

UVIC

LLIÇÓ INAUGURAL 2012-2013

EDUCAR I INVESTIGAR PER
TENIR CURA DE LA GENT GRAN

Dra. Montserrat Vall Mayans

Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar



SCIENTIAE PATRIAEQUE
IMPENDERE VITAM

Universitat de Vic

Lliçó inaugural

2012-2013

EDUCAR I INVESTIGAR PER TENIR CURA DE LA GENT GRAN

Dra. Montserrat Vall Mayans

*En homenatge a les persones
que s'ocupen dels altres
amb professionalitat i amor.*

ENVELLIMENT I CURA DE LA GENT GRAN

A la introducció del seu llibre *El mono obeso*, una teoria de l'evolució de l'espècie humana, José Enrique Campillo (2007) diu que els éssers humans sempre hem intentat evitar el sofriment, la malaltia i la mort. Però en tota la nostra història mai no s'ha disposat de mitjans tan eficaços com els que avui tenim a l'abast per combatre la malaltia, mitigar el dolor i retardar el final inevitable. Ens recorda que si vivim en un país desenvolupat i tenim una mica de sort, probablement superarem els vuitanta anys d'edat; però aquest avantatge és una adquisició molt recent.

L'estudi de Realitat Demogràfica de l'Acadèmia de l'Envel·liment Saludable, citat per Revelles (2007), diu que a Espanya, l'any 2050, el 40% dels ciutadans tindrà més de 60 anys. Sembla que anem pel camí de convertir-nos en el país amb la població més envellida del planeta. Autors com Valentí Fuster, Tom Kirwood o Antoni Salvà han tractat el tema i apunten que:

- les estadístiques demogràfiques en els últims 30 anys constaten que la vida s'ha allargat més de 6 anys cada dècada, al mateix ritme que els 100 anys anteriors;
- és probable que hi hagi un límit biològic a la longevitat humana; però encara no és a la vista, perquè l'esperança de vida continua augmentant, entre altres coses gràcies al perfeccionament de la medicina preventiva i a l'assumpció de pautes de vida saludables entre la població;
- es tractarà d'acompanyar l'envelliment de més qualitat de vida, de manera que aquests anys guanyats puguin gaudir-se plenament;
- la vellesa i l'afrontament amb garanties de la prolongació de la vida es pot millorar amb els hàbits de vida, l'actitud mental i el bon humor;
- factors com la pràctica regular i controlada d'exercici físic i intel·lectual (llegir, jugar als escacs, resoldre mots encreuats, etc.), fer una dieta

equilibrada amb pocs greixos i poc sucre, evitar el tabac, l'alcohol i la monotonia, l'*autocura* o autogestió de la salut i vetllar per la seguretat i la prevenció d'accidents, les relacions socials (participació en la comunitat, barri o poble, implicació en tallers o cursos per seguir aprenent coses noves, establir llaços afectius amb la família i els amics), influeixen en l'envelliment saludable;

- promoure i investigar al voltant de l'envelliment actiu, l'estat de salut dels grans, els condicionaments socials, el manteniment de la independència i l'autonomia és de gran importància per assolir l'envelliment saludable.

Sundström *et al.* (2011) estudien la diversitat de serveis d'atenció a la gent gran en alguns països europeus. Alemanya i Espanya són països on els serveis públics són més escassos que a Dinamarca, Suècia, Noruega, Anglaterra i Israel. A Suècia, els serveis d'ajut a domicili (des de 1950) i els de salut estan unificats. És el país amb més cobertura i amb tendència a la diversitat dels serveis.

En referència a l'exclusió econòmica de la gent gran, Marí-Klose (2008: 110, 179-181) observa en el col·lectiu d'ancians que els estats de benestar (a través del sistema de pensions fonamentalment) actuen com a una xarxa de protecció davant les situacions de precarietat més acusades. I que la falta de recursos econòmics pot representar el deteriorament dels estàndards de vida i anar acompanyada de situacions de soledat i abandonament. L'Estat espanyol es caracteritza per tenir un model de benestar amb prestacions de baixa intensitat protectora per a les persones grans, en comparació amb altres països europeus. No obstant això, les inversions públiques de l'Estat han aconseguit protegir les generacions de més edat (no així els menors) de la possibilitat d'experimentar les formes més severes de pobresa.

Els resultats de la consulta sobre la recerca espanyola en envelliment (Rodríguez-Rodríguez 2011: 2, 5 i 6), mostren com la preocupació i l'interès pels estudis sobre l'envelliment de la població espanyola s'han anat consolidant en la societat a mesura que han anat augmentant les xifres de població dels més grans de 65 anys (una mica més de 7,5 milions el 2008, segons *l'Informe 2008. Las personas mayores en España*) i quan, ja avui i en

un futur a mig termini, Espanya es troba posicionada entre els sis països més envellits del món (*UN. World Population Prospects 2008*).

La família i els cuidadors familiars formen un àmbit d'interès imprescindible per a la societat espanyola amb dos punts d'atenció relacionats: la càrrega de treball que representa per als cuidadors familiars el fet d'atendre els membres més vells, i el model d'atenció que l'Estat posa a disposició de les famílies com a complement o substitut, i els aspectes que hi estan lligats. La investigació futura sobre els recursos proveïts per a la gent gran té un doble component social i econòmic. En el primer cas, destaca la importància de la xarxa familiar i social com a instrument bàsic que utilitza la societat espanyola per a la cura personal i per al desenvolupament social de la persona atesa i el seu entorn més proper. En el segon cas, fa menció del disseny del model econòmic de la gent gran, essencialment la sostenibilitat del sistema de pensions i d'altres prestacions econòmiques, i la disponibilitat d'un sistema de residències de gent gran de major amplitud i cobertura que l'actual. Encara que no és expressat explícitament, els recursos socials i econòmics entronquen amb un aprofundiment de l'estat de benestar a l'Estat espanyol. En la faceta residencial s'ha expressat un altre conjunt d'idees que reforcen l'estudi de l'entorn residencial propi (envellir a casa) com a instrument de qualitat de vida, en relació amb la millora en les condicions materials en les vivendes i edificis i en l'entorn urbà (ciutats saludables). Destaca també, en sentit oposat, l'interès per aprofundir en la millora dels espais residencials específics per a ancians institucionalitzats.

Relacionat amb això comença a guanyar força entre els investigadors espanyols l'interès per desenvolupar iniciatives tecnològiques en l'àmbit personal (ajudes tècniques) i domèstic (demòtica) per a una millora de la qualitat de vida. Finalment, és interessant ressaltar la importància donada a la millora de les polítiques socials pel que fa a les persones grans en el marc d'un estat de benestar que combina els recursos personals i domèstics (privats) amb els públics.

Des de la recerca biomèdica hi ha confiança que les generacions del futur assoleixin i visquin la vellesa des de la salut i l'autonomia funcional, segons Rodríguez-Mañas (2011). L'objectiu final és aconseguir un envelliment lliure d'incapacitat (*Healthy Ageing*), autònom i independent. I segons Izpisúa

(2011)¹, aviat serem 1.200 milions de vells a tot el món i d'aquí a unes dècades s'eliminarà el procés d'envelliment com a causant de malalties neurodegeneratives, canceroses, cardiocirculatòries, etc.

Des d'una perspectiva psicosocial, Fernández-Ballesteros (2011) considera que els individus són agents i gestors del seu propi envelliment. Així, sabem que les formes d'envelliment no es donen a l'atzar. Els experts ens diuen que aproximadament un 25% depèn de factors genètics i un 75% de factors ambientals i conductuals. Considerar la interacció persona/context té un sentit especial per a l'envelliment saludable. En gran part dels estudis sembla haver-hi un biaix biomèdic, quan hi ha una forta evidència empírica del gran nombre d'activitats protectores de la malaltia i promotores de l'envelliment saludable: l'activitat cognitiva, la relació interpersonal, el pensament i l'actitud positius, els estils de maneig de l'estrès, la resiliència, la percepció del control i de l'autoeficàcia per envellir. Totes aquestes formes de conducta són condicions predictores de longevitat i d'envelliment saludable. Culturalment, els estereotips socials del mateix grup, dels cuidadors i dels professionals que produeixen discriminació i *edatisme*, són una amenaça per a un envelliment saludable i es converteixen en profecies que s'autocumpleixen.

I com que els meus darrers estudis s'han centrat en persones que cuiden la gent gran, permetint-me que hi faci alguna referència, amb xifres, per donar una idea del fenomen a la nostra comarca.

A Osona, segons fonts del Departament de Benestar i Família², les persones amb discapacitat majors de 65 anys, susceptibles de ser cuidades eren, en xifres absolutes de 2010: 1.206 persones de 65-74 anys (587 homes i 619 dones) i 1.823 persones de 75 anys i més (711 homes i 1.112 dones). Això fa un total de 3.029 persones grans discapacitades sobre un total de discapacitats de 7.584.

1. El doctor Juan Carlos Izpisua Belmonte, director del Centre de Medicina Regenerativa de Barcelona, en declaracions fetes al programa *No es un día cualquiera*, de Radio Nacional de España (RNE).

2. Cf. http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/11Discapacitat/Estadistiques/Any_2010/documents/4_discapacitat_grups_edat_2010.pdf Consultat el 01/05/2011.

Les residències estan evolucionant aquests darrers anys. Aquesta afirmació extreta d'Elizasu (2010: 120-124), també l'he escoltada i observada durant el meu treball de camp. És a dir, s'estan convertint en un recurs sociosanitari, obert i incorporat a l'entorn. També ha canviat el perfil dels usuaris, de major edat i amb major índex de dependència. Això fa de les persones residents un grup més vulnerable que la població general i amb una problemàtica molt més heterogènia. L'objectiu és atendre'ls de manera individualitzada, integral i contínua, durant tot el procés, incloses les situacions habituals i previsible, de *terminalitat* i mort. Una residència confereix a l'atenció a la gent gran característiques diferents de les que té el medi hospitalari i el domicili particular, derivades de la relació de cada resident amb tres variables fonamentals: els altres residents, el suport sociofamiliar i l'equip de treball. Aconseguir que els malalts en cures pal·liatives i/o terminals comparteixin espai amb altres residents sense que això suposi una agressió a l'autonomia, la intimitat i l'autoestima de tots ells és un repte ineludible que s'ha de resoldre. Aconseguir mantenir les relacions sociofamiliars, promoure que formin part de la vida residencial i facilitar que els residents se sentin com a casa seva és un altre gran objectiu. Fer que tots els professionals se sentin participants en el projecte d'atendre els residents, interpretant cadascú el paper que li correspon amb l'objectiu de promoure el seu benestar, els aportarà major qualitat de vida i de mort.

Parafrasejant Paulino Castells (2010: 178-179), la realitat quotidiana ens mostra que hi ha moltes més residències que duen a terme a la perfecció la feina assistencial que tenen encomanada, que no pas casos puntuals i esporàdics de delinqüència institucional o privada que explota i *vampiritza* la senectut. El pitjor que li pot passar a una persona gran és ingressar contra la seva voluntat en una residència que no ha escollit. També és veritat que posar-se a les mans d'unes persones estranyes que a partir d'ara seran els seus punts de referència, els seus cuidadors i, potser, qui sap, la seva família substitutiva —o l'única que tindrà a l'abast— requereix un procés d'acceptació, i això vol temps. Acceptar que ja no som autònoms sense per això sentir-nos disminuïts, acceptar confiar el nostre cos a les mans d'altri i fer-ho amb gratitud són, sens dubte, fites molt serioses. Cal una preparació interior abans d'entregar-se a les mans d'uns estranys —que pressuposem afectuosos i amables, però que poden no ser ni una cosa ni l'altra— i exigeix una serena reflexió. Els vells que saben fer aquest acte d'entrega amb

autenticitat, sense sentir-se avergonyits ni humiliats, ajuden amb la seva disposició que les infermeres i els cuidadors, al seu torn, se n'ocupin amb respecte i atenció. La gentilesa, la gratitud i el bon humor són les millors garanties d'una adaptació reeixida.

A les residències de gent gran, com als hospitals, exèrcits, presons o camps de concentració, es dilueix la individualitat de les persones perquè s'homogeneïtzen les seves biografies. Molts dels professionals que treballen en residències per a persones dependents no solen esperar res dels interns, segons Ramon Bayés (2006 i 2009³), excepte, potser, que no es queixin excessivament, que responguin bé als tractaments que els administren per a les seves dolences, que aconseguixin petites quotes de rehabilitació, que ingereixin l'aliment que se'ls proporciona, i que algun dia morin. I els residents —almenys alguns d'ells— en són perfectament conscients. La solució, per suscitar o mantenir l'esperança en les persones grans, dependents o no, passa per pensar en residències on, a més de distreure, es fomenti la il·lusió, es facilitin les interaccions, s'escolti activament els interns, es vulgui aprendre de les seves experiències, es proporcionin més afecte (a banda de les cures sanitàries adequades, el confort, la neteja i la bona alimentació), s'intercanviïn somriures, es valorin les seves vides procurant que no es donin per acabades. La vida de moltes persones grans encara pot merèixer ser viscuda i depèn, en part, de nosaltres. La persona és el viatge. Els professionals sanitaris poden ajudar a fer-lo més suportable (especialment en la vellesa) pal·liant les vivències d'amenaça, incrementant la percepció de recursos i millorant l'estat d'ànim, sense oblidar que ens relacionem amb persones que pateixen pèrdues i lluiten perquè tenen una vocació permanent de felicitat.

FORMACIÓ DE LES PERSONES CUIDADORES I SUGGERIMENTS PER A LA RECERCA

Per què hi ha persones cuidadores? La resposta és simple: perquè hi ha persones que necessiten ser cuidades.

3. Conferència impartida amb motiu de la inauguració del Màster d'Envel·liment Actiu. UVic, 21 d'octubre de 2009.

Qui són aquestes persones? En el nostre cas les persones grans, però no oblidem que tant els infants com les persones discapacitades de qualsevol edat són susceptibles de ser cuidades per algú. És a dir, les persones cuidadores són necessàries en aquells casos en què hi ha persones grans amb més o menys dependència o que no poden dur a terme per si mateixes, totalment o parcialment, les activitats de la vida diària.

Qui ha fet, qui fa i qui farà les tasques del cuidar? Tradicionalment les dones⁴ al si de les famílies, a la llar. Actualment, amb la incorporació de la dona al mercat laboral i els canvis relacionats amb la família, si no pot ella, s'encarrega a altres persones, dones majoritàriament, de vegades immigrants, generalment al domicili⁵. També, en menor mesura, les persones grans són cuidades en residències, majoritàriament per dones, algunes immigrants. I, en el futur, podrien ser cuidades, en part, per robots, segons alguns autors⁶.

Cal formació per cuidar? Ningú neix ensenyat per fer aquestes tasques, encara que hi pot haver una part instintiva o intuïtiva. Sigui de manera empírica, per imitació o de forma professionalitzada i programada, les persones cuidadores han après a fer la seva feina al llarg de la història. Aquesta visió esquemàtica de la realitat del cuidar és la que trobem reflectida en bona part de la bibliografia i en altres fons.

Revisem el nou professional que ja s'està formant i que en un percentatge elevat ocuparà, segons els experts, d'aquí al 2015, llocs de treball que ara ocupen les persones cuidadores estudiades en la meua tesi doctoral. Em refereixo als tècnics en atenció socio sanitària, que ja tenen dissenyat el perfil professional i el currículum⁷ en el cicle formatiu de grau mitjà.

4. Hi ha abundants fonts que tracten aquest tema.

5. Gualda i Ruiz (2004: 4 i 5) afirmen que per a les dones immigrants amb un cert nivell educatiu, les perspectives i desitjos van més enllà del servei domèstic (neteja de la casa, cuidar una persona gran, etc.), la porta d'entrada al mercat laboral. Pretenen continuar la seva formació i/o *emplantar-se* en llocs de treball més adients al seu nivell d'estudis (infermeres, mestres, enginyeres, advocades, etc.).

6. Aldama (2009); Mas (2010): "El segle dels robots. La robòtica s'incorporarà a la vida quotidiana". *Pre-sència*, núm. 1987. Del 26 de març a l'1 d'abril. Any XLV.

7. Reial Decret 496/2003 de 2 de maig i DOGC núm. 4397, de 2.6.05.

L'Institut d'Ensenyament Secundari Antoni Pous i Argila de Manlleu és l'únic centre de la comarca d'Osona que ja imparteix aquest grau mitjà de formació professional. Aquest serà el professional competent i preparat per exercir la seva activitat professional en el sector dels serveis socioculturals i a la comunitat, en empreses privades del sector o creant la seva pròpia empresa⁸. Cuidar persones grans institucionalitzades és una de les diverses sortides professionals previstes. Ara bé, segons directores de residències estudiades i experts diversos, hi ha un buit formatiu en les actuals cuidadores en relació al títol de tècnic o tècnica en atenció socio sanitària. La normativa⁹ preveu una sèrie de convalidacions i correspondències per reconèixer la formació professional ocupacional i la pràctica laboral d'aquestes treballadores.

Paral·lelament o simultàniament a aquesta educació formal, hi ha moltes iniciatives d'educació no formal, com la que exposo a continuació. Algunes, com aquesta, provenen de les administracions, però l'oferta més nombrosa prové d'altres institucions (inclosa la Universitat de Vic) i empreses privades. A mesura que s'aprofundeix la crisi econòmica que estem vivint, augmenta el nombre d'immigrants a l'atur. El projecte ILOQUID (Iniciatives Locals d'Ocupació per a la Qualitat i Dinamització del sector de Serveis d'Atenció a les Persones), ho expressava així l'any 2009: "Un altre perfil on es detecta un major increment del nombre d'aturats és el de la població de nacionalitat estrangera, que actualment conforma el 23,7% del total d'aturats. Per altra banda, el perfil socioprofessional d'aquesta població, amb un nivell d'instrucció sovint baix i amb situacions de legalitat precàries, en dificulta l'accés al mercat de treball. En conseqüència, freqüentment aquests perfils acaben treballant en tasques d'atenció a les persones (interinatge, neteja de la llar, etc.) en l'economia informal o submergida (...). Amb l'objectiu d'incidir en un col·lectiu amb una elevada taxa d'atur, de fer aflorar una part de l'economia informal de part del sector d'atenció a les persones i de donar suport a les empreses que es dediquen al sector,

8. <http://www.educacion.es/educacion/que-estudiar/formacion-profesional/que-puedo-estudiar/todos-los-estudios/servicios-socioculturales/atencion-sociosanitaria.html> (consulta: 30 de desembre 2009)

9. Reial Decret 496/2003 de 2 de maig, per exemple.

caldrà incidir en la formació de persones immigrades interessades en el sector d'atenció a les persones així com en la formació de personal gestor i directiu de les empreses sobre els requeriments legals per a la contractació d'immigrants."

El 9 Nou del 23 de juliol de 2012, publicava una breu notícia titulada *Lliuren els diplomes als 66 participants al projecte ILOQUID*: "Del total de diplomats, 24 han fet un curs d'auxiliar de gerontologia i d'atenció personal a persones amb discapacitat que es vol que sigui homologat". Aquesta era una via formativa impulsada per la Diputació de Barcelona.

Per anar acabant, permetin-me que faci una referència a les conclusions més destacables del meu darrer estudi (2009-2011), consistent en un diagnòstic educatiu o avaluació inicial, considerat un dels passos de la planificació tecnològica i que requereix tècniques properes a l'anàlisi de tasques. Un estudi que va sorgir arran del meu interès personal, professional i institucional d'unir els camps de l'educació, la salut i la gerontologia social a Osona, quan formava part del Grup de Recerca d'Envelliment i Qualitat de Vida de l'Escola Universitària de Ciències de la Salut.

El perfil general de les persones cuidadores del grup diana era el d'una dona d'entre 19 i 56 anys d'edat, procedent de Llatinoamèrica, Àfrica o Europa de l'Est, que viu a l'Estat espanyol des de l'any 1971 la més antiga i de de l'any 2008 la més recent. La majoria no tenien la nacionalitat espanyola ni de cap país de l'Europa Comunitària, però tenien permís de residència i contracte laboral. El seu nivell d'estudis era de secundària (excepte alguna de primària i alguna altra d'universitària), amb poca experiència com a cuidadora de gent gran, abans de treballar al centre residencial estudiat. Algunes s'havien iniciat cuidant en domicilis, altres en residències (generalment durant les pràctiques d'algun curs de formació en geriatria o similar) i/o en hospitals (generalment durant les pràctiques d'algun curs de formació professional de grau mitjà o superior), abans d'entrar a treballar en la residència estudiada.

L'educació sanitària i socio sanitària que tenien aquestes cuidadores de gent gran, d'origen immigrant i treballadores en residències de la comarca d'Osona, era poc homogènia, tenia diferents denominacions i solia ser de

tipus no formal. L'acreditació oficial d'aquesta formació, juntament amb la de l'experiència professional, els ha de permetre formalitzar la seva situació acadèmica, considerada oficialment de grau mitjà de formació professional (tècnic o tècnica en atenció socio sanitària, com he dit abans).

Les residències geriàtriques i/o gerontològiques estudiades, proveïdores de cures, on treballava el grup diana, eren totes entitats o empreses privades, associades o no, amb i sense ànim lucre, amb concert o col·laboradores de la Generalitat de Catalunya. El temps de l'estudi va coincidir amb la creació del Sistema Nacional de Dependència (fins al 2015), considerat el quart pilar de l'estat de benestar.

A les entrevistes es van recollir demandes formatives per part de les cuidadores, algunes de les quals eren de dubtosa necessitat per fer aquesta feina, i d'altres que capacitarien per a un altre tipus de professionalització. Això darrer pot ser a causa de l'aspiració, ben legítima, de progressar socialment i professionalment a través de la formació.

Qüestions suggerides a les entrevistes es van confirmar amb les observacions, com ara l'existència de rutines, el joc cultural, col·lisions amb infermeria, l'ús de bolquers a discreció per a la incontinència generalitzada.

L'educació, instrucció o formació que proporcionaven les direccions de les residències a les cuidadores, tant al personal immigrant com autòcton, era irregular. A la majoria d'elles, però, es procurava fer-ne un cop a l'any, amb poca o nul·la participació en la planificació per part del grup diana, deien.

Les capacitats i competències que tenien les cuidadores immigrants eren suficients per cobrir algunes necessitats de la gent gran, usuaris o residents. No obstant això, sentien que els faltava aprendre algunes tasques, altres creien que podien millorar-les, i altres trobaven a faltar ampliar la seva competència, fins i tot més enllà de la seva professió, com he dit.

La principal conclusió a la qual vaig arribar és que les persones cuidadores del grup diana eren competents per fer la majoria de les tasques que feien (el 60% aproximadament, sobretot prioritàries i secundàries, segons la classificació validada) i es confirmava falta de temps i de recursos humans per fer totes les tasques (el 100%). Per tant, es podia millorar la qualitat de

l'atenció que donaven a les persones grans a través de la formació. Per això es varen fer una sèrie de recomanacions i una proposta formativa sobre quins coneixements, actituds i habilitats es podrien començar a abordar.

La proposta formativa se cenyia als 19 dèficits competencials detectats en el diagnòstic. Era d'educació no formal i s'orientava a garantir l'adquisició de competències per millorar la qualitat del treball del grup diana. El disseny del pla d'estudis del curs combinava teoria i pràctica per facilitar un aprenentatge ràpid i flexibilitzar el temps. Un curs de 60 hores, amb metodologia adient per a alumnes adultes i amb experiència, que es podria fer a través de l'Aula L3 de la Universitat de Vic, per exemple.

Dels quatre interrogants de partida, en van sortir una trentena de nous al final, per continuar investigant des de diferents camps del coneixement educatiu, sanitari, antropològic, sociològic, econòmic, etc., que es podrien analitzar en col·laboració amb altres investigadors per tal de fer avançar la ciència i el servei a les persones.

Acabo amb l'esperança que aquesta lliçó no es limiti al domini purament acadèmic i que tingui també un impacte social. És a dir, que proporcioni coneixement i motivació per formar el capital humà, els responsables dels professionals que estan cuidant i proporcionant atenció a la salut de les persones grans, institucionalitzades o no.

També aprofito aquesta ocasió per fer una crida a les autoritats, especialment de la Generalitat de Catalunya i de l'Estat, perquè no retallin sense contemplacions, que busquin solucions imaginatives per evitar problemes als usuaris, especialment els més febles, i als treballadors dels hospitals, residències i altres centres assistencials i docents. Parafrasejant Lluís Mallart, el meu antropòleg de capçalera¹⁰, "els polítics han de prestar molta atenció a aquest problema dels cuidadors de la gent gran en tots els seus aspectes, fins i tot es podria dir que aquest punt és essencial per raons de simple egoisme, per raons estrictament personals, ja que nosaltres, si és que formem part del comú dels mortals i no d'unes classes privilegiades, molt fàcilment ens trobarem a les mans d'aquestes perso-

10. Email de Lluís Mallart, 27/08/2012.

nes cuidadores; em refereixo a nosaltres mateixos, als nostres pares, als nosaltres avis, als nostres fills o néts. I cal que aquests cuidadors estiguin ben preparats, no tan sols tècnicament, sinó també ben preparats culturalment, psicològicament, filosòficament... Ben preparats perquè siguin capaços d'acompanyar-nos en aquest darrer tram de les nostres vides, aquest darrer tram del nostre camí. A més de necessitar ajuts materials, necessitarem sobretot paraules ben dites, somriures amables, consols i breus converses que ens facin veure que el nostre caminar vers l'infinit o el desconegut no ha estat inútil. I això, en una societat culta com la nostra, no ho aconseguirem si situem l'estatut dels cuidadors de la gent gran en el darrer esglaó econòmic i social.”

Que l'enorme crisi que patim la superem transformant la nostra societat, per millorar-la, fer-la més justa, més segura, més culta, més sana..., amb la participació real de totes les persones, ciutadanes d'un món que no hauria de tenir fronteres.

Visca la Universitat i bon curs 2012-2013.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BAYÉS, Ramon (2006). “Residencias para la espera”. *El País*, 24 d'octubre, p. 54.
- CAMPILLO, José Enrique (2007). *El mono obeso. La evolución humana y las enfermedades de la opulencia: diabetes, hipertensión, arteriosclerosis*. 2a ed. Barcelona: Crítica-Drakontos.
- CASTELLS, Paulino (2010). *Estimats avis. La importància de ser grans i de saber tractar els fills i els néts*. Barcelona: Columna.
- ELIZASU, Carolina (2010) *El acompañamiento en fin de vida*. Madrid: CCS.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío *Documento del grupo de envejecimiento saludable*. Ponència presentada al Congreso de Envejecimiento. La investigación en España y Europa. Madrid, 9-11 març de 2011. [Document fotocopiats].
- MARÍ-KLOSE, Marga (coord.) (2008). *Informe de la inclusió social a Espanya 2008*. Barcelona: Fundació Caixa Catalunya-Obra Social.
- REVELLES, David (2007). “El secret d'un envelliment saludable”. *Revista Agrupació*, any XV, 38, 26-30. Barcelona: Grup Agrupació Mútua.
- RODRÍGUEZ MAÑAS, Leocadio *Documento del grupo de biogerontología*. Ponència presentada al Congreso de Envejecimiento. La investigación en España y Europa. Madrid, 9-11 de març de 2011. [Document fotocopiats].
- RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ, Vicente *Futurage. Prioridades de la Investigación sobre Envejecimiento en Europa. Resultados de la consulta en España*. Madrid: Informes Portal Mayores, núm. 107. [Data de publicació: 05/ 01/ 2011]. [En línia]. [consulta: 4 de març de 2011]
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/rodri-guez -futurage-01.pdf>
- *Documento sobre recursos económicos y sociales*. Ponència presentada al Congreso de Envejecimiento. La investigación en España y Europa. Madrid, 9-11 de març de 2011. [Document fotocopiats].
- SUNDSTRÖM, Gerdt; et al. (2011). “Diversification of old-age care services for older people: Trade-offs between coverage, diversification and targeting in European countries”. *Journal of Care Services Management*. Vol 5. 1, 35-42.

A la memòria dels col·legues difunts amb qui he treballat o coincidit durant la meua trajectòria a l'Escola Universitària d'Infermeria d'Osona, als Estudis Universitaris de Vic i a la Universitat de Vic:

Drs. Lluís de Mas i Jaume Solà, pel seu saber mèdic i la seva activitat sanitària a la comarca d'Osona.

Mercè Torrents i Teresa Buscart, pel seu treball en pro de la millora de la qualitat educativa dels infants i per la seva professionalitat exemplar.

Joaquim Maideu i Segimon Serrallonga per la seva creativitat musical i poètica, respectivament, i bons companys.

Sebastià Canamassas, pel seu compromís amb la Fisioteràpia, company i membre de Consell de Direcció de l'Escola Universitària de Ciències de la Salut als inicis del meu mandat com directora.

Dr. Fernando Montesinos Vicente, persona inoblidable, professional d'Infermeria exemplar i estimat col·laborador de la nostra Universitat.

UVIC

Universitat de Vic

Carrer de la Sagrada Família, 7

08500 Vic, Barcelona

Tel. 93 886 12 22

Fax 93 889 10 63

www.uvic.cat

