	2,48	0,996
4	38,90	115,090	0,776	0,926	2,58	1,148
5	38,65	119,903	0,599	0,931	2,84	1,098
6	38,71	122,213	0,563	0,932	2,77	0,990
7	38,71	115,480	0,808	0,925	2,77	1,087
8	38,52	118,591	0,671	0,929	2,97	1,080
9	38,74	120,865	0,579	0,932	2,74	1,064
10	38,65	116,170	0,848	0,925	2,84	1,003
11	38,48	120,325	0,673	0,929	3,00	0,966
12	38,71	124,413	0,425	0,936	2,77	1,055
13	38,61	117,645	0,708	0,928	2,87	1,088
14	38,94	113,129	0,758	0,927	2,55	1,287
15	39,13	115,449	0,813	0,925	2,35	1,082

Validesa de Constructe. Es realitza una AFC amb el mètode ULS de les puntuacions al pre-test i al CENVE a la mostra de la prova pilot d'ambdós grups monolingües, mantenint la dimensionalitat de l'estudi d'elaboració del CENVE en 3 factors: Salut (ítems 1, 4, 7, 10 i 13), motivació-social (ítems 2, 5, 8, 11 i 14) i caràcter-personalitat (ítems 3, 6, 9, 12 i 15).

Per les puntuacions al pre-test a la mostra de parla catalana de la prova pilot el model s'ajusta, ja que els valors dels índexs de bondat d'ajustament són òptims: RMSEA= 0,00 (<0,06), SRMR= 0,07 (<0,08), NNFI= 1,05 (>0,96) i CFI= 1,00 (>0,95); A més, com es pot observar a la Taula 13, la saturació de tots els ítems als seus factors corresponents són superiors a 0,30. Pel que fa a les puntuacions del CENVE a la mostra de la prova pilot de parla castellana el model també s'ajusta, amb uns índex de bondat d'ajustament òptims: RMSEA= 0,06 (=0,06), SRMR= 0,08 (=0,08), NNFI= 0,98 (>0,96) i CFI= 0,97 (>0,95); I saturacions dels ítems al seu factor corresponent també superiors a 0,30 en tots els casos (Taula 14).

Validesa Convergent. La validesa convergent s'analitza mitjançant les Alfes de Cronbach de cada factor, que per les puntuacions al pre-test de la prova pilot són 0,866, 0,983 i 0,882 per als factors de salut, motivacional-social i caràcter-personalitat, respectivament, més elevades que en l'estudi original; Com també són més elevades que a l'estudi original les de les puntuacions al CENVE a la mostra de la prova pilot de parla castellana: 0,918, 0,924 i 0,913 per als factors de salut, motivacional-social i caràcter-personalitat, respectivament.

Taula 13.

Pesos factorials dels ítems del CENVE i del pre-test a la mostra de l'estudi original, la mostra de la prova pilot castellana i la catalana

Factor	Ítems CENVE	Sat. Estudi original	Sat. Mostra castellà	Ítems pre-test CENVE-CAT	Sat. Mostra català
Factor 1 Salut	1. La mayor parte de las personas, cuando llegan a los 65 años de edad, aproximadamente, comienzan a tener un considerable deterioro de memoria	0,797	0,811	1. La majoria de les persones, quan arriben als 65 anys d'edat, aproximadament, comencen a tenir un considerable deteriorament de la memòria	0,859
	4. La mayoría de las personas mayores de 65 años tienen alguna enfermedad mental lo bastante grave como para deteriorar sus capacidades normales	0,649	0,955	4. La majoria de les persones majors de 65 anys tenen alguna malaltia mental prou greu com per deteriorar les seves capacitats normals	0,934
	7. La mayor parte de los adultos mantienen un nivel de salud aceptable hasta los 65 años aproximadamente, en donde se produce un fuerte deterioro de la salud	0,609	0,994	7. La majoria dels adults mantenen un nivell de salut acceptable fins als 65 anys, aproximadament, quan es produeix un fort deteriorament de la salut	0,937
	10. La mayor parte de las personas mayores de 65 años tienen una serie de incapacidades que les hacen depender de los demás	0,606	0,901	10. La major part de les persones majors de 65 anys tenen una sèrie d'incapacitats que les fan dependre dels altres	0,981

	13. El deterioro cognitivo (pérdida de memoria, desorientación o confusión) es una parte inevitable de la vejez	0,479	0,778	13. El deteriorament cognitiu (pèrdua de memòria, desorientació o confusió) és una part inevitable de la vellesa	0,704
Factor 2 M-S	2. Las personas mayores tienen menos interés por el sexo	0,779	0,817	2. Les persones grans tenen menys interès pel sexe	0,729
	5. Las personas mayores tienen menos amigos que las más jóvenes	0,662	0,894	5. Les persones grans tenen menys amics que les més joves	0,767
	8. A medida que nos hacemos mayores perdemos el interés por las cosas	0,563	0,908	8. A mesura que ens fem grans perdem l'interès per les coses	0,827
	11. A medida que nos hacemos mayores perdemos la capacidad de resolver los problemas a los que nos enfrentamos	0,482	0,764	11. A mesura que ens fem grans perdem la capacitat de resoldre els problemes als que ens enfrontem	0,835
	14. Casi ninguna persona mayor de 65 años realiza un trabajo tan bien como lo haría otra más joven	0,402	0,986	14. Gairebé cap persona major de 65 anys realitza una feina tan bé com la faria una persona més jove	0,837
	3. Las personas mayores se irritan con facilidad y son "cascarrabias"	0,847	0,790	3. Les persones grans s'irriten amb facilitat i són "rondinaires"	0,686
	6. A medida que las personas mayores se hacen mayores, se vuelven más rígidas e inflexibles	0,577	0,790	6. A mesura que les persones grans es fan més grans, es tornen més rígides i inflexibles	0,616

Factor 3 C-P	9. Las personas mayores son, en muchas ocasiones, como niños	0,576	0,833	9. Les persones grans són, en moltes ocasions, com nens	0,799
	12. Los defectos de la gente se agudizan con la edad	0,550	0,657	12. Els defectes de la gent s'aguditzen amb l'edat	0,652
	15. Una gran parte de las personas mayores de 65 años "chochean"	0,526	0,920	15. Una gran part de les persones de més de 65 anys "repapiegen"	0,954

Notes: Sat.: Saturació (pesos factorials). M-S: Motivacional-Social. C-P: Caràcter-Personalitat

Re-avaluació del pre-test i definició del CENVE-CAT. Amb les dades de la prova pilot es realitza una nova revisió per la Comissió d'experts del pre-test, que conclou que l'anàlisi de les preguntes de valoració del pre-test i el test pels participants a la prova pilot reporta que l'únic ítem que resulta difícil d'entendre és el 15 (27 de 48 participants declaren que no entenen la paraula "repapiegen" i s'ha de definir). Tot i que això també s'observa en la versió castellana, ja que 15 de 31 participants requereixen definir el terme "chochean". A més, les instruccions donades, tant en el pre-test com en el test, resulten difícil d'entendre en la mostra del col·lectiu d'usuaris (ho declaren 4 participants de 30 de la mostra d'usuaris de parla catalana i 2 de 17 de la mostra d'usuaris de parla castellana), tot i que confirmen que les entenen quan s'expliquen detingudament. Així doncs, caldrà definir els conceptes difícils d'entendre i explicar detingudament les instruccions quan s'apliqui els tests als següents participants, comprovant que es comprenen.

Amb els resultats de les anàlisis de la prova pilot es pot afirmar que el pre-test, en la mostra de parla catalana, presenta equivalència de constructe i mètrica, tant amb l'estudi de construcció del CENVE com amb el grup de parla castellana. A més, l'anàlisi de les característiques psicomètriques del pre-test, confirmen la validesa i fiabilitat de la versió traduïda del CENVE en la prova pilot.

L'estudi del temps per l'aplicació del qüestionari en la mostra analitzada reporta que, pels professionals la mitjana es de 15 minuts (amb un rang de 7 a 23 minuts) i pels usuaris és de 45 minuts (amb un rang de 38 a 64 minuts).

Amb això es confirma el pre-test com a test definitiu i es decideix anomenar a la traducció al català del CENVE: CENVE-CAT (Annex D), tot considerant els comentaris anteriors per l'aplicació dels qüestionaris als participants d'una mostra representativa de la població d'estudi.

Anàlisi Psicomètrica Mostra Total. La mostra representativa de la població està formada per 146 persones ($n= 146$), de les quals 99 de parla catalana i 47 de parla castellana, als qui s'aplica el CENVE o CENVE-CAT segons la llengua materna.

Qualitat dels Ítems. Els coeficients Alfa de Cronbach de les puntuacions del CENVE i del CENVE-CAT per a la mostra total (47 participants de parla castellana i 99 de parla catalana) són 0,953 i 0,952 respectivament; El que indica una alta fiabilitat d'ambdues escales en les puntuacions dels participants, tant de parla catalana com castellana, a més de ser molt semblants. Pel que fa a l'anàlisi dels estadístics total-ítem i ítems de les puntuacions del CENVE (Taula 14) i de les puntuacions del CENVE-CAT (Taula 15), s'observa que la mitjana, la variància i l'alfa de Cronbach de les puntuacions del CENVE i del CENVE-CAT si s'eliminen cadascun dels ítems no varien significativament; Els índexs de discriminació dels 15 ítems d'ambdues escales són elevats (majors a 0,20); Les puntuacions dels ítems del CENVE tenen mitjanes més altes que els del CENVE-CAT, entre 2,34 i 3,13 per la primera i entre 2,34 i 2,76, el que ens indica que els participants de parla castellana tenen un nivell d'estereotips més elevat que els de parla catalana; I no hi ha diferències significatives entre les desviacions típiques de les puntuacions d'ambdues escales.

Observant la Taula 14 i la Taula 15 i comparant els resultats amb l'estudi d'elaboració del CENVE (Sánchez, 2004, pp. 135-136) es comprova que les Alfes de Cronbach al present estudi són més elevades (superiors a 0,90) que a l'estudi original (superiors a 0,60) i els índexs de discriminació de les puntuacions dels ítems del CENVE i CENVE-CAT a la mostra analitzada també són superiors que els de l'estudi de construcció del CENVE, tot i que no presenten diferències significatives. Pel que fa a la comparació de l'anàlisi dels ítems de les puntuacions als tests de la mostra total (Taula 14 i 15) i la prova pilot (Taula 11 i 12), destaquem que la mitjana, la variància i l'Alfa de Cronbach del test si s'elimina cadascun dels ítems en ambdues mostres no varien significativament; A l'igual que a la prova pilot, l'ítem 12 ("Els defectes de la gent s'aguditzen amb l'edat ") és el que menys discriminació presenta

(correlació ítem-test corregida: 0,587 al CENVE i 0,664 al CENVE-CAT) i tots els índexs de discriminació són superiors a 0,20 (indicatiu de poca discriminació); En quant a la dificultat dels ítems, en aquesta mostra, similar a la prova pilot, a la mostra de parla castellana els ítems presenten més dificultat; No s'observen diferències significatives entre les puntuacions dels ítems d'ambdues mostres, ni pel que fa a les mitjanes ni a les desviacions típiques.

Taula 14.

Estadístics total-ítem i ítems puntuacions CENVE mostra total

ÍTEMS	Mitjana de l'escala si s'elimina l'ítem	Variància de l'escala si s'elimina l'ítem	Correlació ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si s'elimina l'ítem	Mitjana	Desviació típica
1	37,96	141,824	0,682	0,951	2,66	1,185
2	37,49	143,081	0,740	0,949	3,13	1,030
3	38,15	143,651	0,728	0,950	2,47	1,018
4	38,09	139,427	0,823	0,947	2,53	1,120
5	37,89	141,793	0,730	0,949	2,72	1,117
6	37,81	145,376	0,614	0,952	2,81	1,076
7	37,94	140,191	0,838	0,947	2,68	1,065
8	37,70	142,953	0,742	0,949	2,91	1,039
9	37,91	144,732	0,623	0,952	2,70	1,102
10	37,83	140,710	0,856	0,947	2,79	1,020
11	37,70	142,301	0,787	0,948	2,91	1,018
12	37,89	145,706	0,587	0,953	2,72	1,097
13	37,85	139,390	0,789	0,948	2,77	1,165
14	38,15	137,651	0,794	0,948	2,47	1,248
15	38,28	141,204	0,760	0,949	2,34	1,109

Taula 15.

Estadístics total-ítem i ítems puntuacions CENVE-CAT mostra total

ÍTEMS	Mitjana de l'escala si s'elimina l'ítem	Variància de l'escala si s'elimina l'ítem	Correlació ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si s'elimina l'ítem	Mitjana	Desviació típica
1	35,35	135,843	0,750	0,948	2,39	1,150
2	35,16	141,484	0,588	0,951	2,59	1,050
3	35,28	139,307	0,671	0,950	2,46	1,062
4	35,34	134,248	0,807	0,947	2,40	1,160
5	35,41	136,674	0,735	0,948	2,33	1,125
6	35,08	139,973	0,681	0,949	2,67	1,010
7	35,28	135,103	0,797	0,947	2,46	1,128
8	35,23	137,976	0,727	0,948	2,52	1,063
9	35,11	138,549	0,710	0,949	2,64	1,054
10	35,17	134,164	0,838	0,946	2,58	1,126
11	35,24	138,369	0,733	0,948	2,51	1,034
12	35,06	140,078	0,664	0,950	2,69	1,027
13	34,99	138,561	0,743	0,948	2,76	1,011
14	35,33	135,367	0,781	0,947	2,41	1,134
15	35,40	136,447	0,764	0,948	2,34	1,099

Validesa de Constructe. Es realitza una AFC amb el mètode ULS de les puntuacions al pre-test i al CENVE a la mostra total d'ambdós grups monolingües, mantenint la dimensionalitat de l'estudi de construcció del CENVE en 3 factors: Salut (ítems 1, 4, 7, 10 i 13), motivació-social (ítems 2, 5, 8, 11 i 14) i caràcter-personalitat (ítems 3, 6, 9, 12 i 15).

Per les puntuacions al CENVE-CAT a la mostra de parla catalana el model s'ajusta, ja que els valors dels índexs de bondat d'ajustament són òptims: RMSEA= 0,00 (<0,06), SRMR= 0,06 (<0,08), NNFI= 1,01 (>0,96) i CFI= 1,00 (>0,95); A més, com es pot observar a la Taula 16, la saturació de tots els ítems als seus factors corresponents són superiors a 0,30. Pel que fa a les puntuacions del CENVE a la mostra de parla castellana el model també s'ajusta, amb uns índex de bondat d'ajustament òptims: RMSEA= 0,00 (<0,06), SRMR= 0,03 (<0,08), NNFI= 1,03 (>0,96) i CFI= 1,00 (>0,95); I saturacions dels ítems al seu factor corresponent també superiors a 0,30 en tots els casos (Taula 16).

Taula 16.

Pesos factorials dels ítems del CENVE i del CENVE-CAT a la mostra total de parla castellana i la catalana

Factor	Ítem	Símbol	Sat. Mostra castellà	Sat. Mostra catalana
Factor 1	CENVE1	λ_{11}	0.892	0.923
	CENVE4	λ_{12}	1.015	1.004
	CENVE7	λ_{13}	0.971	0.960
	CENVE10	λ_{14}	0.935	1.016
	CENVE13	λ_{15}	0.999	0.798
Factor 2	CENVE2	λ_{21}	0.866	0.719
	CENVE5	λ_{22}	0.934	0.947
	CENVE8	λ_{23}	0.866	0.879
	CENVE11	λ_{24}	0.895	0.866
	CENVE14	λ_{25}	1.125	0.998

Factor	Ítem	Símbol	Sat. Mostra castellà	Sat. Mostra castellà
	CENVE3	λ_{31}	0.885	0.847
	CENVE6	λ_{32}	0.785	0.814
Factor 3	CENVE9	λ_{33}	0.818	0.882
	CENVE12	λ_{34}	0.754	0.812
	CENVE15	λ_{35}	1.004	0.996

Validesa Convergent. La validesa convergent s'analitza mitjançant les Alfes de Cronbach de cada factor, que per les puntuacions al CENVE-CAT de la mostra total de parla catalana són 0.961, 0.966 i 0.886 per als factors de salut, motivacional-social i caràcter-personalitat, respectivament, més elevades que en l'estudi original; Com també són més elevades que a l'estudi original les de les puntuacions al CENVE a la mostra total de parla castellana: 0.954, 0.955 i 0.966 per als factors de salut, motivacional-social i caràcter-personalitat, respectivament.

2.5. Discussió

A la primera fase d'aquest estudi es porta a terme la traducció i adaptació del CENVE al català seguint les etapes establertes per la International Test Commission (ITC, 2012; Muñiz et al., 2013). Tant les traduccions com les retro-traduccions ens indiquen que l'únic ítem que presenta problemes lingüístics és l'ítem 15, per contenir un terme col·loquial ("chochean" en castellà, "repapiegen" en català), el qual, com es desprèn de les anàlisis psicomètriques posteriors, no es diferencia dels altres en quant a la mètrica.

L'anàlisi factorial confirmatòria (AFC) de les puntuacions de la prova pilot d'aquesta fase de l'estudi indica validesa de constructe del CENVE a la mostra de parla castellana i el pre-test en català a la mostra de la prova pilot; Així com del CENVE i el CENVE-CAT a la mostra total.

Confirmant l'estructura factorial en 3 factors, en línia amb els resultats de l'estudi original (Sánchez, 2004, pp. 130-140):

- Salut. Ítems: 1 (“La majoria de les persones, quan arriben als 65 anys d’edat, aproximadament, comencen a tenir un considerable deteriorament de la memòria”), 4 (“La majoria de les persones majors de 65 anys tenen alguna malaltia mental prou greu com per deteriorar les seves capacitats normals”), 7 (“La majoria dels adults mantenen un nivell de salut acceptable fins als 65 anys, aproximadament, quan es produeix un fort deteriorament de la salut”), 10 (“La major part de les persones majors de 65 anys tenen una sèrie d’incapacitats que les fan dependre dels altres”) i 13 (“El deteriorament cognitiu [pèrdua de memòria, desorientació o confusió] és una part inevitable de la vellesa”).

- Motivació-Social. Ítems: 2 (“Les persones grans tenen menys interès pel sexe”), 5 (“Les persones grans tenen menys amics que les més joves”), 8 (“A mesura que ens fem grans perdem l’interès per les coses”), 11 (“A mesura que ens fem grans perdem la capacitat de resoldre els problemes als quals ens enfrontem”) i 14 (“Gairebé cap persona major de 65 anys realitza una feina tan bé com la faria una persona més jove”).

- Caràcter-Personalitat. Ítems: 3 (“Les persones grans s’irriten amb facilitat i són “rondinaires”), 6 (“A mesura que les persones grans es fan més grans, es tornen més rígides i inflexibles”), 9 (“Les persones grans són, en moltes ocasions, com nens”), 12 (“Els defectes de la gent s’aguditzen amb l’edat”) i 15 (“Una gran part de les persones de més de 65 anys “repapiegen”).

Per l’anàlisi psicomètrica dels ítems del test a l’estudi de construcció es van avaluar les respostes d’una mostra composta per 757 persones majors de 65 anys de la comunitat, i els resultats mostraven: Adequada consistència interna i validesa convergent, correlacions ítems-test superiors a 0,30 en tots els casos excepte a l’ítem 13 (“El deterioro cognitivo es parte inevitable de la vejez” de 0,279) (Sánchez, 2005, pp. 134-135), els tres factors (salut, motivacional-social i caràcter-personalitat) explicaven elevats percentatges de la variància i les

correlacions entre els factors eren positius i moderats (Sánchez, 2005, pp. 132-134). L'anàlisi dels resultats de la mostra de parla catalana de la prova pilot presenta majors consistència interna i validesa convergent que a l'estudi original i correlacions ítems-test superiors que a l'estudi original en tots els casos. Pel que fa a les puntuacions obtingudes en el CENVE per la mostra de parla castellana de la prova pilot, l'anàlisi indica una major consistència interna de la mostra analitzada que la del pre-test, tot i que no significativa; Validesa convergent major que a l'estudi original i similar a la de la mostra del pre-test i correlacions ítems-test superiors a l'estudi original en tots els casos i similars a les de la mostra de parla catalana.

L'anàlisi psicomètrica dels ítems al CENVE-CAT a la mostra total de parla catalana (99 participants) confirmen resultats similars que a la prova pilot: Majors consistència interna i validesa convergent que a l'estudi d'elaboració del CENVE i correlacions ítems-test superiors que a l'estudi original en tots els casos (Sánchez, 2005, pp. 134-135). A més no s'observen diferències significatives entre les puntuacions dels ítems de les dues mostres d'estudi al CENVE-CAT, ni pel que fa a les mitjanes ni a les desviacions típiques.

En quant a l'anàlisi psicomètrica del CENVE a la mostra total de parla castellana (47 participants) els resultats són també similars a la prova pilot i a la mostra total de parla catalana: Superior consistència interna i major validesa convergent que a l'estudi de construcció del CENVE i correlacions ítems-test superiors a l'estudi original en tots els casos (Sánchez, 2005, pp. 134-135). No s'observen diferències significatives entre les puntuacions dels ítems de les dues mostres d'estudi al CENVE ni amb el CENVE-CAT, ni pel que fa a les mitjanes ni a les desviacions típiques.

D'altra banda, aquesta primera fase de l'estudi presenta una limitació, la mida de la mostra, que, tot i que acceptable estadísticament, és escassa degut a la situació d'alarma per la pandèmia COVID-19 que no permetia les visites externes als centres. Per això, seria recomanable realitzar posteriors investigacions en el context català augmentant la mida mostral per confirmar la significació de les dades d'aquest estudi, donat la importància de conèixer el

nivell d'estereotips envers la gent gran, sobretot a les institucions, per prevenir i disminuir les actituds edatistes que s'han observat en la situació sanitària actual.

3. Fase 2 de l'Estudi: Anàlisi dels Estereotips Negatius envers l'Envel·liment i la Vellea dels Professionals i els Usuaris de Centres Gerontològics de la Selva i Relació amb Altres Variables

3.1. Introducció

La predisposició de la societat a mantenir conductes edatistes envers la població de gent gran ha comportat un patiment innecessari d'aquestes persones, sobretot les especialment vulnerables i més necessitades d'atenció professional especialitzada. S'ha fet palès la dificultat en l'accés al sistema sanitari dels usuaris de residències gerontològiques, on la incidència de defuncions ha estat major que la de la mateixa població vivint en la comunitat (Soto-Perez-de-Celis, 2020). Això ha estat explicat pel manteniment d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa que segueixen sent preponderants a la nostra societat, el que fa necessari una anàlisi d'aquests estereotips, majorment a les institucions, i com es relacionen amb altres variables per actuar-hi en conseqüència i, en quant predisposen a comportaments edatistes, millorar l'assistència a les persones grans, que seran una part important de la població en les properes dècades (Ayalon et al., 2020; Banerjee et al., 2020).

La segona fase de l'estudi persegueix analitzar els estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa dels professionals i els usuaris de centres gerontològics de la Selva i relacionar-los amb diverses variables utilitzant el CENVE i el CENVE-CAT juntament amb altres instruments de recollida de les dades de les variables relacionades que es descriuen en els següents apartats. Els resultats de l'estudi d'elaboració del CENVE (Sánchez, 2004) indiquen que la major part de les puntuacions del CENVE solen estar a la part mitja de les dades a la mostra analitzada (gent major de 65 anys de la comunitat), a més, d'altres investigacions mantenen aquesta proporció en diferents poblacions (Arias, 2014; Aristizábal-Vallejo et al., 2006; Borrella, 2013; Franco et al., 2010; Lasagni et al., 2013). D'altra banda, quan s'analitzen les relacions entre la puntuació al CENVE i d'altres variables, les investigacions mostren que els estereotips es relacionen amb l'edat, el nivell d'estudis, la relació amb la pròpia salut, la

satisfacció amb la vida, la capacitat funcional i la participació en activitats. Tractarem doncs, d'analitzar si aquests resultats es mantenen en la població d'estudi.

3.2. Objectius

En aquesta fase de la recerca l'objectiu principal és analitzar els estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa dels professionals i els usuaris de centres gerontològics de la Selva i relacionar-los amb diverses variables. Els objectius específics per aconseguir l'objectiu principal són:

- Establir el nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa del col·lectiu d'usuaris i professionals de centres gerontològics de La Selva.
- Identificar els perfils dels professionals i dels usuaris de centres gerontològics de la comarca de la Selva que presenten nivells més elevats d'estereotips enfront l'envelliment i la vellesa en base a dades sociodemogràfiques, de la institució, variables psicològiques, capacitat funcional i participació en activitats de centre.

3.3. Metodologia

Per aconseguir els objectius proposats es planifica un estudi amb disseny transversal, descriptiu, correlacional i amb metodologia quantitativa. És transversal i descriptiu, ja que com diu Gómez (2006, p.103): “tienen como objetivo indagar como se manifiestan una o más variables (...) en un momento concreto del tiempo”, al nostre cas els estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa; Correlacional en quant descriu relacions entre diverses variables però sense ser de causalitat (Gómez, 2006, p.103). I s'utilitza metodologia quantitativa per la recollida i l'anàlisi de les dades pel caràcter cognitiu dels estereotips, el que implica emprar i analitzar instruments de mesura psicomètrics (Palmore, 1992; Thornton, 2002).

Participants. En aquesta segona fase de l'estudi, la població és el col·lectiu de professionals i d'usuaris de centres gerontològics de la comarca de La Selva. D'aquesta manera, la Població està conformada per dos subpoblacions: N1: el col·lectiu d'usuaris i N2: professionals de centres gerontològics (tant de llar residència com de Centre de dia i de llarga

estada sociosanitària) de La Selva. Segons dades de l'IDESCAT, les places de centres geriàtrics de la Selva a juny del 2018 són 863. Donat que la Ràtio general és no inferior al 0,25 (personal/atès) als centres gerontològics de Catalunya (Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. 2012), i donant per fet que totes les places estan cobertes, la població del nostre estudi, segons el tipus de participant, seria: N1= 863 usuaris i N2= 216 professionals.

Com que la variable principal de l'estudi és quantitativa i la mostra és finita, la mida de la mostra es calcula seguint la següent fórmula (Aguilar-Barojas, S. 2005):

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

On:

- k: constant que depèn del nivell de confiança, en el nostre cas volem un nivell de confiança del 90%, així doncs k= 1,64
- p: la proporció d'individus que posseeixen la característica d'estudi, en el nostre cas suposem p= 0,5
- q: la proporció d'individus que no posseeixen la característica d'estudi, així doncs q= 1-p
- N: mida de la població, al nostre cas N1= 863 i N2= 216
- e: error mostral acceptat, al nostre estudi e= 9%

D'aquesta manera, calculant la fórmula, al nostre estudi la mida de la mostra serà, com a mínim: n=138 (n1= 77 i la n2= 61)

A l'Annex E es detallen les dades dels centres residencials de La Selva del Directori i cercador d'entitats i establiments de la pàgina web de la Generalitat de Catalunya (gencat.cat), en total són 21 centres: 8 amb servei de residència, 5 amb servei de residència i centre de dia, 6 amb servei de centre de dia i 2 Hospitals Sociosanitaris.

Es realitza un mostreig monoetàpic per conglomerats, així, les unitats mostrals són els centres, en el nostre cas 21 (Moreno, 2007, pp. 18-20). Per tal que la mostra sigui representativa, mitjançant mostreig aleatori simple, es trien els centres i es recullen les dades fins aconseguir la mostra mínima calculada de cada col·lectiu (n1: 77 i n2: 61). Abans, s'han exclòs els individus de la població de cada centre segons les premisses:

- n1: Per als usuaris l'únic criteri d'exclusió és una puntuació inferior a 23 al MEC de Lobo (Lobo et al., 2002), que detallarem a l'apartat d'instruments i ja em analitzat al capítol anterior. A més de la negació a participar.
- n2: Per als professionals dels centres l'únic criteri d'exclusió és pertànyer als serveis de cuina, administració, neteja i manteniment. A més de negar la seva participació en l'estudi.

Variables. Per Tamayo (1999, p. 159) els passos de l'operacionalització de les variables complexes són: la definició nominal, la definició real (o enumeració de les dimensions) i la definició operacional (o enumeració d'indicadors), essent les dimensions aspectes de la variable complexa i els indicadors la definició empírica de les variables teòriques d'una hipòtesi (Tamayo, 1999, p. 126). D'aquesta manera, a les mostres seleccionades s'analitzen les següents variables per tal d'aconseguir els objectius proposats.

Estereotips envers l'Envel·liment i la Vellesa. Definició nominal (tal com l'han definit els estudiosos i em analitzat al Marc Teòric): mites que un grup social presenta envers l'envelliment, la vellesa i els vells, de signe negatiu.

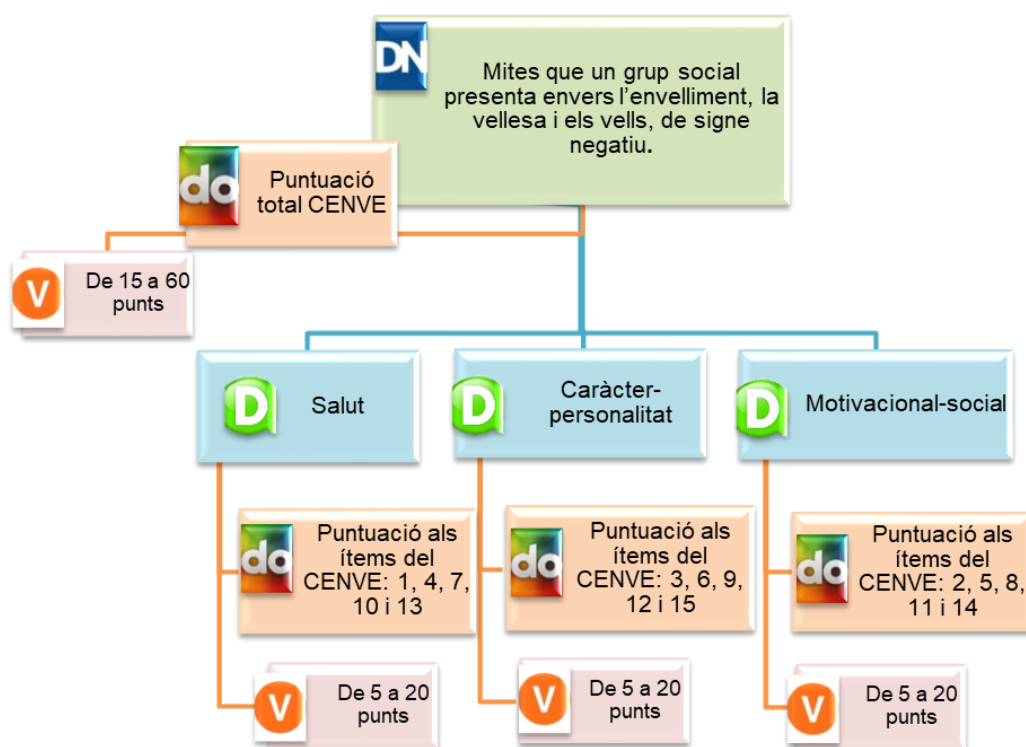
Definició real (dimensions del concepte): A la Figura 22 es presenten les dimensions seguint les de l'estudi de Sánchez (2004): Estereotips envers la salut, estereotips envers els aspectes caràcter-personalitat i estereotips envers els aspectes motivacional-social.

Definició operacional (valors que poden presentar cada una de les dimensions del concepte): Mesura mitjançant el CENVE o CENVE-CAT (la traducció del CENVE al català) de cada una de les dimensions els valors que prenen els ítems del CENVE de cada una de les dimensions: dimensió salut (ítems 1, 4, 7, 10 i 13), dimensió motivació-social (ítems 2, 5, 8, 11 i

14) i dimensió caràcter-personalitat (ítems 3, 6, 9, 12 i 15). Els valors que poden prendre les puntuacions del CENVE total i cada una de les dimensions es representa a la Figura 22.

Figura 22.

Definició variable “Estereotips negatius envers l’envelliment i la vellesa”



Llegenda: **DN** Definició nominal **D** Dimensions (Def. real) **do** Definició operacional **V** Valors

Variables Sociodemogràfiques. Les variables sociodemogràfiques que s’analitzen (el tipus de participant, l’idioma, l’edat, gènere, l’estat civil, la convivència amb ancians, el nivell d’estudis, la relació dels estudis amb la salut i la professió), en ser variables simples, es descriuen a la Taula 17.

Taula 17.

Descripció de les variables d'estudi sociodemogràfiques

Variable	Indicador	Valors	Categories (seguint estudis anteriors)
Tipus de participant	Pregunta tancada del qüestionari ad hoc	<ul style="list-style-type: none"> •Usuari de centre de dia •Usuari de residència •Usuari de sociosanitari •Professional 	
Edat	Pregunta oberta del qüestionari ad hoc	Anys	<ul style="list-style-type: none"> De 19 a 29 anys De 30 a 40 anys De 41 a 51 anys De 52 a 62 anys De 63 a 73 anys De 74 a 84 anys De 85 a 95 anys Major de 95 anys
Professió	Pregunta oberta del qüestionari ad hoc	Feina realitzada durant més temps	<ul style="list-style-type: none"> •Mestresses de casa •Treballadors manuals (artesans i agricultors) o botiguers •Professionals no qualificats (fàbriques, manteniment, neteja i bugaderia) •Auxiliars •Professionals qualificats
Gènere	Pregunta tancada del qüestionari ad hoc	<ul style="list-style-type: none"> •Home •Dona 	
Estat civil	Pregunta tancada del qüestionari ad hoc	<ul style="list-style-type: none"> •Casat •Solter •Divorciat/separat •Vidu 	
Convivència amb ancians	Pregunta tancada del qüestionari ad hoc	<ul style="list-style-type: none"> •No conviu o ha conviscut amb ancians •Conviu o ha conviscut amb ancians dependents •Conviu o ha conviscut amb ancians no dependents 	

Nivell d'estudis

Pregunta tancada del qüestionari ad hoc

- Sense estudis
- Estudis primaris
- Estudis secundaris (FP/Batxillerat)
- Estudis universitaris
- Màster i/o Doctorat

Institució. La variable institució en el nostre estudi és una variable complexa, ja que es mesuren diversos factors, tot i que la recollida de dades en aquest cas es realitza mitjançant una única pregunta tancada al qüestionari ad hoc. D'altra banda, cal destacar que no indicarem el nom de la institució sinó direm: Centre 1, Centre 2...., la titularitat o el tipus de centre, tal com es veu a la Figura 23.

Figura 23.*Definició variable "Institució"*

Variables Psicològiques. Tot i que les variables psicològiques solen ser complexes, per analitzar-ne les relacions entre aquestes i la puntuació al CENVE de la mostra seleccionada, les tractarem com a simples, ja que no ens interessen les dimensions d'aquestes variables sinó la variable en si. Així doncs, a la Taula 18 es descriuen aquestes variables.

Taula 18.

Descripció de les variables psicològiques

Variable	Indicador	Valors o Categories (seguint estudis anteriors)
Salut subjectiva	Pregunta tancada del qüestionari ad hoc sobre com es veu la persona respecte a la seva salut envers altres persones de la seva edat	Millor Pitjor Igual
Autoestima	Puntuació a l'Escala d'Autoestima de Rosenberg (EAR)	Entre 10 i 40: 10: menor autoestima 40: major autoestima
Satisfacció amb la vida	Puntuació a l'Escala de Satisfacció amb la Vida de Diener et al (SWLS)	Entre 5 (molt insatisfet) i 25 (molt satisfet)

Capacitat Funcional. Com ja em indicat al capítol anterior, la capacitat funcional és una variable multivariant. Tot i això, en aquest estudi, en realitzar-ho amb part de població resident en centres geriàtrics, només es determina la capacitat per realitzar les ABVD mitjançant les puntuacions de l'Índex de Barthel; que va de 0 a 100, on:

- 100 punts: independència total,
- de 60 a 95: dependència lleu,
- de 40 a 55: dependència moderada,
- de 35 a 20: dependència greu,
- menor de 20: dependència total.

Participació en Activitats. Aquesta és una variable multivariant, la qual es defineix a la Figura 24. Podem contemplar a la figura que es valoren 3 sub-variables: Activitats socials, activitats de psicoestimulació i activitats físiques.

Figura 24.

Definició variable "Participació en activitats"

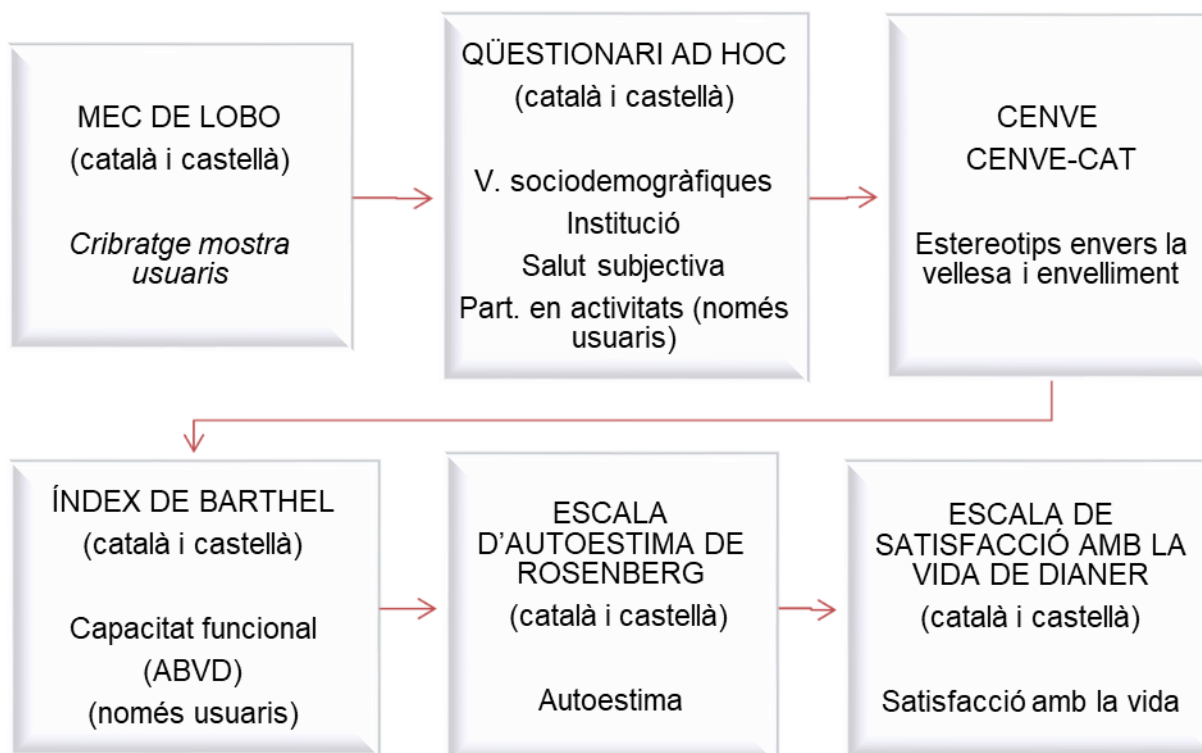


Instruments. Amb l'objectiu de recollir les dades de la mostra per les variables definides al punt anterior, s'utilitzen els instruments de mesura que resumim a la Figura 25. D'altra banda, per seguir un procediment adequat de recollida de les dades de les variables, a continuació s'especificarà: la fiabilitat, la validesa i la mètrica dels qüestionaris detingudament,

les consideracions ètiques, el procés de comunicació amb els centres així com el procés de recollida de dades dels participants.

Figura 25.

Relació entre els instruments i les variables d'estudi



Els instruments de recollida de dades de les variables ja analitzades a la mostra són escollits mitjançant una metanàlisi de les propietats psicomètriques i la validesa de les escales al context espanyol i en cohorts similars a les del nostre estudi. A més, cal destacar que cap d'aquests instruments han estat traduïts al català mitjançant estudis d'adaptació adequats però s'han utilitzat àmpliament en el context assistencial i en investigacions anteriors. A continuació es detallen aquests aspectes de cada un dels instruments.

MEC de Lobo en Castellà o Català (Annex F i Annex G). L'instrument utilitzat per la selecció de la mostra d'usuaris dels centres és l'última versió espanyola del Mini-Mental State Examination -MMSE o Mini-Mental de Folstein et al. (Lobo et al, 2002). Consta de 30 ítems

agrupats en 11 seccions amb preguntes de desenvolupament per avaluar l'estat cognitiu, els autors van considerar deteriorament cognitiu si la puntuació és menor de 23 punts (depenent del nivell d'estudis), punt de tall que fem servir per excloure les persones amb possible deteriorament cognitiu de la mostra d'usuaris de les institucions. A l'estudi de traducció i adaptació a la població espanyola la fiabilitat interna va esdevenir alta amb una alfa de Cronbach de 0,96 i la fiabilitat test-retest kappa ponderat de 0,637 (Lobo et al., 2002). Ha estat amplament usat en l'àmbit assistencial i en recerca en català, a més d'estar consensuat per geriatres per detectar deteriorament cognitiu (Ballester, 2014; Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives, 2010).

Qüestionari Ad Hoc (en castellà –Annex H- i en català –Annex I-). Es construeix per recollir dades sobre les variables sociodemogràfiques, la salut subjectiva, el centre i la participació en activitats psico-físico-socials. Consta de 8 preguntes, obertes o tancades segons la variable, i un codi d'usuari (per diferenciar entre usuaris i professionals) i el centre (que s'haurà codificat).

Índex de Barthel (IB) (en castellà -Annex J- i en català –Annex K-). La versió espanyola de Baztán et al, 1993 (a Cabañero-Martínez et al., 2008). Per analitzar les relacions entre els estereotips negatius envers la vellesa i l'envelliment amb la capacitat per la realització de les ABVD. La correlació inter-observador de l'IB en la versió de Baztán et al. supera els criteris de qualitat mínims a nivell grupal ($> 0,70$); Pel que fa a la validesa, aquesta versió de l'IB presenta major quantitat d'evidències sobre la seva utilitat predictiva i validesa de constructe, i és l'única sobre la qual s'han informat valors estandarditzats de responsivitat (Cabañero-Martínez et al., 2008).

L'IB avalua la independència d'una persona per la realització de 10 ABVD i la puntuació oscil·la entre 0 i 100, essent: 100 punts, independència total; de 60 a 95, dependència lleu; de 40 a 55, dependència moderada; de 35 a 20, dependència greu i menor de 20, dependència total.

Aquest test ha estat consensuat per geriatres catalans i utilitzat en català en recerca i assistencial al llarg de tot el territori (Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives, 2010).

CENVE i CENVE-CAT (Annex B i Annex D). Aquests qüestionaris avaluen el nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa mitjançant l'acord o desacord amb 15 ítems i una escala tipus likert de 4 alternatives de resposta. Ambdós qüestionaris presenten adequada qualitat dels ítems, validesa de constructe i validesa convergent; Analitzades a la Fase 1 de l'estudi amb una mostra de 146 persones (n= 146), de les quals 99 de parla catalana i 47 de parla castellana, a les que s'aplica el CENVE o CENVE-CAT segons la llengua materna.

Escala de Satisfacció amb la Vida de Diener et al. (1985) (SWLS) (en castellà – Annex L- i en català –Annex M). De l'adaptació a l'espanyol de Atienza et al, 2000 (a Garrido et al., 2010). L'escala avalua el judici global que fan les persones sobre la satisfacció amb la seva pròpia vida, consta de cinc ítems tipus Likert amb puntuacions d'1 "totalment en desacord" a 5 "totalment d'acord", la puntuació total de l'escala va de 5 (totalment insatisfet) a 25 (totalment satisfet). I, tot i que s'estableix una categorització en estudis anteriors (entre 22 i 25: molt satisfet, entre 18 i 21: satisfet, entre 15 i 17: poc satisfet, entre 12 i 14: lleugerament insatisfet, entre 8 i 11: insatisfet, entre 5 i 7: molt insatisfet), no s'establiran en aquesta recerca. La consistència interna (α de Cronbach= 0,84) és adequada a l'estudi d'adaptació i les correlacions entre ítems foren positives i estadísticament significatives ($p < 0,01$) (Garrido et al, 2010). En català es fa servir en recerques en diverses cohorts (Navarro, 2011).

Escala d'Autoestima de Rosenberg (EAR) (en castellà –Annex N- i en català –Annex O). Adaptació espanyola de Echeburúa, 1995 (a Vázquez, Jiménez i Vázquez, 2004). L'escala està composta per deu ítems centrats en els sentiments de respecte i acceptació de si mateix/a. La meitat dels ítems estan enunciats positivament i l'altra meitat negativament, les respostes són tipus Likert de quatre punts (1= molt d'acord, 2= d'acord, 3= en desacord, 4= totalment en desacord). Per la correcció han d'invertir-se les puntuacions dels ítems enunciats negativament i posteriorment sumar-se tots els ítems. La puntuació total, oscil·la entre 10 i 40,

on 10 és menor autoestima i 40 major autoestima. S'han comprovat les propietats psicomètriques a diferents cohorts de parla espanyola, essent la de Vázquez et al. (2004) la validació en població clínica de diverses edats, amb una consistència interna (Alpha de Cronbach 0,87) similar a la referida a altres estudis (entre 0,77 i 0,88) i una fiabilitat test-retest per un interval de dos mesos que mostra una correlació significativa ($r = 0,72$). Ha estat utilitzada en català en recerca i assistencial en cohorts diferents (Rodó, 2012; Rourera, 1996).

Consideracions Ètiques. Sota els principis ètics de recerca en Psicologia, especificats per American Psychological Association (APA, 2010, pp. 10-12), aquesta recerca conté:

- Autorització institucional: Abans d'iniciar el treball de camp, als centres seleccionats aleatòriament s'envia un consentiment informat per la institució (Annex P) en el que s'informa de l'objectiu d'investigació i el procediment a seguir; així com de la voluntarietat de participació, l'anonimat de les respostes individuals i institucionals, i la confidencialitat de l'estudi. A més de sol·licitar firma del responsable del centre o del comitè d'ètica i informar que s'enviarà còpia dels resultats generals de l'estudi.

- Consentiment informat participants: A la mostra seleccionada es facilita, anteriorment a qualsevol aplicació d'instruments de recollida de dades, el consentiment informat pels participants (en castellà -Annex Q- i en català -Annex R-), en el que s'informa als participants sobre: el propòsit de l'estudi, el procediment que es durà a terme, la durada aproximada, el dret a la no participació i la retirada en qualsevol moment de la investigació (i les conseqüències en aquest cas), que no existeixen riscos potencials ni possibles efectes adversos però sí alguna incomoditat en participar (la durada dels qüestionaris), els beneficis que pot comportar l'estudi, l'anonimat de les respostes i la confidencialitat. A més d'informar que s'enviarà còpia dels resultats generals de l'estudi a la institució per la seva consulta.

Procediment. Per la recollida de les dades de l'estudi es realitza una primera comunicació amb els centres i la posterior recollida de dades als col·lectius de professionals i usuaris.

Comunicació amb els Centres. Es realitza un primer contacte telefònic o per correu electrònic amb els centres seleccionats, mitjançant mostreig aleatori per conglomerats, per concertar una cita amb els directors per informar-los dels objectius de l'estudi i facilitar el consentiment informat. Després del consentiment dels directors del centre es concerta entrevista amb els responsables assistencials per informar-los de l'estudi i pactar el procediment per iniciar la recollida de dades segons les característiques de cada institució, d'aquesta manera a cada centre s'inicia la recollida de dades respectant l'organització interna. A més, els centres proporcionen un llistat amb els usuaris que formen part de la mostra (professionals que volen participar i usuaris que volen participar amb uns valors al MEC de Lobo superiors a 23). Pel que fa als usuaris, els centres també proporcionen l'Índex de Barthel de cada participant.

Procediment de Recollida de Dades als Usuaris i als Professionals. A la mostra seleccionada s'apliquen els qüestionaris individualment en un lloc tranquil pactat anteriorment amb els responsables assistencials i en les dates que aquests indiquen. En primer lloc es demana la llengua materna per indicar la versió en espanyol o en català. Es facilita el consentiment informat així com els objectius de l'estudi, insistint en la voluntarietat de participació, l'anonimat de les respostes i la confidencialitat; D'altra banda, s'informa que pot realitzar les preguntes que consideri oportunes i que pot fer un descans durant el qüestionari quan ho desitgi. Els participants són codificats segons el centre al qual pertanyen i la submostra de què formen part: professionals o usuaris (de residència, de centre de dia o de sociosanitari).

Mètode d'Anàlisi de Dades. Per la consecució dels objectius plantejats i, partint de les variables i els instruments analitzats, s'utilitzen els programes informàtics: SPSS⁶ (per l'anàlisi exploratòria i descriptiva de les dades) i JASP⁷ (per l'anàlisi relacional); Amb la següent metodologia d'anàlisi de dades, que descrivim segons els objectius d'estudi. Cal destacar,

⁶ Statistical Package for Social Science, versió 21. IBM, 2013.

⁷ JASP Team (2020). JASP (Versió 0.14)

primer, com es realitza l'anàlisi exploratòria de les dades i seguidament com s'analitzen els supòsits per decidir la tècnica a utilitzar.

Anàlisi Descriptiva i Exploratòria de les Dades de Cada Variable. Aquesta anàlisi inicial de les dades recollides de cada variable ens permet (Ferrer et al., 1992):

- Conèixer les característiques de les dades,
- Detectar possibles errades en el disseny,
- Detectar errades al procediment de recollida de les dades,
- Identificar casos atípics,
- Avaluar i tractar les dades absents.

Es realitza una anàlisi mitjançant l'estadística descriptiva i/o exploratòria, seguint les pautes de Ferrer et al. (1992) estudiant:

✚ Les freqüències i percentatges per les dades de caràcter nominal.

✚ La localització: l'objectiu és determinar el valor que millor representa al conjunt de les observacions. Per això s'estudien: les mitjanes (M), les mitjanes retallades, les medianes (Md), els quartils (Q) i els percentils (P).

✚ La dispersió: per mostrar la variabilitat de la distribució que presenten les dades. Els índexs de dispersió utilitzats són: les variàncies, les desviacions típiques i les mitjanes de les diferències.

✚ La forma: El tipus de distribució. Per saber si les variables d'estudi presenten una distribució normal s'analitzen la simetria i la curtosi mitjançant: els estimadors-M, els coeficients de curtosi (K), la ji-quadrada de Kolmogorov-Smirnov (ja que la mostra és superior a 50 individus), els Histogrames i Polígons de freqüències suavitzats i les gràfiques Q-Q normal i Q-Q normal sense tendència.

A més, amb els diagrames de caixa i bigotis (box plot) i les gràfiques de tija i fulles (Stem-and-Leaf Plot) es detecten alguns d'aquests estadístics i els valors crítics (outliers); Les

puntuacions del CENVE que presentin uns valors atípics 2 desviacions típiques de la mitjana s'eliminen de l'anàlisi, ja que els resultats es poden veure influenciats per la presència d'aquests valors (Álvarez, 2007, p. 58).

Anàlisi dels Supòsits Multivariable. Les dades obtingudes en estudis que s'emmarquen en la tradició correlacional, com és el cas de la segona fase de l'estudi, solen ser analitzades mitjançant tècniques correlacionals, és a dir, anàlisi de la variància i anàlisi de la covariància (ANOVA i ANCOVA), anàlisis de regressió i/o tècniques no paramètriques, que ens indiquen en quina mesura estan relacionades entre si un conjunt de variables (Navas et al., 2010, p. 38). Les tècniques paramètriques han de seguir uns supòsits que es descriuen seguidament i s'analitzen amb l'estudi bivariant i multivariant (Rial i Varela, 2008, pp. 32-33):

- Distribució poblacional de la variable de resposta, és a dir, la variable puntuació al CENVE ha de ser Normal. S'analitza en el punt anterior. Si aquesta variable no es distribueix de manera normal ja no s'analitzen els supòsits següents, doncs per avaluar les relacions entre les variables s'empraran tècniques no paramètriques, que no requereixen que s'acompleixin els supòsits (Quispe et al., 2019, p. 15)

- Independència de les observacions: Mitjançant l'estadístic de Durbin-Watson. Aquest estadístic té un rang entre 0 i 4: un valor pròxim a 2 indica escassa autocorrelació; un valor entre 2 i 0 indica una autocorrelació positiva, mentre que un valor entre 2 i 4 indica una autocorrelació negativa; els valors entre 1,5 i 2,5 són tolerables i indiquen que no s'incompleix el supòsit d'independència.

- Homoscedasticitat: Per cada combinació dels valors de les variables predictores les variàncies dels residus són constants. S'analitza mitjançant les pautes dels diagrames de dispersió dels pronòstics tipificats i dels residus, analitzant si mostren pautes associatives.

- Normalitat dels errors: Per cada combinació de valors de les variables explicatives, els residus presenten distribució normal amb mitjana 0. Això s'analitza mitjançant l'histograma dels residus i la gràfica P-P normal de la regressió del residu tipificat.

- Relació lineal entre la variable de resposta i les explicatives: Mitjançant les gràfiques de regressió parcial de cada una de les variables predictores (eliminant l'efecte de les altres) amb la variable dependent (Puntuació Total CENVE).

- No col·linealitat: Relació no lineal entre les variables predictores. Mitjançant els estadístics de Tolerància (valors molt petits indicaran que la variable és combinació lineal de les altres) i els Factors d'inflació de la variància (FIV. Valors molt grans –majors de 10- indicaran que la variable és combinació lineal de les altres).

Relació entre la Puntuació del CENVE i les Variables Sociodemogràfiques. Per analitzar les possibles relacions entre la puntuació al CENVE (variable quantitativa) i les variables sociodemogràfiques (variables qualitatives d'agrupació) es realitzen, si s'acompleixen els supòsits establerts (Álvarez, 2007, pp. 449-475):

- ANOVA: per les variables qualitatives amb més de dos grups (tipus de participant, edat, estat civil, convivència amb ancians, nivell d'estudis, estudis relacionats amb la salut i professió) es realitza l'anàlisi de les variàncies agrupant les puntuacions segons la variable sociodemogràfica i amb la puntuació del CENVE com a variable dependent (VD), assumint variàncies iguals o diferents segons l'estadístic de Levene (si $p > 0,05$ s'assumeixen variàncies iguals). Si es troben diferències estadísticament significatives (si F té una $p < 0,05$), es realitza la prova post hoc Scheffé (si s'assumeixen variàncies iguals) o Games-Howell (si s'assumeixen variàncies diferents) per comprovar entre quins grups hi ha aquestes diferències (si $p < 0,05$).

- Prova T de Student: per les variables idioma i gènere, amb dos grups, s'analitza la T de Student. Igual que en les anteriors agrupacions s'assumeixen variàncies iguals o diferents

segons l'estadístic de Levene i es comprova si es existeixen diferències estadísticament significatives entre ambdós grups (t amb $p < 0,05$).

Si no s'acompleixen els supòsits s'empraran les tècniques no paramètriques (Goss-Sampson et al., 2019):

- Prova H de Kuskal-Wallis: per les variables qualitatives amb més de dos grups (tipus de participant, edat, estat civil, convivència amb ancians, nivell d'estudis, estudis relacionats amb la salut i professió) es realitza la prova de Kruskal-Wallis, si és significativa, amb $p < 0,05$, es realitza el test post hoc de Dunn per comprovar entre quins grups hi ha aquestes diferències (si $p < 0,05$).

- Test U de Mann-Whitney (W): per les variables idioma i gènere, amb dos grups, s'analitza la U de Mann-Whitney, si W té una $p < 0,05$ la relació serà significativa i observarem la correlació de rang biserial per saber en quin sentit.

Relació entre la Puntuació del CENVE i les Diferents Institucions. Per determinar si existeixen diferències estadísticament significatives en la puntuació del CENVE agrupant als participants segons Centre i Titularitat, realitzem les ANOVA si s'acompleixen els supòsits (ja que a les diferents agrupacions són més de dos grups), amb la puntuació del CENVE com a variable dependent. Aquestes anàlisis es realitzen assumint variàncies iguals o diferents segons l'estadístic de Levene. Si es troba diferències estadísticament significatives, es realitza la prova post hoc (si s'assumeixen variàncies iguals) o Games-Howell (si s'assumeixen variàncies diferents) per comprovar entre quins grups hi ha aquestes diferències (Álvarez, 2007, pp. 449-475). Si no s'acompleixen els supòsits s'emprerà la prova H de Kuskal-Wallis, si és significativa, amb $p < 0,05$, es realitza el test post hoc de Dunn per comprovar entre quins grups hi ha aquestes diferències (Goss-Sampson et al., 2019).

Recordant que la variable Tipus de centre, tot i que l'hem categoritzat en 4 categories de resposta, com que no hi ha participants de 2 de les categories només tindrà 2 categories de resposta, s'analitza la T de Student si s'acompleixen els supòsits. Igual que en les anteriors

agrupacions s'assumeixen variàncies iguals o diferents segons l'estadístic de Levene i es comprova si es existeixen diferències estadísticament significatives entre ambdós grups (t amb $p < 0,05$). Si no s'acompleixen els supòsits, s'analitza la U de Mann-Whitney, si W té una $p < 0,05$ la relació serà significativa i observarem la correlació de rang biserial per saber en quin sentit, si és negatiu o positiu.

Relació entre la Puntuació del CENVE i les Variables Psicològiques. La variable psicològica Salut subjectiva és una variable qualitativa que es categoritza en tres grups, per la qual cosa se segueixen les anàlisis ja anomenades en el punt anterior.

La relació de la puntuació al CENVE amb les variables quantitatives Autoestima i Satisfacció amb la vida, en quant totes 3 variables són quantitatives, es realitza mitjançant el coeficient de correlació de Pearson si s'acompleixen els supòsits (Tomás-Sábado, 2009, p. 104), o la prova Rho de Spearman si no s'acompleixen els supòsits (Goss-Sampson, 2019).

Relació entre la Puntuació del CENVE i la Capacitat Funcional. Tot i que les dades de la variable capacitat funcional es recullen mitjançant una escala, l'hem categoritzat en cinc grups segons la capacitat per realitzar les ABVD. D'aquesta manera es realitza una ANOVA i/o la prova H de Kuskal-Wallis, segons l'acompliment dels supòsits i seguint el que s'indica als punts anteriors.

Relació entre la Puntuació del CENVE i la Participació en Activitats. La variable multivariant participació en activitats s'agrupa segons: Participació en activitats físiques, participació en psicoestimulació i participació en activitats socials.

Per determinar si existeixen diferències estadísticament significatives en la puntuació del CENVE classificant als participants segons les dades de cada una de les sub-variables d'aquesta variable, es realitzen les ANOVA (ja que a les diferents agrupacions són més de dos grups) o la prova H de Kuskal-Wallis, segons l'acompliment dels supòsits i seguint el que s'indica als punts anteriors.

3.4. Resultats

A la segona fase de l'estudi participen 5 centres i una mostra de 146 persones (n= 146), de les quals 85 són persones usuàries dels centres (n1= 85) i 61 formen part del col·lectiu de professionals (n2= 61), com es pot observar a la Taula 19.

A continuació es detallen els resultats de l'anàlisi descriptiva i/o exploratòria, segons l'escala de mesura, de les dades per la mostra total i/o ambdues mostres separatament (depenent del tipus de variable), per descriure les característiques de la mostra i/o detectar possibles incongruències i casos atípics a les dades.

Taula 19.

Relació dels centres amb el tipus de participant

		CENTRE				
		Centre 1	Centre 2	Centre 3	Centre 4	Centre 5
	Usuari de centre de dia	0	1	0	0	15
TIPUS DE PARTICIPANT	Usuari de residència	8	16	22	23	0
	Usuari de sociosanitari	0	0	0	0	0
	Professional	3	19	10	19	10

Anàlisi Descriptiva i Exploratòria de les Dades de Cada Variable

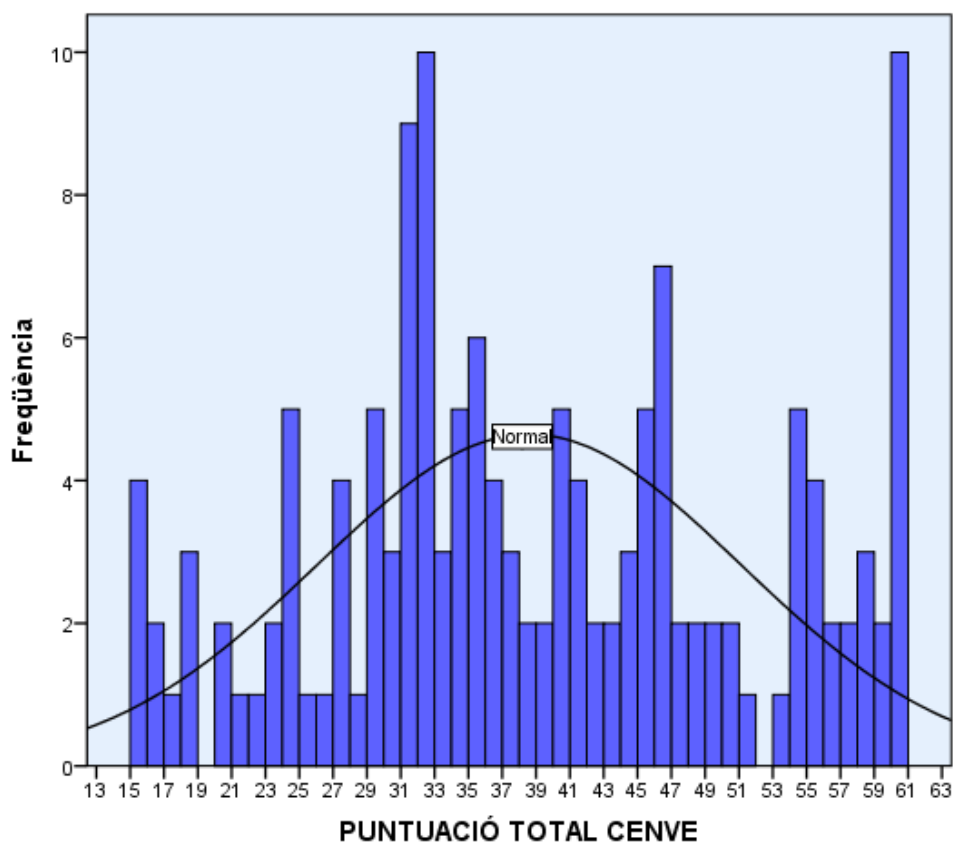
Estereotips envers l'Envelliment i la Vellesa. La variable "Estereotips envers l'envelliment i la vellesa" s'estudia mitjançant l'aplicació dels qüestionaris CENVE i CENVE-CAT. En aquest apartat es descriuen els resultats de les puntuacions de la variable en la

mostra total, així com el comportament d'aquestes puntuacions en aquesta mostra; Per després fer-ho de cada una de les mostres i comparar-les entre sí.

A la Figura 26 s'exposen, en forma d'histograma, els resultats de les puntuacions del CENVE a la mostra (n=146). Com es pot observar, les puntuacions més repetides són 60 i 32, amb 10 participants cada una, i 31, amb 9 participants. En canvi les puntuacions 19 i 52 no hi estan representades i són diverses les que només l'obtenen 1 participant (17, 21, 22, 25, 26, 29, 51 i 53).

Figura 26.

Histograma Puntuació CENVE mostra total



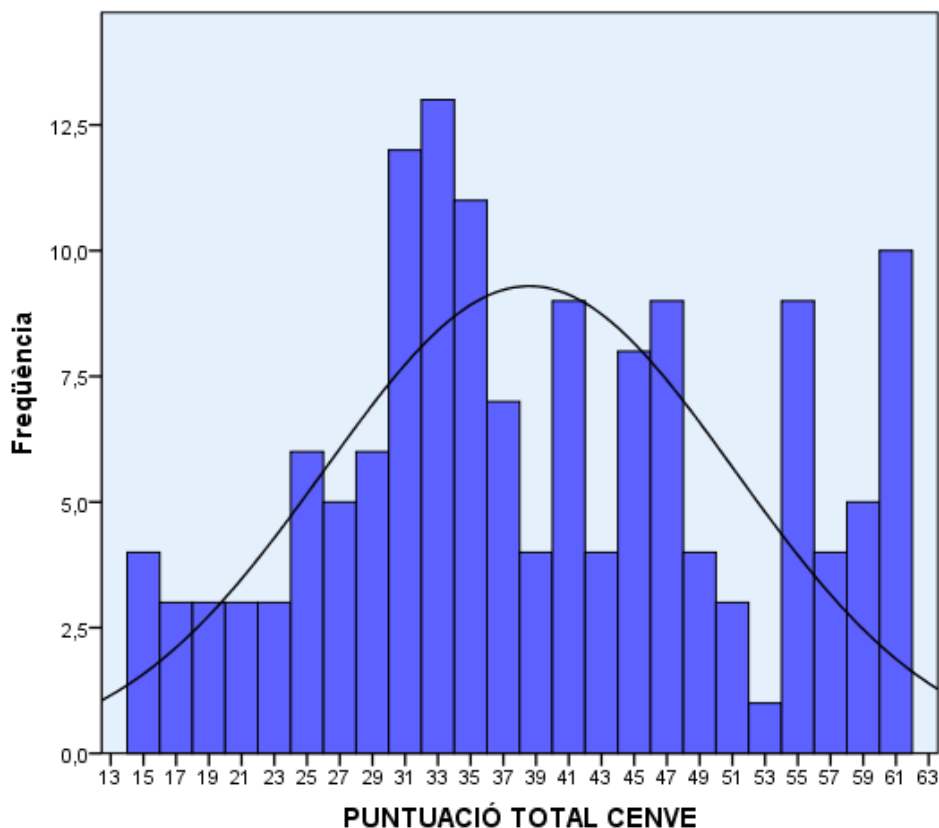
L'anàlisi exploratòria de les dades de la puntuació del CENVE ens mostra que la variable no s'ajusta a una distribució normal i té tendència a l'asimetria, sense valors extrems

estadísticament significatius. Amb tot analitzem seguidament els estadístics i gràfiques que ens permetran acceptar o descartar aquesta afirmació.

L'histograma amb els valors agrupats de les puntuacions del CENVE (Figura 27) mostra simetria i forma mesocúrtica. Com es pot apreciar a la Taula 20, el valor de l'asimetria és menor que el doble del seu error típic, així que l'interval de confiança de l'asimetria $[0,526; -0,314]$ conté el valor 0. D'altra banda, a la mateixa taula observem que l'interval de confiança de la curtosi $[-1,655; -0,059]$, no conté el valor 0, el que ens podria indicar que la distribució pot contenir algun valor extrem; Tot i que la mitjana, la mediana i la mitjana retallada (Taula 20) presenten valors molt propers i els estimadors-M (Taula 21) també són molt propers, el que sembla indicar que no existeixen valors extrems significatius, però que analitzarem seguidament.

Figura 27.

Histograma Puntuació agrupada CENVE mostra total



Taula 20.

Estadístics descriptius puntuació CENVE mostra total

		Estadístic	Error típic	
PUNTUACIÓ TOTAL CENVE	Mitjana	38,59	1,037	
	Interval de confiança per la mitjana al 95%	Límit inferior	36,54	
		Límit superior	40,64	
	Mitjana retallada al 5%	38,67		
	Mediana	36,50		
	Variància	157,071		
	Desviació típica	12,533		
	Mínim	15		
	Màxim	60		
	Rang	45		
	Rang interquartílic	17		
	Asimetria	0,106	0,201	
	Curtosi	-0,857	0,399	

Taula 21.

Estimadors-M puntuació CENVE mostra total

	Estimador-M de	Biponderat de	Estimador-M de	Ona de
	Huber ^a	Tukey ^b	Hampel ^c	Andrews ^d
PUNTUACIÓ TOTAL CENVE	38,00	38,04	38,28	38,04

a. La constant de ponderació és 1,339.

b. La constant de ponderació és 4,685.

c. Les constants de ponderació són 1,700, 3,400 i 8,500.

d. La constant de ponderació és $1,340 \cdot \pi$.

Amb la prova Kolmogorov-Smirnov (Taula 22) no acceptem que la variable es distribueix amb normalitat al ser el valor $p=0,01$ (inferior al valor crític de 0,05), a més les gràfiques Q-Q normal (Figura 28), amb els punts inferiors a prop de la diagonal però no els superiors, i Q-Q normal sense tendència (Figura 29), ja que els punts no es distribueixen de manera aleatòria sobre la recta horitzontal, confirmen la no normalitat en la distribució de les dades.

Taula 22.

Proves de normalitat puntuació CENVE mostra total

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístic	gl	Sig.	Estadístic	gl	Sig.
PUNTUACIÓ TOTAL CENVE	0,085	146	0,01	0,963	146	0,00

a. Correcció de la significació de Lilliefors.

Figura 28.

Gràfica Q-Q normal Puntuació CENVE mostra total

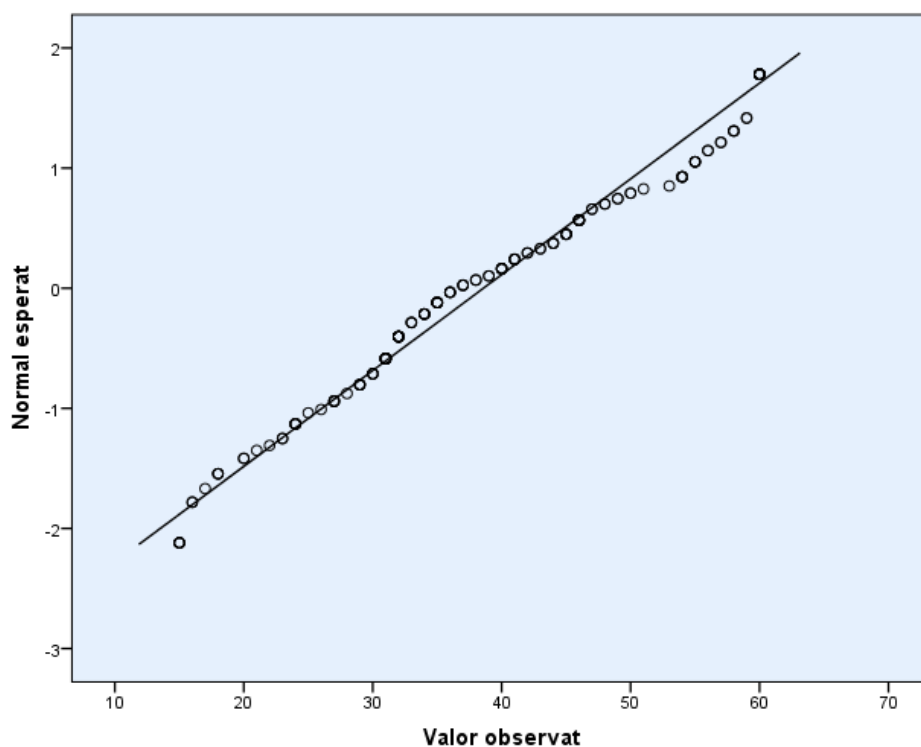
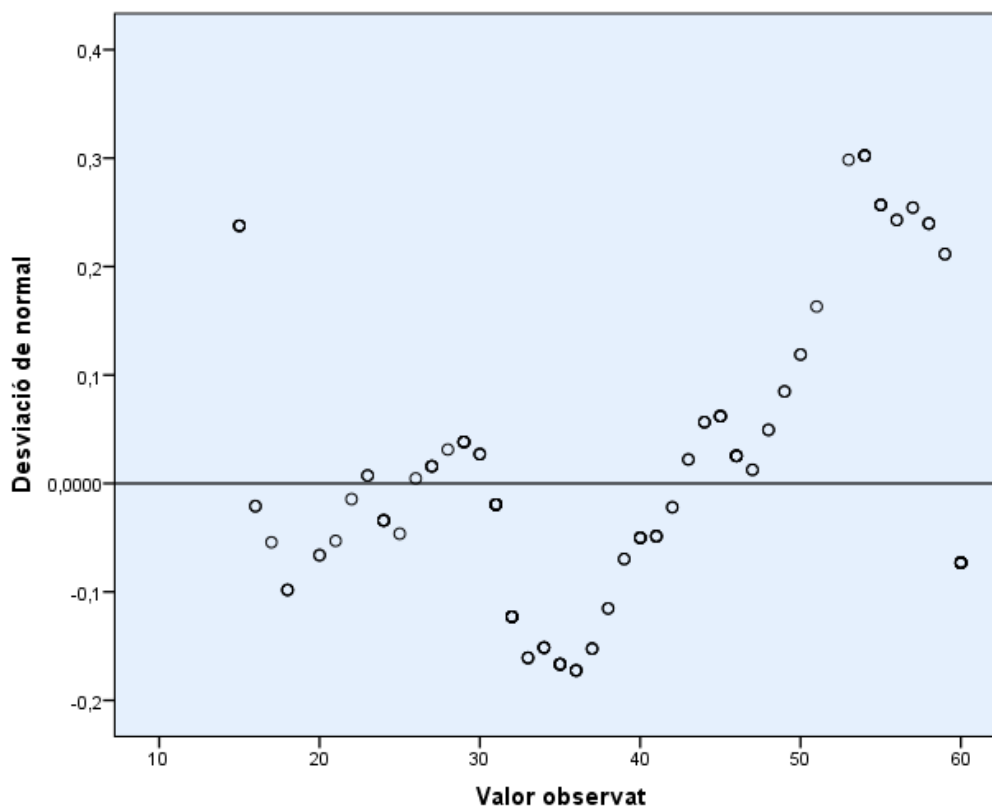


Figura 29.

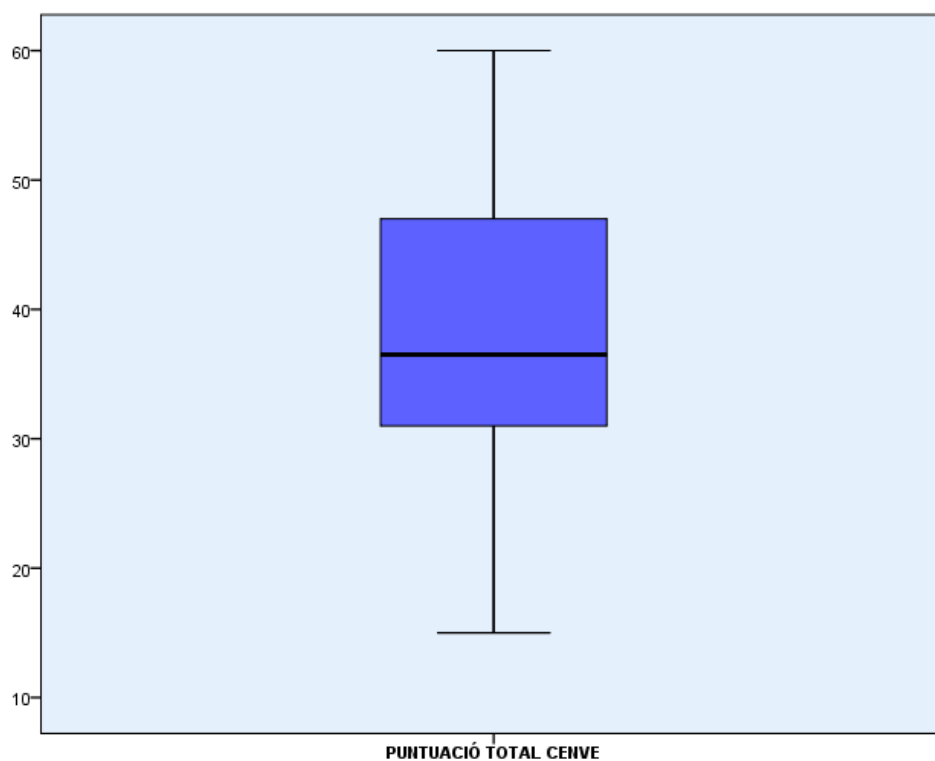
Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació CENVE mostra total



A la taula de percentils (Taula 23) s'observa que, tant els valors de la Mitjana ponderada com les Frontisses de Turkey mantenen la idea de la tendència a la simetria, sense valors extrems. Això es corrobora amb la gràfica de caixa i bigotis (Figura 30), ja que ambdós bigotis són gairebé simètrics però la línia de la mediana està descentrada a la caixa i no observem valors extrems estadísticament significatius.

Taula 23.*Taula de Percentils Puntuació CENVE mostra total*

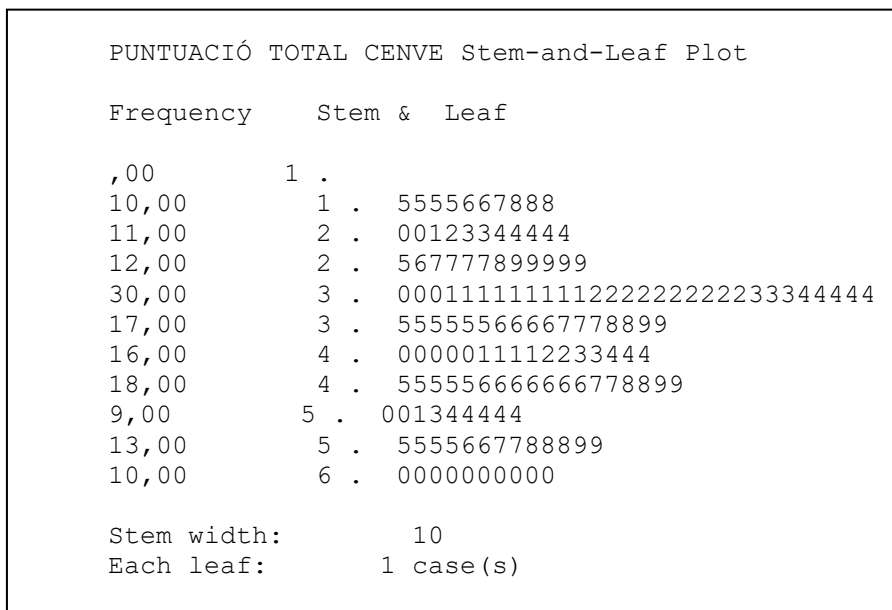
		Percentils						
		5	10	25	50	75	90	95
Mitjana ponderada (definició 1)	PUNTUACIÓ TOTAL CENVE	17,35	22,70	30,75	36,50	47,25	58,00	60,00
Frontisses de Turkey	PUNTUACIÓ TOTAL CENVE			31,00	36,50	47,00		

Figura 30.*Gràfica de caixa i bigotis Puntuació CENVE mostra total*

Finalment, a la gràfica de tija i fulles (Figura 31) s'observa que no s'elimina cap valor extrem i hi ha tendència la simetria.

Figura 31.

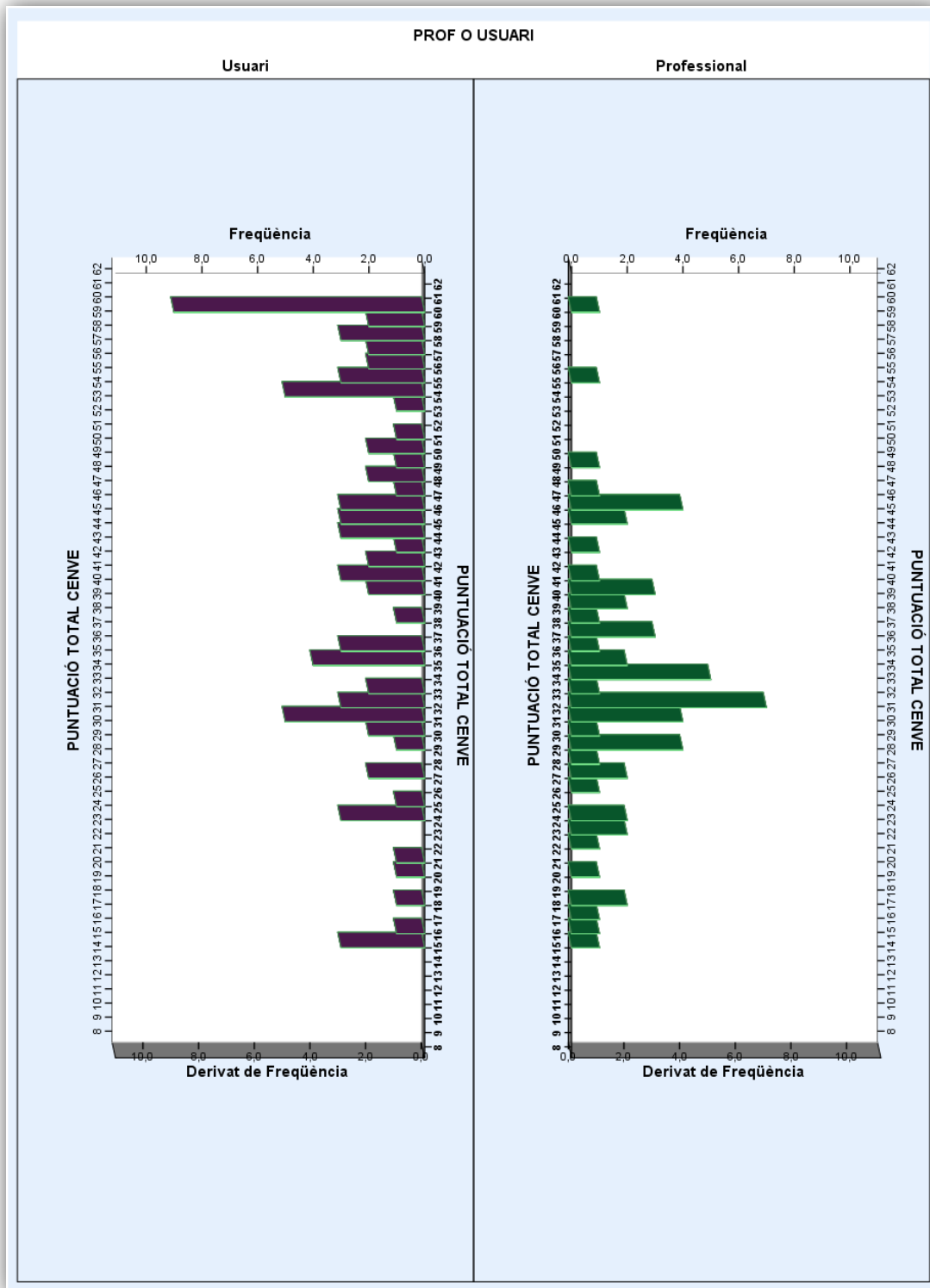
Gràfica de tija i fulles Puntuació CENVE mostra total



Pel que fa a les puntuacions del CENVE segons la mostra sigui el col·lectiu d'usuaris (n1) o professionals (n2) dels centres gerontològics, a l'histograma combinat (Figura 32) s'observa que hi ha diferències en quan als valors de les puntuacions de cada mostra, que analitzarem seguidament. A la Figura 32 podem observar que les puntuacions al CENVE del col·lectiu de professionals (n2= 61) se solen ubicar en valors de la zona mitja de la gràfica, la més habitual és la puntuació 32 (amb 8 participants) seguida de la 34 (amb 5 participants), a més les puntuacions més altes (a partir de 47) només l'extreuen 4 participants (valors amb 1 participant: 4, essent 47, 49, 55 i 60), la resta de valors d'aquesta zona no té cap participant. L'histograma (Figura 32) també ens mostra que les puntuacions de la zona baixa del CENVE si està representada en la mostra del col·lectiu de professionals però en menor mesura que les puntuacions de la zona central.

Figura 32.

Histograma comparatiu Puntuació CENVE ambdues mostres



D'altra banda, respecte el col·lectiu d'usuaris dels centres gerontològics ($n_1 = 85$), s'observa a la Figura 32 que 9 participants tenen una puntuació de 60, la més habitual seguida de la 54 (5 participants) i la 31 (5 participants), a més gairebé totes les puntuacions de la zona alta de la gràfica hi estan representades per, mínim 1 participant (excepte la puntuació 52 que no té cap participant), no essent així les de la zona baixa (a partir de la 30).

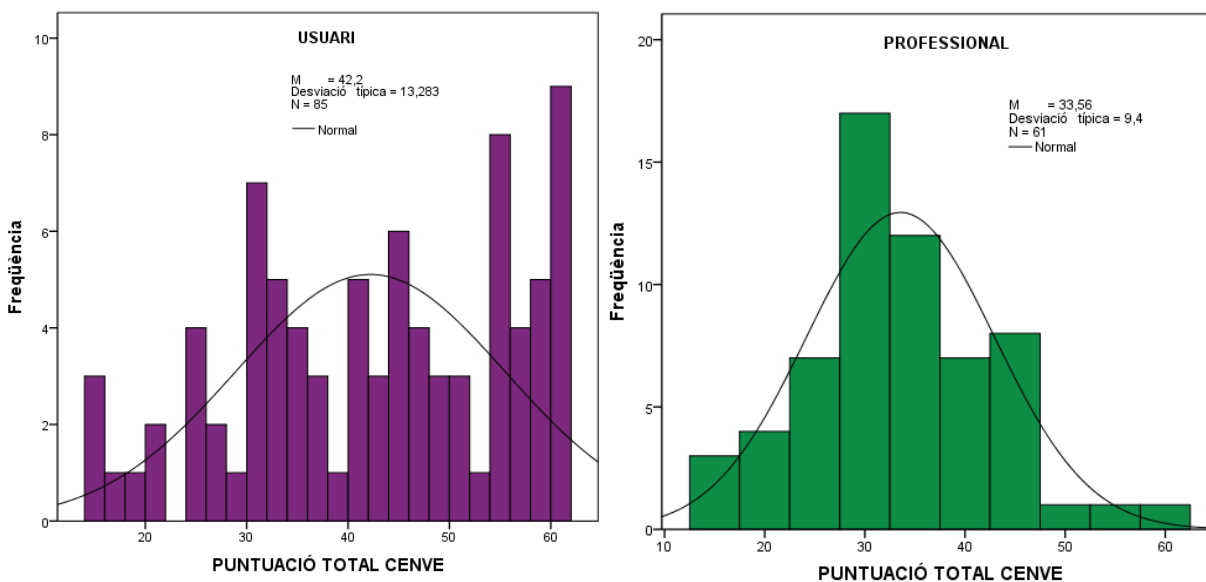
Això sembla indicar que, tot i que el col·lectiu de professionals dels centres analitzats presenten estereotips negatius respecte l'envelliment i la vellesa, en presenten menys que el col·lectiu d'usuaris. Analitzarem seguidament aquesta afirmació resultant de l'observació de l'histograma amb els estadístics descriptius mitjançant l'anàlisi exploratòria de les dades d'ambdues mostres, que ens servirà també per comprovar els supòsits de normalitat i simetria de les puntuacions del CENVE a les dues mostres.

Els histogrames comparatius de n_1 i n_2 agrupant les dades de les puntuacions del CENVE i amb la corba de distribució (Figura 33) mostren que si pels professionals les dades tenen una distribució amb lleu asimetria negativa i forma leptocúrtica, pels usuaris les dades tenen una distribució amb asimetria positiva i forma mesocúrtica.

Tant als histogrames agrupats (Figura 33) com a la taula dels estadístics descriptius d'ambdues mostres (Taula 24) observem la diferència entre les mitjanes, $M_1 = 42,2$ (Mitjana per n_1) i $M_2 = 33,56$ (Mitjana per n_2); El que indica que els valors de n_1 són més alts que els de n_2 , per tant major puntuació al CENVE a la mostra d'usuaris.

Figura 33.

Histogrames agrupats comparatius Puntuació CENVE ambdues mostres



De la Taula 24 podem destacar que per ambdues mostres els valors de la mitjana, la mediana i la mitjana retallada estan propers entre ells, com ho estan també amb els Estimadors-M (Taula 25), en cada una de les mostres, i molt llunyans si comparem ambdues mostres. En relació a l'asimetria i la curtosi, a més d'observar que per la n1 ambdós índexs són negatius en comparació als de n2 que són positius, els intervals per ambos índexs són:

$$n1: \text{Asimetria: } -0,317 \pm 2^* 0,261 \rightarrow (-0,056; 0,205)$$

$$\text{Curtosi: } -0,946 \pm 2^* 0,517 \rightarrow (0,088; -1,98)$$

$$n2: \text{Asimetria: } 0,292 \pm 2^* 0,306 \rightarrow (0,904; -0'32)$$

$$\text{Curtosi: } 0,261 \pm 2^* 0,604 \rightarrow (1,469; -0,947)$$

Els intervals d'ambdós índexs per cada una de les mostres semblen indicar que no hi ha problemes destacables ni de simetria ni de curtosi ja que a tots els intervals s'hi inclou el valor 0.

Taula 24.

Estadístics descriptius puntuació CENVE ambdues mostres

		Estadístic	Error típic	
Usuari	Mitjana	42,20	1,441	
	Interval de confiança	Límit inf.	39,33	
	per la mitjana al 95%	Límit sup.	45,07	
	Mitjana retallada al 5%		42,70	
	Mediana		44,00	
	Variància		176,448	
	Desviació típica		13,283	
	Mínim		15	
	Màxim		60	
	Rang		45	
	Rang interquartílic		23	
	Asimetria		-0,317	0,261
	Curtosi		-0,946	0,517
	PUNTUACIÓ TOTAL CENVE	Mitjana	33,56	1,203
Interval de confiança		Límit inf.	31,15	
per la mitjana al 95%		Límit sup.	35,96	
Mitjana retallada al 5%			33,37	
Mediana			32,00	
Variància			88,351	
Professional Desviació típica			9,400	
Mínim			15	
Màxim			60	
Rang			45	
Rang interquartílic			11	
Asimetria			0,292	0,306
Curtosi			0,261	0,604

Taula 25.

Estimadors-M puntuació CENVE ambdues mostres

		Estimador-M de Huber ^a	Biponderat de Tukey ^b	Estimador-M de Hampel ^c	Ona de Andrews ^d
PUNTUACIÓ	Usuari	43,14	42,95	42,78	42,89
TOTAL CENVE	Professional	33,25	32,99	33,17	32,99

a. La constant de ponderació és 1,339.

b. La constant de ponderació és 4,685.

c. Les constants de ponderació són 1,700, 3,400 y 8,500.

d. La constant de ponderació és $1,340 \cdot \pi$.

Les proves de Kolmogorov-Smirnov (Taula 26) tenen uns valors p de n1: 0,01 i n2: 0,20, el que indica normalitat en la distribució dels valors a la mostra de professionals però no a la d'usuaris, la qual cosa es reflecteix a les gràfiques Q-Q normal (Figura 34) i Q-Q normal sense tendència (Figura 35), a més a la gràfica Q-Q normal (Figura 34) de la mostra de professionals es detecten dos valors allunyats de la normal, no molt allunyats, els quals haurem de valorar amb la gràfica de Caixa i bigotis (Figura 36).

Taula 26.

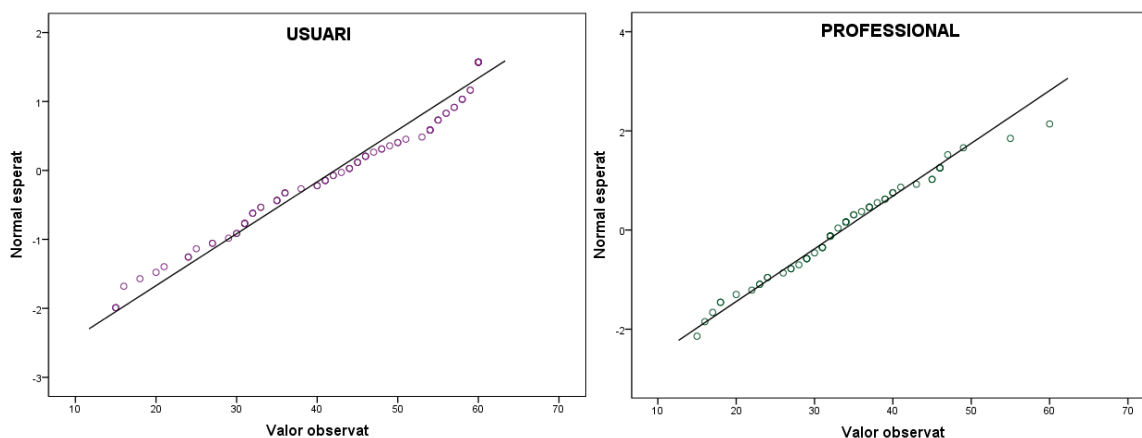
Proves de normalitat puntuació CENVE ambdues mostres

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístic	gl	Sig.	Estadístic	gl	Sig.
PUNTUACIÓ	Usuari	0,119	85	0,01	0,941	85	0,00
TOTAL CENVE	Professional	0,088	61	0,20*	0,981	61	0,45

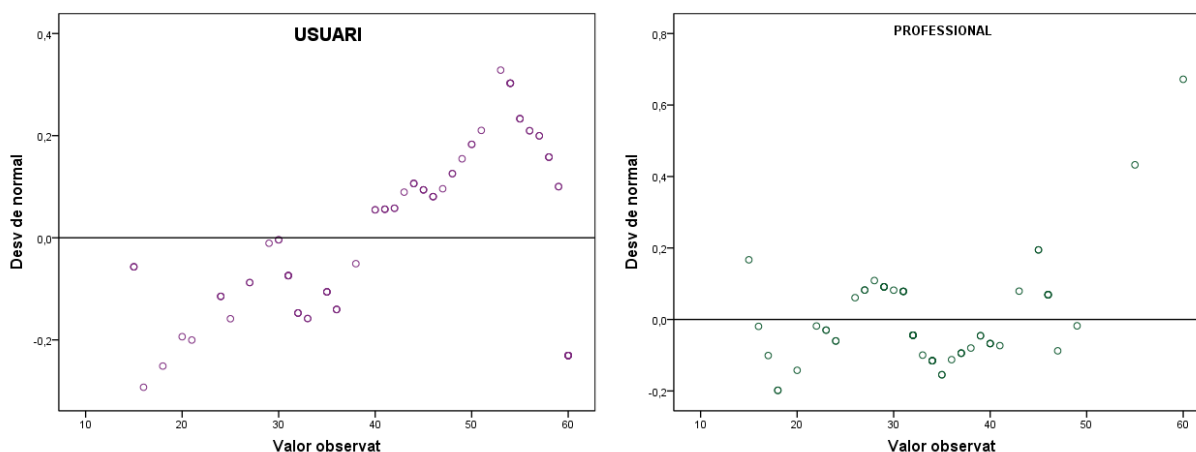
a. Correcció de la significació de Lilliefors *. Aquest és un límit inferior de la significació verdadera.

Figura 34.

Gràfiques Q-Q Puntuació CENVE ambdues mostres

**Figura 35.**

Gràfiques Q-Q sense tendència Puntuació CENVE ambdues mostres

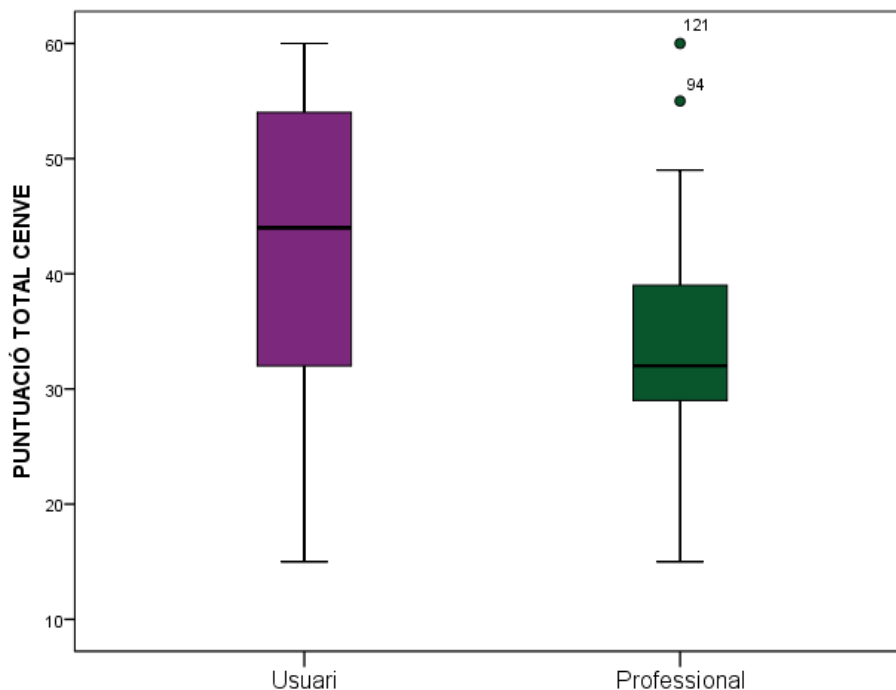


A la Figura 36 es reflecteixen les puntuacions del CENVE de cada una de les mostres en les gràfiques de caixa i bigotis, com ja hem analitzat amb els histogrames pels usuaris les dades mostren una lleugera asimetria, ja que el bigoti superior és més curt que l'inferior, la qual cosa indica que hi ha més dades per sota del percentil 25 que per sobre del 75, però la línia de la mediana està centrada a la caixa i no hi ha valors extrems. En canvi, pel que fa als

professionals, quan s'extreuen els dos valors atípics superiors (casos 121 i 94) la mediana està descentrada a la caixa però els bigotis mantenen una longitud gairebé simètrica.

Figura 36.

Gràfica comparativa Caixa i bigotis Puntuació CENVE ambdues mostres



Així doncs, podem afirmar que, amb els estadístics i proves analitzades, els valors de les puntuacions per les dues mostres separatament, tot i que presenten lleu asimetria, aquesta no és significativa, però les puntuacions del CENVE a la mostra d'usuaris no podem afirmar que segueixi una distribució normal. D'altra banda, els casos 121 i 94 no presenten uns valors atípics 2 desviacions típiques de la mitjana pel que no s'eliminen de l'anàlisi.

Anàlisi Descriptiva dels Diferents Estereotips envers l'Envel·liment i la Vellesa. Pel que fa a l'anàlisi descriptiva de cada un dels estereotips, es realitza mitjançant les puntuacions de cada ítem del CENVE, tant de la mostra total n com de cada una de les mostres n_1 i n_2 . Es pot observar a la Taula 27 els resultats de les puntuacions dels participants de cada un dels ítems segons l'escala tipus likert, de molt en desacord (1) a molt d'acord (4). Al col·lectiu d'usuaris a tots els ítems els percentatges més elevats estan en les puntuacions 3 o 4, en canvi

al col·lectiu de professionals a tots els ítems els percentatges més elevats estan en les puntuacions 2 o 3, excepte l'ítem 15, en el qual les puntuacions del col·lectiu dels professionals tenen un percentatge més elevat al valor 1. Això confirma que el col·lectiu d'usuaris refereix un major nivell d'estereotips de tots els tipus que el de professionals.

Taula 27.

Taula de contingència Ítems CENVE i puntuacions. Professional i Usuari

		ITEM 1 CENVE			
		La majoria de les persones, quan arriben als 65 anys d'edat, aproximadament, comencen a tenir un considerable deteriorament de la memòria			
		1	2	3	4
Usuari	Recompte	22	7	19	37
	% Usuaris	25,9%	8,2%	22,4%	43,5%
Professional	Recompte	18	29	11	3
	% Professionals	29,5%	47,5%	18,1%	4,9%
Total	Recompte	40	36	30	40
	% Total	27,4%	24,7%	20,5%	27,4%
		ITEM 2 CENVE			
		Les persones grans tenen menys interès pel sexe			
		1	2	3	4
Usuari	Recompte	15	16	12	42
	% Usuaris	17,7 %	18,8%	14,1%	49,4%
Professional	Recompte	5	29	19	8
	% Professionals	8,2%	47,5%	31,1%	13,2%
Total	Recompte	20	45	31	50
	% Total	13,7%	30,8%	21,2%	34,3%

ITEM 3 CENVE

Les persones grans s'irriten amb facilitat i són "rondinaires"

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	20	15	24	26
	% Usuaris	23,5%	17,6%	28,3%	30,6%
Professional	Recompte	13	25	21	2
	% Professionals	21,3%	41,1%	34,4%	3,2%
Total	Recompte	33	40	45	28
	% Total	22,6%	27,4%	30,8%	19,2%

ITEM 4 CENVE

La majoria de les persones majors de 65 anys tenen alguna malaltia mental prou greu com per deteriorar les seves capacitats normals

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	19	9	24	33
	% Usuaris	22,4%	10,6%	28,2%	38,8%
Professional	Recompte	22	26	10	3
	% Professionals	36,1%	42,6%	16,4%	4,9%
Total	Recompte	41	35	34	36
	% Total	28,1%	24,0%	23,3%	24,6%

ITEM 5 CENVE

Les persones grans tenen menys amics que les
més joves

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	18	16	15	36
	% Usuaris	21,2%	18,8%	17,6%	42,4%
Professional	Recompte	18	30	10	3
	% Professionals	29,5%	49,2%	16,4%	4,9%
Total	Recompte	36	46	25	39
	% Total	24,7%	31,5%	17,1%	26,7%

ITEM 6 CENVE

A mesura que les persones grans es fan més
grans, es tornen més rígides i inflexibles

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	17	11	31	26
	% Usuaris	20,0%	12,9%	36,5%	30,6%
Professional	Recompte	8	18	24	11
	% Professionals	13,1%	29,5%	39,3%	18,1%
Total	Recompte	25	29	55	37
	% Total	17,1%	19,9%	37,7%	25,3%

ITEM 7 CENVE

La majoria dels adults mantenen un nivell de salut acceptable fins als 65 anys, aproximadament, quan es produeix un fort deteriorament de la salut

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	19	9	23	34
	% Usuaris	22,3%	10,6%	27,1%	40,0%
Professional	Recompte	15	28	15	3
	% Professionals	24,6%	45,9%	24,6%	4,9%
Total	Recompte	34	37	38	37
	% Total	23,3%	25,3%	26,1%	25,3%

ITEM 8 CENVE

A mesura que ens fem grans perdem l'interès per les coses

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	15	14	20	36
	% Usuaris	17,6%	16,5%	23,5%	42,4%
Professional	Recompte	13	20	26	2
	% Professionals	21,3%	32,8%	42,6%	3,3%
Total	Recompte	28	34	46	38
	% Total	19,2%	23,3%	31,5%	26,0%

ITEM 9 CENVE

Les persones grans són, en moltes ocasions, com
nens

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	20	8	27	30
	% Usuaris	23,5%	9,4%	31,8%	35,3%
Professional	Recompte	9	21	24	7
	% Professionals	14,8%	34,4%	39,3%	11,5%
Total	Recompte	29	29	51	37
	% Total	19,9%	19,9%	34,9%	25,3%

ITEM 10 CENVE

La major part de les persones majors de 65 anys
tenen una sèrie d'incapacitats que les fan
dependre dels altres

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	14	13	22	36
	% Usuaris	16,5%	15,3%	25,9%	42,3%
Professional	Recompte	15	22	19	5
	% Professionals	24,6%	36,1%	31,1%	8,2%
Total	Recompte	29	35	41	41
	% Total	19,8%	24,0%	28,1%	28,1%

ITEM 11 CENVE

A mesura que ens fem grans perdem la capacitat de resoldre els problemes als quals ens enfrontem

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	18	10	23	34
	% Usuaris	21,2%	11,7%	27,1%	40,0%
Professional	Recompte	7	30	21	3
	% Professionals	11,5%	49,2%	34,4%	8,1%
Total	Recompte	25	40	44	37
	% Total	17,1%	27,4%	30,1%	25,3%

ITEM 12 CENVE

Els defectes de la gent s'aguditzen amb l'edat

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	19	8	30	28
	% Usuaris	22,4%	9,4%	35,3%	32,9%
Professional	Recompte	9	16	28	8
	% Professionals	14,8%	26,2%	45,9%	13,1%
Total	Recompte	28	24	58	36
	% Total	19,2%	16,4%	39,7%	24,7%

ITEM 13 CENVE

El deteriorament cognitiu (pèrdua de memòria, desorientació o confusió) és una part inevitable de la vellesa

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	10	11	26	38
	% Usuaris	11,8%	12,9%	30,6%	44,7%
Professional	Recompte	13	23	18	7
	% Professionals	21,3%	37,7%	29,5%	11,5%
Total	Recompte	23	34	44	45
	% Total	15,8%	23,3%	30,1%	30,8%

ITEM 14 CENVE

Gairebé cap persona major de 65 anys realitza una feina tan bé com la faria una persona més jove

		1	2	3	4
Usuari	Recompte	24	12	15	34
	% Usuaris	28,2%	14,1%	17,6%	40,1%
Professional	Recompte	19	23	15	4
	% Professionals	31,1%	37,7%	24,6%	6,6%
Total	Recompte	43	35	30	38
	% Total	29,5%	24,0%	20,5%	26,0%

		ITEM 15 CENVE			
		Una gran part de les persones de més de 65 anys "repapiegen"			
		1	2	3	4
Usuari	Recompte	22	17	24	22
	% Usuaris	25,9%	20,0%	28,2%	25,9%
Professional	Recompte	22	18	16	5
	% Professionals	36,1%	29,5%	26,2%	8,2%
Total	Recompte	44	35	40	27
	% Total	30,01%	24,0%	27,4%	18,5%

Variables Sociodemogràfiques. Per conèixer les característiques de les dades sociodemogràfiques dels participants, així com detectar possibles errades en l'obtenció o recopilació d'aquestes, realitzem una anàlisi descriptiva de cada una de les variables sociodemogràfiques, algunes d'elles de la mostra total i ambdues mostres (n1 i n2) per separat i algunes només de la mostra total o de les mostres per separat segons el tipus de variable.

Tipus de Participant. Com ja s'ha pogut observar a l'inici d'aquest apartat, els participants es classifiquen en: Usuari de residència, Usuari de centre de dia, Usuari de sociosanitari i Professional; A més no hi ha cap usuari de sociosanitari a la mostra, per la qual cosa aquest paràmetre s'elimina de l'anàlisi. A la Taula 28 es fa palès que de la mostra d'usuaris (n1= 85) 16 són usuaris de centre de dia i 69 ho són de residència, també que del total de participants (n= 146) el 41,8% formen part del col·lectiu de professionals i el 58,2% del col·lectiu d'usuaris, dels quals un 11% ho són de centre de dia i el 47,2% restant ho són de residència.

Taula 28.

Taula de freqüències per tipus de participant mostra total

	Freqüència	Percentatge	Percentatge acumulat
Usuari de centre de dia	16	11	11
Usuari de residència	69	47,2	58,2
Professional	61	41,8	100
Total	146	100	

Edat. Si s'analitza la taula de freqüències de la variable edat de la mostra total (Taula 29), el primer que es pot afirmar és que hi ha dos valors perduts, al revisar les dades aquests perduts són de 2 participants del col·lectiu de professionals que no han respost aquesta pregunta del qüestionari ad hoc, per la qual cosa aquests dos casos no formaran part de l'anàlisi quan intervingui la variable edat.

D'altra banda, comprovem que els grups més nombrosos respecte l'edat són els de 74 a 84 anys amb un 27,4% del total de participants (40) i els de 85 a 95 anys amb un 26% del total (38), seguits pels grups de 30 a 40 anys amb un 15,8% del total (23) i els de 41 a 51 anys amb un 11,6% del total (17). A més s'observa que el grup de majors de 95 anys és un grup molt reduït ja que només hi ha 2 casos, és a dir 1,4% del total.

Si separem la variable edat per les dues mostres n1 i n2 (Taula 30), com es podia esperar, la majoria dels professionals formen part dels grups de menys edat i la majoria dels usuaris ho fan dels grups de més edat, excepte el grup de 52 a 62 anys del que en forma part un usuari i el grup de 63 a 73 anys del que en forma part un professional.

Taula 29.*Freqüències per edat mostra total*

	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
	De 19 a 29 anys	11	7,5	7,6
	De 30 a 40 anys	23	15,8	23,6
	De 41 a 51 anys	17	11,6	35,4
	De 52 a 62 anys	8	5,5	41,0
Vàlids	De 63 a 73 anys	5	3,4	44,4
	De 74 a 84 anys	40	27,4	72,2
	De 85 a 95 anys	38	26,0	98,6
	Major de 95 anys	2	1,4	100,0
	Total	144	98,6	100,0
Perduts		2	1,4	
	Total	146	100,0	

Taula 30.*Freqüències per edat ambdues mostres*

	Usuari	Professional
	De 19 a 29 anys	11
	De 30 a 40 anys	23
	De 41 a 51 anys	17
EDAT	De 52 a 62 anys	1
	De 63 a 73 anys	4
	De 74 a 84 anys	40
	De 85 a 95 anys	38
	Major de 95 anys	2

Gènere. A la Taula 31 observem que a l'estudi participen una majoria de dones, el 80,1% ho són (117), en contraposició al 19,9% d'homes (29). A més a la gràfica de barres del gènere per les dues mostres (Figura 37) s'observa que aquesta proporció es manté per les dues mostres, més marcada pel que fa al col·lectiu de professionals.

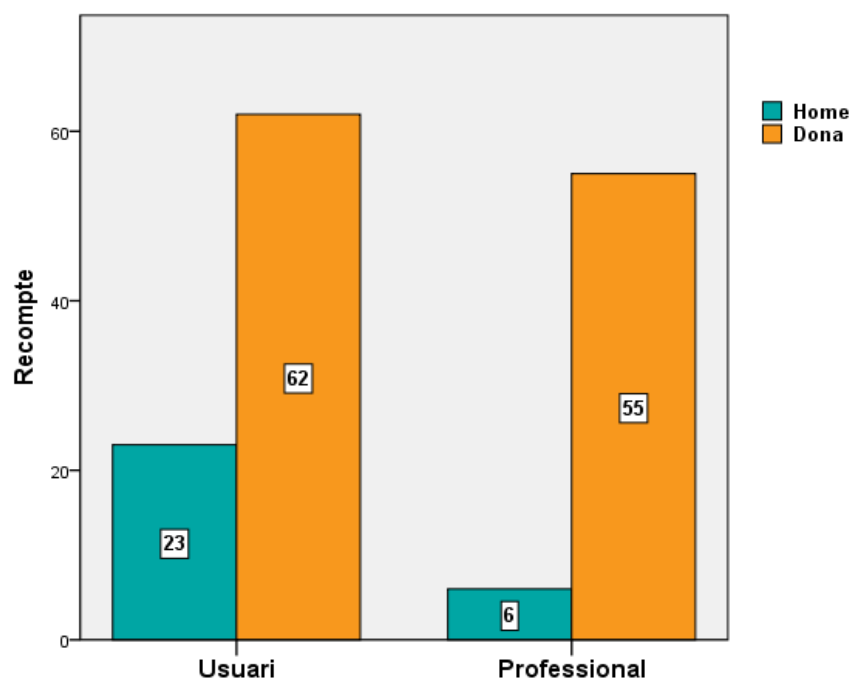
Taula 31.

Freqüències per gènere mostra total

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
	Home	29	19,9	19,9	19,9
Vàlids	Dona	117	80,1	80,1	100,0
	Total	146	100,0	100,0	

Figura 37.

Gràfica de barres Gènere ambdues mostres



Estat Civil. Pel que fa a l'estat civil dels participants podem observar a la Taula 32 que el grup més nombrós són els individus vidus (66 participants, amb el 45,2% del total) seguit dels casats (44 participants, amb el 30,1% del total). Si analitzem aquesta variable per les mostres d'usuaris i professionals separatament, pel col·lectiu d'usuaris el grup més nombrós (amb el mateix nombre de participants i el 77,6% de n1) continua sent el dels vidus però el segon més nombrós és el dels casats amb molta diferència respecte el primer (7 participants, el 8,2% de n1); En canvi pel col·lectiu de professionals el grup més nombrós és el de casats (37 participants, el 60,7% de n2) seguit dels solters (20 participants, el 32,8% de n2), a més en aquest col·lectiu no hi ha cap participant vidu o vídua.

Taula 32.

Taula de contingència per estat civil segons mostres

		ESTAT CIVIL			
		Casat/ada	Solter/a	Divorciat/separat/ada	Vidu/a
Usuari	Recompte	7	6	6	66
	% de n1	8,2%	7,1%	7,1%	77,6%
Professional	Recompte	37	20	4	0
	% de n2	60,7%	32,8%	6,6%	,0%
Total	Recompte	44	26	10	66
	% de n	30,1%	17,8%	6,8%	45,2%

Convivència amb Ancians. A la Figura 38 es presenta el recompte dels participants de la mostra total segons la variable convivència amb ancians en una gràfica de sectors, s'observa clarament com el grup més nombrós és el dels que no han conviscut amb ancians (62), mentre el menys nombrós és dels que si han conviscut amb ancians no dependents (27). Si comparem la variable convivència amb ancians segons les dues mostres per separat, Figura 39, observem que si pel col·lectiu d'usuaris el grup més nombrós és els que han conviscut amb ancians

dependents (45), pel col·lectiu de professionals ho és els que no han conviscut amb ancians (38). En canvi per ambdós col·lectius, el menys nombrós és els que han conviscut amb ancians no dependents.

Figura 38.

Gràfica de sectors Convivència amb ancians mostra total

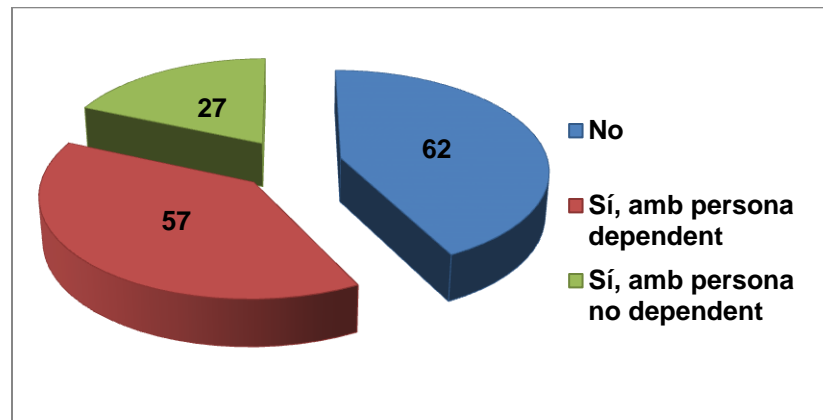
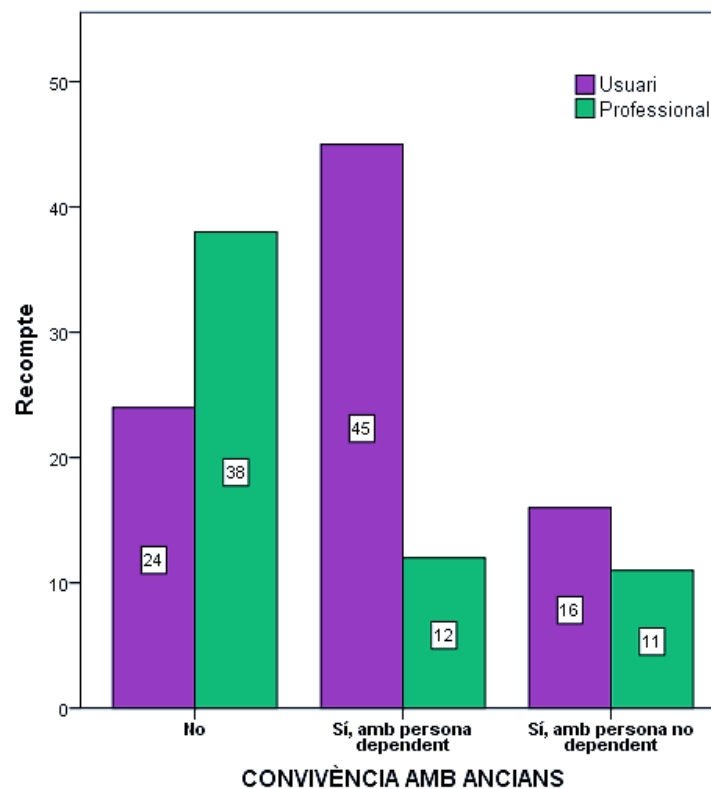


Figura 39.

Gràfica de barres Convivència amb ancians ambdues mostres



Nivell d'Estudis. A la Taula 33 s'informa de les dades del nivell d'estudis dels participants, tant de la mostra total com d'ambdues mostres per separat, en ella podem destacar que a la mostra total el nivell d'estudis prevalent és el d'estudis primaris amb 60 participants, el 41,1% de n. Mentre pel col·lectiu d'usuaris augmenta el percentatge del nivell d'estudis primaris com a prevalent a la mostra (46 participants, el 54,1% dels participants d'aquesta mostra), pel col·lectiu de professionals el nivell d'estudis prevalent és el d'estudis secundaris (25 participants, el 41% d'aquesta mostra). Els nivells d'estudis més elevats, màster i/o doctorat està poc representat, tant a n (5 participants, el 3,4% de la mostra total), com a n1 (3 participants, el 3,5% del col·lectiu d'usuaris) i n2 (2 participants, el 3,3% del col·lectiu de professionals); Però, tot i que per la mostra total i pel col·lectiu d'usuaris aquest nivell d'estudis representa el menys nombrós (a n1 això és compartit amb el nivell d'estudis universitaris), pel col·lectiu de professionals el grup menys nombrós en quant a nivell d'estudis és el dels que no tenen estudis, amb només 1 participant (1,6% de n2). Pel que fa al nivell d'estudis universitaris té una representació important al col·lectiu de professionals (19 participants, el 31,1% de n2) en comparació amb el col·lectiu d'usuaris (3 participants, el 3,5% de n1) i la mostra total (22, el 15,1% de n).

Taula 33.

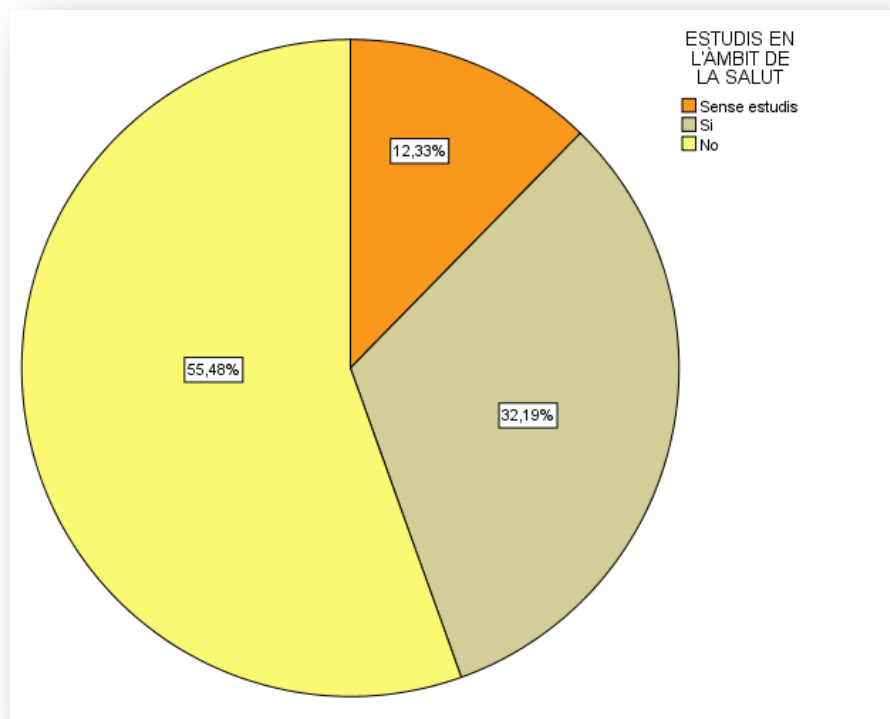
Taula de contingència per nivell d'estudis mostra total i ambdues mostres

		NIVELL D'ESTUDIS					Total
		Sense estudis	Estudis primaris	Estudis secundaris	Estudis universitaris	Màster i/o Doctorat	
Usuari	Recompte	17	46	16	3	3	85
	% de n1	20,0%	54,1%	18,8%	3,5%	3,5%	100,0%
Professional	Recompte	1	14	25	19	2	61
	% de n2	1,6%	23,0%	41,0%	31,1%	3,3%	100,0%
Total	Recompte	18	60	41	22	5	146
	% de n	12,3%	41,1%	28,1%	15,1%	3,4%	100,0%

Si analitzem si els estudis són en l'àmbit de la salut amb la salut, podem observar a la Figura 40 que la majoria dels participants no tenen estudis relacionats amb la salut (81) enfront dels que si tenen estudis en l'àmbit de la salut (47), recordant que n'hi ha 18 que no tenen estudis. Si ho analitzem per cada una de les mostres, Taula 34, observem que els professionals tenen més estudis relacionats amb la salut (44 participants, el 72,1% dels professionals) envers els usuaris, dels que només el 3,5% (3 participants) tenen estudis en l'àmbit de la salut. En canvi, un 76,5% dels usuaris (65 participants) no tenen estudis en l'àmbit de la salut enfront dels professionals, el 26,2% dels quals (16 participants) no tenen estudis relacionats amb la salut.

Figura 40.

Gràfica de sectors Estudis relacionats amb la salut mostra total



Taula 34.

Taula de contingència per estudis en l'àmbit de la salut mostra total i ambdues mostres

		ESTUDIS EN L'ÀMBIT DE LA SALUT?		
		Sense estudis	Si	No
Usuari	Recompte	17	3	65
	% de n1	20,0%	3,5%	76,5%
Professional	Recompte	1	44	16
	% de n2	1,6%	72,1%	26,2%
Total	Recompte	18	47	81
	% de n	12,3%	32,2%	55,5%

Professió. La professió dels participants per la mostra total i ambdues mostres s'exposa a la Taula 35, en ella es pot advertir que la majoria de les persones enquestades treballen o han treballat durant més temps d'auxiliar (40 participants en total, el 27,4% de la mostra total), dels quals només 1 forma part del col·lectiu d'usuaris (1,2% d'aquesta mostra), mentre els 39 participants del col·lectiu de professionals auxiliars restant representa el 63,9% d'aquesta mostra, enfront al 36,1% (22 participants) de professionals qualificats.

Si analitzem les professions més habituals realitzades pels participants del col·lectiu d'usuaris podem afirmar que el grup més nombrós, amb un 41,2% de n1 (35 participants), treballaven com a botiguers o treballadors manuals, en fàbriques majorment. El segon grup de treballadors més nombrós d'aquest col·lectiu, amb un 24,7% de la mostra (21 participants), és el dels professionals no qualificats, sobretot treballadors del camp. Pel que fa al tercer grup més nombrós, les mestresses de casa, a més de ser totes dones, representen el 21,2% de la mostra d'usuaris (18 participants).

Taula 35.

Taula de contingència per grup professional mostra total i ambdues mostres

		GRUP PROFESSIONAL				
		Mestresses de casa	Treballadors manuais o botiguers	Prof. no qualificats	Auxiliars	Prof. qualificats
Usuari	Recompte	18	35	21	1	10
	% de n1	21,2%	41,2%	24,7%	1,2%	11,8%
Professional	Recompte	0	0	0	39	22
	% de n2	0,0%	0,0%	0,0%	63,9%	36,1%
Total	Recompte	18	35	21	40	32
	% de n	12,3%	24,0%	14,4%	27,4%	21,9%

Institució. Les característiques de les 5 institucions que participen a l'estudi es recullen en demanar la participació a la direcció dels centres, i les detallem a continuació, juntament amb els participants de cada centre a l'estudi:

Centre 1: Centre col·laborador amb servei de residència i centre de dia. Les places ocupades en el moment de la recollida de dades són 86 (N1=86) i el nombre de treballadors són 43 (N2=43), dels quals participen a l'estudi 8 persones del col·lectiu d'usuaris (n1=8) i 3 del col·lectiu de professionals (n2=3).

Centre 2: Centre col·laborador amb servei de residència i centre de dia. Les places ocupades en el moment de la recollida de dades són 64 (N1=64) i el nombre de treballadors són 41 (N2=41), dels quals participen a l'estudi 17 persones del col·lectiu d'usuaris (n1=17) i 19 del col·lectiu de professionals (n2=19).

Centre 3: Centre privat amb servei de residència i centre de dia. Les places ocupades en el moment de la recollida de dades són 68 (N1=68) i el nombre de treballadors són 26

(N2=26), dels quals participen a l'estudi 22 persones del col·lectiu d'usuaris (n1=22) i 10 del col·lectiu de professionals (n2=10).

Centre 4: Centre col·laborador amb servei de residència i centre de dia. Les places ocupades en el moment de la recollida de dades són 34 (N1=34) i el nombre de treballadors són 23 (N2=23), dels quals participen a l'estudi 23 persones del col·lectiu d'usuaris (n1=23) i 19 del col·lectiu de professionals (n2=19).

Centre 5: Centre concertat amb servei de centre de dia. Les places ocupades en el moment de la recollida de dades són 25 (N1=25) i el nombre de treballadors són 12 (N2=12), dels quals participen a l'estudi 15 persones del col·lectiu d'usuaris (n1=15) i 10 del col·lectiu de professionals (n2=10).

Variables Psicològiques. S'analitzen seguidament les característiques de les dades dels participants segons les variables psicològiques: Salut subjectiva, autoestima i satisfacció amb la vida. De la primera, al realitzar-ne la recollida de les dades amb mesura nominal, es realitzarà únicament l'anàlisi descriptiva de les dades; Mentre que per les altres dues es realitzarà també una anàlisi exploratòria de les dades, al mesurar-se amb escala de valors.

Salut Subjectiva. Aquesta variable la mesurem amb la comparació subjectiva del participant amb la salut pròpia percebuda respecte a d'altres persones de la seva edat, així les categories són: Millor, pitjor o igual. A la Taula 36 s'observa que, tant per la mostra total com pel col·lectiu d'usuaris i professionals els resultats són similars: La majoria de les persones enquestades declaren una salut subjectiva igual que persones de la seva edat (93, 63,7% dels participants), una mica menys percentualment al col·lectiu d'usuaris (49, 57,6% dels usuaris participants) i mes al de professionals (44, 72,1% dels participants professionals); Els casos de salut subjectiva pitjor són els menys nombrosos a les tres mostres: per la mostra total 6 participants (4,1% de n), pel col·lectiu d'usuaris 5 (5,9% de n1) i pel de professionals 1 (1,6%). Respecte a la categoria millor la trien 47 participants de la mostra (32,2% de n), 31 del col·lectiu d'usuaris (36,5% de n1) i 16 del de professionals (26,2% de n2).

Taula 36.

Taula de contingència per salut subjectiva mostra total i ambdues mostres

		SALUT SUBJECTIVA			Total
		Millor	Igual	Pitjor	
Usuari	Recompte	31	49	5	85
	% de n1	36,5%	57,6%	5,9%	100,0%
Professional	Recompte	16	44	1	61
	% de n2	26,2%	72,1%	1,6%	100,0%
Total	Recompte	47	93	6	146
	% de n	32,2%	63,7%	4,1%	100,0%

Autoestima. Aquesta variable la mesurem a partir de la puntuació a l'Escala d'Autoestima de Rosenberg (EAR), amb valors del 10 (menor autoestima) al 40 (major autoestima). A la Figura 41 observem que la majoria dels casos es representen a partir de la puntuació 25, només n'hi ha 5 per sota (valor 23 amb 1 cas, el 21 amb 3 casos i igual o inferior a 12 amb un cas, al que es considera extrem i s'analitzarà amb els estadístics). Les puntuacions més habituals són la 32 amb 15 casos, la 34 amb 14 i la 36 amb 13; Cal destacar que hi ha molts participants que tenen puntuacions altes: 8 persones amb puntuació 40, 12 amb 39, 4 amb 38 i 6 amb 37. Això ens indica un nivell elevat d'autoestima en els participants a l'estudi, posteriorment s'avaluarà si les dades es comporten de manera similar a les dues submostres, però seguidament realitzarem l'anàlisi exploratòria de les dades a la mostra total.

Figura 41.

Gràfica de tija i fulles Puntuació EAR mostra total

```

NIVELL D'AUTOESTIMA Stem-and-Leaf Plot

Frequency      Stem & Leaf

1,00 Extremes      (<=12,0)
3,00          21 . 000
,00          22 .
1,00          23 . 0
,00          24 .
9,00          25 . 000000000
8,00          26 . 00000000
8,00          27 . 00000000
6,00          28 . 000000
7,00          29 . 0000000
11,00         30 . 00000000000
2,00          31 . 00
15,00         32 . 000000000000000
8,00          33 . 00000000
14,00         34 . 000000000000000
10,00         35 . 0000000000
13,00         36 . 0000000000000
6,00          37 . 000000
4,00          38 . 0000
12,00         39 . 0000000000000
8,00          40 . 00000000

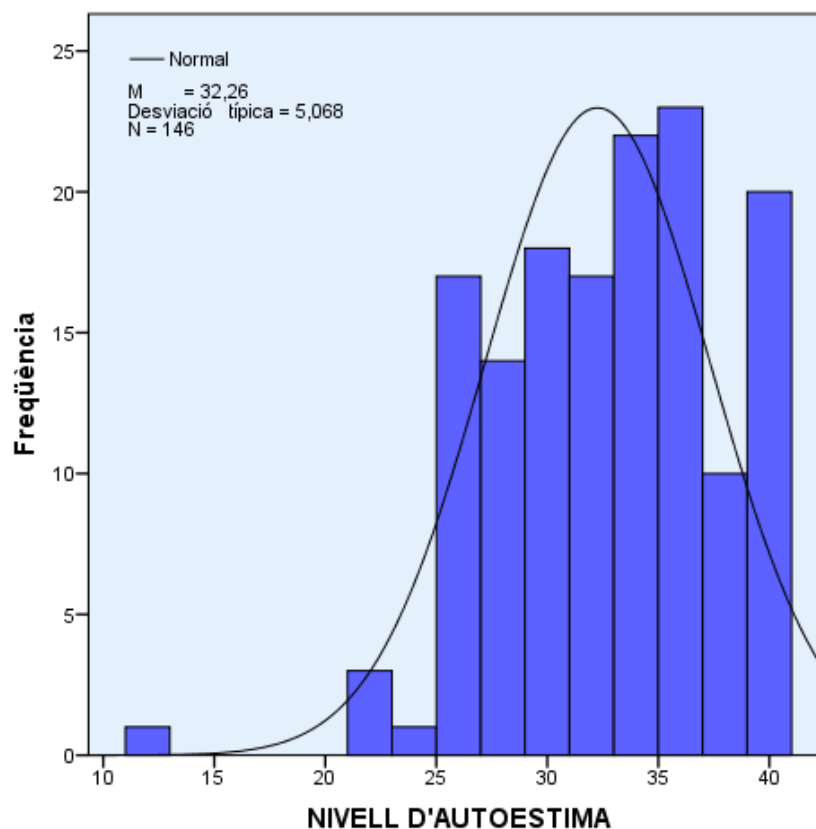
Stem width:      1
Each leaf:      1 case(s)

```

L'Histograma de la puntuació a l'EAR dels participants (Figura 42) mostra asimetria negativa i lleu forma leptocúrtica, corroborant-ho amb la Taula 37, d'on podem extreure que l'interval de confiança de l'asimetria [-0,192; -0,996], que no conté el valor 0, mostra asimetria de la distribució de les puntuacions. Però l'interval de confiança de la curtosi [1,381; -0,215], conté el valor 0, el que indica que la distribució no presenta problemes de curtosi, és a dir, les dades no presenten anomalies destacables; Això es confirma amb els valors de la mitjana, la mediana, la mitjana retallada i els estimadors-M (Taula 38), molt propers entre sí i, per tant, no sembla indicar l'existència de valors extrems significatius.

Figura 42.

Histograma EAR mostra total



Taula 37.

Estadístics descriptius puntuació EAR mostra total

		Estadístic	Error típ.	
NIVELL D'AUTOESTIMA	Mitjana	32,26	0,419	
	Interval de confiança per la mitjana al 95%	Límit inferior	31,43	
		Límit superior	33,09	
	Mitjana retallada al 5%	32,44		
	Mediana	33,00		
	Variància	25,684		
	Desviació típica	5,068		

Mínim	12	
Màxim	40	
Rang	28	
Rang interquartílic	7	
Asimetria	-0,594	0,201
Curtosi	0,583	0,399

Taula 38.

Estimadors-M per Nivell d'autoestima mostra total

	Estimador-M de Bponderat de		Estimador-M de	Ona
	Huber ^a	Tukey ^b	Hampel ^c	d'Andrews ^d
NIVELL D'AUTOESTIMA	32,59	32,71	32,55	32,71

- a. La constant de ponderació és 1,339.
b. La constant de ponderació és 4,685.
c. Les constants de ponderació són 1,700, 3,400 i 8,500.
d. La constant de ponderació és $1,340 \cdot \pi$.

D'altra banda, la prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov de la Taula 39 ($p=0,00$), indica que la distribució no s'ajusta a la normalitat.

Taula 39.

Proves de normalitat puntuació EAR mostra total

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístic	gl	Sig.	Estadístic	gl	Sig.
NIVELL D'AUTOESTIMA	0,096	146	0,00	0,957	146	0,00

- a. Correcció de la significació de Lilliefors

A les gràfiques Q-Q normal (Figura 43) i Q-Q normal sense tendències (Figura 44) confirmen que no hi ha tendència a la normalitat i un valor inferior allunyat de la normal.

Figura 43.

Gràfica Q-Q normal Puntuació EAR mostra total

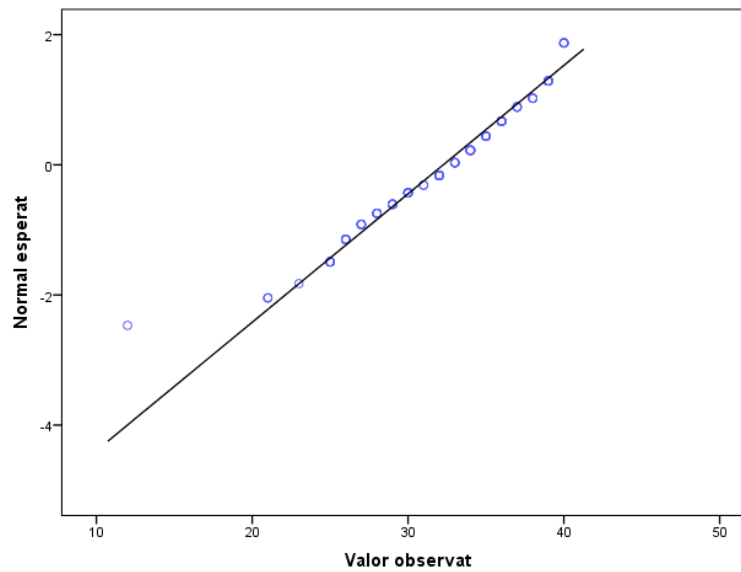


Figura 44.

Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació EAR mostra total

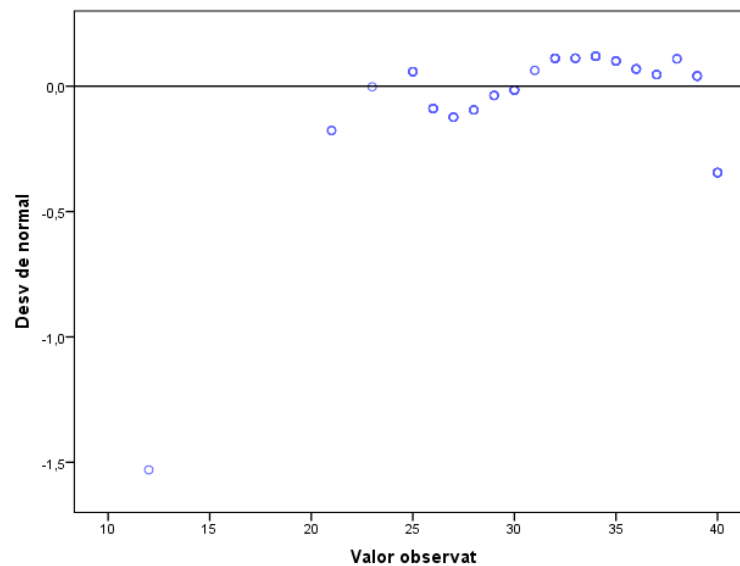
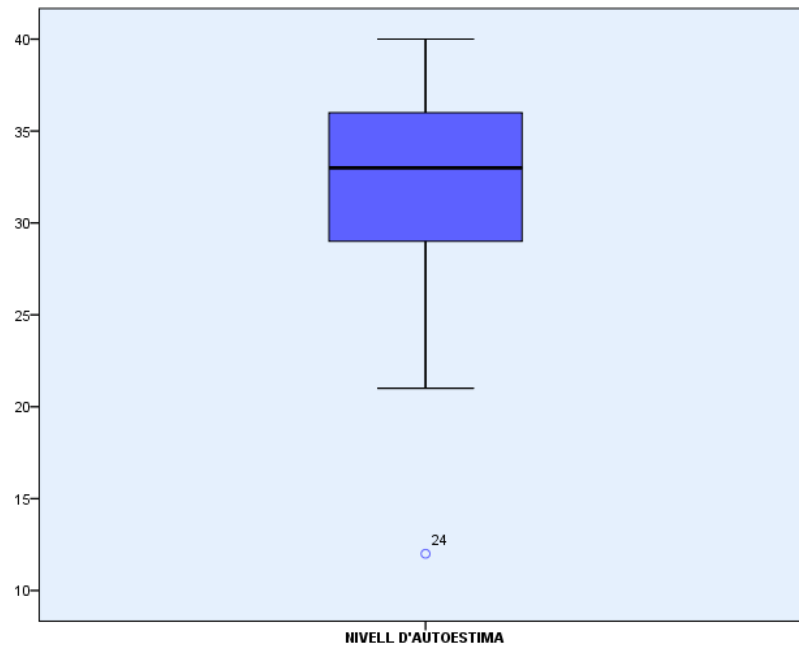


Figura 45.

Gràfica de Caixa i bigotis Puntuació EAR mostra total



Quan analitzem els histogrames de les puntuacions de les dues mostres per separat (Figures 46 i 47) podem afirmar que, tot i que les puntuacions són similars a la part alta de l'escala, no són així a la part baixa, ja que el col·lectiu de professionals no obtenen puntuacions per sota de 25, en canvi si tenen representació en el col·lectiu d'usuaris (1 participant obté la puntuació 12, un altre la 23 i 3 la 21). Això indica que alguns usuaris tenen menys autoestima, en general, que els professionals, però poc representatiu.

Al realitzar l'anàlisi exploratòria de les dades de les puntuacions de l'EAR per les dues mostres separadament, destaquem:

Si es comparem les distribucions de les puntuacions de l'EAR agrupades als histogrames pel col·lectiu d'usuaris (Figura 46) i el dels professionals (Figura 47), s'aprecia clarament com la distribució al col·lectiu d'usuaris presenta asimetria negativa i forma leptocúrtica, amb un valor allunyat de la resta; Mentre la distribució al col·lectiu de professionals presenta forma mesocúrtica i lleu asimetria negativa.

Figura 46.

Histograma Puntuació EAR usuaris

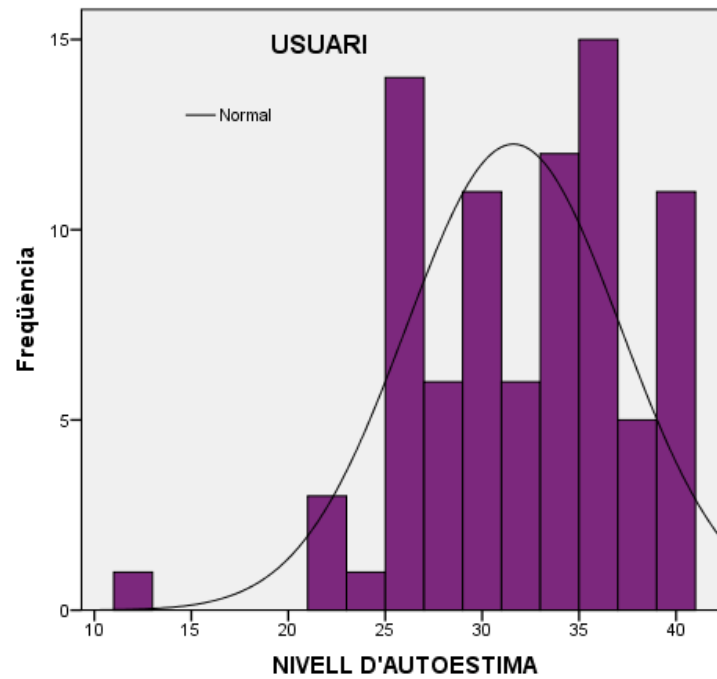
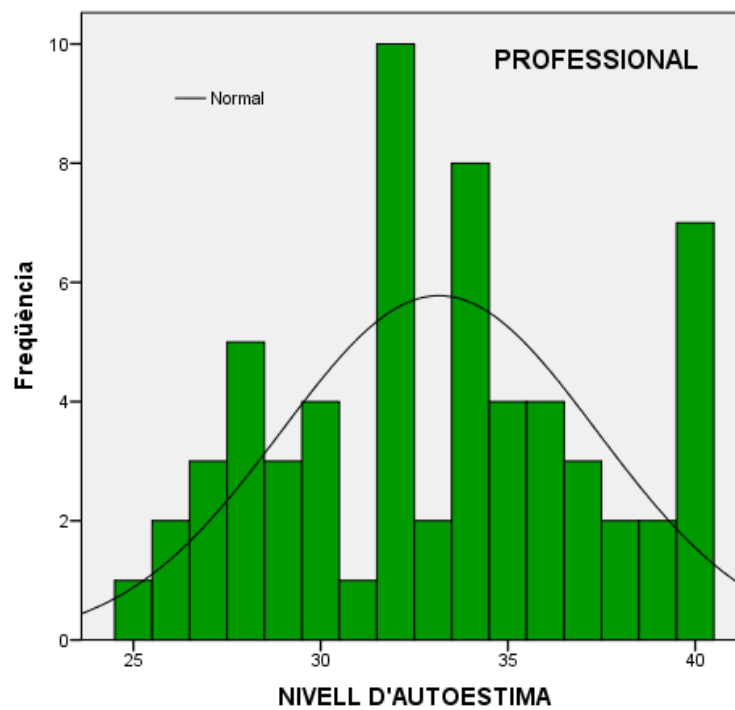


Figura 47.

Histograma Puntuació EAR professionals



La mitjana, la mitjana retallada i la mediana d'ambdues mostres (Taula 40) estan properes entre elles al mateix col·lectiu i entre ambdós col·lectius, igual que els Estimadors-M (Taula 41). Indicant-nos que no existeixen anomalies significatives de les dades.

Pel que fa a l'asimetria i la curtosi (Taula 40) a més d'observar que si per la n1 l'índex d'asimetria és negatiu i el de curtosi positiu, per n2 el d'asimetria és positiu i el de curtosi negatiu, els intervals per ambos índexs són:

$$n1: \text{Asimetria: } -0,652 \pm 2 * 0,261 \rightarrow (-0,13; -1,174)$$

$$\text{Curtosi: } 0,434 \pm 2 * 0,517 \rightarrow (1,468; -0,6)$$

$$n2: \text{Asimetria: } 0,025 \pm 2 * 0,306 \rightarrow (0,637; -0,587)$$

$$\text{Curtosi: } -0,897 \pm 2 * 0,604 \rightarrow (0,311; -2,105)$$

Els intervals de la curtosi per cada una de les mostres ens indiquen que no hi ha problemes destacables de curtosi, ja que a tots els intervals s'hi inclou el valor 0; En canvi l'interval d'asimetria pel col·lectiu d'usuaris no conté el valor 0, el que indica que la distribució és asimètrica, a diferència del col·lectiu de professionals, la distribució del qual és simètrica, ja que l'interval d'asimetria conté el valor 0.

Taula 40.

Descriptius per puntuació EAR ambdues mostres

		Estadístic	Error típ.	
NIVELL D'AUTOESTIMA	Usuari	Mitjana	31,61	0,600
		Interval de confiança per Límit inf.	30,42	
		la mitjana al 95% Límit sup.	32,81	
		Mitjana retallada al 5%	31,89	
		Mediana	33,00	
		Variància	30,645	
		Desviació típica	5,536	
		Mínim	12	

	Màxim		40	
	Rang		28	
	Rang interquartílic		9	
	Asimetria		-0,652	0,261
	Curtosi		0,434	0,517
	Mitjana		33,16	0,539
	Interval de confiança per la mitjana al 95%	Límit inf.	32,09	
		Límit sup.	34,24	
	Mitjana retallada al 5%		33,20	
	Mediana		33,00	
	Variància		17,739	
Professional	Desviació típica		4,212	
	Mínim		25	
	Màxim		40	
	Rang		15	
	Rang interquartílic		6	
	Asimetria		0,025	0,306
	Curtosi		-0,897	0,604

Si analitzem les proves de Kolmogorov-Smirnov (Taula 42) observem uns valors p de n1: 0,02 i n2: 0,20, el que indica normalitat en la distribució dels valors a la mostra de professionals però no a la d'usuaris.

Taula 41.*Estimadors-M per Nivell d'autoestima ambdues mostres*

		Estimador-M de Huber ^a	Biponderat de Tukey ^b	Estimador-M de Hampel ^c	Ona d'Andrews ^d
NIVELL	Usuari	32,01	32,14	31,98	32,14
D'AUTOESTIMA	Professional	33,07	33,09	33,07	33,09

a. La constant de ponderació és 1,339.

b. La constant de ponderació és 4,685.

c. Les constants de ponderació són 1,700, 3,400 y 8,500.

d. La constant de ponderació és $1,340 \cdot \pi$.

Taula 42.*Proves de normalitat puntuació EAR ambdues mostres*

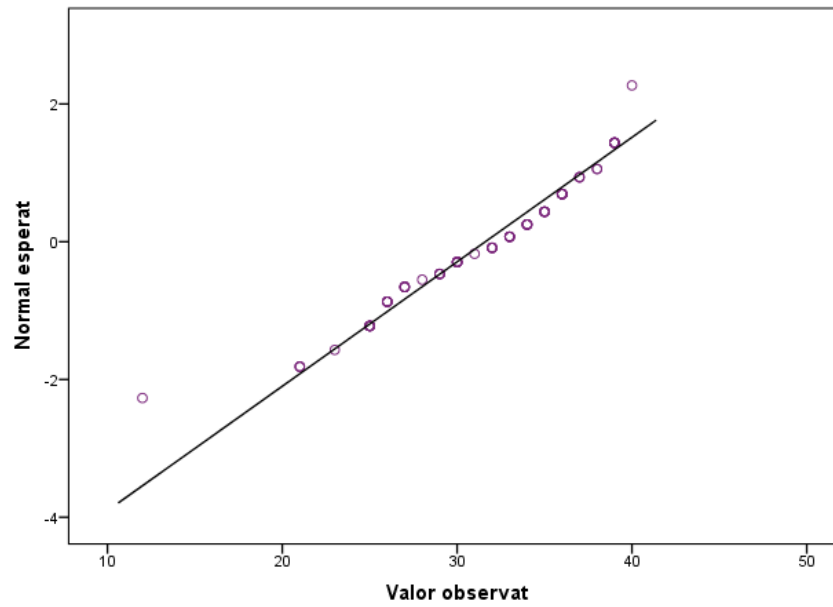
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístic	gl	Sig.	Estadístic	gl	Sig.
NIVELL	Usuari	0,105	85	0,02	0,944	85	0,00
D'AUTOESTIMA	Professional	0,084	61	0,20*	0,959	61	0,04

a. Correcció de la significació de Lilliefors *. Aquest és un límit inferior de la significació verdadera.

A la gràfica Q-Q normal (Figura 48) i la gràfica Q-Q normal sense tendència (Figura 49) de la mostra del col·lectiu d'usuaris es detecta un valor allunyat de la normal, significatiu en quant representa 2 desviacions típiques de la mitjana, que haurem de vigilar al fer les següents anàlisis de les dades, a més de no poder afirmar la normalitat de la distribució. Les gràfiques Q-Q normal (Figura 50) i Q-Q normal sense tendència (Figura 51) del col·lectiu de professionals, mostren normalitat de les distribucions de les puntuacions del EAR en aquesta mostra.

Figura 48.

Gràfica Q-Q normal *Puntuació EAR usuaris*

**Figura 49.**

Gràfica Q-Q normal sense tendència *Puntuació EAR usuaris*

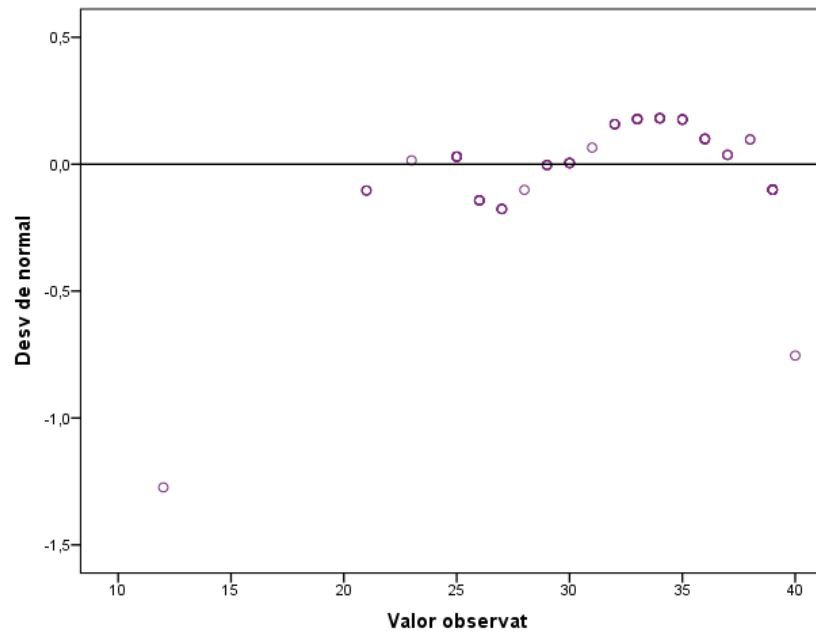
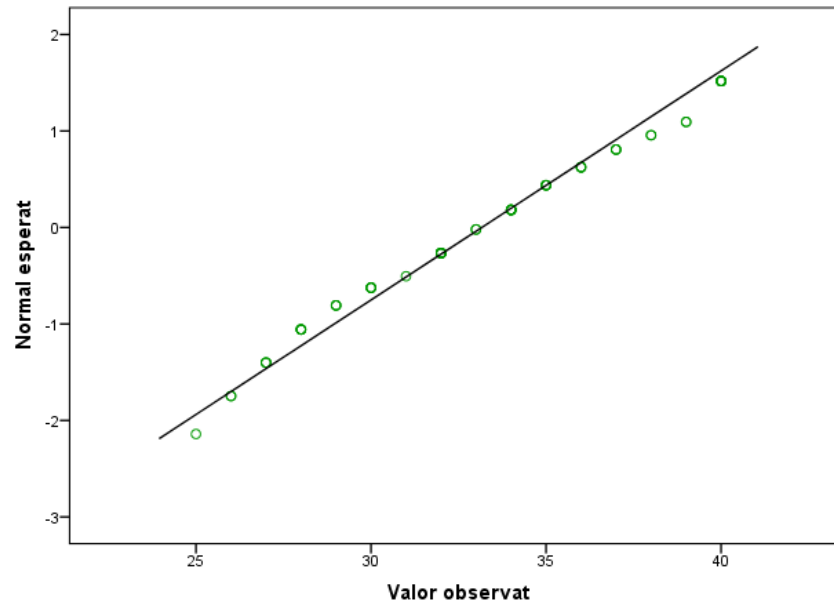
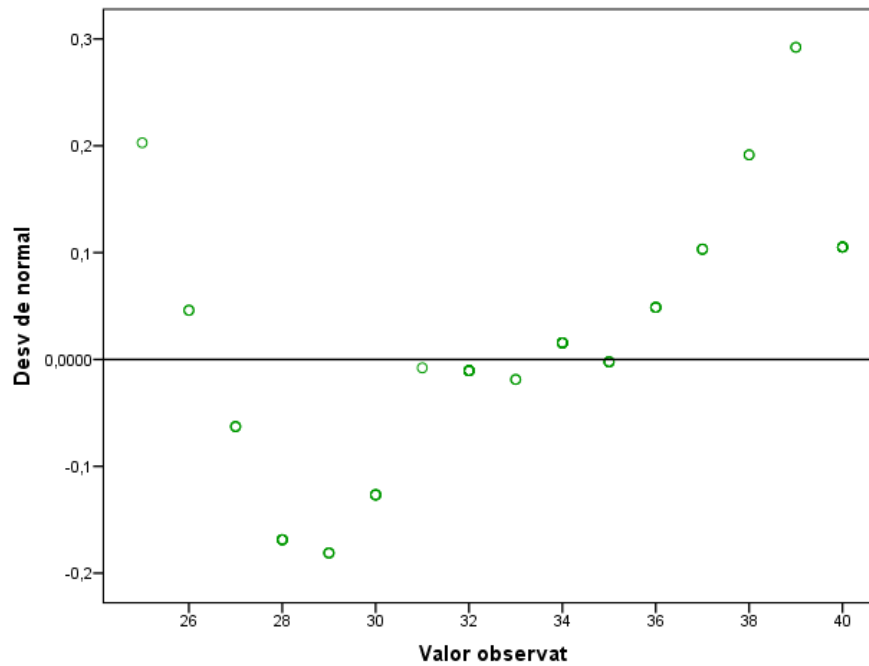


Figura 50.

Gràfica Q-Q normal *Puntuació EAR professionals*

**Figura 51.**

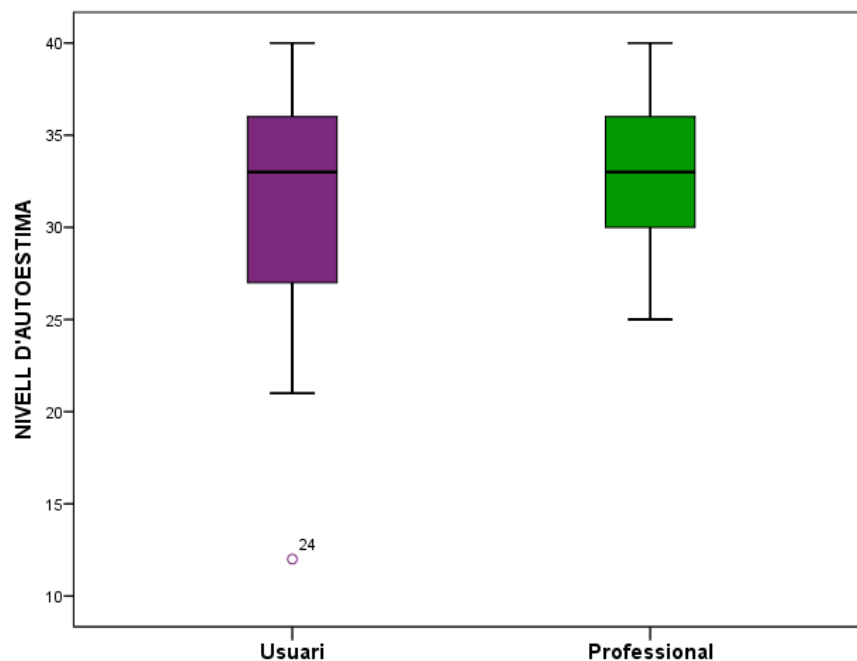
Gràfica Q-Q normal sense tendència *Puntuació EAR professionals*



Finalment, si analitzem la gràfica comparativa de caixa i bigotis d'ambdues mostres (Figura 52) es pot confirmar que pel col·lectiu d'usuaris hi ha un valor inferior extrem (ja em vist que el considerarem significatiu i haurem de vigilar en les següents anàlisis), a més de l'asimetria, al contenir la línia de la mediana molt desplaçada dins la caixa; D'altra banda es confirma que les mitjanes són similars a ambdós col·lectius, tot i que les distribucions dels valors del EAR sigui tant diferents.

Figura 52.

Gràfica comparativa Caixa i bigotis Puntuació EAR ambdues mostres

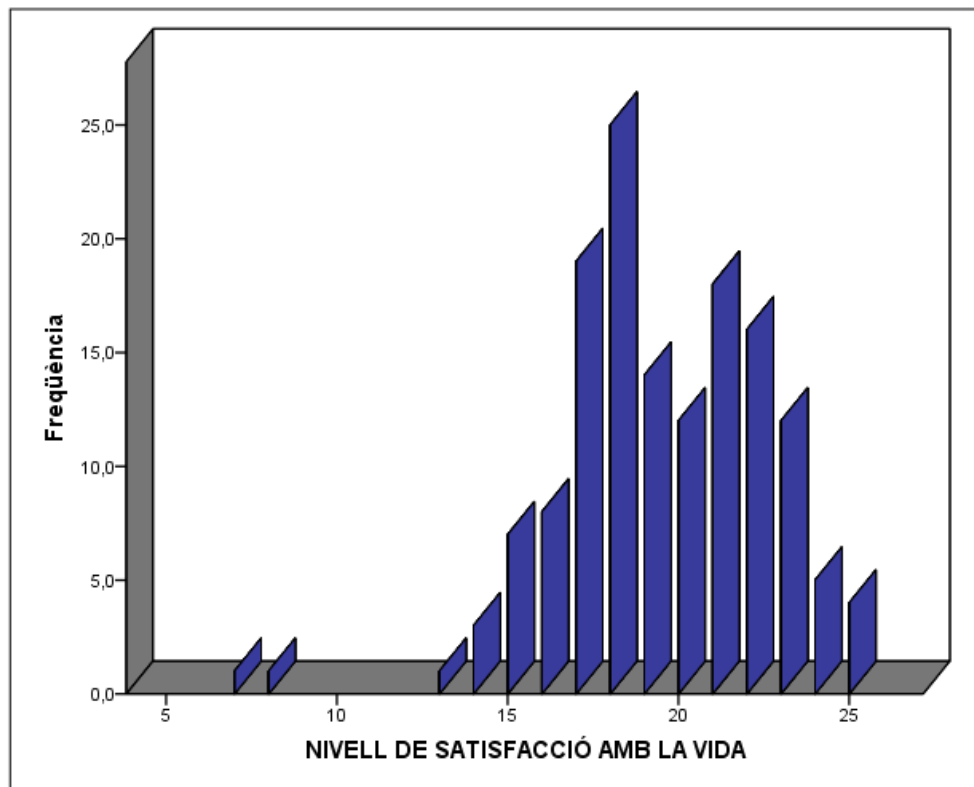


Satisfacció amb la Vida. Com ja s'ha indicat a l'apartat anterior, el nivell de satisfacció amb la vida dels participants a l'estudi s'analiza mitjançant l'escala SWLS, que avalua el judici global que fan les persones sobre la satisfacció amb la seva pròpia vida, amb una puntuació total de 5 (totalment insatisfet) a 25 (totalment satisfet). Si analitzem la Figura 53, podem extreure'n que a la mostra total de participants el nivell de satisfacció amb la vida és elevat, ja que la majoria dels valors de l'escala corresponen a puntuacions altes, a partir de 17, amb només dos valors per sota de 13. Seguidament es realitza una anàlisi més exhaustiva

d'aquestes dades mitjançant l'anàlisi exploratòria de les dades de les puntuacions del SWLS.

Figura 53.

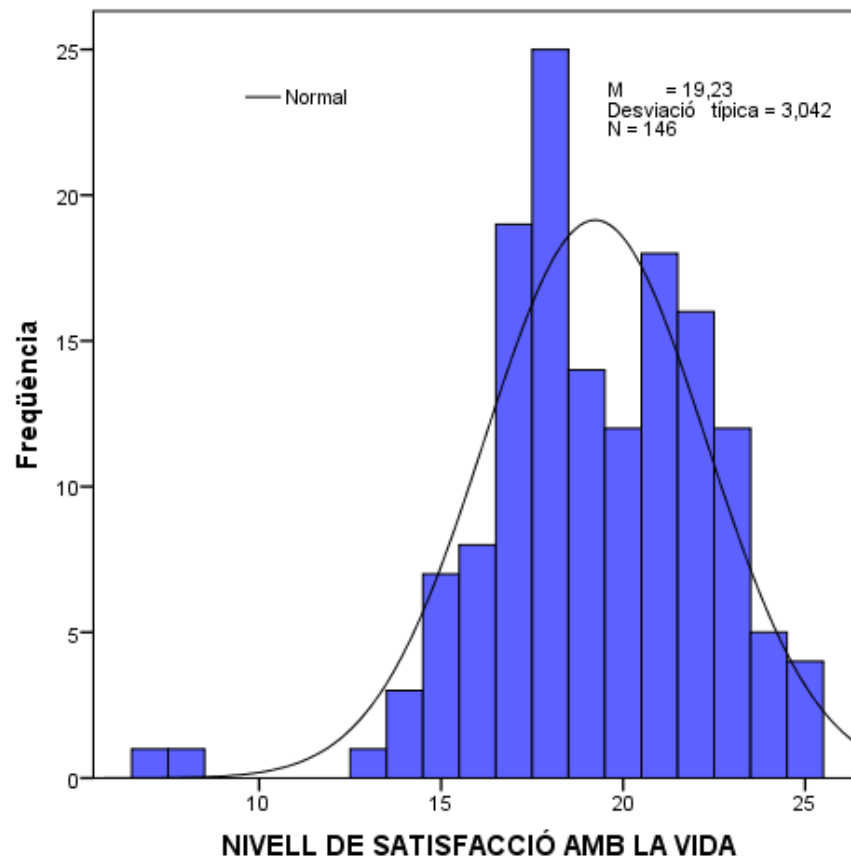
Histograma Puntuació SWLS mostra total



Si observem l'histograma amb els valors de la puntuació de SWLS agrupats per la mostra total amb la corba de la distribució dels valors (Figura 54) podem destacar dos valors inferiors extrems, juntament amb forma leptocúrtica i asimetria negativa. Els Estimadors-M de la Taula 43 són molt propers entre ells i també amb la mitjana, la mediana i la mitjana retallada que també ho són entre elles (Taula 44). Però els intervals d'asimetria (-0,24; -1,044) i de curtosi (2,451; 0,86) ens indiquen (al no contenir el valor 0) problemes de curtosi i simetria. A més, la prova de Kolmogorov-Smirnov (Taula 45), amb $p=0,00$, indica que la distribució de les dades no es correspon a la normalitat (inferior a 0,05).

Figura 54.

Histograma Puntuació agrupada SWLS mostra total



Taula 43.

Estimadors-M per Satisfacció amb la vida mostra total

	Estimador-M de Huber ^a	Biponderat de Tukey ^b	Estimador-M de Hampel ^c	Ona d'Andrews ^d
NIVELL DE SATISFACCIÓ AMB LA VIDA	19,28	19,32	19,34	19,32

a. La constant de ponderació és 1,339.

b. La constant de ponderació és 4,685.

c. Les constants de ponderació són 1,700, 3,400 i 8,500.

d. La constant de ponderació és 1,340*pi.

Taula 44.*Descriptius per puntuació SWLS mostra total*

		Estadístic	Error típic
	Mitjana	19,23	0,252
	Interval de confiança per Límit inferior	18,74	
	la mitjana al 95% Límit superior	19,73	
	Mitjana retallada al 5%	19,32	
	Mediana	19,00	
NIVELL DE	Variància	9,256	
SATISFACCIÓ	Desviació típica	3,042	
AMB LA VIDA	Mínim	7	
	Màxim	25	
	Rang	18	
	Rang interquartílic	5	
	Asimetria	-0,642	0,201
	Curtosi	1,658	0,399

Taula 45.*Proves de normalitat puntuació SWLS mostra total*

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístic	gl	Sig.	Estadístic	gl	Sig.
NIVELL DE						
SATISFACCIÓ	0,103	146	0,00	0,953	146	0,00
AMB LA VIDA						

a. Correcció de la significació de Lilliefors.

Pel que fa a les gràfiques Q-Q normal (Figura 55) i Q-Q normal sense tendència (Figura 56) de la puntuació de l'escala SWLS de la mostra total de participants a l'estudi i a la gràfica

de Caixa i bigotis (Figura 57) s'identifiquen els dos valors inferiors extrems i la mediana desplaçada inferiorment a la caixa, el que ens indica l'asimetria de la distribució.

Figura 55.

Gràfica Q-Q normal Puntuació SWLS mostra total

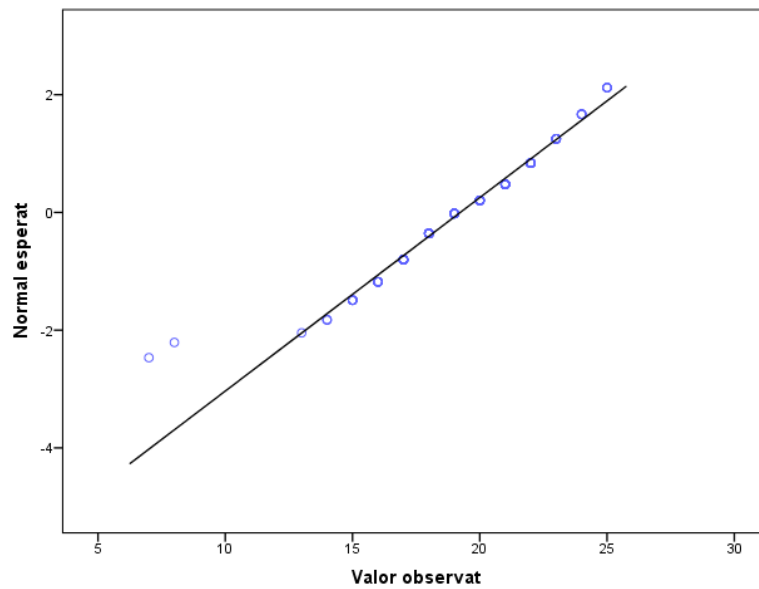


Figura 56.

Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació SWLS mostra total

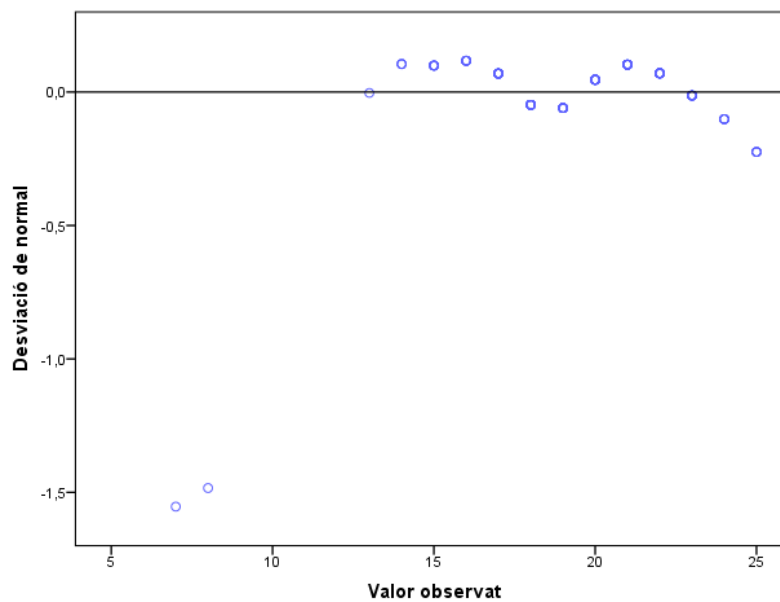
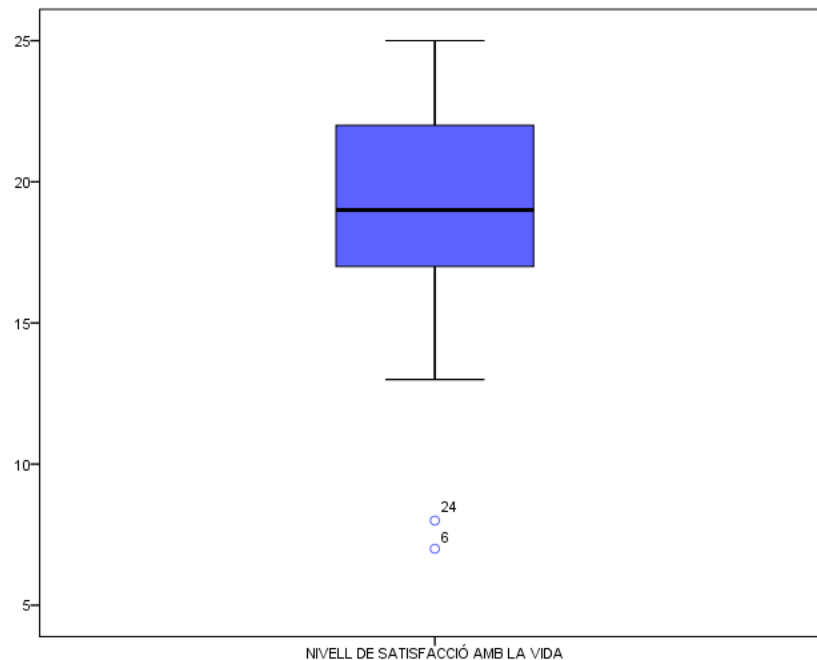


Figura 57.

Gràfica de Caixa i bigotis Puntuació SWLS mostra total



Amb tot això, podem afirmar que la distribució de la variable satisfacció amb la vida a la mostra total presenta discreta asimetria, no s'ajusta a una distribució normal i presenta dos valors extrems significatius (inferiors a 2 desviacions típiques de la mitjana), als que s'haurà de posar atenció a les següents anàlisis.

Al realitzar una anàlisi comparativa de les puntuacions de l'escala SWLS amb els polígons de freqüències suavitzats pel col·lectiu d'usuaris i de professionals (Figures 58 i 59) es pot afirmar que el col·lectiu de professionals presenta nivells més elevats de satisfacció amb la vida que el d'usuaris, ja que el valor més baix en el col·lectiu d'usuaris correspon al 7 i 8 (amb un cas cada un), tot i que després no es presenta cap cas fins el valor 13 (1 cas), en canvi al col·lectiu de professionals el valor més baix és el 16 (2 casos); La distribució de les puntuacions presenta major dispersió en el col·lectiu d'usuaris atenent a la desviació típica, major en aquesta mostra que en la del col·lectiu de professionals, i a la forma dels polígons de

freqüència suavitzats. D'altra banda al col·lectiu d'usuaris s'observen dos valors inferiors molt allunyats de la mitjana, que analitzarem més endavant. I la distribució al col·lectiu d'usuaris presenta forma mesocúrtica i asimetria negativa, mentre la del col·lectiu de professionals presenta forma leptocúrtica i asimetria positiva; si això és significatiu s'analitzarà seguidament amb descriptius i proves més robustos.

A la Taula 46 s'observa com la Mitjana, la Mitjana retallada i la Mediana estan molt properes entre elles a cada col·lectiu però no així entre els dos col·lectius, el rang de les dades és el doble al col·lectiu d'usuaris del de professionals (18 al d'usuaris i 9 al de professionals), tot i que els rangs interquartílics estan molt propers (5 al col·lectiu d'usuaris i 4 al de professionals). Respecte l'asimetria i la curtosi podem destacar que l'asimetria és negativa al col·lectiu d'usuaris i positiva al de professionals, al contrari que la curtosi, positiva al d'usuaris i negativa al de professionals; Els intervals de la curtosi per cada una de les mostres [(2,436; 0,368) pels usuaris, (0,211; -2,205) pels professionals] ens indiquen que no hi ha problemes destacables de curtosi a la distribució de les dades al col·lectiu de professionals a diferència del d'usuaris, que no inclou el valor 0; En canvi l'interval d'asimetria [(-0,122; -1,166) pels usuaris, (0,826; -0,398) pels professionals] pel col·lectiu d'usuaris ens fa preveure que la distribució és asimètrica, a diferència de la de professionals, la distribució del qual és simètrica.

D'altra banda els Estimadors-M per ambdues mostres (Taula 47) són bastant propers a la mitjana, a més no difereixen en gran mesura entre ambdós col·lectius. Tot i això, la prova de normalitat de Kolmogorov-Smirnov (Taula 48) indica que per ambdues mostres la distribució segueix una distribució que no s'ajusta a la normal.

Figura 58.

Histograma Puntuació SWLS mostra usuaris

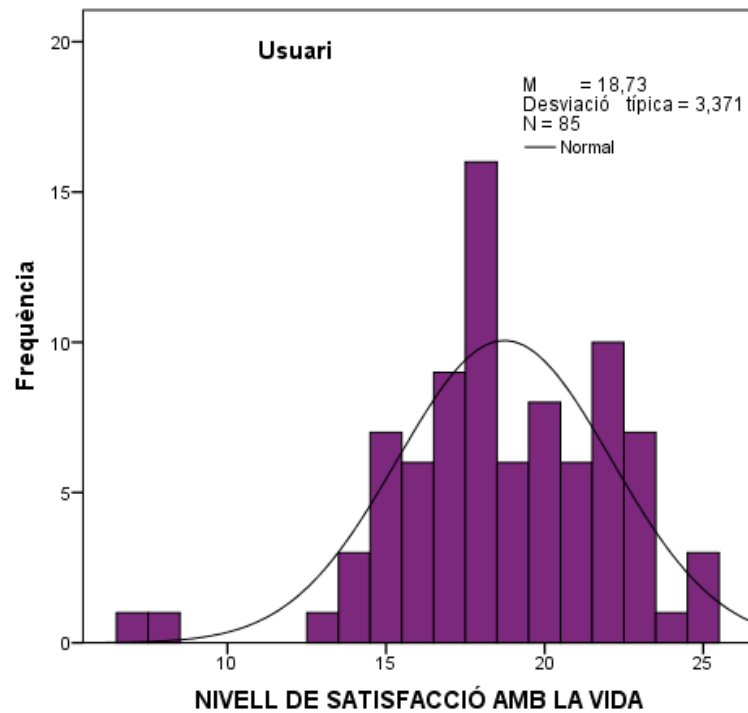
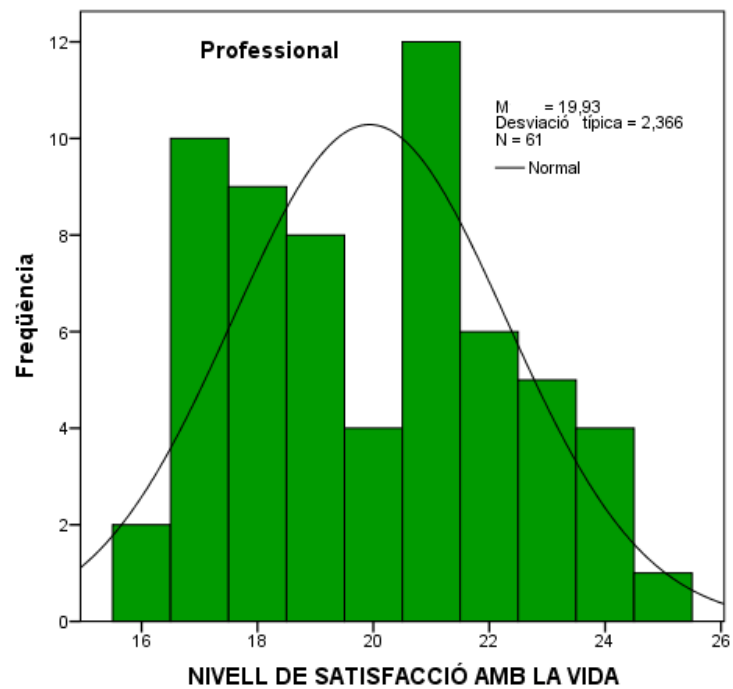


Figura 59.

Histograma Puntuació SWLS mostra professionals



Taula 46.

Descriptius per puntuació SWLS ambdues mostres

			Estadístic	Error típ.		
NIVELL DE SATISFACCIÓ AMB LA VIDA	Usuari	Mitjana	18,73	0,366		
		Interval de confiança	Límit inf.	18,00		
		per la mitjana al 95%	Límit sup.	19,46		
		Mitjana retallada al 5%		18,85		
		Mediana		18,00		
		Variància		11,366		
		Desviació típica		3,371		
		Mínim		7		
		Màxim		25		
		Rang		18		
		Rang interquartílic		5		
		Asimetria		-0,644	0,261	
		Curtosi		1,402	0,517	
		NIVELL DE SATISFACCIÓ AMB LA VIDA	Professional	Mitjana	19,93	0,303
				Interval de confiança	Límit inf.	19,33
per la mitjana al 95%	Límit sup.			20,54		
Mitjana retallada al 5%				19,89		
Mediana				20,00		
Variància				5,596		
Desviació típica				2,366		
Mínim				16		
Màxim				25		
Rang				9		
Rang interquartílic				4		
Asimetria				0,214	0,306	
Curtosi				-0,997	0,604	

Taula 47.

Estimadors-M puntuació SWLS ambdues mostres

		Estimador-M de Huber ^a	Biponderat de Tukey ^b	Estimador-M de Hampel ^c	Ona d'Andrews ^d
NIVELL DE	Usuari	18,77	18,85	18,89	18,85
SATISFACCIÓ					
AMB LA VIDA	Professional	19,83	19,87	19,88	19,87

a. La constant de ponderació és 1,339.

b. La constant de ponderació és 4,685.

c. Les constants de ponderació són 1,700, 3,400 y 8,500.

d. La constant de ponderació és 1,340*pi.

Taula 48.

Proves de normalitat Puntuació SWLS ambdues mostres

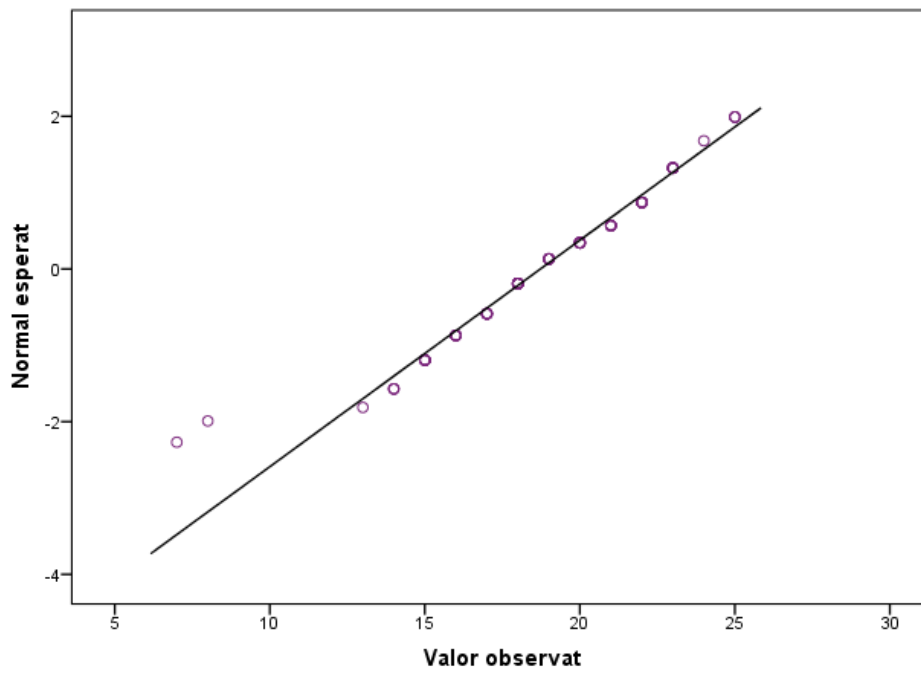
		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estadístic	gl	Sig.	Estadístic	gl	Sig.
NIVELL DE	Usuari	0,103	85	0,03	0,952	85	0,00
SATISFACCIÓ							
AMB LA VIDA	Professional	0,138	61	0,01	0,946	61	0,01

a. Correcció de la significació de Lilliefors.

Les gràfiques Q-Q normal (Figures 60 i 61) i Q-Q normal sense tendència (Figures 62 i 63), no demostren normalitat de les distribucions de les puntuacions del EAR en ambdues mostres, detectant, a la gràfica Q-Q normal (Figura 60) i la gràfica Q-Q normal sense tendència (Figura 62) de la mostra del col·lectiu d'usuaris, dos valors allunyats de la normal, significatius en quant representen 2 desviacions típiques de la mitjana, que haurem de vigilar al fer les següents anàlisis de les dades.

Figura 60.

Gràfica Q-Q normal Puntuació SWLS mostra d'usuaris

**Figura 61.**

Gràfica Q-Q normal Puntuació SWLS mostra professionals

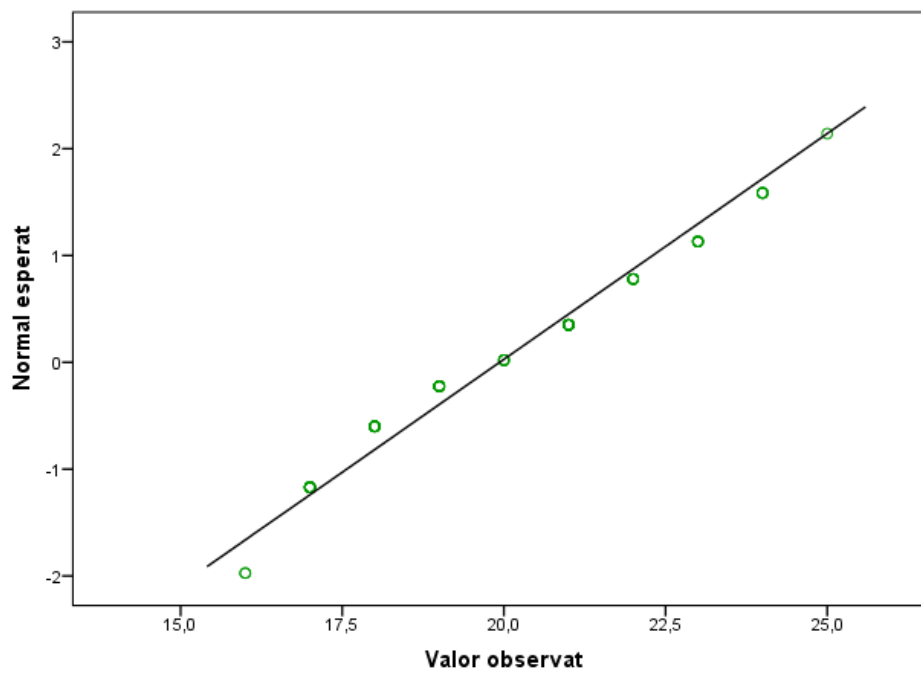
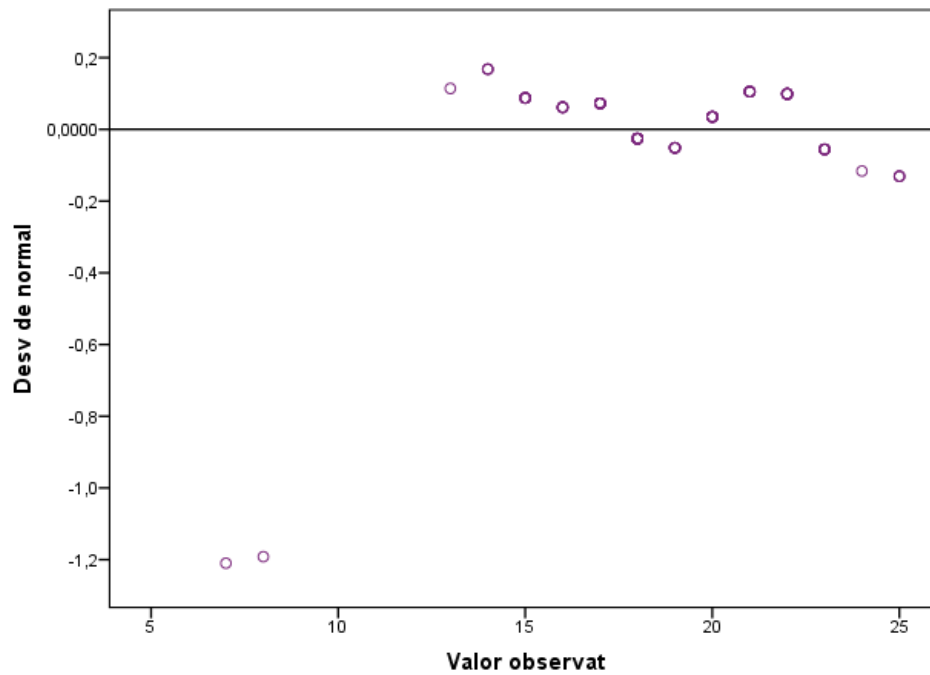
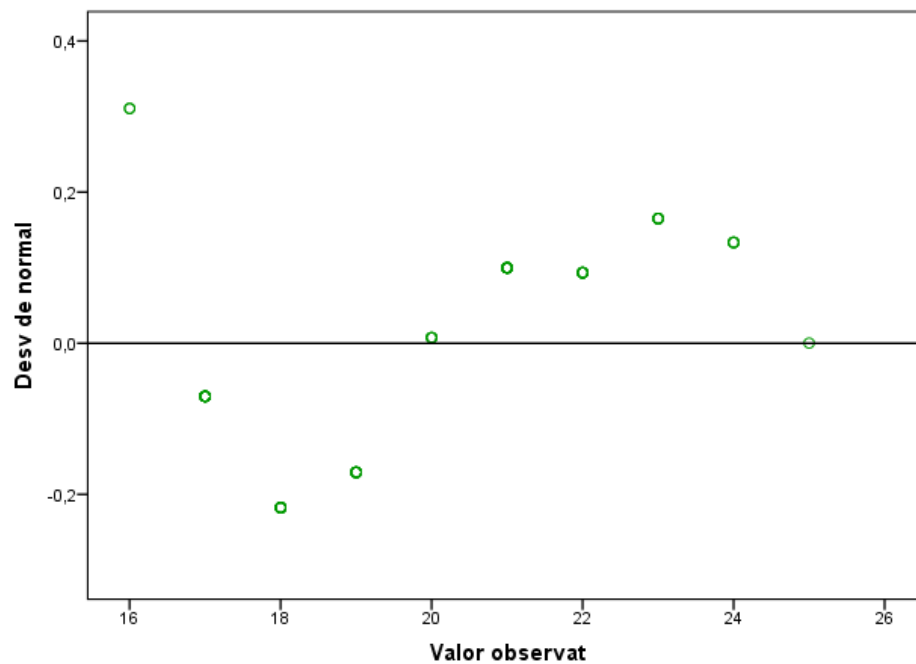


Figura 62.

Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació SWLS mostra usuaris

**Figura 63.**

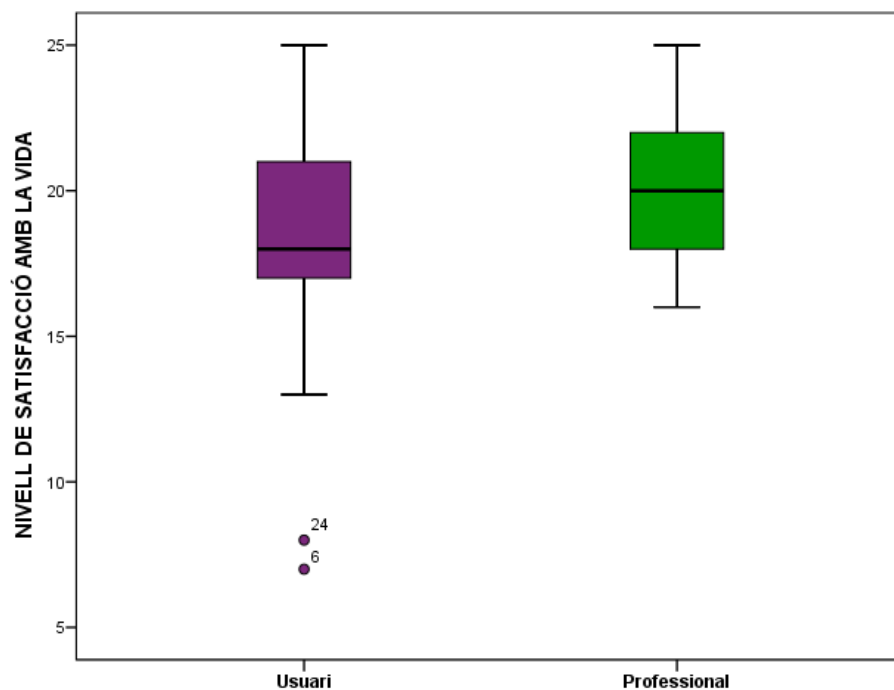
Gràfica Q-Q normal sense tendència Puntuació SWLS mostra professionals



Si analitzem la gràfica comparativa de Caixa i bigotis d'ambdues mostres (Figura 64), es pot confirmar que pel col·lectiu d'usuaris hi ha dos valors inferiors extrems (ja em vist que el considerarem significatiu i haurem de considerar en les següents anàlisis), a més de l'asimetria, al contenir la línia de la mediana molt desplaçada dins la caixa al col·lectiu d'usuaris i diferències en la llargada dels bigotis de les distribucions de les puntuacions d'ambdues mostres; D'altra banda es confirma que les medianes són diferents però properes a ambdós col·lectius.

Figura 64.

Gràfica de Caixa i bigotis Puntuació SWLS ambdues mostres



Capacitat Funcional. Per la variable Capacitat funcional, com ja s'ha indicat a l'apartat anterior, es determina la capacitat per realitzar les ABVD del col·lectiu d'usuaris dels centres mitjançant les puntuacions de l'Índex de Barthel; que va de 0 a 100. Podem observar, tant a la Taula 49 com a la Figura 65, que la majoria dels participants del col·lectiu d'usuaris tenen una dependència lleu per les ABVD (41 participants dels 85, és a dir, el 48,24% de n1), a més

només el 4,71% dels participants (4 usuaris) tenen dependència total i un 12,94% dependència greu (11 usuaris). D'altra banda, un percentatge baix, el 14,11% dels participants (12 usuaris), presenten una independència total.

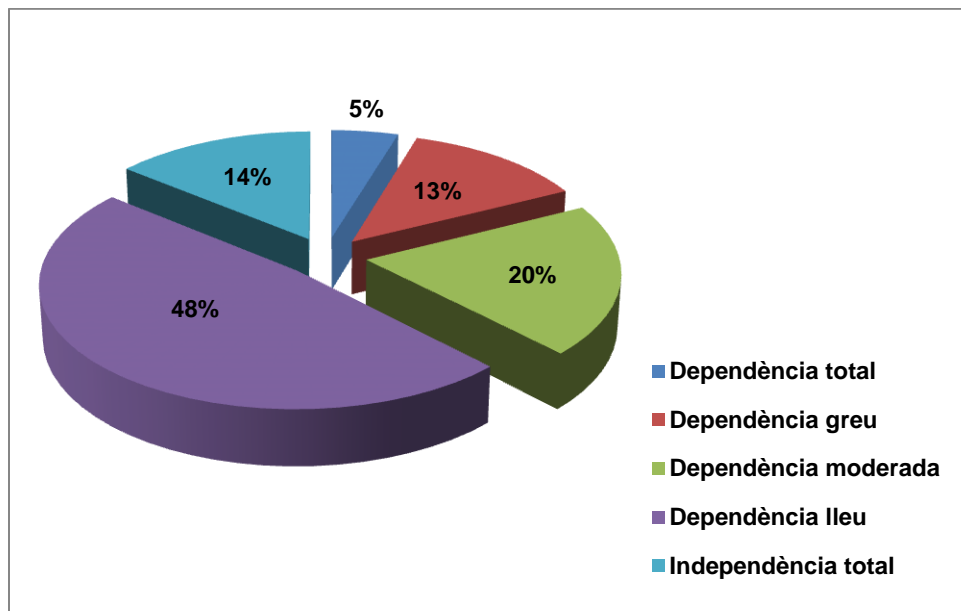
Taula 49.

Freqüències per Capacitat funcional mostra usuaris

	ÍNDIX DE BARTHEL	Freqüència	Percentatge
	Menor de 20: Dependència total	4	4,71
	De 20 a 35: Dependència greu	11	12,94
	De 40 a 55: Dependència moderada	17	20
	De 60 a 95: Dependència lleu	41	48,24
	100 punts: Independència total	12	14,11
	TOTAL	85	100

Figura 65.

Gràfica de sectors Capacitat funcional mostra usuaris



Participació en Activitats. Aquesta variable, definida com la manera en la que l'usuari s'adapta a la dinamització del centre, és una variable multivariant formada per: Participació en activitats socials, participació en psicoestimulació i participació en activitats físiques. Cada una d'aquestes variables pot prendre 4 categories: Participa 1 vegada a la setmana, Participa més d'una vegada a la setmana, Participa menys d'una vegada a la setmana i No participa.

Si analitzem la variable Participació en activitats socials dels usuaris de l'estudi mitjançant la Taula 50 i la Figura 66 comprovem que un nombre molt elevat de participants a l'estudi participa més d'una vegada a la setmana en aquest tipus d'activitat (51, el 60% de la mostra d'usuaris), no n'hi ha cap que participi 1 vegada a la setmana, només 6 que participin menys d'una vegada a la setmana (el 7% del total de participants del col·lectiu d'usuaris) i 28 persones que no participen en activitats socials (el 33% dels participants dels col·lectiu d'usuaris). Aquestes dades són similars a les de la variable participació en activitats de psicoestimulació de la mostra d'usuaris (Taula 50 i Figura 67), en la qual novament un nombre molt elevat de participants a l'estudi participa més d'una vegada a la setmana en aquest tipus d'activitat (57, el 67% de la mostra d'usuaris), només 4 participants (el 5% dels participants de la mostra d'usuaris) participa 1 vegada a la setmana, únicament 2 que participin menys d'una vegada a la setmana (el 2% del total de participants del col·lectiu d'usuaris) i 22 persones que no participen en activitats de psicoestimulació (el 26% dels participants dels col·lectiu d'usuaris). Finalment, la Taula 50 i la Figura 68 ens indiquen que les dades dels participants respecte la participació en activitats físiques són també similars a les de les dues variables anteriors: un nombre molt elevat de participants a l'estudi participa més d'una vegada a la setmana en aquest tipus d'activitat (61, el 71% de la mostra d'usuaris), només n'hi ha 4 que participin 1 vegada a la setmana (el 5% del total de la mostra d'usuaris), no n'hi ha cap que participi menys d'una vegada a la setmana i 20 persones que no participen en activitats físiques (el 24% dels participants dels col·lectiu d'usuaris).

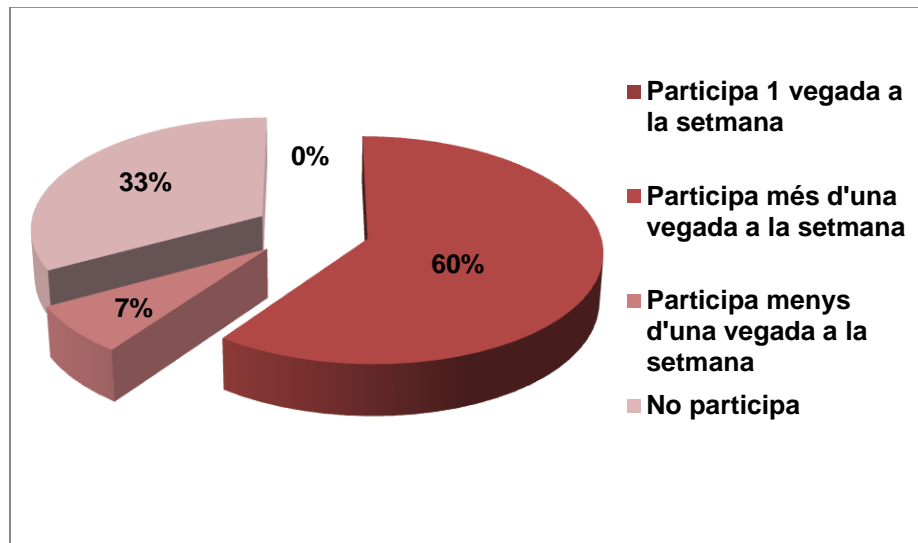
Taula 50.

Freqüències per Participació en activitats mostra usuaris

		Freqüència	% de n1
PARTICIPACIÓ EN ACTIVITATS SOCIALS	Participa 1 vegada a la setmana	0	0%
	Participa més d'una vegada a la setmana	51	60%
	Participa menys d'una vegada a la setmana	6	7%
	No participa	28	33%
	Total	85	100%
PARTICIPACIÓ EN PSICOESTIMULACIÓ	Participa 1 vegada a la setmana	4	5%
	Participa més d'una vegada a la setmana	57	67%
	Participa menys d'una vegada a la setmana	2	2%
	No participa	22	26%
	Total	85	100%
PARTICIPACIÓ EN ACTIVITATS FÍSQUES	Participa 1 vegada a la setmana	4	5%
	Participa més d'una vegada a la setmana	61	71%
	Participa menys d'una vegada a la setmana	0	0%
	No participa	20	24%
	Total	85	100%

Figura 66.

Gràfica de sectors Participació en activitats socials mostra usuaris

**Figura 67.**

Gràfica de sectors Participació en activitats de psicoestimulació mostra usuaris

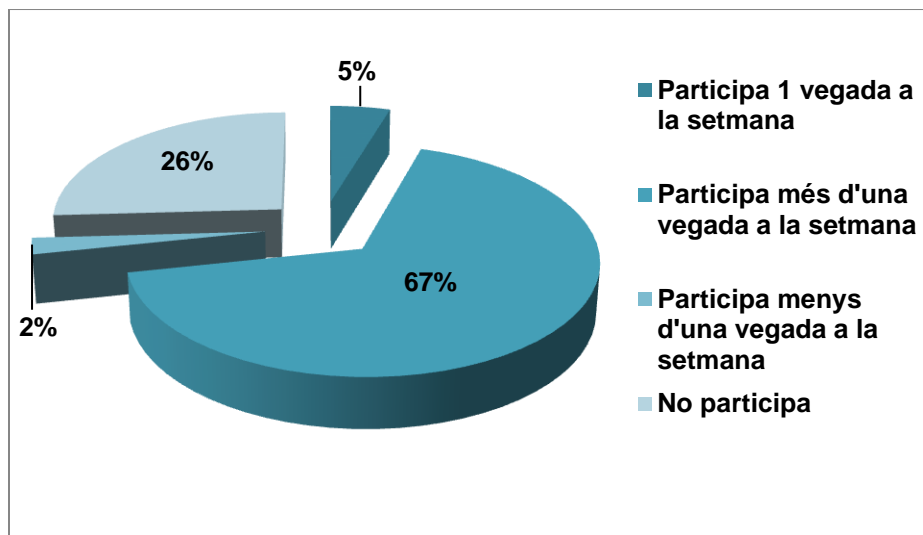
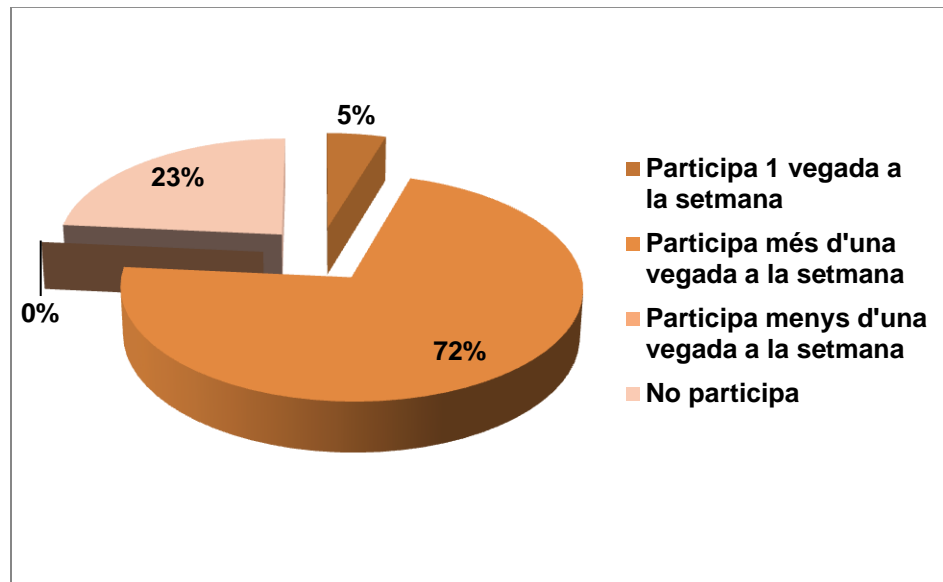


Figura 68.

Gràfica de sectors Participació en activitats físiques mostra usuaris



Anàlisi dels Supòsits Multivariable. Les tècniques correlacionals, per descriure la relació entre les diferents variables, han de seguir els supòsits multivariants que s'han detallat a la Metodologia. Com que el supòsit de normalitat de la distribució de les dades de la variable de resposta no s'acompleix al nostre estudi, ja no seguim l'anàlisi dels següents supòsits i analitzem la relació de les diferents variables amb les puntuacions al CENVE mitjançant tècniques no paramètriques.

Relació entre les Variables Sociodemogràfiques i la Puntuació al CENVE. Per analitzar les possibles relacions entre la puntuació al CENVE (variable quantitativa) i les variables sociodemogràfiques (variables qualitatives d'agrupació) es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis per les variables qualitatives amb més de dos grups (tipus de participant, edat, estat civil, convivència amb ancians, nivell d'estudis i professió) i el Test U de Mann-Whitney (W) per les variables idioma i gènere, al ser variables amb dos grups.

Relació entre el Tipus de Participant i la Puntuació al CENVE. Per aquesta anàlisi els participants es classifiquen en: Professional, usuari de residència i usuari de Centre de dia. A la Taula 51 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable Tipus de participant, observant la taula, podem afirmar que les mitjanes del col·lectiu d'usuaris, tant de residència com de Centre de dia són similars, no així entre els professionals i el col·lectiu d'usuaris, essent més elevada la puntuació al CENVE pel col·lectiu d'usuaris. Per analitzar si aquestes diferències són significatives es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis, que conclou que aquestes diferències són significatives ($H=16,202$ $p=0,00$). La prova post hoc Dunn (Taula 52) indica que hi ha diferències significatives a la puntuació del CENVE entre el col·lectiu de professionals i el d'usuaris de residència i el col·lectiu de professionals i el d'usuaris de Centre de dia. Per tant els usuaris tenen major nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa.

Taula 51.

Descriptius puntuació CENVE segons el tipus de participant. Mostra total

	N	Mitjana	Desv. típ.	Error típ.	Mínim	Màxim
Usuari de centre de dia	16	42,00	13,856	3,464	15	59
Usuari de residència	69	42,25	13,251	1,595	15	60
Professional	61	33,56	9,400	1,203	15	60
Total	146	38,59	12,533	1,037	15	60

Taula 52.*Prova Post hoc Dunn CENVE-Tipus de participant. Mostra total*

Comparació	z	W_i	W_j	p
Usuari de centre de dia -Usuari de residència	0,196	87,281	84,978	0,42
Usuari de centre de dia - Professional	2,559	87,281	56,902	0,01
Usuari de residència - Professional	3,780	84,978	56,902	0,00

Relació de l'Idioma amb la Puntuació al CENVE. A la Taula 53 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable idioma per la mostra total, en ella comprovem que la mitjana de les puntuacions del CENVE als participants de parla castellana és més gran que la dels participants de parla catalana de la mostra total. A l'estudi l'idioma és una variable dicotòmica, per la qual cosa, per analitzar si aquestes diferències són estadísticament significatives, es realitza el Test U de Mann-Whitney (W), comprovant que les diferències en les puntuacions del CENVE no són significatives entre grups segons l'idioma a la mostra total (W=2048,5 p=0,25). Si ho analitzem per les dues mostres, comprovem que tampoc hi ha diferències significatives a les puntuacions del CENVE per n1 (W=724,5 p=0,81) però si per n2 (W=288 p=0,04), amb un rang biserial: -0,329 i, al ser negatiu, podem afirmar que a la mostra del col·lectiu de professionals els participants de parla castellana tenen un nivell d'estereotips estadísticament significatiu més elevat que els de parla catalana.

Taula 53.*Descriptius puntuació CENVE segons l'idioma. Mostra total*

IDIOMA	N	Mitjana	Desv. típ.	Error típ.	Mínim	Màxim
Català	99	37,75	12,519	1,258	15	60
Castellà	47	40,36	12,510	1,825	15	60
Total	146	38,59	12,533	1,037	15	60

Relació de l'Edat amb la Puntuació al CENVE. Per aquesta anàlisi els participants es classifiquen segons l'edat en 8 grups: De 19 a 29 anys, de 30 a 40 anys, de 41 a 51 anys, de 52 a 62 anys, de 63 a 73 anys, de 74 a 84 anys, de 85 a 95 anys i major de 95 anys. A la Taula 54 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable edat, observant la taula, podem afirmar:

- Hi ha, com ja s'ha comentat, dos casos que no han respost a aquesta pregunta del qüestionar ad hoc, per la qual cosa s'exclouen de l'anàlisi.
- A simple vista podríem establir que a més edat major nivell d'estereotips, atenent a la mitjana, tot i que quan observem els valors mínims i màxims això no es mantindria, la qual cosa es confirma amb la Desviació típica, que estableix la variabilitat de les puntuacions a més edat, exceptuant els majors de 95 anys.

Per analitzar si la relació entre l'edat i la puntuació del CENVE és estadísticament significativa es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis, que estableix que existeix una relació significativa entre la puntuació del CENVE i l'edat ($H=18,998$ $p=0,01$) a la mostra total. La prova post hoc Dunn (Taula 55) conclou que hi ha diferències significatives en la puntuació del CENVE entre els participants de 30 a 40 anys i els de 74 a 84 anys, de 30 a 40 anys i els de 85 a 95 anys, a més d'entre els participants de 41 a 51 anys amb els de 63 a 73, amb els de 74 a

84 anys i amb els de 85 a 95 anys.

Taula 54.

Descriptius puntuació CENVE segons l'edat. Mostra total

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
De 19 a 29 anys	11	37,18	8,987	2,710	27	60
De 30 a 40 anys	23	33,78	9,591	2,000	15	55
De 41 a 51 anys	17	30,59	9,527	2,311	17	49
De 52 a 62 anys	8	36,13	10,204	3,608	20	46
De 63 a 73 anys	5	41,80	11,009	4,923	30	60
De 74 a 84 anys	40	43,60	13,630	2,155	15	60
De 85 a 95 anys	38	40,74	13,671	2,218	15	60
Major de 95 anys	2	40,00	2,828	2,000	38	42
Total	144	38,72	12,568	1,047	15	60

Taula 55.

Prova Post hoc Dunn CENVE-Edat. Mostra total

Comparació	Z	W_i	W_j	p
De 19 a 29 anys - De 30 a 40 anys	0,782	68,182	56,239	0,22
De 19 a 29 anys - De 41 a 51 anys	1,426	68,182	45,176	0,08
De 19 a 29 anys - De 52 a 62 anys	0,093	68,182	66,375	0,46
De 19 a 29 anys - De 63 a 73 anys	-0,632	68,182	82,400	0,26

Comparació	Z	W _i	W _j	p
De 19 a 29 anys - De 74 a 84 anys	-1,543	68,182	90,075	0,06
De 19 a 29 anys - De 85 a 95 anys	-0,604	68,182	76,803	0,27
De 19 a 29 anys - Major de 95 anys	-0,431	68,182	82,000	0,33
De 30 a 40 anys - De 41 a 51 anys	0,830	56,239	45,176	0,20
De 30 a 40 anys - De 52 a 62 anys	-0,592	56,239	66,375	0,28
De 30 a 40 anys - De 63 a 73 anys	-1,272	56,239	82,400	0,10
De 30 a 40 anys - De 74 a 84 anys	-3,102	56,239	90,075	0,00
De 30 a 40 anys - De 85 a 95 anys	-1,867	56,239	76,803	0,03
De 30 a 40 anys - Major de 95 anys	-0,838	56,239	82,000	0,20
De 41 a 51 anys - De 52 a 62 anys	-1,186	45,176	66,375	0,12
De 41 a 51 anys - De 63 a 73 anys	-1,755	45,176	82,400	0,04
De 41 a 51 anys - De 74 a 84 anys	-3,720	45,176	90,075	0,00
De 41 a 51 anys - De 85 a 95 anys	-2,600	45,176	76,803	0,01
De 41 a 51 anys - Major de 95 anys	-1,182	45,176	82,000	0,12
De 52 a 62 anys - De 63 a 73 anys	-0,674	66,375	82,400	0,25
De 52 a 62 anys - De 74 a 84 anys	-1,468	66,375	90,075	0,07
De 52 a 62 anys - De 85 a 95 anys	-0,643	66,375	76,803	0,26
De 52 a 62 anys - Major de 95 anys	-0,474	66,375	82,000	0,32
De 63 a 73 anys - De 74 a 84 anys	-0,388	82,400	90,075	0,35
De 63 a 73 anys - De 85 a 95 anys	0,282	82,400	76,803	0,39

Comparació	Z	W _i	W _j	p
De 63 a 73 anys - Major de 95 anys	0,011	82,400	82,000	0,50
De 74 a 84 anys - De 85 a 95 anys	1,406	90,075	76,803	0,08
De 74 a 84 anys - Major de 95 anys	0,267	90,075	82,000	0,40
De 85 a 95 anys - Major de 95 anys	-0,172	76,803	82,000	0,43

No es realitza l'anàlisi de la relació de l'edat amb la puntuació al CENVE per les dues mostres perquè no tindria sentit, ja que hi ha molt pocs participants d'edats majors que no siguin del col·lectiu d'usuaris i cap menor de 65 anys que no sigui professional.

Relació del Gènere amb la Puntuació al CENVE. Per aquesta anàlisi els participants es classifiquen segons el gènere en dos grups: Home i dona. A la Taula 56 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable gènere per la mostra total, en ella comprovem que la mitjana de les puntuacions del CENVE a les dones és més gran que la dels homes participants a l'estudi. Per comprovar si aquestes diferències són estadísticament significatives es realitza el Test U de Mann-Whitney (W), indicant que les diferències en les puntuacions del CENVE són estadísticament significatives entre grups segons el gènere ($W=1285,5$ $p=0,04$), amb un rang de correlació biserial negatiu (-0,242). Així doncs, podem afirmar que dels participants a la fase 2 de la recerca, les dones tenen un nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa estadísticament més elevat que els homes.

Si es realitza l'anàlisi amb la població dividida en les dues mostres n_1 i n_2 , podem concloure que el Test U de Mann-Whitney (W) indica que les diferències en les puntuacions del CENVE per la mostra n_1 són significatives entre grups segons el gènere ($W=427,5$ $p=0,01$), amb un rang de correlació biserial negatiu (-0,400), però no són significatives en les puntuacions del CENVE per la mostra n_2 segons el gènere ($W=324$ $p=0,33$). Així doncs, la relació entre el gènere i la puntuació del CENVE és estadísticament significativa per la mostra

del col·lectiu d'usuaris però no per la dels professionals.

Taula 56.

Descriptius puntuació CENVE segons el gènere. Mostra total

	GÈNERE	N	Mitjana	Desviació típ.	Error típ.
PUNTUACIÓ TOTAL CENVE	Home	29	33,83	12,832	2,383
	Dona	117	39,77	12,228	1,130

Relació de l'Estat Civil amb la Puntuació al CENVE. Per aquesta anàlisi els participants es classifiquen segons l'estat civil en 4 grups: Casat/ada, solter/a, divorciat/separat/ada, vidu/a. A la Taula 57 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable estat civil en la mostra total, en ella s'observa a simple vista:

- Una diferència important entre el primer i l'últim grup (casats/ades i vidus/es) en quant a la mitjana de la puntuació al CENVE.
- El valor mínim de la puntuació al CENVE del grup Divorciat/separat/ada és molt elevat respecte als altres grups.

Taula 57.

Descriptius puntuació CENVE segons l'estat civil. Mostra total

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
Casat/ada	44	33,82	11,019	1,661	16	59
Solter/a	26	36,00	10,182	1,997	15	60
Divorciat/separat/ada	10	38,10	9,134	2,888	28	54
Vidu/a	66	42,86	13,489	1,660	15	60

Per comprovar si les diferències observades són estadísticament significatives es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis, que estableix que existeix una relació significativa entre la puntuació del CENVE i l'estat civil a la mostra n ($H=14,826$ $p=0,00$). La prova post hoc Dunn (Taula 58) conclou que hi ha diferències significatives en la puntuació del CENVE entre els participants casat/ades i vidus/es, i entre els solters/eres i vidus/es, essent els segons els qui tenen un major nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa a la mostra total.

Taula 58.

Prova Post hoc Dunn CENVE-Estat civil. Mostra total

Comparació	z	W _i	W _j	p
Casat/ada - Solter/a	-0,738	57,557	65,269	0,23
Casat/ada - Divorciat/separat/ada	-0,895	57,557	70,800	0,19
Casat/ada - Vidu/a	-3,675	57,557	87,780	0,00
Solter/a - Divorciat/separat/ada	-0,352	65,269	70,800	0,36
Solter/a - Vidu/a	-2,301	65,269	87,780	0,01
Divorciat/separat/ada - Vidu/a	-1,184	70,800	87,780	0,12

Si analitzem la relació entre la puntuació al CENVE i l'estat civil dels participants d'ambdues mostres per separat les diferències no són estadísticament significatives per cap de les dues mostres, ja que la Prova H de Kuskal-Wallis per n1 és $H=1,416$ $p=0,70$ i per n2 és $H=1,286$ $p=0,53$.

Relació de la Convivència amb Ancians amb la Puntuació al CENVE. Per analitzar si existeixen diferències en la puntuació del CENVE segons la convivència amb ancians, els participants es classifiquen en 3 grups: No; Sí, amb persona dependent i Sí, amb persona no dependent. A la Taula 59 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE

segons la variable convivència amb ancians a la mostra total, en ella podem observar que el col·lectiu que presenta un nivell més elevat d'estereotips és el dels que han conviscut amb ancians dependents ($M=40,72$), seguit de les persones que han conviscut amb ancians no dependents ($M=38,22$) i allunyat de les persones que no han conviscut amb ancians ($M=36,79$).

Taula 59.

Descriptius puntuació CENVE segons convivència amb ancians. Mostra total

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
No	62	36,79	10,935	1,389	15	60
Sí, amb persona dependent	57	40,72	12,953	1,716	15	60
Sí, amb persona no dependent	27	38,22	14,706	2,830	15	60
Total	146	38,59	12,533	1,037	15	60

Comprovem si aquestes diferències són estadísticament significatives mitjançant la Prova H de Kuskal-Wallis, que estableix que per la mostra total no existeix una relació significativa entre la puntuació del CENVE i la convivència amb ancians ($H=2,227$ $p=0,33$). Si realitzem la mateixa anàlisi per les dues mostres per separat, la Prova H de Kuskal-Wallis indica que per n_1 tampoc existeixen diferències estadísticament significatives en les puntuacions al CENVE segons la convivència amb ancians ($H=0,928$ $p=0,63$), ni per n_2 ($H=1,521$ $p=0,47$). Podem afirmar que no hi ha relació estadísticament significativa, ni a la mostra total ni a les mostres dels col·lectius d'usuaris i professionals, entre la puntuació al CENVE i la convivència amb ancians.

Relació del Nivell d'Estudis amb la Puntuació al CENVE. Com es pot observar a la Taula 60, per aquesta anàlisi els participants es classifiquen segons el nivell d'estudis en 5 grups: Sense estudis, Estudis primaris, Estudis secundaris (FP/Batxillerat), Estudis universitaris

i Màster i/o Doctorat. A la Taula 60 també es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable nivell d'estudis per la mostra total, en ella observem a simple vista:

- Una diferència important entre el col·lectiu amb Estudis primaris i els qui tenen Estudis universitaris i Màster i/o Doctorat, atenent a la mitjana de la puntuació al CENVE.

- La desviació típica de les puntuacions del CENVE als participants amb Estudis universitaris i Màster i/o Doctorat és molt baixa en comparació a la resta de grups, això podria estar explicat pel baix nombre de participants al grup amb Màster i/o Doctorat però no al grup amb Estudis universitaris, que compta amb un nombre relativament elevat de participants.

- El valor màxim de la puntuació al CENVE dels grups amb Estudis universitaris i amb Màster i/o Doctorat és molt baix en comparació amb la resta de grups.

- El valor mínim dels participants amb Màster i/o Doctorat és més elevat que el de la resta de grups.

Per comprovar si les diferències observades són estadísticament significatives es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis, que estableix que per la mostra total la relació és significativa entre la puntuació del CENVE i el nivell d'estudis ($H=19,148$ $p=0,00$).

Taula 60.

Descriptius puntuació CENVE segons nivell d'estudis. Mostra total

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
Sense estudis	18	37,50	11,357	2,677	16	56
Estudis primaris	60	42,82	13,277	1,714	15	60
Estudis secundaris (FP/Batx.)	41	38,61	11,975	1,870	15	60
Estudis universitaris	22	30,23	7,400	1,578	15	45
Màster i/o Doctorat	5	28,40	6,025	2,694	20	33

La prova post hoc Dunn (Taula 61) conclou que a la mostra total hi ha diferències significatives en la puntuació del CENVE segons el nivell d'estudis entre:

- Els participants sense estudis i els participants amb estudis universitaris ($p=0,02$). Els participants sense estudis tenen un nivell d'estereotips més elevat ($z=2,016$).
- Els participants amb estudis primaris i els participants amb estudis universitaris ($p=0,00$). Els que tenen estudis primaris tenen el nivell d'estereotips més elevat ($z=3,948$).
- Els participants amb estudis primaris i els participants amb Màster i/o Doctorat ($p=0,01$). Els que tenen estudis primaris tenen un nivell d'estereotips més elevat ($z=2,430$).
- Els participants amb estudis secundaris i els participants amb estudis universitaris ($p=0,01$). Els que tenen estudis secundaris tenen un nivell d'estereotips més elevat ($z=2,570$).
- Els participants amb estudis secundaris i els participants amb Màster i/o Doctorat ($p=0,04$). Els que tenen estudis secundaris tenen un nivell d'estereotips més elevat ($z=1,745$).

Taula 61.

Prova Post hoc Dunn CENVE-Nivell d'estudis. Mostra total

Comparació	z	W _i	W _j	p
Sense estudis - Estudis primaris	-1,277	72,306	86,808	0,10
Sense estudis - Estudis secundaris (FP/Batxillerat)	-0,136	72,306	73,927	0,45
Sense estudis - Estudis universitaris	2,016	72,306	45,227	0,02
Sense estudis - Màster i/o Doctorat	1,559	72,306	39,000	0,06
Estudis primaris - Estudis secundaris (FP/Batxillerat)	1,504	86,808	73,927	0,07
Estudis primaris - Estudis universitaris	3,948	86,808	45,227	0,00
Estudis primaris - Màster i/o Doctorat	2,430	86,808	39,000	0,01
Estudis secundaris (FP/Batx.) - Estudis universitaris	2,570	73,927	45,227	0,01

Comparació	z	W _i	W _j	p
Estudis secundaris (FP/Batxillerat) - Màster i/o Doctorat	1,745	73,927	39,000	0,04
Estudis universitaris - Màster i/o Doctorat	0,297	45,227	39,000	0,38

Si realitzem la mateixa anàlisi per les dues mostres per separat, la Prova H de Kuskal-Wallis indica que per n1 no hi ha diferències estadísticament significatives en les puntuacions al CENVE segons el nivell d'estudis (H=7,192 p=0,13), ni per n2 (H=8,435 p=0,29). Podem afirmar que existeix una relació estadísticament significativa a la mostra total però no a les mostres dels col·lectius d'usuaris i professionals entre la puntuació al CENVE i el nivell d'estudis.

Relació de la Variable Estudis Relacionats amb la Salut amb la Puntuació al CENVE. Per aquesta anàlisi els participants es classifiquen segons si els estudis estan relacionats amb la salut en 3 grups: Participants sense estudis, Participants amb estudis relacionats amb la salut i Participants amb estudis no relacionats amb la salut. La Taula 62, on es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable "els estudis estan relacionats amb la salut?" a la mostra total, sembla confirmar que la mitjana de la puntuació del CENVE dels participants amb els estudis no relacionats amb la salut (M=42,38) és més elevada que la de la puntuació del CENVE dels participants sense estudis (M=37,40) i la dels participants amb estudis relacionats amb la salut (M=32,47).

Comprovem si aquestes diferències són estadísticament significatives mitjançant la Prova H de Kuskal-Wallis, que estableix que per la mostra total existeix una relació significativa entre la puntuació del CENVE i els "Estudis relacionats amb la salut" (H=16,896 p=0,00). La prova post hoc Dunn (Taula 63) conclou que a la mostra total hi ha diferències significatives en la puntuació del CENVE segons si els estudis estan relacionats amb la salut entre els que si tenen estudis relacionats amb la salut i els que no (p=0,00). Els participants de la mostra total

amb estudis no relacionats amb la salut tenen més estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa que els que en tenen ($z=-4,119$).

Taula 62.

Descriptius puntuació CENVE segons els estudis relacionats amb la salut. Mostra total

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
Sense estudis	18	37,50	11,357	2,677	16	56
Si	47	32,47	8,670	1,265	15	54
No	81	42,38	13,312	1,479	15	60
Total	146	38,59	12,533	1,037	15	60

Taula 63.

Prova Post hoc Dunn CENVE-Estudis relacionats amb la salut. Mostra total

Comparació	z	W_i	W_j	p
Sense estudis - Si	1,608	72,306	53,468	0,05
Sense estudis - No	-1,188	72,306	85,389	0,12
Si - No	-4,119	53,468	85,389	0,00

Si realitzem la mateixa anàlisi per les dues mostres per separat, la Prova H de Kuskal-Wallis indica que per n1 no existeixen diferències estadísticament significatives en les puntuacions al CENVE segons si els estudis estan relacionats amb la salut ($H=3,220$ $p=0,20$), ni per n2 ($H=2,983$ $p=0,40$). Podem afirmar que no hi ha relació estadísticament significativa a les mostres dels col·lectius d'usuaris i professionals entre la puntuació al CENVE i si els estudis estan relacionats amb la salut.

Relació de la Profesió amb la Puntuació al CENVE. Per analitzar si existeixen diferències en la puntuació del CENVE segons la professió, els participants es classifiquen en 5 grups: Mestresses de casa, treballadors manuals o botigues, professionals no qualificats, auxiliars i professionals qualificats. A la Taula 64 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable professió a la mostra total, en ella podem observar:

- Una diferència important entre el col·lectiu de mestresses de casa i els col·lectius d'auxiliars i professionals qualificats, atenent a la mitjana de la puntuació al CENVE. A més la diferència també és notable entre aquests grups atenent a la desviació típica de les puntuacions del CENVE.

- Una diferència important entre els grups d'auxiliars i els de treballadors manuals o botigues amb els professionals qualificats, atenent a la mitjana de la puntuació al CENVE.

- El valor màxim de la puntuació al CENVE del grup de professionals qualificats és molt baix en comparació amb la resta de grups.

Taula 64.

Descriptius puntuació CENVE segons la professió. Mostra total

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
Mestresses de casa	18	47,39	13,232	3,119	16	60
Treballadors manuals o botigues	35	40,94	14,677	2,481	15	60
Professionals no qualificats	21	41,86	12,924	2,820	15	60
Auxiliars	40	36,73	9,848	1,557	17	60
Professionals qualificats	32	31,25	7,357	1,301	15	45
Total	146	38,59	12,533	1,037	15	60

Per comprovar si les diferències observades són estadísticament significatives es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis, que estableix que per la mostra total existeix una relació

significativa entre la puntuació del CENVE i la professió ($H=21,763$ $p=0,00$). La prova post hoc Dunn (Taula 65) conclou que a la mostra total hi ha diferències significatives en la puntuació del CENVE segons si el grup professional entre:

- Els participants mestresses de casa i els participants treballadors manuals o botigues ($p=0,04$), auxiliars ($p=0,00$) i professionals qualificats ($p=0,00$). Els participants de la mostra total mestresses de casa tenen un nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa superior (z positiva).
- Els professionals qualificats i treballadors manuals o botigues ($p= 0,00$), professionals no qualificats ($p=0,00$) i auxiliars ($p=0,03$). Els professionals qualificats de la mostra total tenen un nivell d'estereotips significativament més baix (z positiva).

Taula 65.

Prova Post hoc Dunn CENVE-Grup professional. Mostra total

Comparació	z	W _i	W _j	p
Mestresses de casa - Treballadors manuals o bot.	1,731	102,306	81,086	0,04
Mestresses de casa - Professionals no qualificats	1,384	102,306	83,524	0,08
Mestresses de casa - Auxiliars	2,868	102,306	67,900	0,00
Mestresses de casa - Professionals qualificats	4,247	102,306	49,422	0,00
Treballadors manuals o bot. - Professionals no q.	-0,209	81,086	83,524	0,42
Treballadors manuals o botigues - Auxiliars	1,348	81,086	67,900	0,09
Treballadors manuals o botigues - Professionals q.	3,063	81,086	49,422	0,00
Professionals no qualificats - Auxiliars	1,372	83,524	67,900	0,09
Professionals no qualificats - Professionals q.	2,873	83,524	49,422	0,00
Auxiliars - Professionals qualificats	1,844	67,900	49,422	0,03

Si realitzem la mateixa anàlisi per les dues mostres per separat, la Prova H de Kuskal-Wallis indica que per n1 no existeixen diferències estadísticament significatives en les puntuacions al CENVE segons el grup professional ($H=4,623$ $p=0,41$), però si per n2 ($H=8,213$ $p=0,00$). La prova post hoc Dunn conclou que per n2 els únics grups professionals entre els que la puntuació del CENVE presenta diferències significatives són els auxiliars i els professionals qualificats ($p=0,00$), els auxiliars de la mostra n2 presenten un nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa significativament superior que els professionals qualificats ($z=2,866$).

Relació entre la Variable Institució i la Puntuació al CENVE. Recordant que la variable institució s'agrupa segons el centre, la titularitat i el tipus de centre; S'analitza la relació de cada una de les agrupacions amb la puntuació al CENVE dels participants.

Relació de la Variable Centre amb la Puntuació al CENVE. Per analitzar si existeixen diferències en la puntuació del CENVE segons la variable Centre, els participants es classifiquen en 5 grups: Centre 1, Centre 2, Centre 3, Centre 4 i Centre 5. A la Taula 66 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable Centre per la mostra total, en ella podem observar que el col·lectiu que presenta un nivell més elevat d'estereotips són els participants del Centre 3 ($M=42,59$), amb molta diferència respecte els participants amb menor nivell d'estereotips, els del Centre 1 ($M=30,18$); ambdós amb la mitjana de la puntuació del CENVE molt diferent a la dels altres tres centres.

Taula 66.

Descriptius puntuació CENVE segons el Centre. Mostra total

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
Centre 1	11	30,18	5,269	1,589	23	41
Centre 2	36	37,94	10,091	1,682	15	58

Centre 3	32	42,59	12,061	2,132	20	60
Centre 4	42	38,90	14,228	2,195	15	60
Centre 5	25	37,56	14,125	2,825	15	59
Total	146	38,59	12,533	1,037	15	60

Comprovem si aquestes diferències són estadísticament significatives mitjançant la Prova H de Kuskal-Wallis, que estableix que per la mostra total no existeix una relació significativa entre la puntuació del CENVE i el centre ($H=9,365$ $p=0,05$). Si realitzem la mateixa anàlisi per les dues mostres per separat, la Prova H de Kuskal-Wallis indica que per n_2 tampoc existeixen diferències estadísticament significatives en les puntuacions al CENVE segons el centre ($H=4,056$ $p=0,40$), però la Prova H de Kuskal-Wallis si estableix que existeixen diferències estadísticament significatives en la puntuació al CENVE al col·lectiu d'usuaris (n_1) segons el centre ($H=10,111$ $p=0,04$). Per comprovar entre quins centres hi ha aquestes diferències en la mostra n_1 es realitza la prova post hoc Dunn (Taula 67), que conclou que per n_1 hi ha diferències significatives en la puntuació del CENVE entre el Centre 1 i els altres 4 centres. Els participants de la mostra d'usuaris del Centre 1 presenten menys estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa significativament inferior que els dels altres centres (z negativa). Podem afirmar que no hi ha relació estadísticament significativa a la mostra total ni a la mostra del col·lectiu de professionals entre la puntuació al CENVE i el centre, però si n'hi ha a la mostra d'usuaris, els usuaris del Centre 1 presenten un nivell inferior d'estereotips que la resta de centres analitzats.

Taula 67.*Prova Post hoc Dunn CENVE-Centre. Mostra d'usuaris*

Comparació	z	W_i	W_j	p
Centre 1 - Centre 2	-1,817	19,500	38,706	0,04
Centre 1 - Centre 3	-2,963	19,500	49,659	0,00
Centre 1 - Centre 4	-2,745	19,500	47,283	0,00
Centre 1 - Centre 5	-2,276	19,500	44,067	0,01
Centre 2 - Centre 3	-1,376	38,706	49,659	0,08
Centre 2 - Centre 4	-1,088	38,706	47,283	0,14
Centre 2 - Centre 5	-0,614	38,706	44,067	0,27
Centre 3 - Centre 4	0,323	49,659	47,283	0,37
Centre 3 - Centre 5	0,677	49,659	44,067	0,25
Centre 4 - Centre 5	0,393	47,283	44,067	0,35

Relació del Tipus de Centre amb la Puntuació al CENVE. Tot i que la variable Tipus de centre l'hem categoritzat en 4 categories de resposta, al no haver participants de 2 de les categories, es realitza el Test U de Mann-Whitney (W). A la Taula 68 podem intuir, observant els estadístics descriptius de la mostra total, que no hi ha diferències en les puntuacions al CENVE entre els participants dels dos grups: Centre CRCD (M=38,80) i Centre CD (M=37,56). Això es comprova mitjançant el Test U de Mann-Whitney (W), que indica que les diferències en les puntuacions del CENVE a la mostra total no són estadísticament significatives entre grups segons el Tipus de centre (W=-1564,5 p=0,79).

Taula 68.

Descriptius puntuació CENVE segons el Tipus de centre. Mostra total

TIPUS DE CENTRE	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic
Centre CRCD (Residència i Centre de dia)	121	38,80	12,232	1,112
Centre CD (Centre de dia)	25	37,56	14,125	2,825

Si es realitza l'anàlisi amb la població dividida en les dues mostres n_1 i n_2 , podem concloure que el Test U de Mann-Whitney (W) indica que no hi ha diferències estadísticament significatives en les puntuacions del CENVE per la mostra n_1 ($W=509$ $p=0,86$) ni per n_2 ($W=315$ $p=0,25$) segons el Tipus de centre.

Així doncs, la relació entre el Tipus de centre i la puntuació del CENVE no és estadísticament significativa ni per la mostra total ni pels col·lectius d'usuaris i professionals.

Relació de la Titularitat del Centre amb la Puntuació al CENVE. Per analitzar si existeixen diferències en la puntuació del CENVE segons la variable Titularitat del centre, els participants es classifiquen en 3 grups: Centre CC, Centre COL i Centre PEV. A la Taula 69 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable Titularitat del centre per la mostra total, en ella podem observar que el col·lectiu que presenta un nivell més elevat d'estereotips són els participants dels centres privats ($M=42,59$), amb molta diferència dels altres dos grups de participants: els dels centres concertats ($M=37,56$) i els dels centres col·laboradors ($M=37,44$).

Comprovem si les diferències observades són estadísticament significatives mitjançant la Prova H de Kuskal-Wallis que indica que no existeixen diferències estadísticament significatives en la puntuació al CENVE segons la Titularitat del centre per la mostra total ($H=3,771$ $p=0,15$), així com tampoc per n_1 ($H=2,538$ $p=0,28$), ni per n_2 ($H=2,060$ $p=0,36$). Podem afirmar que no hi ha relació estadísticament significativa a la mostra total ni a les

mostres dels col·lectius d'usuaris i professionals entre la puntuació al CENVE i la Titularitat del centre.

Taula 69.

Descriptius puntuació CENVE segons la Titularitat del centre. Mostra total

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
Centre CC (Concertat)	25	37,56	14,125	2,825	15	59
Centre COL (Col·laborador)	89	37,44	12,070	1,279	15	60
Centre PEV (Privat)	32	42,59	12,061	2,132	20	60
Total	146	38,59	12,533	1,037	15	60

Relació entre les Variables Psicològiques i la Puntuació al CENVE. Les variables psicològiques de la fase 2 de l'estudi són diferents en quant a la seva mesura: Salut subjectiva (qualitativa, amb 3 grups), Autoestima (quantitativa) i Satisfacció amb la vida (quantitativa). Per aquesta raó l'anàlisi de les relacions entre elles i la puntuació al CENVE es realitza amb diferents procediments.

Relació de la Salut Subjectiva amb la Puntuació al CENVE. La variable psicològica Salut subjectiva és una variable qualitativa que es categoritza en tres grups respecte a com sent el participant la seva salut en comparació a persones de la seva edat: Millor, igual i pitjor. A la Taula 70 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable Salut subjectiva a la mostra total, en ella podem observar que el col·lectiu que presenta un nivell més elevat d'estereotips són els participants amb pitjor salut subjectiva (M=41,83), amb molta diferència respecte els que en presenten un nivell menor d'estereotips, els participants que creuen que la seva salut és millor que la de les persones de la seva edat (M=37,02) i no tanta diferència amb els participants que creuen que la seva salut és igual que

les persones de la seva edat ($M=39,25$). Veient la taula 70, doncs, podríem afirmar que a major salut subjectiva menor nivell d'estereotips. Per comprovar aquesta afirmació es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis que indica que no existeixen diferències estadísticament significatives en la puntuació al CENVE segons la Salut subjectiva per la mostra total ($H=0,611$ $p=0,74$).

Taula 70.

Descriptius puntuació CENVE segons la Salut subjectiva. Mostra total

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
Millor	47	37,02	12,225	1,783	15	60
Igual	92	39,25	12,728	1,327	15	60
Pitjor	6	41,83	13,378	5,461	27	58
Total	145	38,63	12,564	1,043	15	60

Es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis per comprovar si existeix relació estadísticament significativa entre la puntuació al CENVE i la Salut subjectiva als col·lectius de professionals (n_2) i usuaris (n_1); Que indica que per n_2 no existeixen diferències estadísticament significatives ($H=1,307$ $p=0,84$), però estableix que existeixen diferències estadísticament significatives en la puntuació al CENVE al col·lectiu d'usuaris (n_1) segons la Salut subjectiva ($H=9,165$ $p=0,01$). Per comprovar entre quins grups hi ha aquestes diferències a la mostra n_1 es realitza la prova post hoc Dunn (Taula 71), que conclou que per n_1 hi ha diferències significatives en la puntuació del CENVE entre els que pensen que la seva salut és millor que la de les altres persones de la seva edat i els que pensen que és igual. Els participants de la mostra d'usuaris que pensen que la seva salut és millor que la de les altres persones de la seva edat presenten un menor nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa que els que pensen que la seva salut és igual que la de les persones de la seva edat (z negativa).

Taula 71.

Prova Post hoc Dunn CENVE-Salut subjectiva. Mostra d'usuaris

Comparació	z	W_i	W_j	p
Millor - Igual	-3,004	32,339	49,337	0,00
Millor - Pitjor	-1,234	32,339	47,000	0,11
Igual - Pitjor	0,202	49,337	47,000	0,42

Podem afirmar que no hi ha relació estadísticament significativa a la mostra total ni a la mostra del col·lectiu de professionals entre la puntuació al CENVE i la Salut subjectiva, però si n'hi ha a la mostra d'usuaris, els usuaris del nostre estudi amb una salut subjectiva millor presenten un nivell inferior d'estereotips que els que pensen que la seva salut és igual que la resta de persones de la seva edat.

Relació de l'Autoestima amb la Puntuació al CENVE. La variable quantitativa Autoestima es mesura mitjançant el qüestionari EAR, com ja s'ha informat anteriorment, té una puntuació total entre 10 i 40, on 10 és menor autoestima i 40 major autoestima. Per determinar si existeix una relació significativa entre la puntuació dels participants al CENVE i a l'EAR a la mostra total es realitza el càlcul de la prova Rho de Spearman que indica que la relació entre l'autoestima i la puntuació al CENVE és significativa per la mostra total ($p=0,00$) i el coeficient de correlació és negatiu ($-0,305$), és a dir, a la mostra total quan major és el nivell d'autoestima menor és el nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa.

A l'analitzar la relació entre les puntuacions a l'EAR i al CENVE a les mostres n_1 i n_2 amb la prova Rho de Spearman, comprovem que la relació entre l'autoestima i la puntuació al CENVE és significativa per la mostra d'usuaris ($p=0,00$) i el coeficient de correlació és negatiu ($-0,453$), és a dir, a la mostra total quan major és el nivell d'autoestima menor és el nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa; En canvi la prova Rho de Spearman per

la mostra de professionals indica que no existeix una relació significativa entre les puntuacions de l'EAR i el CENVE ($r=-0,008$ $p=0,95$).

Podem afirmar que tant per la mostra total com per la mostra del col·lectiu d'usuaris existeix una relació estadísticament significativa i inversa entre l'autoestima i el nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa. No existeix aquesta relació en la mostra del col·lectiu de professionals.

Relació de la Satisfacció amb la Vida amb la Puntuació al CENVE. Per mesurar la Satisfacció amb la vida dels participants s'utilitza l'SWLS, la puntuació total d'aquesta escala oscil·la entre 5 (totalment insatisfet) a 25 (totalment satisfet). L'anàlisi de la relació de les dues variables quantitatives Nivell d'estereotips i Satisfacció amb la vida es realitza el càlcul del coeficient Rho de Spearman que indica una correlació negativa per la mostra total ($-0,281$), és a dir, a menor puntuació de SWLS, major puntuació del CENVE; A més és estadísticament significativa ($p=0,00$). A la mostra del col·lectiu d'usuaris el càlcul del coeficient Rho de Spearman també indica correlació negativa i estadísticament significativa ($r=-0,333$ $p=0,00$), en canvi per la mostra de professionals el càlcul del coeficient Rho de Spearman indica que no hi ha correlació estadísticament significativa entre ambdues variables ($r=-0,066$ $p=0,61$).

Podem afirmar que tant per la mostra total com per la mostra del col·lectiu d'usuaris existeix una relació estadísticament significativa i inversa entre la satisfacció amb la vida i el nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa, és a dir, quan més elevada és la satisfacció amb la vida menor nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa. No existeix aquesta relació en la mostra del col·lectiu de professionals.

Relació entre la Capacitat Funcional i la Puntuació al CENVE. Les dades dels usuaris participants per la variable Capacitat funcional es recullen mitjançant l'IB (Índex de Barthel), però es categoritzen en cinc grups segons la capacitat per realitzar les ABVD (activitats bàsiques de la vida diària): 100 punts, independència total; de 60 a 95, dependència lleu; de 40 a 55, dependència moderada; de 35 a 20, dependència greu; i menor de 20,

dependència total. A la Taula 72 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable Capacitat funcional, en ella podem observar que el col·lectiu que presenta un nivell més elevat d'estereotips són els participants amb dependència total (M=50,50), amb molta diferència amb els que en presenten un nivell menor d'estereotips, els participants amb Independència total (M=36,17). A més, observant la Taula 72, sembla que la mitjana de les puntuacions del CENVE als diferents grups de participants segons la seva capacitat funcional indica que a menor capacitat funcional major nivell d'estereotips, excepte pels grups amb dependència greu i moderada, però als que sí s'observa una diferència en el rang de valors del CENVE respecte la resta de grups.

Taula 72.

Descriptius puntuació CENVE segons la Capacitat funcional. Mostra d'usuaris

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
Dependència total	4	50,50	13,772	6,886	30	59
Dependència greu	11	44,45	9,853	2,971	33	55
Dependència moderada	17	49,94	11,371	2,758	27	60
Dependència lleu	41	39,34	12,993	2,029	15	60
Independència total	12	36,17	14,578	4,208	15	56
Total	85	44,08	12,533	1,037	15	60

Per comprovar si les diferències observades són estadísticament significatives es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis, que estableix que existeix una relació significativa entre la puntuació del CENVE i la Capacitat funcional (H=11,784 p=0,02). La prova post hoc Dunn (Taula 73) conclou que hi ha diferències significatives en la puntuació del CENVE segons la Capacitat funcional entre:

- Els participants amb dependència total i els que tenen independència total ($p=0,04$).

Els participants amb dependència total tenen un nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa superior (z positiva).

- Els participants amb dependència moderada i: Els que tenen dependència lleu ($p=0,00$) i els que tenen independència total ($p=0,00$). Els participants amb dependència moderada tenen un nivell d'estereotips significativament superior (z positiva).

Taula 73.

Prova Post hoc Dunn CENVE-Capacitat funcional. Mostra d'usuaris

Comparació	z	W_i	W_j	p
Dependència total - Dependència greu	0,808	57,500	45,864	0,21
Dependència total - Dependència moderada	-0,032	57,500	57,941	0,49
Dependència total - Dependència lleu	1,541	57,500	37,598	0,06
Dependència total - Independència total	1,733	57,500	32,833	0,04
Dependència greu - Dependència moderada	-1,266	45,864	57,941	0,10
Dependència greu - Dependència lleu	0,987	45,864	37,598	0,16
Dependència greu - Independència total	1,266	45,864	32,833	0,10
Dependència moderada - Dependència lleu	2,860	57,941	37,598	0,00
Dependència moderada - Independència tot.	2,701	57,941	32,833	0,00
Dependència lleu - Independència total	0,589	37,598	32,833	0,28

Relació entre la Participació en Activitats i la Puntuació al CENVE. La variable Participació en activitats s'agrupa segons la participació en activitats socials, participació en psicoestimulació i participació en activitats físiques; S'analitza la relació de cada una de les agrupacions amb la puntuació al CENVE dels participants.

Relació de la Participació en Activitats Socials amb la Puntuació al CENVE. Per analitzar si existeixen diferències en la puntuació del CENVE segons la participació en activitats socials, els participants es classifiquen en 3 grups: No participa, Participa menys d'una vegada a la setmana i Participa més d'una vegada a la setmana. A la Taula 74 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable Participació en activitats socials, en ella podem observar una diferència important en quant a la mitjana entre els que no participen amb la resta de grups, però no en el rang de valors.

Taula 74.

Descriptius puntuació CENVE segons la participació en activitats socials. Mostra d'usuaris

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
Participa més d'una vegada a la setmana	51	39,88	11,497	1,610	15	60
Participa menys d'una vegada a la setmana	6	36,33	14,882	6,075	15	50
No participa	28	47,68	14,636	2,766	15	60
Total	85	41,30	12,533	1,037	15	60

Per comprovar si les diferències observades són estadísticament significatives es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis, que estableix que existeix una relació significativa

entre la puntuació del CENVE i la participació en activitats socials ($H=8,415$ $p=0,02$). La prova post hoc Dunn (Taula 75) conclou que hi ha diferències significatives en la puntuació del CENVE segons la Participació en activitats socials entre els que participen més d'una vegada a la setmana i els que no participen, els que no participen tenen un nivell més elevat d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa ($z=-2,712$ $p=0,00$); També hi ha diferències estadísticament significatives entre els que participen menys d'una vegada a la setmana i els que no participen, els que no participen tenen un nivell més elevat d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa ($z=-1,885$ $p=0,03$).

Taula 75.

Prova Post hoc Dunn CENVE-Participació en activitats socials. Mostra d'usuaris

Comparació	z	W _i	W _j	p
Participa més d'una vegada a la setmana - Participa menys d'una vegada a la setmana	0,487	38,186	33,000	0,31
Participa més d'una vegada a la setmana - No participa	-2,712	38,186	53,911	0,00
Participa menys d'una vegada a la setmana - No participa	-1,885	33,000	53,911	0,03

Relació de la Participació en Activitats de Psicoestimulació amb la Puntuació al CENVE. Similar a l'anterior variable, per analitzar si existeixen diferències en la puntuació del CENVE segons la participació en activitats de psicoestimulació, els participants es classifiquen en 4 grups: No participa, Participa menys d'una vegada a la setmana, Participa més d'una vegada a la setmana i Participa 1 vegada a la setmana. A la Taula 76 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable Participació en

psicoestimulació, en ella podem observar:

- Una mitjana més elevada de la puntuació del CENVE als que participen 1 vegada a la setmana que a la resta de grups (M=50,75), a més el seu rang és molt diferent al de la resta:

De 43 a 57; Això pot ser degut a la baixa quantitat de participants d'aquest grup: 4.

- La mitjana en la puntuació del CENVE més baixa és dels que participen menys d'una vegada per setmana (M=36,00), molt inferior a la de la resta de grups.

Taula 76.

Descriptius puntuació CENVE segons la participació en psicoestimulació. Mostra d'usuaris

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
Participa 1 vegada a la setmana	4	50,75	7,320	3,660	43	57
Participa més d'una vegada a la setmana	57	42,00	12,746	1,688	15	60
Participa menys d'una vegada a la setmana	2	36,00	21,213	15,000	21	51
No participa	22	41,73	15,018	3,202	15	60
Total	85	42,64	12,533	1,037	15	60

Per comprovar si les diferències observades són estadísticament significatives es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis, que estableix que no existeix una relació estadísticament significativa entre la puntuació al CENVE i la participació en activitats de psicoestimulació (H=1,929 p=0,59).

Relació de la Participació en Activitats Físiques amb la Puntuació al CENVE. A

l'igual que les dues variables anteriors, per analitzar si existeixen diferències en la puntuació del CENVE segons la participació en activitats físiques, els participants es classifiquen en 4 grups: No participa, Participa més d'una vegada a la setmana i Participa 1 vegada a la setmana. A la Taula 77 es mostren els estadístics descriptius de la puntuació del CENVE segons la variable Participació en activitats físiques, en ella podem observar, a més de que la majoria d'usuaris (61) participen més d'una vegada a la setmana:

- Una mitjana més elevada de la puntuació del CENVE als que participen 1 vegada a la setmana que a la resta de grups ($M=51,50$), a més el seu rang és molt diferent al de la resta: De 46 a 57; Això pot ser degut a la baixa quantitat de participants d'aquest grup: 4.

- La mitjana en la puntuació del CENVE més baixa és dels que no participen ($M=41,00$), però molt a prop dels que participen més d'una vegada a la setmana ($M=41,98$).

Taula 77.

Descriptius puntuació CENVE segons la participació en activitats físiques. Mostra d'usuaris

	N	Mitjana	Desv. típica	Error típic	Mínim	Màxim
Participa 1 vegada a la setmana	4	51,50	6,351	3,175	46	57
Participa més d'una vegada a la setmana	61	41,98	12,658	1,621	15	60
No participa	20	41,00	15,745	3,521	15	60
Total	146	38,59	12,533	1,037	15	60

Per comprovar si les diferències observades són estadísticament significatives es realitza la Prova H de Kuskal-Wallis, que estableix que no existeix una relació estadísticament

significativa entre la puntuació al CENVE i la participació en activitats físiques ($H=2,079$ $p=0,35$).

Resum de la Relació entre les Variables i la Puntuació al CENVE. Les dades de les puntuacions al CENVE, al no comportar-se com una distribució normal, a més de la diferència entre les variables en quant a la seva mesura, no ens permeten realitzar una anàlisi multivariant de la relació entre les variables segons la puntuació al CENVE. Amb tot, presentem en aquest apartat un resum de les relacions estadísticament significatives entre les diferents variables amb la puntuació al CENVE en cada una de les mostres per finalitzar amb una descripció, en format esquemes, dels perfils dels participants que presenten un major i menor nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa.

Per la mostra total les variables que presenten diferències estadísticament significatives segons la puntuació al CENVE són: Tipus de participant (els usuaris del nostre estudi presenten major puntuació al CENVE), edat (a major edat major puntuació al CENVE en general), gènere (les dones obtenen major puntuació al CENVE), estat civil (els participants vidus presenten major puntuació al CENVE), nivell d'estudis (en general, a major nivell d'estudis menor puntuació al CENVE), estudis relacionats amb la salut (si els estudis estan relacionats amb la salut els participant solen obtenir menor puntuació al CENVE), professió (les persones treballadores a la llar presenten major puntuació al CENVE en general i els treballadors qualificats menor), autoestima (a major autoestima menor puntuació al CENVE) i satisfacció amb la vida (a major satisfacció amb la vida menor puntuació al CENVE).

Per la mostra del col·lectiu d'usuaris les variables que presenten diferències estadísticament significatives segons la puntuació al CENVE són: Gènere (les dones obtenen major puntuació al CENVE), centre (els participants del col·lectiu d'usuaris del Centre 1 presenten major puntuació al CENVE que els de la resta de centres), salut subjectiva (a major salut subjectiva menor puntuació al CENVE), autoestima (a major autoestima menor puntuació al CENVE), satisfacció amb la vida (a major satisfacció amb la vida menor puntuació al

CENVE), capacitat funcional (quant millor capacitat funcional menor puntuació al CENVE) i participació en activitats socials (les persones que participen en aquest tipus d'activitats obtenen menor puntuació al CENVE que les que no ho fan).

Per la mostra del col·lectiu de professionals les variables que presenten diferències estadísticament significatives segons la puntuació al CENVE són: Idioma (les persones que realitzen el CENVE presenten major puntuació que els que responen al CENVE-CAT) i professió (les auxiliars de la mostra presenten una major puntuació al CENVE que els professionals qualificats).

Finalment es presenta a la Figura 69, la Figura 70 i la Figura 71 els perfils per cada mostra dels participants que presenten major i menor nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa.

Figura 69.

Perfils amb major i menor nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa. Mostra total

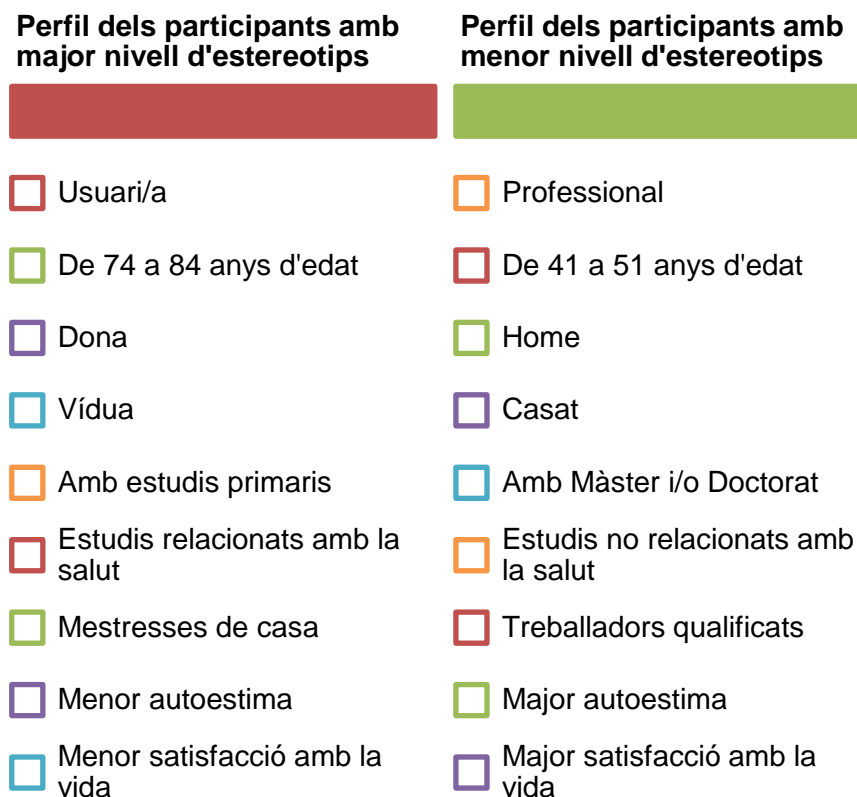


Figura 70.

Perfils amb major i menor nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa. Mostra d'usuaris





Perfil usuaris/es amb major nivell d'estereotips	Perfil usuaris/es amb menor nivell d'estereotips
	
<input type="checkbox"/> Dona	<input type="checkbox"/> Home
<input type="checkbox"/> Del Centre 3	<input type="checkbox"/> Del Centre 1
<input type="checkbox"/> Menor salut subjectiva	<input type="checkbox"/> Major salut subjectiva
<input type="checkbox"/> Menor autoestima	<input type="checkbox"/> Major autoestima
<input type="checkbox"/> Menor satisfacció amb la vida	<input type="checkbox"/> Major satisfacció amb la vida
<input type="checkbox"/> Amb dependència moderada i total	<input type="checkbox"/> Amb independència total
<input type="checkbox"/> No participa en activitats socials	<input type="checkbox"/> Participa en activitats socials

Figura 71.

Perfils amb major i menor nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa. Mostra de professionals

Perfil professionals amb major nivell d'estereotips	Perfil professionals amb menor nivell d'estereotips
	
<input type="checkbox"/> Parla castellana	<input type="checkbox"/> Parla catalana
<input type="checkbox"/> Auxiliars	<input type="checkbox"/> Professionals qualificats

3.5. Discussió

La Fase 2 de l'estudi consistia en avaluar el nivell d'estereotips negatius en una mostra representativa del col·lectiu d'usuaris i professionals dels centres gerontològics de la comarca de La Selva i relacionar-lo amb diferents variables. Els resultats mostren un elevat nivell d'estereotips en el col·lectiu d'usuaris i menor en el de professionals.

Respecte l'estudi del nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa al col·lectiu d'usuaris, les puntuacions del CENVE als participants d'aquesta investigació mostren com la mitjana de les puntuacions a la mostra és elevada, al igual que la desviació típica, la qual cosa indica que a la mostra d'usuaris les puntuacions presenten gran dispersió, observant puntuacions a la zona baixa i alta, a més de la zona mitja. Aquestes dades del nostre estudi no estan en consonància amb els resultats de l'estudi d'elaboració del CENVE (Sánchez, 2004, pp. 136-138) en que les puntuacions obtingudes solien estar a la zona mitja, amb pocs valors als extrems i una baixa dispersió de les dades. Tampoc coincideixen amb d'altres estudis realitzats a persones grans, com ara el de Arias (2014, pp. 206-210) i el de Lasagni et al. (2013), el que es podria explicar pel fet que als estudis anteriors la mostra de gent gran eren persones vivint a la comunitat, en comparació al present estudi en que són persones institucionalitzades; Aquesta discrepància en els nivells d'estereotips entre persones grans es podria analitzar mitjançant un estudi comparatiu entre participants majors vivint en la comunitat i persones grans institucionalitzades, essent aquesta una de les línies en les que continuar treballant.

D'altra banda, les puntuacions de la mostra de professionals sí coincideixen amb les d'altres estudis similars, se solen ubicar a la zona mitja, amb una mitjana baixa i una desviació típica també baixa, a més de que a tots els ítems els percentatges més elevats estan en les puntuacions 2 (en desacord) i 3 (d'acord), excepte l'ítem 15 (Una gran part de les persones de més de 65 anys "repapiegen"), en el qual les puntuacions del col·lectiu dels professionals tenen un percentatge més elevat al valor 1; Similar als resultats de la investigació d'Arias (2014, pp. 169-187) i el de Franco et al. (2010), amb major prevalença en puntuacions mitjanes; D'igual manera a l'estudi d'Aristizábal-Vallejo et al. (2006) amb mitjanes superiors al nostre estudi. Amb tot, cal destacar que en una investigació on s'administrà el CENVE a adolescents pre i post taller sobre gent gran (Borrella, 2013, pp. 386-401) les puntuacions al CENVE dels participants eren menors a les del nostre estudi a tots els ítems, tant pre-intervenció com post-intervenció;

Però no hi ha adolescents a la nostra mostra, pel que la discrepància amb aquest estudi no és rellevant.

A l'analitzar si hi ha diferències significatives a les puntuacions al CENVE i al CENVE-CAT comprovem que no existeixen diferències significatives entre grups segons l'idioma a la mostra total ni pel col·lectiu d'usuaris, però sí pel de professionals, amb un rang biserial negatiu que ens permet afirmar que a la mostra del col·lectiu de professionals els participants de parla castellana tenen un nivell d'estereotips estadísticament significatiu més elevat que els de parla catalana; La qual cosa podria estar explicada pel fet que la majoria dels professionals que contesten el qüestionari en castellà són estrangers, majoritàriament provinents de països sud-americans, i possiblement amb una cultura respecte la vellesa i l'envelliment diferent a la dels professionals de parla catalana, el que presenta una possible línia d'investigació futura, analitzant no únicament la llengua sinó la cultura de procedència.

L'anàlisi de les diferències entre les puntuacions al CENVE dels professionals, usuaris de residència i usuaris de Centre de dia, conclou que hi ha diferències significatives a la puntuació del CENVE entre el col·lectiu de professionals i el d'usuaris de residència i el col·lectiu de professionals i el d'usuaris de Centre de dia, amb mitjanes en la puntuació al CENVE molt superiors als usuaris. Aquests resultats no coincideixen amb els estudis anteriors analitzats, ja que tant a les recerques amb gent gran (Arias, 2014; Lasagni et al., 2013; Sánchez, 2004) com amb professionals i alumnes joves (Arias, 2014; Aristizábal-Vallejo et al., 2006; Franco et al., 2010) la puntuació al CENVE era similar i amb mitjanes similars a la de les puntuacions dels professionals de la nostra investigació. D'aquesta manera, els resultats confirmen novament que la a mostra del col·lectiu d'usuaris analitzada el nivell d'estereotips és superior al d'estudis anteriors, explicat possiblement per la institucionalització.

Els estudis que analitzen la relació de la variable edat amb la puntuació al CENVE determinen una major puntuació en augmentar l'edat dels participants (Arias, 2014; Sánchez, 2004). De manera similar, els resultats de la nostra investigació conclou que hi ha diferències

significatives entre alguns grups segons d'edat, significatives entre: Els participants de 30 a 40 anys i els de 74 a 84 anys, els participants de 30 a 40 anys i els de 85 a 95 anys, els participants de 41 a 51 anys amb els de 63 a 73, els de 41 a 51 anys amb els de 74 a 84 anys i els de 41 a 51 anys amb els de 85 a 95 anys.

Alguns estudis que relacionen la puntuació del CENVE amb la variable gènere no obtenen diferències significatives entre els grups (Arias, 2014; Lasagni et al., 2013; Sánchez, 2004), la qual cosa també s'evidencia a la nostra recerca en la mostra del col·lectiu de professionals. Amb tot, els resultats de la recerca confirmen que existeixen diferències significatives en les puntuacions del CENVE entre grups segons el gènere a la mostra total i al col·lectiu d'usuaris, amb rangs de correlació biserial negatius indicatius de que les dones tenen un nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa més elevat que els homes en aquestes dues mostres del nostre estudi. Aquests resultats són similars a una investigació realitzada amb persones grans assistentes a l'Aula de Majors "Ciudad de Granada" (Sanhueza, 2014), que conclou també que les dones participants tenien una puntuació més elevada al CENVE.

Pel que fa a la relació entre l'estat civil i les puntuacions al CENVE, són pocs els estudis que hem pogut analitzar que investiguin aquesta relació, i els que ho fan (Arias, 2014; Lasagni et al., 2013; Sánchez, 2004) conclouen que no existeixen diferències estadísticament significatives entre grups segons aquesta variable. Al present estudi s'ha pogut establir una relació significativa entre la puntuació del CENVE i l'estat civil a la mostra total, amb diferències significatives en la puntuació del CENVE entre els participants vidus/es amb casat/ades i solters/eres, essent els/les vidus/es els qui tenen un major nivell d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa a la mostra total. A l'analitzar la relació entre la puntuació al CENVE i l'estat civil dels participants d'ambdues mostres per separat les diferències no són significatives per cap de les dues mostres.

La majoria de les investigacions que analitzen el nivell d'estudis amb les puntuacions al CENVE conclouen que la relació és inversa (Sánchez, 2004; Sanhueza, 2014), és a dir, a major

nivell d'estudis menors són les puntuacions al CENVE, més significativa quan es relaciona la puntuació al CENVE amb la formació en gerontologia o salut (Arias, 2014; Aristizábal-Vallejo et al, 2006). Els resultats de la nostra recerca estableixen que per la mostra total la relació és significativa segons la puntuació del CENVE i el nivell d'estudis entre els participants sense estudis i els participants amb estudis universitaris, els participants amb estudis primaris i els participants amb estudis universitaris, els participants amb estudis primaris i els participants amb Màster i/o Doctorat, els participants amb estudis secundaris i els que tenen estudis universitaris, els participants amb estudis secundaris i els que tenen Màster i/o Doctorat; Per aquells que tenen un menor nivells d'estudis la puntuació al CENVE és major. També s'estableix una relació significativa entre la puntuació del CENVE i els "Estudis relacionats amb la salut" a la mostra total, els participants amb estudis no relacionats amb la salut tenen més estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa que els que en tenen. Els resultats per les mostres d'usuaris i professionals confirmen que no hi ha diferències estadísticament significatives en les puntuacions al CENVE segons el nivell d'estudis ni pel col·lectiu d'usuaris, ni pel de professionals; Així com tampoc hi ha diferències estadísticament significatives en les puntuacions al CENVE segons si els estudis estan relacionats amb la salut per cada col·lectiu per separat.

L'únic estudi que relaciona la variable professió amb la puntuació al CENVE (Lasagni et al., 2013) no va trobar relació significativa. Tot i això, considerant els resultats de la relació amb el nivell d'estudis, es podria esperar que els professionals amb major nivell d'estudis (com ara metges, infermers, fisioterapeutes, etc. envers auxiliars) tinguessin una puntuació menor al CENVE. Aquesta afirmació ha estat demostrada estadísticament al nostre estudi pel col·lectiu de professionals, en quant els resultats confirmen que per aquest col·lectiu els únics grups respecte la professió entre els que la puntuació del CENVE presenta diferències significatives són els auxiliars i els professionals qualificats, els auxiliars presenten un nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa significativament superior que els professionals qualificats. La

relació entre la puntuació al CENVE i el grup professional també es confirma per la mostra total, essent entre els grups de mestresses de casa (amb major puntuació) amb treballadors manuals o botigues, auxiliars i professionals qualificats, i entre els grups de professionals qualificats (menor puntuació al CENVE) amb treballadors manuals o botigues, professionals no qualificats i auxiliars. Aquestes diferències no es consideren estadísticament significatives al col·lectiu d'usuaris.

Els resultats de la investigació confirmen que no existeix relació estadísticament significativa, ni a la mostra total ni a les mostres dels col·lectius d'usuaris i professionals entre la puntuació al CENVE i la convivència amb ancians, en línia amb els estudis anteriors que analitzaven aquesta relació en persones grans (Arias, 2014; Sánchez, 2004; Sanhueza, 2014).

Seguint l'estudi de Franco et al. (2010), que relaciona la puntuació del CENVE amb els professionals de la salut, trobant-ne un nivell d'estereotips elevat en aquesta mostra; I d'altres estudis que, tot i que no apliquen el CENVE, conclouen que hi ha una relació entre l'ambient i les actituds de la gent gran (Altarriba, 1992, pp. 102-108; Rivas i López, 1996); es podria pensar que la puntuació del CENVE als centres variarà entre ells. Els resultats indiquen que el col·lectiu d'usuaris del Centre 1 presenta una estadísticament significativa menor puntuació al CENVE que els altres 4 centres analitzats, però aquesta relació no ha estat significativa per les altres dues mostres, ni per cap de les mostres en relacionar la puntuació al CENVE amb la titularitat del centre ni amb el tipus de centre. D'aquesta manera al nostre estudi no es pot confirmar que la conducta estereotipada o no dels professionals tingui relació amb els estereotips o les actituds dels usuaris envers l'envelliment i la vellesa.

Les investigacions que analitzen la relació entre la percepció de la pròpia salut i la puntuació del CENVE conclouen que hi ha una relació inversa, és a dir, que els participants que auto perceben millor la seva salut tenen menor puntuació en el CENVE (Arias, 2014; Sánchez, 2004). Això es confirma al present estudi al col·lectiu d'usuaris, així els usuaris del nostre estudi amb una salut subjectiva millor presenten una menor puntuació al CENVE estadísticament

significativa que els que pensen que la seva salut és igual que la resta de persones de la seva edat, aquestes diferències no són significatives pels que pensen que la seva salut és pitjor que les persones de la seva edat. D'altra banda, els resultats no indiquen una relació significativa entre la puntuació al CENVE i la salut subjectiva ni en la mostra total ni al col·lectiu de professionals.

A l'estudi d'elaboració del CENVE (Sánchez, 2004), a la mostra analitzada, es va trobar una relació estadísticament significativa inversa entre la puntuació del CENVE i el nivell d'autoestima, els participants amb un major nivell d'autoestima obtenien unes puntuacions menors al CENVE. Això es confirma al nostre estudi per la mostra del col·lectiu d'usuaris, existint una relació significativa i inversa entre la puntuació a l'EAR i al CENVE, quant major nivell d'autoestima menor nivell d'estereotips en aquests participants. Els resultats no indiquen una relació estadísticament significativa entre aquestes puntuacions a la mostra del col·lectiu de professionals.

Tot i que no s'han trobat investigacions que relacionin la puntuació del CENVE amb la satisfacció amb la vida dels participants, alguns estudis (Castellano, 2014; Nieto et al., 2006; Sala, 2015) conclouen que la satisfacció amb la vida està relacionada amb l'autoestima i l'ambient institucional, per la qual cosa es podria pensar que aquesta variable podria estar relacionada amb la puntuació al CENVE. De fet, els resultats del nostre estudi ens permeten afirmar que, de manera similar a la variable autoestima a la mostra del col·lectiu d'usuaris existeix una relació significativa i inversa entre la puntuació al SWLS i la puntuació al CENVE, és a dir, quan més elevada és la satisfacció amb la vida menor nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa. No existeix aquesta relació en la mostra del col·lectiu de professionals.

L'únic estudi que relaciona la capacitat funcional amb la puntuació del CENVE (Arias, 2014) estableix que els participants que conviuen amb persones grans amb un grau de dependència més elevat mantenien nivells d'estereotips negatius majors que els que conviuen amb persones grans independents o menys dependents. A més, Montorio et al. (2002) van

relacionar la capacitat funcional dels participants majors amb les actituds envers l'envelliment dels cuidadors informals d'aquestes persones, tot i que ho feren mitjançant altres instruments. Al present estudi s'ha relacionat la capacitat funcional pròpia dels participants del col·lectiu d'usuaris amb la puntuació al CENVE, establint una relació significativa entre: Els participants amb dependència total i els que tenen independència total, amb major puntuació al CENVE dels primers; I els participants amb dependència moderada amb els que tenen dependència lleu i els que tenen independència total, amb major puntuació al CENVE dels primers.

Diverses investigacions anteriors demostren la disminució en la puntuació del CENVE en les persones que participen en activitats socials, físiques i/o de psicoestimulació, estadísticament significatives (Lasagni et al, 2013; Sánchez, 2004). Al present estudi els resultats confirmen que existeix una relació significativa entre la puntuació del CENVE i la participació en activitats socials entre els que participen més d'una vegada a la setmana i els que no participen, els que no participen tenen un nivell més elevat d'estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa. Però, a diferència dels estudis anteriors, els resultats indiquen que no existeix una relació estadísticament significativa entre la puntuació al CENVE i la participació en activitats de psicoestimulació ni entre la puntuació al CENVE i la participació en activitats físiques. Aquestes similituds i diferències amb els estudis anteriors en quant a la relació entre la participació en activitats i la puntuació al CENVE s'haurien d'investigar i comparar entre persones institucionalitzades i vivint en la comunitat ja que, novament, aquesta variabilitat podria influir tant a la participació en activitats com a les puntuacions al CENVE.

Al present estudi, en contraposició a les investigacions anteriors que relacionen altres variables amb la puntuació al CENVE dels participants, no s'han analitzat els resultats de les puntuacions a cada un dels factors (salut, caràcter-personalitat i motivació-social) el que resultaria una interessant línia d'investigació futura.

Per tant, els resultats presenten algunes discrepàncies amb estudis anteriors, explicades possiblement per algunes limitacions que presenta, com ara la mida de la mostra,

que, tot i que acceptable estadísticament, és escassa degut a la situació d'alarma per la pandèmia COVID-19 que no permetia les visites externes als centres. D'altra banda, no s'ha analitzat el nivell d'estereotips a cada un dels factors del qüestionari, ja que no formava part dels objectius, però podia haver donat més informació sobre les relacions amb cada dimensió de les variables estudiades. Finalment no s'ha comparat la procedència ni altres aspectes socioculturals dels participants amb el nivell d'estereotips, la qual cosa podria explicar les diferències trobades en el col·lectiu de professionals respecte el nivell d'estereotips segons l'idioma.

Relacionat amb les limitacions de l'estudi anteriorment descrites, es poden apuntar algunes línies d'investigació futures. Una primera proposta seria augmentar la mida mostral per confirmar la significació de les dades d'aquest estudi. Una segona proposta seria analitzar i relacionar amb les variables estudiades cada un dels factors del CENVE per aportar possibles explicacions a les correlacions entre les variables, ja que cada una de les dimensions del qüestionari està relacionada amb diversos conceptes: La salut, el caràcter i la socialització. I, com a proposta final seria interessant incloure a les variables relacionades la procedència i altres aspectes socioculturals dels participants, doncs podrien ser explicatius d'algunes altres relacions entre la puntuació al CENVE i aquestes variables.

Calen doncs més investigacions que incloguin aquestes recomanacions i altres que podrien estar relacionades amb les actituds i com aquestes canvien al modificar els estereotips envers l'envelliment i la vellesa als col·lectius de les institucions sociosanitàries per millorar la qualitat de vida d'aquestes persones, tant dels professionals com dels usuaris, o la comparativa del nivell d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa entre persones grans vivint en comunitat i persones grans institucionalitzades.

Conclusions

L'absència d'instruments de mesura dels estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa adaptats i validats al català, juntament amb la necessitat consensuada d'intervenir en les actituds edatistes, tant de la societat en general com de les institucions en particular, han donat com a resultat la primera fase d'aquest estudi amb l'objectiu d'adaptar i traduir el CENVE per ser el que millor s'adapta al constructe d'estudi i presentar propietats psicomètriques adequades. L'instrument resultant, el CENVE-CAT, confirma l'estructura factorial en tres factors: salut, motivacional-social i caràcter-personalitat; En línia amb les dimensions implicades en els estereotips envers l'envelliment i la vellesa plantejades en l'estudi d'elaboració original, mantenint les característiques de fiabilitat i validesa adequades.

S'ha demostrat a la segona fase de l'estudi que els nivells d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa continuen sent elevats, sobretot al col·lectiu d'usuaris de centres gerontològics. Entre aquest col·lectiu d'usuaris el perfil que presenta majors nivells d'estereotips envers l'envelliment i la vellesa és una dona del Centre 3 amb menors nivells de salut subjectiva, autoestima i satisfacció amb la vida, dependència moderada o total i que no participa en activitats socials. El perfil de professional amb més estereotips és un/a auxiliar de parla castellana, la majoria provinent de països sud-americans.

Aquest estudi obre noves oportunitats per la investigació dels estereotips respecte l'envelliment i la vellesa a Catalunya, amb un qüestionari adaptat al nostre entorn, el CENVE-CAT, que pot facilitar als centres, les institucions sanitàries, els professionals i les autoritats la identificació dels estereotips envers l'envelliment i la vellesa, realitzant intervencions encaminades a disminuir-los. Algunes propostes en aquest sentit podrien ser: Formació als professionals, informació per la gent gran i familiars, planificació d'activitats, sobretot socials, que millorin l'autoestima i satisfacció amb la vida dels usuaris dels centres gerontològics, així com reorganització dels centres per augmentar la independència i autonomia de les persones usuàries.

S'ha d'actuar per no cometre els mateixos errors una i altra vegada, hem d'aprendre d'allò que ens ha ensenyat la pandèmia. Realment de què val que les persones vivim més anys si ens hem de sentir menys tingudes i infravalorades? És pel nostre propi benestar futur, tots i totes, o això desitgem, serem vells i velles.

Bibliografía

- Abad, F.J., Olea, J., Ponsoda, V. i García, C. (2011). *Medición en ciencias sociales y de la salud*. Síntesis.
- Achenbaum, A. (2013). *Robert N. Butler, MD: Visionary of Healthy Aging*. Columbia University Press. <https://doi.org/10.7312/ache16442>
- Aguilar-Barojas, S. (2005). Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco*. 11(1-2), 333-338. Disponible a: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>
- Aguilar-Morales, J.E. (2011). *Prejuicios, estereotipos y discriminación*. Network de Psicología Organizacional. Asociación Oaxaqueña de Psicología A.C. Disponible a: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=55412249004>
- Altarriba, F.X. (1992). *Gerontología: aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer*. Editorial Boixareu Universitaria.
- Alvarado, A.M. i Salazar, A.M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Álvarez, R. (2007). *Estadística aplicada a las ciencias de la salud*. Ediciones Díaz Santos.
- APA, Working Group on the Older Adult. (1998). *What practitioners should know about working with older adults*. Professional Psychology: Research and Practice, 29, 413-427. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.29.5.413>
- APA (2010). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: American Psychological Association. Disponible a: <https://www.apa.org/ethics/code>
- Arias, E. (2014). *La imagen social del mayor: Una comparación entre alumnos universitarios jóvenes y mayores de Castilla-La Mancha*. [Tesis doctoral, Universidad de Castilla-La Mancha, Departamento de pedagogía]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10578/4039>
- Aristizábal-Vallejo, N., Morales, A., Salas, B.C. i Torres, A.M. (2006). Estereotipos negativos hacia los adultos mayores en estudiantes universitarios. *Cuadernos hispanoamericanos*

- de psicología*, 9(1), 35-44. Disponible a: <https://bit.ly/3uYf5ox>
- Arriola, E., Yanguas, F.J., Leturia, F.J. i Uriarte, A. (2001). *La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Manual práctico*. Cáritas Española Editores.
- Artacoz, L., Pérez, G., Rueda, S., Rodríguez, M. i González, G. (2009). *Bases per a un Envel·liment Actiu i Saludable a Barcelona*. Agència de Salut Pública de Barcelona. Disponible a: <https://bit.ly/3dubrwS>
- Astudillo, C. i Velásquez, C. (Coord.). (2011). *Guia pràctica per a l'agent antirumor. Com combatre els rumors i estereotips sobre la diversitat cultural a Barcelona*. Ajuntament de Barcelona. Disponible a: <https://bit.ly/2RBmKLa>
- Ayalon, L., Chasteen, A., Diehl, M. i Levy, B.R., Neupert, S.D., Rothermund, K., Tesch-Römer, C. i Wahl, H-W. (2020). Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, XX(1-4). <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa051>
- Aymerich Andreu, M., Planes Pedra, M. i Gras Pérez, M. E. (2010). La adaptación a la jubilación y sus fases: Afectación de los niveles de satisfacción y duración del proceso adaptativo. *Anales de psicología*, 26(1), 80-88. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3133149>
- Ballester, D. (2014). *Indicadors de qualitat de vida en demència avançada i relació amb la mortalitat*. [Tesi doctoral, Universitat de Girona]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10256/10076>
- Ballestín, B. (2010). Entre la força del prejudici i l'efecte Pigmalión: "cultures d'origen" i resultats escolars dels fills i filles de famílies immigrades. *Quaderns-e de l'Institut Català d'Antropologia*, 15(1), 61-89. Disponible a: <https://www.raco.cat/index.php/QuadernsIICA/article/view/206113>
- Baltes, P. i Baltes, M. (1993). *Successful Aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*.

- The European Science Foundation.
- Baltes, P. B. i Lindenberger, U. (1997). Emergence of a powerful connection between sensory and cognitive functions across the adult life span: A new window to the study of cognitive aging? *Psychology and Aging*, 12 (1), 12-21. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.12.1.12>
- Barbero, M.I. (2007). *Métodos de elaboración de escalas*. UNED.
- Banerjee D., D’Cruz M.M. i Rao T. (2020). Coronavirus disease 2019 and the elderly: Focus on psychosocial well-being, agism, and abuse prevention –An advocacy review. *Journal of Geriatric Mental Health*, 7, 4-10. https://doi.org/10.4103/jgmh.jgmh_16_20
- Bar-Tal, D. (1994). Formación y cambio de estereotipos étnicos y nacionales. Un modelo integrado. *Psicología Política*, 9, 21-49. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2826299>
- Bazo, M.T. (2005). Consecuencias del envejecimiento en la sociedad española actual. *Panorama social*, 1, 48-57. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=44541>
- Bazo, M.T. (2008). Personas mayores y solidaridad familiar. *Política y Sociedad*, 45(2), 73-85. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=44541>
- Baztán, J.J., González-Montalvo, J.I., Solano, J.J. i Hornillos, M. (2000). Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Medicina Clínica*, 115(18), 704-717. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(00\)71669-1](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(00)71669-1)
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica: Revista oficial de la asociación española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)*, 11(3), 125-146. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024>
- Blanca, M.J., Sánchez, C. i Trianes, M.V. (2005). Cuestionario de evaluación de estereotipos negativos hacia la vejez. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 15(4), 212-220. Disponible a: <https://bit.ly/32oJMaj>

- Bonafont, A. (2013). Aproximació comprensiva de la persona gran amb pèrdua d'autonomia funcional des de la perspectiva de la resiliència. *Pedagogia i Treball Social. Revista de Ciències Socials Aplicades*, 6, 70-91.
- Bhopal, S.S. i Bhopal, R. (2020). Sex differential in COVID-19 mortality varies markedly by age. *Lancet 2020; Vol. 396*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31748-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31748-7)
- Borrella, S. (2013). *Programa educativo para fomentar actitudes positivas en adolescentes hacia los mayores*. [Tesis doctoral, Universidad de Extremadura, Departamento de Ciencias de la Educación]. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=39556>
- Brandén, M., Aradhya, S., Kolk, M., Härkönen, J., Drefahl, S., Malmberg, B., Rostila, M., Cederström, A., Andersson, G. i Mussino, E. (2020). Residential context and COVID-19 mortality among adults aged 70 years and older in Stockholm: a population-based, observational study using individual-level data. *Lancet Healthy Longevity*, 1, 80–88. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30016-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30016-7)
- Caballero, J.C. i Remolar, M.L. (2000). Consideraciones sobre maltrato al anciano. *Revista Multidisciplinaria de Gerontología*, 10(3), 177-188. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2834589>
- Cabañero-Martínez, M.J., Cabrero-García, J., Richart-Martínez, M. i Muñoz-Mendoza, C.L. (2008). Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 43(5), 271-283. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)73569-8](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)73569-8)
- Cabrera, D., Menéndez, A., Fernández, A., Acebal, V., García, J.V., Díaz, E. i Salamea, A. (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*, 23(7), 434-440. Disponible a: <https://bit.ly/3dqV58c>
- Camarero, G., Huguet, M., Amador, P., España, M., Crusells, M., Verdú, D.A., Sánchez Noriega, J.L. i Imbert, G. (2002). *La mirada que habla (cine e ideologías)*. Akal.

- Carnevali, D.L. i Patrick, M. (2001). *Enfermería Geriátrica. 3ª ed. Tomo I. Biblioteca Enfermería Profesional*. Interamericana McGraw-Hill.
- Carbajo, M.C. (2008). Historia de la vejez. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 18, 237-254. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3003504>
- Carbajo, M.C. (2009). Mitos y estereotipos sobre la vejez. Propuesta de una concepción realista y tolerante. *ENSAYOS, Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 24, 87-96.
Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3282988>
- Carretero-Dios, H. i Pérez, C. (2007). Standards for the development and review of instrumental studies: Considerations about test selection in psychological research. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882. Disponible a:
<https://psycnet.apa.org/record/2007-14302-017>
- Castellano, C.L. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 49(3), 108-114.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.06.001>
- Castellano, C.L. i de Miguel, A. (2010). Estereotipos viejistas en ancianos: actualización de la estructura factorial y propiedades psicométricas de dos cuestionarios pioneros. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 259-278.
Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3229757>
- Castellano, C.L. i de Miguel, A. (2011). Propiedades psicométricas del cuestionario Conductas Discriminatorias hacia la Vejez y el Envejecimiento (CONDUC-ENV): análisis del componente conductual de actitudes viejistas en ancianos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 11(3), 359-375. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3738667>
- Causapié, P., Balbontín, A., Porrás, M. i Mateo, A. (2011). *Libro blanco del envejecimiento*

- activo*. Ministerio de Sanidad y Política Social Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- Cegri, F. (coord.) et al. (2004). *Salut a casa: Valoració integral*. Edita ICS. Disponible a: <https://studylib.es/doc/4722185/salut-a-casa-programa-ad-ics-valoraci%C3%B3-integral>
- Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (2020). *Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19*. Ministerio de sanidad.
- Chamizo, C. (2003). *Qué es ser anciano y ser enfermera: Observación participante. Libro de ponencias*. VII Encuentro de Investigación en Enfermería. 19-21 de Noviembre de 2003. Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería.
- Coderch, J. (2012). *La práctica de la psicoterapia relacional II. Realidad, interacción y cambio psíquico*. Ágora Relacional.
- Código Civil (2015). Última modificación de 6 de octubre de 2015 del Real Decreto de 24 de julio de 1889 por el que se publica el Código Civil. Ministerio de Gracia y Justicia. BOE núm. 206, de 25 de Julio de 1889 (BOE-A-1889-4763).
- Código Penal (2015). Última modificación de 28 de abril de 2015 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. Jefatura del Estado. BOE núm. 281, de 24 de noviembre de 1995 (BOE-A-1995-25444).
- Crocker, J. i Weber, R. (1983). Cognitive processes in the revision of stereotype beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45(5), 961-977. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.45.5.961>
- Dabove, M.I. i Prunotto, A. (directores) et al. (2006). *Derecho de la Ancianidad: Perspectiva Interdisciplinaria*. Editorial Juris.
- De la Serna, I. (2003). *La vejez desconocida: Una mirada desde la biología a la cultura*. Editorial Díaz Santos.
- Díaz-Aguado, M.J. (2003). *Educación intercultural y aprendizaje cooperativo*. Editorial Pirámide.
- Díaz-Orueta, U., Buiza-Bueno, C. i Yanguas-Lezaun, J. (2010). Reserva cognitiva: evidencias,

- limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*; 45(3), 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.12.007>
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC] (1988). Ordre de 6 d'abril de 1988 per la qual es reestructura el Programa “Vida als anys” d'atenció socio-sanitària a la gent gran amb llarga malaltia. DOGC núm. 978. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC] (1996). Decret 284/1996, de 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. DOGC núm. 2237. Generalitat de Catalunya, Departament de la Presidència.
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC] (2002). Decret 92/2002, de 5 de març, pel qual s'estableixen la tipologia i les condicions funcionals dels centres i serveis sociosanitaris i se'n fixen les normes d'autorització. DOGC núm. 3597. Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social.
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC] (2010). Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis Socials 2010-2011. DOGC núm. 5738. Generalitat de Catalunya, Departament d'Acció Social i Ciutadania.
- Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya [DOGC] (2012). GOV/13/2012, de 21 de febrer, pel qual s'aprova el Pla de salut de Catalunya 2011-2015. DOGC núm. 6073. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut.
- Domínguez, M.E. (2011). La mirada de los cuidadores formales sobre el envejecimiento: Una visión prospectiva para el sistema de formación en gerocultura. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14(1), 222-235. Disponible a:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/24808>
- Duran Muñoz, R. (2007). Envejecer y empoderar. Una propuesta analítica. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 42(5), 293-301. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(07\)73565-](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(07)73565-5)

- Elosua, P., Mujika, J., Almeida, L.S. i Hermsilla, D. (2014). Procedimientos analítico-
racionales en la adaptación de tests. Adaptación al español de la batería de pruebas de
razonamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 117-126.
[https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70015-9](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70015-9)
- Engler, T.A. i Peláez, M.B. (2002). *Más vale por viejo: lecciones de longevidad de un estudio en
el Cono Sur*. Banco Interamericano de Desarrollo.
- Etxebarria, I., Galdona, N., Prieto, D., Urdaneta, E. i Yanguas, J. (2009). *Las dimensiones
subjetivas del envejecimiento*. Ministerio de Sanidad y Política Social Secretaría General
de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).
- EUROSTAT (Julio 2019). *Estructura demográfica y envejecimiento de la población*. Disponible
a: <https://bit.ly/2QE8ocl>
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M.D., Díez, J., Molina, M.A., Schettini, R. i Montero, P.
(2010). Envejecer con éxito: criterios y predictores. *Psicothema*, 22(4), 641-647.
Disponible a: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3779>
- Fernández-Ballesteros, R. (1992). *Mitos y realidades sobre la vejez y la salud*. SG Editores.
- Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2002). *Vivir con Vitalidad*. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontología Social*. Pirámide.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active Aging. The contribution of Psychology*. Hogrefe &
Huber.
- Fernández, E. i Estévez, M. (2013). La valoración geriátrica integral en el anciano frágil
hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*, 24(1), 8-13.
<http://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2013000100002>
- Ferrer, R., Freixa, M., Guàrdia, J. i Horber, E. (1992). Aportaciones del Análisis Exploratorio de
datos al estudio de la resistencia. *Anuario de Psicología*, 55, 23-36. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2946410>
- Fité, G. (2010). *La vellesa, una etapa per viure intensament. Guia de salut per a la gent gran*.

- Diputació de Barcelona. Disponible a: <https://www.diba.cat/web/salutpublica/vellesa>
- Franco, M., Villarreal, E., Vargas E., Martínez, L. i Galicia, L. (2010). Estereotipos negativos de la vejez en personal de salud de un Hospital de la Ciudad de Querétaro, México. *Revista Médica de Chile*, 138, 988-993. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000800007>
- Fraser, C. (1994). Attitudes, social representations and widespread beliefs. *Papers on Social Representation*, 3(1), 1-138. Disponible a: <http://eprints.lse.ac.uk/id/eprint/24966>
- García, A., Ortiz, M.I. i Gómez, M.C. (2003). El envejecimiento de las poblaciones: los casos de España y México. *Anales de Geografía de la Universidad Complutense*, 23, 75-102. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=976074>
- García, M. (1995). Les imatges culturals de la vellesa. Construcció i deconstrucció d'una categoria social. [Tesi doctoral, Universitat Rovira i Virgili]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10803/37305>
- García, M.V., Rodríguez, C. i Toronjo, A.M. (2009) *Enfermería del anciano*. Colección Enfermería S21. Ediciones DAE (Grupo Paradigma).
- Garrido, M.R., Fernández, M.A., Villalba, E.B., Pérez, P.J. i Fernández, M. (2010). Evidencias de validez de la adaptación al español de la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) en una muestra de estudiantes universitarios. *Metodología de Encuestas* 12, 45-62. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3620043>
- Garzón, B. i Roy, P. (2012). Canvis emocionals en l'envelliment. *Aloma*, 30(1), 67-73. Disponible a: <https://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/view/257068>
- Gázquez, J.J., Pérez-Fuentes, M.C., Fernández, M., González, L., Ruiz, I. i Díaz, A. (2009). Old-age stereotypes related to the gerontology education: an intergenerational study. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 263-273. <https://doi.org/10.30552/ejep.v2i3.27>

- Generalitat de Catalunya. (2002). *Llibre Blanc de la gent activa: el paper actiu de la gent gran en la nova societat: 50 propostes de millora i 14 recomanacions*. Departament de Benestar Social. THAU. Disponible a: <https://bit.ly/3ecu5bJ>
- Generalitat de Catalunya (2014). *Adequació de la xarxa sociosanitària en l'atenció a la cronicitat*. Direcció General de Planificació i Recerca en Salut. Pla director sociosanitari.
- Generalitat de Catalunya (2016). *L'atenció centrada en la persona en el model d'atenció integrada social i sanitària de Catalunya*. Generalitat de Catalunya.
- Generalitat de Catalunya (2016). *Pla de salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Generalitat de Catalunya: Departament de Salut. (2019). *Memòria CatSalut 2018*. CatSalut (Servei Català de la Salut).
- Giménez, C. i Malgesini, G. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Editorial Catarata.
- Gómez, M. (2000). *Els serveis socials i la seva avaluació. Els models d'avaluació aplicats als serveis i programes socials*. Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica (1ª. Ed.)*. Editorial Brujas.
- Gómez, T. (2003). *Heteroestereotipos y autoestereotipos asociados a la vejez en Extremadura*. [Tesis doctoral, Universidad de Extremadura, Facultad de formación del profesorado].
Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=168>
- González, J. (2010). Teorías de Envejecimiento. *Tribuna del Investigador*, 11(1-2), 42-66.
Disponible a: http://190.169.30.98/ojs/index.php/rev_ti/article/view/3192
- Goss-Sampson, M.A. (2019). Versió traduïda al català per Meneses, J. *Anàlisi estadística amb JASP: Una guia per a estudiants*. FUOC. Disponible a:
<http://hdl.handle.net/10609/102906>

- Gramunt, N. (2010). *Viu l'envelliment actiu. Memòria i altres reptes quotidians*. Fundació Obra Social "la Caixa".
- Gran Diccionari de la llengua catalana (Enciclopedia.cat). Vellesa. A l'Enciclopèdia Catalana, SAU. Recuperat l'1 de Novembre de 2015 de:
<http://www.enciclopedia.cat/search/diccionaris/vellesa>
- Grau, G., Eiroa, P. i Cayuela, A. (1996). Versión española del OARS multidimensional functional assessment questionnaire: adaptación transcultural y medida de la validez. *Atención Primaria*, 17, 486-495. Disponible a: <https://bit.ly/3dsAIHJ>
- Haro, M., Hogg, M.A. i Vaughan, G.M. (2008). *Psicología social*. Editorial Médica Panamericana.
- Hidalgo, J.G. (2001). *El Envejecimiento: Aspectos Sociales*. Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Ibáñez, T., Muñoz, J.M., Vayreda, A. i Vázquez, F. (1997). *Psicología social de l'ensenyament*. Universitat Oberta de Catalunya.
- Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). (2009). *Projeccions de població 2021- 2041 (base 2008): principals resultats*. Generalitat de Catalunya, Institut d'Estadística de Catalunya. Disponible a: <https://biblio.idescat.cat/publicacions/Record/18304>
- Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). (2019). *Projeccions de població (base 2018): principals resultats*. Generalitat de Catalunya, Institut d'Estadística de Catalunya. Disponible a: <https://biblio.idescat.cat/publicacions/Record/21961>
- Institut d'Estadística de Catalunya (Idescat). (2020). Indicadors de la Unió Europea Demografia Societat Salut. Esperança de vida en néixer. Per sexe. Obtingut el 16 de novembre de 2020 de: <https://www.idescat.cat/indicadors/?id=ue&n=10106>
- Institut d'Estudis Catalans (2015). Definició Estereotip. Obtingut el 16 de març de 2015 de: <http://dlc.iec.cat/results.asp?txtentraDa=estereotip>

- ITC (2012). *International Guidelines on Quality Control in Scoring, Test Analysis, and Reporting of Test Scores*. International Test Commission. Disponible a:
<https://www.intestcom.org/page/19>
- Jin, K. (2010). Modern Biological Theories of Aging. *Aging and Disease*, 1(2), 72–74.
Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21132086/>
- Kane, R.A. i Kane R.L. (1993). *Evaluación de las necesidades en los ancianos*. Fundación Caja Madrid, SG Editores.
- Lasagni, V.X., Bernal, R., Tuzzo, M.R., Rodríguez, M.S., Heredia, D., Muñoz, L.M., Palermo, N., Torrealba, L.M., Crespo, E., Gavira, G., Palacios, M., Villarroel, C.I., Makin, W., Charamelo, A. i Díaz, P. (2013). Estereotipos negativos hacia la vejez en personas mayores de Latinoamérica. *Revista Kairós Gerontología*, 16(4), 9-23.
<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2013v16i4p9-23>
- Levy, B.R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Stereotypes. *J. of Gerontology*, 58(4), 203-211. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.P203>
- Levy B.R., Zonderman A., Slade M.D. i Ferrucci L. (2009). Negative age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. *Psychological Science*, 20(3), 296–298.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2009.02298.x>
- Ley General de Sanidad (2015). Última modificación de 13 de junio de 2015 de Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986 (BOE-A-1986-10499). Jefatura del Estado. España. Disponible a:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499>
- Ley General de la Seguridad Social (2015). Última modificación de 31 de octubre de 2015 del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE núm. 154, de 29 de junio de 1994 (BOE-A-1994-14960). Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. España.

- Ley 39/2006 de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia (2006). BOE núm. 299. Jefatura del Estado. España. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>
- Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials. Parlament de Catalunya. Disponible a: <https://bit.ly/2OWTYDM>
- Lobo A., Saz P. i Marcos G. (2002). *Grupo de Trabajo ZARADEMP. MMSE: Examen Cognoscitivo Mini-Mental*. TEA Ediciones.
- Losada, A. (2004). *Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención*. Informes Portal Mayores, Portal Mayores. Disponible a: <http://envejecimiento.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=50818>
- Martín, A. i Cano, J.F. (2003). *Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. (5ª ed.). Editorial Elsevier.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz, P. i Taussig, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6(4), 338-346.
- Martínez, J., Dueñas, R., Onís, M.C., Aguado, C., Albert, C. i Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Medicina Clínica*, 117(4), 129-134. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72040-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72040-4)
- Martínez, J. Onís, M.C., Dueñas, R., Albert, C., Aguado, C. i Luque, R. (2002). Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *MEDIFAM*, 12, 620-630. Disponible a: <https://bit.ly/3ghDXDF>

- Martínez, M.P., Polo, M.L. i Carrasco, B. (2002). Visión histórica del concepto de vejez Desde la Edad Media. *Cultura de los cuidados*. VI(11), 40-46.
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2002.11.08>
- Martínez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para profesionales de centros y Servicios de atención a las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Departamento de Empleo y Asuntos sociales.
- Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Algunas claves para avanzar en los Servicios gerontológicos. *Actas de la Dependencia*, 8, 25-47. Disponible a:
<http://www.acpgerontologia.com/mihistoria/publicaciones.htm>
- Melero, L. (2006). Modificaciones de los estereotipos sobre los mayores. Análisis de las variables evolutivas del cambio de actitudes en adolescentes y jóvenes. *Comunicación e Personas Maiores*, 4, 29-46. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2651192>
- Melero, J. i Buz, J. (2002). Modificación de los estereotipos sobre los mayores: análisis del cambio de actitudes. *Estudios I+D+I*, 9. IMSERSO.
- Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (2012). Real Decreto 1190/2012, de 3 de agosto. BOE núm. 186, de 4 de agosto de 2012. Disponible a:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2012-10473
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). *1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España. Prevención de la dependencia en las personas mayores*. Ministerio de Sanidad y Consumo. <https://doi.org/10.1157/13127234>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013). *Catálogo de Referencia de Servicios Sociales*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible a:
<https://bit.ly/3uUnSI4>
- Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (parte I). *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41(1), 55-63. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(06\)72923-7](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(06)72923-7)

- Molina, J. A. (2000). Estereotipos hacia los ancianos. Estudio comparativo de la variable edad. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 53(3), 489-501. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2357072>
- Montorio, I., Izal, M., Sánchez, M. i Losada, A. (2002). Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 12(2), 61-71. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/ejemplar/43810>
- Montoro, J. (1998). Actitudes hacia las personas mayores y discriminación basada en la edad. *Revista multidisciplinar de Gerontología*, 8(1), 21-30.
- Morales, F. i Yubero, S. (Coord.) (1996). *Del prejuicio al racismo: perspectivas psicosociales*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-la Mancha.
- Moreno, A. (2010). Viejismo (ageism). Percepciones de la población acerca de la tercera edad: estereotipos, actitudes e implicaciones sociales. *Revista «Poiésis». FUNLAM*, 19. <https://doi.org/10.21501/16920945.101>
- Moreno, M.G. (2007). *Introducción a la Metodología de la investigación educativa II*. Editorial Progreso.
- Muñiz, J., Elosua, P. i Hambleton, R. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Navarro, D. (2011). *La participació social dels adolescents en el context escolar i el seu benestar personal: Estudi psicosocial d'una experiència participativa*. [Tesi doctoral, Universitat de Girona]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10803/52645>
- Navas, M.J., Fidalgo, A.M., Gabriel, C., Suárez, J.C., Brioso, A., Gil, G., Martínez-Arias, R. i Sarrià, E. (2010). *Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica*. Editorial UNED.

- Nieto, E., Cerezo, M.P. i Cifuentes, O.L. (2006). Representaciones de la vejez en relación con el proceso salud-enfermedad de un grupo de ancianos. *Hacia la Promoción de la Salud*, 11, 107-118. Disponible a:
<https://scholar.google.com/citations?user=B44HnCAAAA&hl=es>
- OMS (2002). Envejecimiento activo, un marco político. *Revista Española de Geriátría y Gerontología*, 37(2), 74-105. Disponible a: <https://bit.ly/3e586Dq>
- OMS (2011). *Hacia una atención primaria adaptada a los mayores*. Organización Mundial de la salud. Disponible a:
http://www.who.int/ageing/projects/age_friendly_standards/en/al_afs_es.pdf
- Onana, P.P. (2006). *Discriminación, multiculturalidad e interculturalidad en España: un análisis desde la escolarización de la infancia subsahariana*. Lepala editorial.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2002). *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. ONU. Disponible a:
https://www.un.org/es/events/pastevents/ageing_assembly2/
- Otero, A., Zunzunegui, M.V., Rodríguez-Laso, A., Aguilar, M.D. i Lázaro, P. (2004). Volumen y tendencias de la dependencia asociada al envejecimiento en la población española. *Revista Española de Salud Pública*, 78(2), 201-213. Disponible a:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000200007
- Palmore, E.B. (1992). Knowledge about aging: What we know and need to know. *The Gerontologist*, 32(2), 149-150. <https://doi.org/10.1093/geront/32.2.149>
- Palmore, E. B. (1999). *Ageism: Negative and Positive (2ª Ed.)*. Springer.
- Pérez, J. (2011). *Demografía, envejecimiento y crisis ¿Es sostenible el Estado de Bienestar? Capítulo del libro El Estado de bienestar en la encrucijada: nuevos retos ante la crisis global*. Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarras, 47-62. Disponible a:
<http://hdl.handle.net/10261/33013>

- Pérez, M. (2010). *Ètica en els serveis socials, persones grans i centres residencials. Col·lecció Papers d'acció social. Departament d'Acció i Ciutadania. Generalitat de Catalunya.*
Disponible a: <https://bit.ly/3eaxF6m>
- Soto-Perez-de-Celis, E. (2020). Social media, ageism, and older adults during the COVID-19 pandemic. *EClinicalMedicine*, 29-30. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100634>
- Pinazo-Hernandis, S. (2013). Infantilización en los cuidados a las personas mayores en el contexto residencial. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41, 252-282.
Disponible a: <http://hdl.handle.net/10550/36786>
- Polo, M.L. i Martínez, M.P. (2001). Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. *Cultura de los cuidados*. V(10), 15-20.
<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2001.10.05>
- Population Reference Bureau. (2020). Rate of Natural Increase. Recuperat el 16 de novembre de 2020 de: <https://www.prb.org/international/indicator/rate-natural-increase/snapshot/>
- Prieto, D., Etxeberria, I., Galdona, N., Urdaneta, E. i Yanguas, J. (2009). *Las dimensiones subjetivas del envejecimiento*. Fundación INGEMA (Fundación Instituto Gerontológico Matia).
- Prieto, O., Gumà, J., Ferrer, C. i Clapés, J. (2009). *Condicions de vida i hàbits de la gent gran de la província de Barcelona. Enquesta de condicions de vida i hàbits de la població de Catalunya 2006*. Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona.
- Puertas, S. (2004). Aspectos técnicos sobre el estereotipo, el prejuicio y la discriminación. *Seminario Médico*, 56(2), 135-144. Disponible a:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1232884>
- Pujol-Domènech, J., Azpiazu, P., Salamero, M. i Cuevas, R. (2001). Sintomatología depresiva en la demencia. Escala de Cornell: validación de la versión en castellano. *Revista Neurología*, 33(4), 397-398. <https://doi.org/10.33588/rn.3304.2001112>

- Quintanilla, M. (2006). *Cuidados Integrales de Enfermería Gerontogerítricos. Tomo I*. Institutos Monsase Ediciones, S.A.
- Quispe, A., Calla, C.M., Yangali, J.S., Rodríguez, J.L. i Pumacayo, I.I. (2019). *Estadística no paramétrica aplicada a la investigación científica con software SPSS, MINITAB Y EXCEL. Enfoque práctico*. Editorial EIDEC.
- Ramos-Brieva, J.C. i Cordero-Villafafila, A. (1998). A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *Journal of Psychiatric Research*, 1(22), 21-28.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(88\)90024-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(88)90024-6)
- Ramos, J., Meza, A.M., Maldonado, I., Ortega M.P. i Hernández, M.T. (2009). Aportes para una conceptualización de la vejez. *Revista de Educación y Desarrollo*, 11, 47-56. Disponible a: <https://www.imbiomed.com.mx/ejemplar.php?id=9484>
- Rial, A. i Varela, J. (2008). *Estadística práctica para la investigación en ciencias de la salud*. Editorial Netbiblo.
- Riquelme, A. (1997). *Depresión en Residencias Geriátricas: Un Estudio Empírico*. Servicio de Publicaciones Universidad de Murcia.
- Rivas, M.T. i López, J. (1996). Análisis de escalamiento de diferencias individuales de los centros de atención a tercera edad. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, 13, 83-104. Disponible a: <http://hdl.handle.net/11162/148407>
- Rizo, A. (2007). Tercera Edad: Diferentes percepciones y necesidad de relaciones basadas en una nueva ética social. *KAIROS. Revista de Temas Sociales*, 11(20), 1-14. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10272/6211>
- Roxby, A.C. i Gure, T.R. (2020). Lessons from Sweden: where can older adults shelter from COVID-19? *Lancet Healthy Longev.* 2020; 1 November 2020.
[https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(20\)30035-0](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(20)30035-0)
- Rodríguez, M. i Sánchez, J.L. (2004). Reserva cognitiva y demencia. *Anales de psicología*, 20(2), 175-186. Disponible a: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27301>

- Rodríguez, N. (2006). *Manual de sociología gerontológica*. Publicacions i edicions de la Universitat de Barcelona.
- Rodríguez, P. (2010). La atención integral centrada en la persona. *Informes Portal Mayores*, 106. IMSERSO.
- Rodríguez, S. (1989). *La vejez: historia y actualidad (Estudios pedagógicos)*. Ediciones Universidad de Salamanca.
- Roqueta, C. (2014). *Avaluació geriàtrica en pacients nonagenaris: factors pronòstics, intervencions interdisciplinàries i eficàcia sobre la capacitat funcional*. [Tesi doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona, Departament de Medicina.]. Disponible a: <http://www.tdx.cat/handle/10803/283958>
- Rourera, R. (1996). *Incidència dels nivells d'autoestima en les expectatives dels alumnes del C.O.U.* [Tesi doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10803/5056>
- Rodó, R. (2012). *Autoestima per la prevenció de l'estrès*. Centre de Formació de Persones Adultes Francesc Layret.
- Sala, N. (2015). *Les competències emocionals, l'engagement i la satisfacció amb la vida dels educadors/es socials de Catalunya*. [Projecte Final del Postgrau en Educació Emocional i Benestar, Universitat de Barcelona]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/2445/68433>
- Salvà, A., Llevadot, M.D., Miró, M., Rovira, J.C., Vilalta, M., Colderch, J., Benito, E. i Garcia, M.A. (2004). *L'atenció socio sanitària a Catalunya, Vida als anys 2003*. CatSalut.
- Salvà, A. i Rivero, R. (Dir.) (2007). *Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y el análisis de sus determinantes*. Fundación Pfizer.
- Sampén, J.D., Varela, L.F., Díaz, C., Tello, T. i Ortiz, P.J. (2012). Validación de la Escala de Actitudes hacia el Adulto Mayor de Kogan y evaluación de las actitudes hacia el adulto

- mayor por parte del personal de salud del primer nivel asistencial. *Acta Médica Peruana*, 29(3), 148-154. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7774423>
- Sánchez, C. (2004). Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas. [Tesis doctoral, Universidad de Málaga. Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación]. Disponible a: <http://hdl.handle.net/10630/2667>
- Sanhueza, J. (2014). Estereotipos sociales sobre la vejez en estudiantes mayores: Un estudio de caso. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social*, 3(1). Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5144867>
- Sanjoaquín, A.C., Fernández, E., Mesa, M.P. i García-Arilla, E. (2006). Valoración geriátrica integral. *Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología*, 59-68.
- Schaie, K. (2001). *Theories of Aging*. In: Smelser, N.J. i Baltes, P.B. (eds.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences*, 318-321. Elsevier.
- Smith, V. (2006). La psicología social de las relaciones intergrupales: modelos e hipótesis. *Actualidades en Psicología*, 20(107), 45-71. Disponible a: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133212642003>
- Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives (2010). *Planificació i Avaluació. Pla Director Sociosanitari 39. Descripció i consens dels criteris de complexitat assistencial i nivells d'intervenció en l'atenció al final de la vida*. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut.
- Soler Masó, P. et al. (2011). *L'animació sociocultural. Una estratègia pel desenvolupament i l'empoderament de comunitats*. Editorial UOC.
- Soto, N. i Vasco, C.E. (2008). Representaciones sociales y discapacidad. *Hologramática*, 8(1), 3-22. Disponible a: https://scholar.google.com/citations?user=EQHtJ_sAAAAJ&hl=tl
- Spiriduso, W.W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Human Kinetics.
- Summers, G. et al. (1984). *Medición de actitudes*. Editorial Trillas.

- Tabueña, M. i Muñoz, J. (2012). *Guia local per fer front als maltractaments de les persones grans*. Diputació de Barcelona.
- Tamayo, M. (1999). *Diccionario de investigación científica*. Editorial Limusa.
- Tarazona-Santabalbina F.J., De la Cámara de las Herasb, J.M., Vidánc, M.T. i García Navarro, J.A. (2020). Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura. *Revista Especializada en Geriátria y Gerontología*, 56(1), 47-53. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.08.002>
- Teimil, I. (2012). Las otras manifestaciones de la dominación. Estrategias para hacer frente a las formas tácitas de exclusión social. *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*, 13, 416-423. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4418390>
- Thornton, J.E. (2002). Myths of aging or ageist stereotypes. *Educational Gerontology*, 28(4), 301-312. <https://doi.org/10.1080/036012702753590415>
- Tomás-Sábado, J. (2009). *Fundamentos de bioestadística y análisis de datos para enfermería*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Triadó, C. i Tur, G. (2001). *Psicología del desenvolupament: Adolescència, maduresa i senectut*. Edicions Universitat de Barcelona.
- Tribunal Constitucional (2016). *Códigos electrónicos. La Constitución española*. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Disponible a: <https://www.boe.es/legislacion/codigos/>
- Trigás-Ferrín, M., Ferreira-González, L. i Mejjide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica*, 72(1), 11-16. Disponible a: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4098178>
- Van Heemst, D. (2010). Insulin, IGF-1 and longevity. *Aging and Disease*, 1, 147-157. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22396862/>
- Vázquez, A. J., Jiménez, R. i Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de psicología*, 22(2), 247-255. Disponible a: <http://hdl.handle.net/11441/14009>

- Véliz, M., Riffo, B. i Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: Cuestiones relevantes. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada, Concepción (Chile)*, 48(1), 75-103. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48832010000100005>
- Verdugo, M.A., Arias, B., Gómez, L. i Schalock, R. (2013). *Model de qualitat de vida. Informe sobre els perfils de servei basats en el model de qualitat de vida per als serveis socials especialitzats de Catalunya*. Generalitat de Catalunya. Disponible a: <https://bit.ly/3x4ubLd>
- Viguera, V. (1997). *Prejuicios, mitos e ideas erróneas acerca del envejecimiento y la vejez*. Boletín nº12. Ediciones SEPTG.
- Villar, F. (1997). Construcción y evaluación en diferentes cohortes del DSE (Diferencial Semántico del envejecimiento). *Anales de psicología*, 13 (1), 31-37. Disponible a: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/30671>
- Villar, F. i Triadó, C. (2000). Conocimiento sobre el envejecimiento: adaptación del FAQ (Facts on Aging Quiz) y evaluación en diferentes cohortes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 53(3), 523-534. Disponible a: <https://psycnet.apa.org/record/2001-00804-006>
- WHO (1946). Constitution of the World Health Organization. WHO. Disponible a: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>
- WHO (World Health Organization). (2020). *Health care considerations for older people during COVID-19 pandemic*. Recuperat el 20 de novembre de 2020 de: <https://bit.ly/3ag4EVF>

ANNEXOS

**Annex A. Listado para el control de calidad de la traducción-adaptación de los ítems
de Muñiz et al. (2013)**

Generales

01. *¿El ítem tiene el mismo significado o muy parecido en los dos idiomas?*
02. *¿El tipo de lenguaje del ítem traducido tiene una dificultad y familiaridad comparables al del idioma original?*
03. *¿Introduce la traducción cambios en el texto (omisiones, sustituciones o adiciones) que puedan influir en la dificultad del ítem?*
04. *¿Hay diferencias entre la versión original del ítem y la traducida en relación con el uso de metáforas, giros o expresiones coloquiales?*

Formato del ítem

05. *¿El formato del ítem, incluyendo los aspectos físicos, es el mismo en los dos idiomas?*
06. *¿La longitud del enunciado y de las alternativas de respuesta, cuando las haya, tienen una longitud similar en ambas versiones?*
07. *¿El formato del ítem y la tarea a realizar por la persona evaluada son de una familiaridad similar en las dos versiones?*
08. *¿Si se destacó una palabra o frase (negrita, cursiva, subrayado, etc.) en la versión original, se hizo también en el ítem traducido?*
09. *En el caso de test educativos, ¿hay una respuesta correcta en ambas versiones del ítem?*

Gramática y redacción

10. *¿Hay alguna modificación de la estructura gramatical del ítem, tal como la ubicación de las oraciones o el orden de las palabras, que pueda hacer el ítem más o menos complejo en una versión que en otra?*
11. *¿Existen algunas pistas gramaticales que puedan hacer el ítem más fácil o más difícil en la versión traducida?*
12. *¿Existen algunas estructuras gramaticales en la versión original del ítem que no tienen equivalente en la versión traducida?*
13. *¿Existen algunas referencias al género u otros aspectos que puedan dar pistas sobre el ítem en la versión traducida?*

14. *¿Hay palabras en el ítem que tengan un significado unívoco, pero que en la versión traducida puedan tener más de un significado?*

15. *¿Hay cambios en la puntuación entre las dos versiones que puedan hacer que el ítem sea más fácil o difícil en la versión traducida?*

Pasajes (cuando haya)

16. *Cuando se traduce un pasaje, ¿las palabras y frases de la versión traducida transmiten el mismo contenido e ideas que la versión original?*

17. *¿Describe el pasaje individuos o grupos de forma estereotipada en relación con su ocupación, emociones, situación u otro aspecto?*

18. *¿La forma en la que está escrito el pasaje es controvertida o polémica, o puede ser percibido de forma denigrante u ofensiva?*

19. *¿El pasaje incluye contenidos o requiere habilidades que pueden ser poco habituales en cualquiera de los dos idiomas o grupos culturales?*

20. *Aparte de los cambios exigidos por la traducción, ¿los gráficos, tablas u otros elementos son iguales en las dos versiones del ítem?*

Cultura

21. *¿Los términos utilizados en el ítem en el idioma original han sido adaptados de forma adecuada al contexto cultural de la versión traducida?*

22. *¿Existen diferencias culturales que tengan un efecto diferencial sobre la probabilidad de que una respuesta sea elegida en la versión original y la traducida?*

23. *Las unidades de medida y las monedas (distancia, etc.) de la versión original del ítem ¿están convenientemente adaptadas en la versión traducida?*

24. *Los conceptos implicados en el ítem ¿están al mismo nivel de abstracción en las dos versiones?*

25. *El concepto o constructo del ítem ¿es igual de familiar y tiene el mismo significado en las dos versiones?*

Annex C. Missatges electrònics per autenticificar i legalitzar el test traduït

Missatge enviat per Esperanza Vicente Bellas a la Dra. Sánchez Palacios per demanar el permís de traducció, el dia 30/10/2015:

Buenos días Dra. Palacios:

Mi nombre es Esperanza Vicente Bellas, estoy realizando el *Programa de doctorado en Psicología, Salud y Calidad de vida* en la Facultad de Psicología de la UDG (Universidad de Girona), en la línea de investigación *Envejecimiento, Discapacidad, Cultura y Salud*. Mi tesis doctoral, titulada: "*Estereotipos negativos respecto el envejecimiento y la vejez del colectivo de profesionales y usuarios en centros gerontológicos de la comarca de la Selva. Traducción y adaptación del CENVE*", se basa en la traducción del cuestionario que usted realizó en su tesis doctoral, el CENVE. Por lo que le escribo este mail para pedirle el permiso correspondiente para la traducción del CENVE al catalán, asegurando seguir el proceso metodológico apropiado para ello.

A la espera de su respuesta,

Saludos cordiales,

Esperanza Vicente Bellas

Resposta de la Dra. Palacios el dia 1/11/2015:

Estimada Esperanza

Tiene mi permiso para traducir el cuestionario CENVE. Le deseo mucha suerte en su investigación

Saludos

Concepción Sánchez Palacios

Annex D. CENVE-CAT

(Adaptat de Sánchez, 2004, per: Aymerich Andreu, Maria i Vicente Bellas, Esperança; 2021)

INSTRUCCIONS

El qüestionari s'ha de realitzar en privat i en l'idioma matern de la persona. Llegir les afirmacions en veu alta i de manera clara, demanar a la persona el seu grau d'acord amb cada afirmació i marcar l'opció que correspongui segons l'ESCALA:

Molt en desacord	En desacord	D'acord	Molt d'acord
1	2	3	4

	1	2	3	4
1. La majoria de les persones, quan arriben als 65 anys d'edat, aproximadament, comencen a tenir un considerable deteriorament de la memòria				
2. Les persones grans tenen menys interès pel sexe				
3. Les persones grans s'irriten amb facilitat i són "rondinaires"				
4. La majoria de les persones majors de 65 anys tenen alguna malaltia mental prou greu com per deteriorar les seves capacitats normals				
5. Les persones grans tenen menys amics que les més joves				
6. A mesura que les persones grans es fan més grans, es tornen més rígides i inflexibles				
7. La majoria dels adults mantenen un nivell de salut acceptable fins als 65 anys, aproximadament, quan es produeix un fort deteriorament de la salut				
8. A mesura que ens fem grans perdem l'interès per les coses				
9. Les persones grans són, en moltes ocasions, com nens				
10. La major part de les persones majors de 65 anys tenen una sèrie d'incapacitats que les fan dependre dels altres				
11. A mesura que ens fem grans perdem la capacitat de resoldre els problemes als quals ens enfrontem				
12. Els defectes de la gent s'aguditzen amb l'edat				
13. El deteriorament cognitiu (pèrdua de memòria, desorientació o confusió) és una part inevitable de la vellesa				
14. Gairebé cap persona major de 65 anys realitza una feina tan bé com la faria una persona més jove				
15. Una gran part de les persones de més de 65 anys "repapiegen"				

Annex E. Centres gerontològics de La Selva

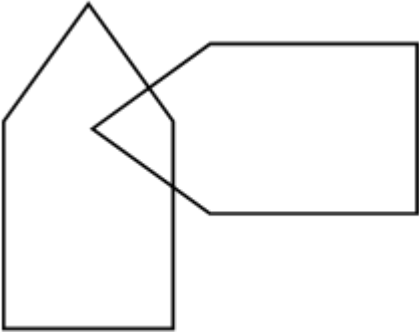
Taula E.1.

Centres gerontològics de La Selva

Nom establiment	Adreça	CP	Població	Telèfon	C	T	T
CASA DE REPÒS	Pi. Dr. Santiago Geli, 3-5	17401	ARBÚCIES	972860028	R	COL	
HOSPITAL ASIL SANT JAUME	Jaume Arcelós, 1	17300	BLANES	972331550	R	COL	
SANT SALVADOR D'HORTA	Les Argiles, s/n	17430	SANTA COLOMA DE FARNERS	972840287	R	COL	
VERSAT	Pge. Buenos aires 11, baixos (Ed. ALOE)	17310	LLORET DE MAR	972361249	CD	COL	
CLÍVIA	S'Auguer, 44	17300	BLANES	972353506	R	COL	
BLANES	avda. Josep Tarradellas, 44	17300	BLANES	972337351	R	COL	
CONTINENTAL	Camí de les Cabres, 45-47	17310	LLORET DE MAR	972371928	R	COL	
HOSPITAL ASIL SANT JAUME	Jaume Arcelós, 1	17300	BLANES	972331550	CD	COL	
CLÍVIA	S'Auguer, 44	17300	BLANES	972353506	CD	COL	
ASIL NICOLÀS FONT	Vall de Venècia, 65	17310	LLORET DE MAR	972364736	R	COL	
SANT HILARI	Pg. 14 d'Abril, s/n	17403	SANT HILARI SACALM	972872800	R	COL	
SANT HILARI	Pg. 14 d'Abril, s/n	17403	SANT HILARI SACALM	972872800	CD	COL	
SANT SALVADOR D'HORTA	Les Argiles, s/n	17430	SANTA COLOMA DE FARNERS	972840287	CD	COL	
SA PALOMERA	Sant Vicenç Ferrer, 24	17300	BLANES	972331588	CD	COL	
BLANES	avda. Josep Tarradellas, 44	17300	BLANES	972337351	CD	COL	
ANGLÈS	Joan Coromines, 5	17160	ANGLÈS	972420058	CD	C	
NOSTRA SENYORA DE FOIX	Lloret de Mar, 31, Urb. Mas Altaba	17412	MAÇANET DE LA SELVA	972858879	R	COL	
CA L'OLLER	Major, 32-34	17430	SANTA COLOMA DE FARNERS	972843693	R	COL	
SILS	Ctra C-555, km 2'3 (Camps de l'Hostal)	17410	SILS	972168712	R	COL	
SILS	Ctra C-555, km 2'3 (Camps de l'Hostal)	17410	SILS	972168712	CD	COL	
MAS MONER	Terri, s/n	17430	SANTA COLOMA DE FARNERS	639133596	R	PEV	30/09/2011
SANT OLEGUER DE BLANES	Arnau Gatell, 7-9	17300	BLANES	972355480	R	PEV	09/11/2010
TESAR RESIDENCIAL	Av. de Caldes, 4	17455	CALDES DE MALAVELLA	972113970	R	PEV	23/11/2012
TESAR RESIDENCIAL	Av. de Caldes, 4	17455	CALDES DE MALAVELLA	637751410	CD	PEV	23/11/2012
TOSSA DE MAR	Vinya del Pla, s/n	17320	TOSSA DE MAR	972342424	R	COL	
TOSSA DE MAR	Vinya del Pla, s/n	17320	TOSSA DE MAR	972342424	CD	COL	

Font: gencat.cat

Llegenda: CP: Codi postal. C: Tipus de Centre: R- Residència CD- Centre de dia. T: Titularitat: C- Concertat COL- Col·laborador PEV- titularitat privada, sense vinculació amb l'ICASS

CIERRE LOS OJOS	
Escriba una frase (con sujeto y predicado).....	____(1)
Copie este dibujo..... 	____(1)
Puntuación total	____(35)

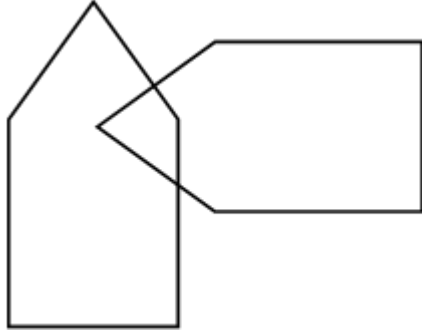
Annex G. MEC de Lobo en català

(adaptat de La Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives, 2010, p. 131)

INSTRUCCIONS: Les indicacions han de llegir-se en veu alta, lentament i de manera clara. Entre parèntesis s'apunten indicacions complementàries i les respostes esperables a alguns ítems. L'exploració s'ha de fer en privat. Si la persona pateix alguna limitació de tipus visual o auditiu, ha de posar-se i/o ajustar la pròtesi que faci servir per corregir-la (ulleres, audiòfon). Marqui amb un cercle 0 si la resposta és incorrecta, i 1 si la resposta és correcta.

Codi d'Usuari:

	PUNTUACIÓ
ORIENTACIÓ TEMPORAL: Quin dia de la setmana som?..... La data? (analfabets no)..... Mes?.....Estació?..... Any?.....	____(5)
ORIENTACIÓ ESPACIAL: On és ara? (Digui'm l'hospital o la residència)..... A quina planta som?..... Ciutat?.....Província?.....País?.....	____(5)
FIXACIÓ: Repeteixi aquestes tres paraules: pesseta, cavall i poma..... (*Repetir fins a 5 vegades, però puntua només el primer intent) (**Poden utilitzar-se sèries alternatives de paraules si són reavaluacions ex. Llibre, formatge, bicicleta)	____(3)
CONCENTRACIÓ I CÀLCUL Si té 30 euros i me'ls va donant de tres en tres, quants n'hi van quedant?..... (fins a 3 vegades)	____(5)
Repeteixi 5-9-2 fins que ho aprengui i ara digui-ho al revés.....	____(3)
MEMÒRIA Recorda les tres paraules que li he dit abans?.....	____(3)
LLENGUATGE I CONSTRUCCIÓ Mostrar un bolígraf: què és això? Repetir-ho amb un rellotge	____(2)
Repeteixi la frase: en un camp de blat hi ha cinc óssos..... (Repetir fins a 5 vegades, però puntua només el primer intent)	____(1)
Una poma i una pera són fruites, veritat? Què són un gos i un gat? ; ¿Què són el verd i el vermell?.....	____(2)
Agafi aquest paper amb la mà dreta, doblegui'l per la meitat i deixi'l a terra.....	____(3)
Llegeixi això i faci el què hi diu: TANQUI ELS ULL.....	____(1)
Escrigui una frase amb sentit.....	____(1)
Copii aquest dibuix.....	____(1)

	
Puntuació total	____(35)

Annex H. Cuestionario ad hoc

INSTRUCCIONES

Las indicaciones en negrita deben ser leídas al sujeto en voz alta, despacio y de manera clara. Entre paréntesis se apuntan indicaciones complementarias. El cuestionario debe realizarse en privado. Escribir la respuesta o marcar la opción, según proceda.

Código Usuario:**Centro:****1 Edad:** (en años)**2 Género:** Femenino Masculino**3 Estado civil:** Casado Soltero Divorciado/separado Viudo**4 ¿Ha convivido o convive con mayores de 65 años durante más de un año seguido en su domicilio?** No convive o ha convivido con ancianos Convive o ha convivido con ancianos dependientes Convive o ha convivido con ancianos no dependientes**5 Nivel de estudios máximo finalizados:** Sin estudios Estudios primarios Estudios secundarios (FP/Bachillerato) Estudios universitarios Máster y/o Doctorado**¿Están relacionados con la salud o el envejecimiento?** Sí No**6 Participa semanalmente en actividades de:**(Señalar únicamente en las que participe cada semana y señalar al lado cuantas veces a la semana participa o preguntar al encargado de la actividad) Actividades sociales (excursiones, visitas, salidas con la familia, etc.)

- Psicoestimulación (tareas de escritura, ejercicios de reconocimiento y de memoria, etc.)
- Actividades físicas (ejercicios en el gimnasio, correr, ejercicios con el fisioterapeuta etc.)
- Ninguna

7 Profesión (anterior a la jubilación si está jubilado):

8 Cree usted que su salud, comparada con otras personas de su edad, es:

Mejor

Igual

Peor

Annex I. Qüestionari ad hoc

INSTRUCCIONS

Les indicacions en negreta han de llegir-se en veu alta, lentament i de manera clara. Entre parèntesis s'apunten indicacions complementàries. El qüestionari ha de realitzar-se en privat. Escriviu la resposta o marcar l'opció, segons calgui.

Codi Usuari:

Centre:

1 Edat: (en anys)

2 Gènere: Femení Masculí

3 Estat civil: Casat
 Solter
 Divorciat/separat
 Vidu

4 ¿Ha conviscut o conviu amb majors de 65 anys durant més d'un any seguit al seu domicili?

- No conviu o ha conviscut amb ancians
 Conviu o ha conviscut amb ancians dependents
 Conviu o ha conviscut amb ancians no dependents

5 Nivell d'estudis màxim finalitzats:

- Sense estudis
 Estudis primaris
 Estudis secundaris (FP/Batxillerat)
 Estudis universitaris
 Màster i/o Doctorat

¿Estan relacionats amb la salut o l'envelliment? Sí No

6 Participa setmanalment en activitats de:

(Assenyalar únicament en les que participi cada setmana i posar al costat quantes vegades a la setmana participa o preguntar a l'encarregat de l'activitat)

- Activitats socials (excursions, visites, sortides amb la família, etc.)

Psicoestimulació (feina d'escriptura, exercicis de reconeixement i de memòria, etc.)

Activitats físiques (exercicis al gimnàs, córrer, exercicis amb el fisioterapeuta, etc.)

Cap

7 Professió (anterior a la jubilació si està jubilat):

8 Creu vostè que la seva salut, comparada amb altres persones de la seva edat, és:

Millor

Igual

Pitjor

Annex J. Índice de Barthel (IB)
(Versión española de Baztán et al, 1993)

INSTRUCCIONES: El cuestionario debe realizarse en privado. Marcar la opción que corresponda según la capacidad funcional de la persona.

COMER	
INDEPENDIENTE	10
NECESITA AYUDA	5
DEPENDIENTE	0
VESTIRSE	
INDEPENDIENTE	10
NECESITA AYUDA	5
DEPENDIENTE	0
ARREGLARSE	
INDEPENDIENTE	5
DEPENDIENTE	0
BAÑARSE O DUCHARSE	
INDEPENDIENTE	5
DEPENDIENTE	0
DEPOSICIÓN	
CONTINENTE	10
ACCIDENTE OCASIONAL	5
INCONTINENTE	0
MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)	
CONTINENTE	10
ACCIDENTE OCASIONAL	5
INCONTINENTE	0
IR AL RETRETE	
INDEPENDIENTE	10
NECESITA AYUDA	5
DEPENDIENTE	0
TRASLADO SILLÓN-CAMA (Transferencia)	
INDEPENDIENTE	15
MÍNIMA AYUDA	10
GRAN AYUDA	5
DEPENDIENTE	0
DEAMBULACIÓN	
INDEPENDIENTE Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) Excepto andador.	15
NECESITA AYUDA	10
INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS	5
DEPENDIENTE	0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
INDEPENDIENTE	10
NECESITA AYUDA	5
DEPENDIENTE	0
TOTAL	

Annex K. Índex de Barthel (IB) en català

(Adaptat de La Societat Catalano-Balear de Cures Pal·liatives, 2010, p. 135)

INSTRUCCIONS: El qüestionari ha de realitzar-se en privat. Marcar l'opció que correspongui segons la capacitat funcional de la persona.

MENJAR	
INDEPENDENT	10
NECESSITA AJUDA	5
DEPENDENT	0
VESTIR-SE	
INDEPENDENT	10
NECESSITA AJUDA	5
DEPENDENT	0
ARREGLAR-SE	
INDEPENDENT	5
DEPENDENT	0
BANYAR-SE O DUTXAR-SE	
INDEPENDENT	5
DEPENDENT	0
DEPOSICIÓ	
CONTINENT	10
ACCIDENT OCASIONAL	5
INCONTINENT	0
MICCIÓ (Valorar la situació en la setmana anterior)	
CONTINENT	10
ACCIDENT OCASIONAL	5
INCONTINENT	0
ANAR A L'WC	
INDEPENDENT	10
NECESSITA AJUDA	5
DEPENDENT	0
TRASLLAT CADIRA-LLIT (Transferència)	
INDEPENDENT	15
MÍNIMA AJUDA	10
GRAN AJUDA	5
DEPENDENT	0
DEAMBULACIÓ	
INDEPENDENT (Pot fer servir ajudes instrumentals (crosses o bastó) Excepte caminador.	15
NECESSITA AJUDA	10
INDEPENDENT EN CADIRA DE RODES	5
DEPENDENT	0
PUJAR I BAIXAR ESCALES	
INDEPENDENT	10
NECESSITA AJUDA	5
DEPENDENT	0
TOTAL	

Annex M. Escala de Satisfacció amb la Vida (SWLS)

(Adaptació al català de Navarro, 2011, p. 526)

INSTRUCCIONS

El qüestionari ha de realitzar-se en privat. Llegir les afirmacions en veu alta i de forma clara, preguntar al participant el seu grau d'acord amb l'afirmació i marcar l'opció que correspongui segons l'ESCALA:

Totalment en desacord	En desacord	Ni en desacord ni d'acord	D'acord	Totalment d'acord
1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
1. La meua vida, en gairebé tot, es correspon amb allò a què aspiro					
2. Les condicions en què visc són bones					
3. Estic satisfet o satisfeta amb la meua vida					
4. Fins ara, he aconseguit coses que eren importants per a mi					
5. Si tornés a néixer, canviaria bastants coses en la meua vida					
TOTAL (sumar la puntuació de cada afirmació)					

Annex P. Consentiment Institucional

Per a la realització de la investigació emmarcada en la Tesi doctoral de la Universitat de Girona, titulada: “Estereotips negatius envers l’envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE” necessito la col·laboració d’alguns usuaris i professionals de la seva institució. La participació consisteix a respondre unes preguntes d’un qüestionari d’aproximadament 45 minuts de durada, que no comportarà cap risc per salut dels participants. Les respostes seran totalment anònimes, voluntàries i la informació confidencial, únicament serà utilitzada per aquesta investigació. A les dades només tindran accés els autors de l’estudi, no apareixeran dades personals com el nom i cognoms, ni el centre al qual pertanyen les respostes dels participants (els centres estaran codificats). A més els participants podran retirar-se en qualsevol moment.

L’objectiu d’aquesta investigació és conèixer el nivell d’estereotips dels participants envers la vellesa i l’envelliment, el que pot comportar una millora futura en la cura de les persones grans.

Per això els sol·licito el seu consentiment per participar, agraint la insubstituïble col·laboració sense la que aquest estudi no seria possible. En finalitzar la investigació es facilitaran els resultats globals a la direcció del centre per la consulta dels participants i el centre si ho desitgen.

I perquè consti la veracitat del que aquí s’explica, firmo:

Esperanza Vicente Bellas

Alumna del Programa de Doctorat en Psicologia, Salut i Qualitat de Vida de la Universitat de Girona.

Per donar el seu consentiment a participar prego la signatura del responsable del comitè d'ètica o del responsable institucional:

Signatura del responsable del comitè d'ètica o del responsable institucional

Annex Q. Consentimiento informado participantes

Para la realización de la investigación enmarcada en la Tesis doctoral perteneciente a la Universidad de Gerona, titulada: "Estereotipos negativos frente al envejecimiento y la vejez del colectivo de profesionales y usuarios en centros gerontológicos de la comarca de La Selva. Traducción y adaptación del CENVE." necesito su colaboración en la realización de un cuestionario de aproximadamente 45 minutos de duración, que no comportará ningún riesgo para su salud. Las respuestas serán totalmente anónimas, voluntarias y la información confidencial, únicamente será utilizada para esta investigación. A los datos solo tendrán acceso los autores del estudio, sin datos personales como el nombre y apellidos. Además usted podrá retirarse en cualquier momento.

El objetivo de esta investigación es conocer el nivel de estereotipos de los participantes frente a la vejez y el envejecimiento, lo que puede comportar una mejora futura en el cuidado de las personas mayores.

Por ello les solicito su participación, agradeciendo la insustituible colaboración sin la cual este trabajo no sería posible. Al finalizar esta investigación se facilitaran los resultados globales a la dirección del centro al que pertenece para su consulta si lo desea.

Y para que quede constancia de la veracidad de lo que aquí se explica, firmo:

Esperanza Vicente Bellas

Alumna del Programa de Doctorado en Psicología, Salud y Calidad de Vida de la Universidad de Gerona.

Y para dar su consentimiento ruego su firma:

Firma del participante

Annex R. Consentiment informat participants

Per a la realització de la investigació emmarcada en la Tesi doctoral de la Universitat de Girona, titulada: "Estereotips negatius envers l'envelliment i la vellesa del col·lectiu de professionals i usuaris a centres gerontològics de la comarca de La Selva. Traducció i adaptació del CENVE." necessito la seva col·laboració per la realització d'un qüestionari d'aproximadament 45 minuts de durada, que no comportarà cap risc per la seva salut. Les respostes seran totalment anònimes, voluntàries i la informació confidencial La informació únicament serà utilitzada per aquesta investigació i a les dades només tindran accés els autors de l'estudi, sense dades personals com el nom i cognoms. A més vostè podrà retirar-se en qualsevol moment.

L'objectiu d'aquesta investigació és conèixer el nivell d'estereotips dels participants envers la vellesa i l'envelliment, el que pot comportar una millora futura en la cura de les persones grans.

Per això els sol·licito la seva participació, agraint la insubstituïble col·laboració sense la que aquest estudi no seria possible. En finalitzar la investigació es facilitaran els resultats globals a la direcció del centre al qual pertany per la seva consulta si ho desitja.

I perquè consti la veracitat del que aquí s'explica, firmo:

Esperanza Vicente Bellas

Alumna del Programa de Doctorat en Psicologia, Salut i Qualitat de Vida de la Universitat de Girona.

Per donar el seu consentiment prego la seva signatura:

Signatura del participant

